

การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

อรวรรณ ศรีเก็น¹, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง², พรรณิภา ไชยรัตน์³

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ประสาทโมทร อำเภอมะนัง จังหวัดขอนแก่นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะที่ 3 ประเมินผล ใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวทางเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนมกราคม 2562- พฤศจิกายน 2562 ผลการศึกษาอธิบาย 3 ส่วนประกอบด้วย ลักษณะกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้แก่ กลุ่มที่ต้องการการดูแลฉุกเฉิน กลุ่มป่วยเรื้อรังติดเตียง และกลุ่มที่ต้องการให้การดูแลที่ยั่งยืน ชับซ้อน งานบริการหลักสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้แก่ การดูแลสภาพที่บ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการดูแล ช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและบทบาทหน้าที่หน่วยงาน กลุ่มองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ถึงตติยภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ นำใช้ประโยชน์จากงานวิจัย โดยนำรูปแบบ วิธีการ รวมทั้งผลการวิจัยในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน รวมถึงการต่อยอดงานวิจัยในประเด็นอื่นได้อีกด้วย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ระบบการดูแลระยะยาว, อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Orawan Srikoen. Email: 00kaew0032@gmail.com

DEVELOPMENT OF GUIDELINE COMMUNITY CARE BY CAREGIVERS: LONG TERM CARE SYSTEM FOR DEPENDENT ELDERLY

Orawan Srikoen¹, Mingkhuan Phuhongtong², Punnipa Chairat³

ABSTRACT

The studied aims to develop guidelines for caring elderly dependent by care givers volunteers in the long-term care system. In the area of responsibility of Pracha Samosorn Medical Center, Mueang District, Khon Kaen Province. This is Action research, divided into 3 phases, which are 1st Phase situation analysis, 2nd Phase develop guidelines for caring elderly dependent, and 3rd Phase evaluation. Use the quantitative data and quality data collections. The data collected between January 2019 - November 2019. The findings revealed three parts include (1) target groups that need long-term care are groups which are that needs Emergency care Chronic illness and bedbound and groups that require complex care (2) Health services for elderly dependent is home health care, Ongoing care and emergency care. Finally, Roles and responsibilities of departments, groups, organizations related to long-term care, including health services from primary to tertiary, local administration organizations and Elderly and Quality of Life Development Center. Take advantage of the research by using the model, methodology, and research results in areas with similar contexts Including the extension of research on other issues as well.

Key words: Dependent elderly, Long-term care system, Care giver

¹ Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office

³ Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office

บทนำ (Introduction)

ประชากรผู้สูงอายุระดับโลกในปี ค.ศ. 2000 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 901 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 48 คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะสูงถึงร้อยละ 56 หรือ 1.4 ล้านคน และปี ค.ศ. 2050 จะสูงถึง 2.1 ล้านล้านคน¹ นอกจากอายุคาดเฉลี่ยที่สูงขึ้น ประชากรก็มีอายุที่ยืนยาวขึ้น สอดคล้องกับประชากรอายุมากกว่า 80 ปีจะสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าจากปี ค.ศ. 2015 คือ 125 ล้านคน เป็น 434 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 ส่วนใหญ่เพศหญิงมากกว่าชาย และอาศัยอยู่ในเขตเมือง

ประชากรผู้สูงอายุไทย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 4 ล้านคน หรือ ร้อยละ 6.8 ในปี 1994 เป็น 10 ล้านคนหรือ ร้อยละ 14.9 ในปี 2014² และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน หรือ ร้อยละ 35.1 ในปี ค.ศ. 2040 จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเพิ่มของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึง 4.1 อัตราการเจริญพันธุ์ลดลง อัตราเกิดลดลง ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น โดยพบว่า อายุเฉลี่ยประชากรไทยสูง 75 ปีในปี ค.ศ. 2012³ และสัดส่วนประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าจากในปี ค.ศ. 2020 ถึงปี ค.ศ. 2030 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยได้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัย ซึ่งทุกฝ่ายควรต้องวางแผนทั้งเชิงรุกและเชิงรับกับ

