



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลชุมแพ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน โทร ๐ ๔๓๓๑ ๑๐๔๔ ต่อ ๓๐๘

ที่ ขก ๐๐๓๓.๓๐๑.๑/ ๓๐๓

วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่ผลงานวิจัยใน Website โรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

ด้วย นายอนันต์ คำอ่อน ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้จัดทำผลงานวิชาการ เรื่อง...การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่นำร่องอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เพื่อขอประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง...นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ... ตำแหน่งเลขที่... ๖๒๓๐๔...ส่วนราชการ โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ในการนี้ เพื่อให้การจัดทำผลงานถูกต้องตามระเบียบการเผยแพร่ผลงานวิชาการจึงขออนุมัติเผยแพร่ผลงานโดยผลงานวิชาการของข้าราชการดังกล่าว เผยแพร่ใน Website ของโรงพยาบาลชุมแพ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..... *O-๙*.....

(นายอนันต์ คำอ่อน)

ตำแหน่ง...นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ...

*เรียน ผอ.รพ.ชุมแพ
ผลงานวิจัยนี้ มีดรามากกต้อ
แคะแหนะสม ทั้ง: เผยแพร่ใน เว็บไซต์
โรงพยาบาลชุมแพ*

Sant K

นายรัชชัย กฤษณะประกรกิจ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

26 กย. 2565

- ทราบ , *๙๗*
- ลงนัด
- ติดตามการ
- ตามมอบ.....

๙๗

(นางจรรพวรรณ มโนสิทธิศักดิ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

๒๗ ก.ย. ๒๕๖๕

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลชุมแพ
ตามประกาศโรงพยาบาลชุมแพ
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๔

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่

ชื่อหน่วยงาน : ยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ

วัน/เดือน/ปี : ๒๙ กันยายน ๒๕๖๕

หัวข้อ : ผลงานวิจัย เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่นำร่องอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

ผลงานวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พื้นที่นำร่องอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

Link ภายนอก :

หมายเหตุ :

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นายอนันต์ คำอ่อน)

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้อนุมัติรับรอง



(นายสรวิศ ม่วงมิตร)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

รักษาการรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

วันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นางสาววรรณภา นาขันดี)

ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

คำอธิบายแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลชุมแพ

หัวข้อ	คำอธิบาย
หน่วยงาน	หน่วยงานภายในโรงพยาบาลชุมแพ เป็นผู้จัดทำและเผยแพร่ข้อมูล
วัน/เดือน/ปี	วันเดือนปีที่ขอขึ้นข้อมูลขึ้นเผยแพร่
หัวข้อ	กำหนดหัวข้อที่จะนำขึ้นเผยแพร่โดยมีใจความสำคัญที่มาจากเนื้อหา มีความยาวไม่เกิน ๒ บรรทัด
รายละเอียดข้อมูล	เลือกใช้คำอธิบาย/คำบรรยายที่มีความกระชับใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และสะกดคำให้ถูกต้องตามอักขระที่เหมาะสมกับลักษณะรูปแบบ ข้อมูลแต่ละชนิด
Link ภายนอก	ให้ระบุ Link ที่อ้างอิงหรือนำมาใช้ในการเผยแพร่
หมายเหตุ	ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล (ผู้รายงาน)	ระบุรายชื่อหรือชื่อของผู้รับผิดชอบที่ได้มาจากหัวหน้างาน/ หัวหน้ากลุ่มงาน
ผู้อนุมัติรับรอง	ระบุรายชื่อของหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน ที่ได้รับมอบหมาย ตามคำสั่ง
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่	ระบุรายชื่อผู้ทำการ Upload ข้อมูลที่ผ่านการอนุมัติรับรอง จากหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน ของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ชุมแพ

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่นาร่องอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น¹

อนันต์ คำอ่อน²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพ ในพื้นที่นาร่อง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,595 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 140 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 5 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 42 คน โดยใช้ระยะเวลาระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ.2560 – กันยายน พ.ศ.2561 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 95%CI และทดสอบ ด้วยสถิติ Paired Samples t Test และ McNemar's Test ข้อมูลเชิงคุณภาพถูกวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ประเด็น ผลการศึกษาสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) ความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลระยะยาว ร้อยละ 17.32 (95%CI= 15.1 - 19.6) พบความชุกภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.15 (95%CI= 6.5 - 9.1) และพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.02 (95%CI= 3.3 - 6.3) โดยปัญหาในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่สำคัญ คือ การบริหารจัดการกองทุน และภาระงานของผู้จัดการดูแลที่เกิน

2) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีประสิทธิภาพ ต้องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่เป็น กลไกหลัก โดยการพัฒนาการบริหารจัดการกองทุน และการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

3) ผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการระบบการดูแลระยะยาว เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.5530$, P-value <.001) และสนับสนุนให้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.577$, P-value <.001) แต่ระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการวิจัย มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 2.8026$, P-value = 0.0941)

4) แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 2 กระบวนการหลักที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน ได้แก่ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และการบริการจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว โดย การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเป็นหน้าที่หลักของผู้จัดการดูแล และการบริหารจัดการกองทุนระบบ

¹ งานวิจัยย่อยของโครงการวิจัย Participation Health public policy of Long Term Care Found for the Elderly in E-SAN Communities by Community Participation

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

การดูแลระยะยาว เป็นหน้าที่หลักองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งต้องทำงานอย่างประสานสอดคล้อง เพื่อการ
สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การสร้างองค์ความรู้ในการ
จัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และการบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่
ขับเคลื่อนงานในพื้นที่

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, กองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, หลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ

The Development of Long-Term Care System for Dependent Elderly in the National Health Security, Pilot Testing Area at Chum Phae District, Khon Kaen.

Anun Khumon³

Abstract

This research, using mixed methods Research, aims to develop a long-term care system for elderly people with dependency under health Security. in the pilot testing area of Chum Phae District Khon Kaen Province. Data collection was used by surveys, observations, in-depth interviews, group discussions. and study related documents. The sample consisted of 1,595 elderly people, 140 caregivers, 5 elderly care managers, and 42 related persons, using the period between April 2017 – September 2018. Quantitative data. Analyzed with frequency distribution and percentage. Mean and standard deviation 95%CI were statistically tested with Paired Samples t Test and McNemar's Test. Qualitative data were analyzed for content and issues were analyzed.

The study found that: 1) The prevalence of dependency conditions requiring long-term care was 17.32 percent (95%CI=15.1 - 19.6), the prevalence of dementia was 7.15% (95%CI=6.5–9.1), and the prevalence of dementia was 7.15% (95%CI=6.5–9.1). Depression 5.02 percent (95%CI=3.3 - 6.3). The main problem in developing long-term care system is fund management. and the workload of the care manager that exceeds.

2) Development of a long-term care system for dependent elderly under the National health Security to be effective must allow the local government and primary health care units; as the main mechanisms by developing fund management and the organization of long-term care services for the elderly in the community.

³ Health officer, Professional Level

Chum Phae hospital

3) Results of long-term care system development As a result, the elderly had a statistically significant increase in access to long-term care systems ($\chi^2 = 7.5530$, P-value $<.001$) and supported statistically significant to improve the quality of life of caregivers ($t = 5.577$, P-value $<.001$) However, it was found that the difference in the level of dependence among the elderly before and after the study was not statistically significant. ($\chi^2 = 2.8026$, P-value = 0.0941)

4. The guidelines for the development of long-term care systems for elderly with dependency under the National Health Security cover 2 main processes that are related and connected, namely, the provision of long-term care services for the elderly in the community; and long-term care fund management services. The development of long-term care services for the elderly in the community is the primary duty of care managers. and long-term care fund management It is the main duty of the local government organization. Which must work in harmony to create community participation in the long-term care systems and knowledge management in long-term care services in the community.

Keyword: Dependent Elderly, Long-Term Care Fund, National Health Security

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แบบ ในปีพ.ศ.2563 และเกือบครึ่งหนึ่งของจังหวัดในประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด ปีพ.ศ.2573 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559) ในขณะที่พบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง พบถึงร้อยละ 41.0 และโรคเบาหวาน พบร้อยละ 18 (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556) จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุ มากเป็นอันดับสองของประเทศ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 292,217 คน หรือประมาณร้อยละ 16 ของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ในขณะที่ในปีพ.ศ.2563 จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น จะเพิ่มเป็น จำนวน 358,400 คน ซึ่งจากการประมาณการดัชนีการสูงวัยพบว่าในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดขอนแก่นเป็นหนึ่งในสี่ของจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์แบบก่อนจังหวัดอื่น (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

จากการสำรวจในเขตชนบทจังหวัดขอนแก่น พบผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพรุนแรงและต้องการการดูแลระยะยาว เกือบร้อยละ 12 และพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว เกือบร้อยละ 10 (Sihapark, et al, 2014) และการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาสภาพความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย โดยมากกว่าครึ่งอยู่ในวัยสูงอายุ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง การดูแลจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ โดยต้องลาออกจากงานหรือหยุดการประกอบอาชีพเดิม และพบ 1 ใน 4

ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีปัญหาการดูแลด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ สภาพทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ขนาดโครงสร้างของครอบครัวที่มีขนาดเล็กลง ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวประสบกับการลดลงของ ศักยภาพการเกื้อหนุนของครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสังคมไทยก่อให้เกิดภาระและผลกระทบ กับผู้ดูแลและครอบครัว และอยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งขาดระบบการ สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จังหวัดขอนแก่นเข้าร่วมดำเนินการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนาร่อง จำนวน 44 องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น หรือประมาณร้อยละ 20 ซึ่งมีผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแลระยะยาว จำนวน 4,997 คน อย่างไรก็ตามหลังจากการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวพบว่า เมืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนเพียงร้อยละ 50.0 เท่านั้นที่สามารถดำเนินการและสามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวประมาณครึ่งหนึ่งขาดโอกาสในการเข้าถึง บริการการดูแลระยะยาวในชุมชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น, 2560) จากสภาพ ปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาว รวมทั้งสถานการณ์กองทุนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งแนวโน้มขนาดของปัญหาการพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุที่จะเพิ่ม สูงขึ้นในอนาคต การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการขับเคลื่อนทางนโยบายและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับพื้นที่ซึ่งมีบริบทวัฒนธรรม ชุมชนที่แตกต่างกันและในระดับประเทศไทย การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่นาร่อง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เป็นวิจัยที่อาศัย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเกิดจัดการกับปัญหาและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยตนเอง เพื่อให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างความสำเร็จในการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนและจัดการปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนของผู้สูงอายุในพื้นที่นาร่อง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
- 2) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่นาร่อง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
- 3) เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่นาร่อง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
- 4) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในพื้นที่นาร่อง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

คำถามในการวิจัย

- 1) สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาว วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นอย่างไร
- 2) กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
- 3) รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรทำอย่างไร

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งกระบวนการวิจัย มี 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Stringer (Stringer & Genet, 2004; Stringer, 2007) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยสำรวจสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ วัฒนธรรมชุมชน ความเชื่อ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว ภาระและผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว และสร้างความเห็นร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย ประชุมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนระบบการดูแลระยะยาวจากชุมชน เชื่อมโยงกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ติดตามการดำเนินงานกิจกรรมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยออกแบบการจัดบริการผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านผู้ดูแล มอบหมายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแก่ผู้ดูแล ประเมินและจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวรายบุคคล ประจำสัปดาห์ตามชุดสิทธิประโยชน์ มอบหมายให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามแผนที่กำหนด ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวรายบุคคลของผู้ดูแลแผนที่กำหนด และสรุปผลการดำเนินงานนำเสนอต่อผู้เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสำรวจความคิดเห็นของชุมชน ประเมินผลลัพธ์ระบบบริการดูแลระยะยาว ในประเด็น การมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว การเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว และจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อขยายองค์ความรู้และขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่วิจัยได้แก่ ตำบลนาหนองพุ่ม ตำบลวังหินลาด และตำบลข้าวเรียง ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการคัดเลือกจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีประชากรและกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุ จำนวน 3,464 คน
- 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 268 คน
- 3) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน
- 4) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน the Barthel index (Collin et al., 1988) แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน Physical Self Maintenance Scale หรือ Lowton Instrumental Activities of Daily Living Scale ฉบับภาษาไทย (สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล, 2545; Jitapunkul, 1994) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Mental State Examination (Folstein et al., 1975) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Geriatric Depression Scale ซึ่งมีทั้งหมด 15 ข้อ (Yesavage et al., 1982) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล วิจารณ์ ดันติพิวัฒน์สกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย, 2540)

2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม หน่วยงาน องค์กร และแกนนำในชุมชน แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และเครื่องมือประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้เครื่องมือ Spider gram ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบการประเมิน 5 ด้าน (Rifkin et al., 1988; Bjaras et al., 1991) (รายละเอียดชุดคำถาม ดูที่ภาคผนวก)

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน

1.1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จากข้อมูลผู้สูงอายุตามทะเบียนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3,414 คน สามารถสำรวจข้อมูลได้ทั้งหมด 1,595 คน คิดเป็นร้อยละ 46.72 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง ร้อยละ 55.80 และ พบเพศชายร้อยละ 45 ส่วนใหญ่มี

อายุเฉลี่ย 70.23 ปี ผู้สูงอายุร้อยละ 45.27 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยโรคที่พบบ่อยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 25.83 รองมาคือโรคเบาหวาน พบร้อยละ 15.74 โรคข้อเสื่อม ต้อกระจก และหอบหืด ตามลำดับ โดยพบว่าผู้สูงอายุ ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 15.92 และพบผู้สูงอายุที่มีความพิการ ร้อยละ 3.76

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (n = 1,595 คน)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1) ชาย	705	44.20
2) หญิง	890	55.80
2. อายุ (อายุเฉลี่ย 69.26 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.54 ปี)		
1) 60-69 ปี	2,648	53.08
2) 70 – 79 ปี	1,667	33.41
3) 80 ปีขึ้นไป	674	13.51
3. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
1) ไม่มี	873	54.73
2) มี	722	45.27
1) โรคความดันโลหิตสูง	412	25.83
2) โรคเบาหวาน	251	15.74
3) โรคข้อเสื่อม	104	6.52
4) ต้อกระจก	48	3.01
5) โรคหอบหืด	47	2.95
6) โรคหัวใจ	43	2.70
7) โรคมะเร็ง	39	2.45
8) อัมพฤกษ์/อัมพาต	35	2.19
2. โรคร่วมมากกว่า 1 โรค	254	15.92
3. มีความพิการ	60	3.76
4. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว		
1) ครอบครัวเดี่ยว	766	48.03
2) ครอบครัวขยาย	829	51.97