ความเสี่ยงที่มากับการเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพที่หลากหลายซับซ้อน ทั้งในระดับชีวภาพ ความเกี่ยวข้องกับเซลล์ในร่างกาย อายุที่มากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลง กำลังหรือแรงในร่างกายอ่อนลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพร่วมด้วย เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีการสูญเสียคนใกล้ชิด บทบาทในสังคมเปลี่ยนไป ทำให้สุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุเสื่อมลง ยังพบว่าผู้สูงอายุมีความพิการและเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการถึงร้อยละ 6 ส่วนใหญ่เป็นความพิการทางกาย รองลงมาเป็นความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย และการมองเห็น ตามลำดับ⁴ ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในระดับต่างๆ ในปี ค.ศ. 2009 มีจำนวน 140,000 คน และจะเพิ่มเป็น 240,000 คน ในปี 2019 ตามลำดับ⁵ ความเจ็บป่วย การพึ่งพิง ความพิการ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหนึ่งในหลายสาเหตุคือการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายบริการในผู้สูงอายุโดยรวม ซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายด้วยกลุ่มที่เสียชีวิต ซึ่งจะสูงกว่ากลุ่มผู้ไม่เสียชีวิตหลายเท่า เนื่องจากการใช้ยา การบริการทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูง และแพง ถูกใช้ในกลุ่มก่อนเสียชีวิตเป็นหลักไม่ว่าจะอายุเท่าใด แต่อัตราการเสียชีวิตส่วนใหญ่ก็เป็นกลุ่มสูงอายุ

ปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณให้กับ สปสช. ในการดำเนินโครงการฯ ขับเคลื่อนโดยการใช้โครงสร้างการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) ซึ่งบริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณไปตามกองทุนตำบลที่มีความพร้อม 1,000 แห่ง เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการแทนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ และจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้จัดบริการประมาณ 1,000 แห่ง เพื่อเตรียมความพร้อมของระบบบริการ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแบบการประเมินความสามารถในการใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีเป้าหมายให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างน้อย 4 ประเภท คือ 1) ติดบ้าน 2) ติดบ้านและมีภาวะสมองเสื่อม 3) ติดเตียงและ 4) ติดเตียงและมีภาวะสมองเสื่อม และการจัดทำแผนการดูแล (care plan) สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตามชุดสิทธิประโยชน์ศูนย์แพทย์ประจำสโมสร ในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลขอนแก่นเข้าร่วมจัดบริการในระบบดูแลระยะยาวโดยมีผู้สูงอายุในการดูแลทั้งสิ้น 2,305 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคม 2,223 คน (96.44%) ติดบ้าน 68 คน (2.95%) ติดเตียง 14 คน

(0.61%) เจ็บป่วยโรคหรือร้งจำนวน 1,536 คน (66.64%) ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ระบบบริการผู้สูงอายุที่มีอยู่ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลันเร่งด่วน (acute care) การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) และบริการระยะยาว (Long-term care) เป็นบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคมที่จัดโดยสหสาขาวิชาชีพ มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้กลับมาดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด ลดการนอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดการพึ่งพิงบริการระยะยาวในรายที่ฟื้นฟูสมรรถภาพกลับมาได้ และรวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวร การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย การดูแลแบบฉุกเฉิน บริการบำบัดฟื้นฟูร่างกาย ซึ่งทำได้ในรูปแบบ 1) การช่วยเหลือด้วยกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สวัสดิการ ส่งเสริมอาชีพ และเพิ่มรายได้ กิจกรรมทางสังคม ซึ่งเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไปไหนมาไหนได้และผู้สูงอายุวัยต้น 2) การช่วยเหลือให้สามารถทำกิจวัตรประจำวัน เผื่อระวังป้องกันการล้มหรือการถูกรถทำรุนแรง การถูกทอดทิ้ง การกักขังให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การมีคนอยู่เป็นเพื่อน การฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย 3) การดูแลเผื่อระวังอาการตลอดเวลาในทุกด้าน 4) การดูแลที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ต้องการคนดูแลเป็นส่วนใหญ่ หรือ เกือบตลอดเวลา^{7,8,9} ที่ผ่านมา การดูแลสนับสนุนดังกล่าวต้อง

อาศัยอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะ เป็นกลไกหลักในการดูแล ช่วยเหลือทั้งใน ลักษณะการประสานหน่วยงาน องค์กรเข้าไป ช่วยเหลือ การเข้าไปดูแลเองโดยตรง ซึ่งใน ระบบการดูแลระยะยาว โดยศูนย์แพทย์ ประชาสโมสรม มีการดำเนินการมาระยะหนึ่ง แล้ว แต่ยังขาดความชัดเจนในรูปแบบ วิธี ทำงาน โดยเฉพาะส่วนของผู้ที่มิพบาทุเล ผู้สูงอายุ ทั้งอาสาสมัคร หน่วยงาน องค์กรที่ เกี่ยวข้อง เพื่อความครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว จึงทำการศึกษา แนวทาง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการ ดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว ในเขต พื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ประชาสโมสรม อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มุ่งให้ เกิดข้อเสนอแนวทางการพัฒนาอาสาสมัคร ในรูปแบบที่คล้ายกันในการดูแลกลุ่ม ประชากรอื่น หรือเป็นแนวทางในการพัฒนา รูปแบบเดียวกันในพื้นที่อื่นได้ รวมถึงการเพิ่ม ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง และความครอบคลุมในการดูแลในทุก มิติของความต้องการในทุกด้านต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action research)แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ สถานการณ์ ประกอบด้วยการศึกษาบริบท ชุมชน เส้นทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน และผู้เกี่ยวข้อง อื่น เช่น ผู้รับผิดชอบกองทุนสุขภาพตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จากเทศบาล นครขอนแก่น บุคลากรในศูนย์แพทย์ประชา สโมสรมได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข เป็นต้น และ อาสาสมัคร สาธารณสุข(อสม.)ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทาง ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่การวางแผน การปฏิบัติการการสะท้อนการปฏิบัติการ และการปรับปรุง แผนการปฏิบัติการ ผู้ร่วม วิจัย ประกอบด้วย บุคลากรของศูนย์แพทย์ ประชาสโมสรม อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิงและครอบครัว 64คน ระยะที่ 3 ประเมินผล เป็นการประเมินประสิทธิผล แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2562- พฤศจิกายน 2562 รวมเวลาที่ใช้ใน การศึกษา 11 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรสังกัดศูนย์แพทย์ประสาทโมสร รับผิดชอบงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เข้าถึงข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามเชิงโครงสร้าง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ และเส้นทางการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน และ ร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม รวมทั้ง ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ตรงกันของข้อมูลที่มาจากหลายแหล่ง ได้แก่ บุคคล เวลา และสถานที่ การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเลขที่ KEC 62074/2562 ลงวันที่ 16 กันยายน 2562

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

ศูนย์แพทย์ประสาทโมสร รับผิดชอบประชากรจำนวน 10,325 คนเป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 2,305 คน (21.53%) ของประชากรทั้งหมด ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 1,792 คน (77.74%) ของผู้สูงอายุทั้งหมดพบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม (คะแนน ≥ 12) 1,798 คน (96.44%) ติดบ้าน (คะแนน 5-11) 53 คน (2.95%) ติดเตียง (คะแนน 0-4) 11 คน (0.61%) เจ็บป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 1,536 คน (66.64%) ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด โรคเรื้อรังที่พบ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม ตามลำดับผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุนี้นี้ (1) โรคเบาหวาน พบความเสี่ยง และเสี่ยงสูงจำนวน 233 คน (11.81%) (2) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบความเสี่ยงสูง สูงมาก และสูงอันตรายจำนวน 156 คน (7.91%) ไม่พบคนผิดปกติในการคัดกรองซึมเศร้าและสมองเสื่อม และคัดกรองข้อเข่าเสื่อม พบผิดปกติจำนวน 3 คน (0.17%) มีความพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหวจำนวน 50 คน (2.79%) และพิการทางการได้ยินและการสื่อสารจำนวน 28 คน (1.56%) สถานการณ์อยู่อาศัยในครัวเรือนสำรวจ 1,792 คน พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับลูกหลานหรือเครือญาติจำนวน 1,901 คน (96.40%) ผู้สูงอายุอยู่

ด้วยกันเพียงลำพังจำนวน 64 คน (3.25%) และพบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับเด็กเล็ก หรือ คนพิการ หรือผู้ที่มีประวัติเสี่ยงสารเสพติด จิตเวช และอื่น ๆ จำนวน 7 คน (0.35%) ผล การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัญหา ผู้สูงอายุในพื้นที่ และเส้นทางการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ดังนี้

-ปี พ.ศ. 2558 ศูนย์แพทย์ประสาท สโมสร ดูแลผู้สูงอายุตามนโยบาย คัดกรอง เยี่ยมบ้านโดย มีการ คัดกรองผู้สูงอายุ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ติดสังคม/ติดบ้าน/ ติดเตียง มีการจัดบริการเยี่ยมบ้าน ตรวจ รักษาเบื้องต้น และสนับสนุนการรวมกลุ่มทำ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

-ปี พ.ศ. 2559-2560 มีนโยบาย Long Term Care ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง (สิทธิหลักประกันสุขภาพ) กำหนดให้มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะ ผู้จัดการดูแล (Care manager:CM) และ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver:CG) ซึ่งเป็นเงื่อนไขการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง มีการจัดการข้อมูล จำแนก ปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของ ผู้สูงอายุโดยใช้การประเมินความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคัดแยกกลุ่ม ที่มีระดับคะแนน 0-11 เป็น 4 กลุ่มด้วย เครื่องมือ TAI จัดทำแผนการดูแล (care plan)ผ่านระบบโปรแกรม ของกรมอนามัย

ลงทะเบียนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบ โปรแกรม LTC ของ สปสช.จากผลการศึกษา การดำเนินงานศูนย์แพทย์ประสาทสโมสร จะ เห็นได้ว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการดูแลไม่ ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่อง ระบบการดูแลที่ บ้านเป็นแบบเยี่ยมบ้านทั่วไป ไม่มีเจ้าของ คนไข้ CG ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เนื่องจาก CG ลาออก ย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด CG ต้อง ข้ามไปดูแลชุมชน เกิดความไม่สะดวก บางครั้งเกิดปัญหากับ อสม.ในพื้นที่ของ ผู้สูงอายุที่ข้ามเขตไปดูแลด้านข้อมูลและ ระบบโปรแกรมพบว่าระบบโปรแกรมการ เยี่ยมบ้าน การลงข้อมูลซ้ำซ้อน ลงทะเบียน สปสช.และกรมอนามัย ข้อมูลไม่มีการ เชื่อมโยงกัน ด้านการทำ care plan ยุ่งยาก ใช้เวลาในการทำมากในแต่ละราย

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ

เป็นการดำเนินการต่อเนื่อง มาจาก ระยะที่ 1 ดังนี้ 1) การสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย บุคลากรของศูนย์ แพทย์ประสาทสโมสร CM อาสาสมัคร สาธารณสุข CG ผู้นำชุมชน โดยเริ่มจากการ จัดประชุมร่วมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความ คิดเห็น เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาวางแผน การดำเนินงาน เพื่อให้การดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงใช้แนวคิดการ ทำงานแบบมีส่วนร่วมทั้งกลุ่มสหสาขา วิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด

เภสัชกร เป็นต้น) และกลุ่ม องค์การภาคประชาชน 2) ดำเนินการในระยะปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติโดยใช้การประชุมสรุปผลการดำเนินงานประจำเดือน การทำ case conference และได้ปรับปรุงแผนการดำเนินการ แก้ไขปัญหา และนำไปสู่การปฏิบัติใหม่ ในทุกรอบเดือนที่พบสถานการณ์ที่เป็นปัญหา อุปสรรค เงื่อนไขที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะนี้ได้การดำเนินการ 2 วงรอบ ผลการดำเนินงานแต่ละวงรอบมีรายละเอียด ดังนี้

วงรอบที่ 1

1) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่คัดเลือกจากอสม. ที่สมัครใจปฏิบัติงานในบทบาทนี้มีการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานกรมอนามัย 70 ชั่วโมง ประเมิน กำกับติดตามทั้งส่วนทักษะ และความรู้ ทั้งแบบสัปดาห์ในชั้นเรียน และเป็นพี่เลี้ยงเมื่อลงพื้นที่ดูแลสุขภาพที่บ้าน และร่วมกำหนดแนวทาง บทบาทการทำงาน และเสริมความรู้นอกเหนือจากหลักสูตร คือ การประเมิน ADL และการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะโรค การใช้ยาและอาหารเสริมในผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุโรคที่พบในผู้สูงอายุ และการดูแลสังคมผู้สูงอายุกับประเด็นปัญหา การใช้แบบประเมิน TAI (Typology of Aged with Illustration) ในการประเมินสถานะของผู้สูงอายุมุ่งถึงการฝึกปฏิบัติทั้งในคลินิก และในชุมชน

2) ด้านการบริการ มีการดำเนินการดังนี้ (1) จัดทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านโดยจัดแบ่งตามความจำเป็นของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (2) แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกำหนดแผนปฏิบัติการ (3) จัดประชุมบทเรียนการดำเนินงานและ conference case ทุกเดือน 4) จัดทำ care plan ให้สหสาขาวิชาชีพและ CG ติดตามดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง 5) เพิ่มจำนวนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (CG) โดยเทศบาลนครขอนแก่น ทำให้มี CG เพิ่มขึ้นรวมเป็น 10 คน ทำให้เกิดความครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น รวมทั้งเกิดประสิทธิผล และประสิทธิภาพในการดูแลที่ดี ประเมินจากปัญหาอุปสรรคและการเข้าถึงผู้รับบริการที่ CG สะท้อนในการประชุมประจำเดือน

2. ทบทวนทุนทางสังคม และศักยภาพชุมชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมมีโอกาส เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย มีกิจกรรมฝึกสมอง

วงรอบที่ 2

ปัญหาที่พบจากการดำเนินการในระยะที่ 1 มีดังนี้ (1) การลงข้อมูลซ้ำซ้อนลงทะเบียน สปสช.และกรมอนามัย ข้อมูลไม่มีการเชื่อมโยงกัน (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึงพิง (3) กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ได้รับส่งเสริมการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพในชุมชน น้อยขาดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ (4) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ต่อเนื่องขาดผู้นำ (5) ระบบส่งต่อการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุช้าเนื่องจากสภาพความแออัดของชุมชน และที่อยู่อาศัยไม่เอื้อต่อการเข้าช่วยเหลือ (6) ความร่วมมือของหน่วยงานองค์กรยังดำเนินการแบบทำเป็นกิจกรรมไม่บูรณาการเป็นแผนร่วมกัน

การพัฒนาในวาระรอบที่ 2

1. พัฒนาและใช้ข้อมูล มีการประมวลข้อมูลจาก โปรแกรม JHCIS โดย นักวิชาการสาธารณสุข และ CM มาตรวจสอบข้อมูลแล้วใช้ประโยชน์ในการติดตามผู้สูงอายุ ผู้พิการ โดยให้ CG เป็นคนรายงานความก้าวหน้าทุก 1 เดือนในวันประชุมประจำเดือนจัดทำ care plan ผ่านระบบโปรแกรม ของกรมอนามัย การทำ care plan สะดวกมากขึ้นมีการลงทะเบียนผู้สูงอายุกลุ่มพึงพิงผ่านระบบโปรแกรม Long term care ของ สปสช.

2. เสริมความเข้มแข็งด้วยการฝึกอบรมเพิ่มทักษะ และความรู้ของ CG เช่น การประเมิน ADL ที่ถูกต้อง การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะโรคผ่านเวทีประชุม และ case conference เดือนละครั้งจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในพื้นที่ เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับศูนย์แพทย์อื่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายนอกโดยไปศึกษาดู

งานในพื้นที่ต้นแบบ จะทำให้มีโอกาสเทียบเคียงประสบการณ์ ต่อยอดการทำงาน รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบได้

3. การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน 4 ชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม เช่น ชมรมผู้สูงอายุนาคะประเวศน์ มีกิจกรรมการตรวจคัดกรองสุขภาพ ร่วมเป็นจิตอาสา ทำความสะอาดดูแลสภาพแวดล้อมในพื้นที่สาธารณะ สนับสนุนจิตอาสาเด็กเยี่ยมบ้าน จัดสวัสดิการเมื่อป่วย ตายตั้งกองทุนกู้ยืมประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ยากจน ยากลำบาก

4. การกำหนด กฎ กติกา ข้อตกลงการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึงพิง ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งศูนย์แพทย์ประชานิคมสร มี 11 ชุมชน มีพยาบาลรับผิดชอบ 1 คน ต่อ 1-2 ชุมชน การได้มาของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึงพิงมีที่มาจากอย่างน้อย 4 ช่องทาง ได้แก่ 1) การสำรวจของข้อมูลครัวเรือนที่รับผิดชอบของ CG และ อสม. 2) พยาบาล หรือทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้าน 3) การส่งต่อจากระบบการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลขอนแก่น และ 4) ญาติผู้สูงอายุโทรแจ้งศูนย์แพทย์ มีการจัดการข้อมูลที่ได้โดยการทำแผนการติดตามประเมิน ซึ่งกลุ่ม 3-4 ต้องมีแพทย์ร่วม

ดูแล และประเมินสุขภาพที่บ้านได้ ส่วนกลุ่มที่ 1-2 มีพยาบาลประจำชุมชนรับผิดชอบดูแลติดตามเยี่ยม เกษัชกร และนักกายภาพบำบัด จะร่วมเยี่ยมผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใน case ที่มีปัญหาและต้องการการดูแลเฉพาะทางจะมีการปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพทุกครั้ง และหลังจากเยี่ยมดูแล จะมีการติดตามประเมินผู้สูงอายุทุกเดือน

5. ด้านความร่วมมือของชุมชน ประกอบด้วย 1) ชุมชนได้รับความร่วมมือจาก อสม.และผู้นำชุมชน ในการลงเยี่ยมการขอความช่วยเหลือด้านปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและนอกบ้าน รวมถึงการจัดสวัสดิการในชุมชนให้ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ 2) เทศบาลนครขอนแก่นมีการประสานด้านสวัสดิการทางสังคม มีการติดตามช่วยเหลือมีการใช้ประโยชน์ของทรัพยากร 3) กองทุนสุขภาพเทศบาลนครขอนแก่นจัดสรรงบประมาณให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ค่าตอบแทน ค่าอุปกรณ์ หรือวัสดุต่างๆ งบประมาณการเบิกจ่ายค่าตอบแทนเบิกทุก 3 เดือน 4) ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนบะขามร่วมกับศูนย์แพทย์ได้มีการระดมทุน สร้างที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุพิการทางการเคลื่อนไหวขาดคนดูแล ได้ประสานเทศบาลเมืองขอนแก่นจัดสวัสดิการให้ การจัดการกองทุนและสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ 5) ชมรมผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนจัดสวัสดิการ การช่วยเหลือ

เมื่อเจ็บป่วยและเงินฌาปนกิจ เงินออมทรัพย์ ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของแต่ละชุมชน

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลการพัฒนาแนวทางในการดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวดังนี้

1. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานกรมอนามัย 10 คน เฉลี่ย 1 คนต่อ 1 ชุมชน หรือ อาสาสมัคร 1 ต่อผู้สูงอายุพึ่งพิง 6 คน เป็นไปตามสัดส่วนอาสาสมัครต่อผู้สูงอายุพึ่งพิง และในการอบรมได้ทำการประเมินความรู้ก่อนและหลังอบรม พบว่าหลังอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. เกิดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีระบบส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติ หรือภาวะฉุกเฉินแนวทางการดูแลต่อเนื่อง ที่ครอบคลุมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และสุขภาพ รูปแบบวิธีการดูแลที่บ้าน การเชื่อมโยงข้อมูลกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพกับอาสาสมัคร หรือ ผู้ดูแลในครัวเรือน

3. มีแผนการดูแลที่ครอบคลุม และครบถ้วน นำสู่การปฏิบัติโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และเป็นแผนการดูแลที่สะท้อนกลับมา ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา อย่างน้อย 2 ช่องทางได้แก่ เวทีประชุมประจำเดือน และการสื่อสารผ่านไลน์

กลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแล รวมถึง
ประสานการดูแลร่วมกับหน่วยงาน องค์กรอื่น

4. เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของที่
สนับสนุนการดูแล มีจำนวนเพียงพอต่อความ
ต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย
ความร่วมมือของโรงพยาบาลขอนแก่น หน่วย
บริการปฐมภูมิ เทศบาลนครขอนแก่น โดยมี
Care Manager เป็นผู้บริหารจัดการการ
จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น จัดหาเตียงผู้ป่วย
ให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครื่องผลิต
ออกซิเจน อุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น

5. มีฐานข้อมูลของผู้สูงอายุ
ครอบคลุมทั้ง 11 ชุมชน ข้อมูลผู้สูงอายุตาม
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันครอบคลุมทุกสิทธิข้อมูลปัญหา
และความต้องการจากแหล่งที่มา 2 แหล่ง
ได้แก่ ข้อมูลจากอาสาสมัคร และชุมชน เช่น
การรับสวัสดิการ สภาพบ้านที่พัก อุปกรณ์
สิ่งของที่จำเป็น เป็นต้น และข้อมูลจาก
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น แผนพัฒนา
ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เทศบัญญัติ
งบประมาณ สวัสดิการรัฐและอื่นๆ ตามความ
จำเป็น

6. พัฒนาศักยภาพ ขีดความสามารถ ครอบคลุม
กลุ่ม องค์กรชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่
ชมรมผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนจัดสวัสดิการ
เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกป่วย ตาย กองทุน
หมู่บ้าน อาสาสมัครระดมเงิน สิ่งของ
ช่วยเหลือ และแรงงานปรับสภาพบ้านให้
ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่เหมาะสมมากขึ้น

เช่นชมรมผู้สูงอายุชุมชนบะขามได้รับการ
สร้างที่พักให้ใหม่ และได้รับการจัดสวัสดิการ
สิ่งของ เงินสงเคราะห์ที่เหมาะสม

การพัฒนาแนวทางการดูแล
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยอาสาสมัคร
ดูแลผู้สูงอายุ (Care givers) ในระบบการ
ดูแลระยะยาวนำเสนอในแผนภาพเชื่อมโยง
การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และ
บทบาท ของหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรชุมชนที่
เกี่ยวข้อง แสดงความสัมพันธ์ในภาพที่ 1

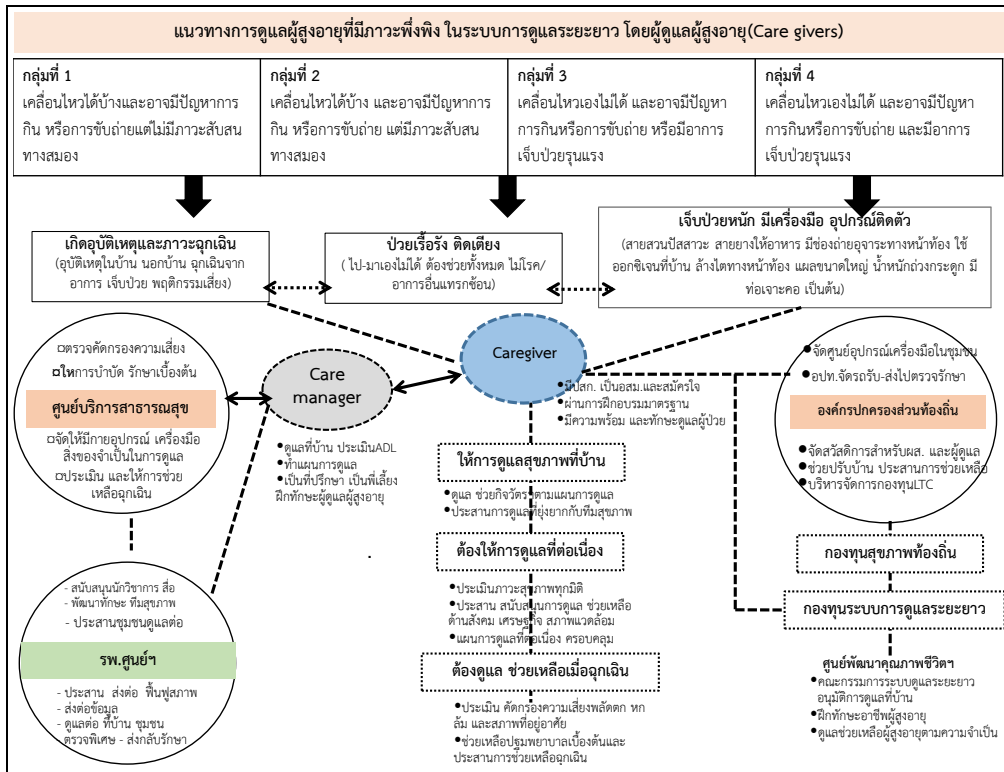
กลุ่มเป้าหมายที่ให้การดูแลใน
ระบบการดูแลระยะยาวประกอบด้วย 4 กลุ่ม
ตามเครื่องมือที่ใช้ประเมินสภาวะของ
ผู้สูงอายุ (Typology of Aged with
Illustration:TAI) คือ กลุ่มที่ 1 และ 2 มีค่า
คะแนน ADL 5-11 กลุ่มที่ 3 และ 4 มีค่า
คะแนน ADL 0-4 มีลักษณะปัญหาและความ
ต้องการบริการ และการช่วยเหลือจัดกลุ่มได้ 3
กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิด
อุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุใน
บ้าน นอกบ้าน ฉุกเฉินจากอาการ เจ็บป่วย
พฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น (2) กลุ่มป่วยเรื้อรัง
ติดเตียง เช่น ไป-มาเองไม่ได้ ต้องช่วยทั้งหมด
มีโรคและอาการแทรกซ้อน เป็นต้น (3)
เจ็บป่วยหนัก มีเครื่องมือ อุปกรณ์ติดตัวเช่น
สายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร มีช่อง
ถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ใช้ออกซิเจนที่บ้าน
ล้างไตทางหน้าท้อง แผลขนาดใหญ่ น้ำหนัก
ถ่วงกระดูก มีท่อเจาะคอ เป็นต้น อาสาสมัคร
ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ให้บริการ

ช่วยเหลือ ดูแล ตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 3 งานหลัก ได้แก่ (1) การให้การดูแลที่บ้าน เป็นการดูแลช่วยกิจวัตรประจำวันตามแผนการดูแลการประสานการดูแลที่ย่างยากกับทีมสุขภาพ รวมทั้งครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามความจำเป็น (2) ให้การดูแลต่อเนื่อง โดยการประเมินภาวะสุขภาพทุกมิติ ประสาน สนับสนุนการดูแลช่วยเหลือด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมและสุขภาพ จัดทำแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุมและ (3) การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น ลำลัก ตกเตียง กระดูกเคลื่อน โดยมีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ให้การสนับสนุน ทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินและจัดทำแผนการดูแล เป็นที่ปรึกษา พี่เลี้ยง ฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้าย การดูแล และสังเกตอุปกรณ์เครื่องมือที่ติดตัวผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม ถ้าพบผิดปกติประสาน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุทันที

หน่วยงาน กลุ่ม องค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องมีดังนี้ (1) ศูนย์แพทย์ประสาทโมส เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น โรคเรื้อรังที่ไม่ซับซ้อน ดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักในการพัฒนาผู้จัดการดูแล ค้นหา และ

พัฒนาทักษะ ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการกำกับ ติดตามเพื่อควบคุม และ มี ประสิทธิภาพ (2) โรงพยาบาลขอนแก่น ในฐานะหน่วยบริการที่ต้องดูแล รับผิดชอบพื้นที่บริการ รวมถึงเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพกับศูนย์แพทย์ประสาทโมสที่ต้องรับ-ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และระยะยาว รวมถึงการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ เตียงผู้ป่วยปรับระดับได้ เป็นต้น (3) เทศบาลนครขอนแก่น โดยสำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักสวัสดิการสังคม ที่สนับสนุนให้มีการจัดการกองทุนหลัก และกองทุนระบบการดูแลระยะยาว เพื่อให้มีการดำเนินการสอดคล้อง กับ วัตถุประสงค์ และ กลุ่มเป้าหมายหลัก ผ่านคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อเข้าสู่ระบบการเบิกจ่ายโดยหน่วยจัดบริการในระบบการดูแลระยะยาว และ (5) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นหน่วยจัดบริการในระบบการดูแลระยะยาว มี คณะกรรมการอนุมัติแผนการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งการดูแลช่วยเหลืออื่น ตามความจำเป็น

แผนภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ



การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) แสดงให้เห็นงานบริการที่ต้องดำเนินการให้เกิดความเชื่อมโยงกัน ทั้งแบบทำเดี่ยว ผ่านระบบการจัดการแผนการดูแล งานที่ต้องทำร่วมกัน¹⁰ เช่นการติดตามดูแลที่บ้านกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลพิเศษ ซับซ้อน ยุ่งยาก และงานที่ทำเชื่อมโยงกันเป็นเนื้อเดียวกัน เช่น การดูแล

ต่อเนื่อง ที่ต้องประการดูแลช่วยเหลือจนครอบคลุมทุกมิติ การประสานความช่วยเหลือที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาท้องถิ่นเป็นต้น ส่วนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้การดูแลซึ่งจำแนกความต้องการบริการตามภาวะสุขภาพ ผลวิจัยชี้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาและความต้องการ ประกอบด้วยกลุ่มที่ต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน กลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรังติดเตียง มีลักษณะไป-มาเองไม่ได้ ต้องช่วยทั้งหมด มีโรคหรืออาการ

แทรกซ้อน^{11,12} และกลุ่มที่เจ็บป่วยหนัก มีเครื่องมือ อุปกรณ์ติดตัวเช่น สายสวน ปัสสาวะ สายยางให้อาหาร มีช่องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ใช้ออกซิเจนที่บ้าน ล้างไตทางหน้าท้อง แผลขนาดใหญ่ น้ำหนักถ่วงกระดูก มีท่อเจาะคอ เป็นต้นและให้บริการครอบคลุมอย่างน้อย 3 บริการหลัก^{10,12,13} ได้แก่ (1) การให้การดูแลที่บ้าน (2) ให้การดูแลต่อเนื่องและ (3) การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวของ สปสช.⁵ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ¹⁴ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12¹⁶ โดยความร่วมมือกับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน หน่วยงานที่มีภารกิจใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี¹⁷

ข้อจำกัดการวิจัย

เป็นการศึกษาเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ประสาทโมสร ทำให้เงื่อนไข และการพัฒนาภาพรวมอาจปรากฏในแต่ละขั้นตอนไม่ครบถ้วน และเป็นพื้นที่เขตเมืองการเข้าถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และครอบครัว มีข้อจำกัดด้วยวิถีความเป็นอยู่ ความซับซ้อนของโรคและการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอาสาสมัคร จึงเป็นงานที่บุคลากรสาธารณสุข ต้องยืนยันศักยภาพ สร้างความไว้วางใจให้กับผู้สูงอายุ และครอบครัว ในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้ โดยนำใช้แนวทางการพัฒนาในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน นำใช้วิธีการช่วยเหลือสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและเป็นข้อเสนอการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว ในแง่ของการพัฒนาศักยภาพ การจัดการระบบ การระบุปัญหา และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยในประเด็นการการจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ควรเป็นอย่างไร ประเด็นแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นแรง ควรเป็นอย่างไรความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีต่อระบบการดูแลระยะยาวของรัฐ เป็นอย่างไรประสิทธิภาพของการจัดการดูแลระยะยาวในรูปแบบต่างๆ ควรเป็นอย่างไร

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva Switzerland: World Health Organization. 2015.

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **ตัวชี้วัดภาวะสุขภาพไทย**. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศ. 2016.
3. World Health Organization. **Global Health and Aging**. Geneva Switzerland: World Health Organization. 2011.
4. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. **The Kingdom of Thailand Health System Review: การทบทวนระบบสุขภาพของประเทศไทย**. Geneva, Switzerland : WHO. 2558.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559**. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). 2559.
6. ชนิษฐา กู้ศรีสกุล, ณัฐพัชร มรรคา, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 2559; 25(4); 89-99.
7. เกื้อ วงศ์บุญสิน. **การคาดการณ์เพื่อสังคมสูงวัยในอนาคต**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ; 2558.
8. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, นภัศ แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 2558; 4(26); 15-26.
9. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2552.
10. ชนิษฐา นันทบุตร. **การดูแลสุขภาพชุมชน : แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ**. นนทบุรี: อูษาการพิมพ์; 2551.
11. วรณภา ศรีธีบุญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์. **การถอดบทเรียนและสังเคราะห์ ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง : กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสโตรคและภาวะสมองเสื่อม**. แผนงานสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการพัฒนาสังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (มส.ผส.). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.); 2558.
12. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. **บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ : เจพรีน์; 2552.
13. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. **ทิศทางและแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว**. **Thai Journal of Nursing Council**. 2553; 25(3); 5-10.

14. วิพรรณ ประจวบเหมาะ. รายงานการศึกษา โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์; 2556
17. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาค สัตย์เชื้อ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และจิณณลีลา ณรงค์ศักดิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล. 2557: 29(3); 104-115.
18. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560 -2564. 2560
19. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข); 2559.