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (n = 1,595 คน) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
5. การอยู่อาศัย หรือ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
1) อยู่คนเดียว หรือไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย	21	1.32
2) ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือมีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย	1,574	98.68

การประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมซึ่งทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาว ร้อยละ 17.32 (95%CI= 15.1 - 19.6) โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมด มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรง ร้อยละ 0.75 และมีภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 1.32 การประเมินภาวะสมองเสื่อม พบความชุกผู้สูงอายุที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.15 (95%CI=6.5 – 9.1) การประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(90) พบว่า พบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.02 (95%CI= 3.3 - 6.3) ซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อย ร้อยละ 0.75 สงสัยภาวะซึมเศรียรระดับปานกลาง ร้อยละ 0.19 และสงสัยภาวะซึมเศรียรระดับรุนแรง ร้อยละ 0.20 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 90 ไม่มีอาการแสดงออกถึงภาวะซึมเศร้าติดต่อกันเกิน 7 วัน

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ (n = 1,595 คน)

การปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานชีวิต	จำนวน (คน)	ความชุก (ร้อยละ)	95%CI
1. ความชุกการพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุ			
1) ไม่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (12-20คะแนน)	1,321	82.82	81.4 – 84.9
2) มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (0-11 คะแนน)	274	17.12	15.1 - 19.6
Moderately severe dependence (8-11 คะแนน)	241	15.11	
Severe dependence (5-7 คะแนน)	12	0.75	
Total dependence (0-4 คะแนน)	21	1.32	
2. ความชุกการพึ่งพิงผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน			
1) ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ	870	54.55	70.4 – 72.9
2) พึ่งพิงผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่	725	45.45	39.1 – 49.6
Moderately dependence	464	29.09	
High dependence	261	16.36	
3. การประเมินภาวะสมองเสื่อม			
1) ไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม	1481	92.85	89.9 – 91.5
2) สงสัยภาวะสมองเสื่อม	114	7.15	6.5 – 9.1

1.2 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพรู้สึกเป็นภาระหนักเกินกำลังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จากการศึกษาผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัว จำนวน 140 คน ซึ่งคิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Respond Rate) ร้อยละ 100 พบว่า ร้อยละ 75.71 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64.11 ปี ส่วนใหญ่เป็นลูกสาวมากที่สุด พบถึงร้อยละ 52.41 รองมาคือ ลูกสะใภ้ ผู้ดูแล ร้อยละ 60.71 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอาการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.14 โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 15.71 รองมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.29 และพบว่าผู้ดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ร้อยละ 3.57 ของผู้ดูแลมีความพิการ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 140 คน)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1) ชาย	34	24.29
2) หญิง	106	75.71
2. อายุ (อายุเฉลี่ย 64.11 ปี, S.D. 15.49 ปี)		
1) น้อยกว่า 50 ปี	33	23.57
2) 50-59 ปี	22	15.71
3) 60-69 ปี	23	16.43
4) 70 – 79 ปี	35	25.00
5) 80 ปีขึ้นไป	27	19.29
3. ระดับการศึกษา		
1) ประถมศึกษา	9	6.43
2) มัธยมศึกษา	111	79.29
3) ปริญญาตรีขึ้นไป	20	14.29
4. อาชีพปัจจุบัน		
1) หยุดประกอบอาชีพ	36	25.71
2) ยังประกอบอาชีพอยู่	104	74.29
5. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้สูงอายุ		
1) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	132	90.90
ลูกสาว	73	52.41
ภรรยา	8	5.89
ลูกสะใภ้	46	33.10

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 140 คน) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พี่น้อง	4	2.57
2) ไม่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ	8	9.10
6. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
1) สุขภาพปกติ	55	39.29
2) มีโรคเรื้อรัง	85	60.71
ความดันโลหิตสูง	38	27.14
โรคกระดูกและข้อ ได้แก่ ข้อเสื่อม เก๊าท์ ปวดเข่า	22	15.71
เบาหวาน	20	14.29
โรคไต	6	4.29
ตาพร่ามัว ต้อกระจก	4	2.86
โรคอื่นๆ ได้แก่ หูตึง หอบหืด ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	3	2.14
3) มีความพิการ	5	3.57
4) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป	82	58.57

ผลการประเมินระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.0 รองมาคือ คุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 6.43 และ คุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 3.57 และเมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า องค์ประกอบที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบมีคุณภาพชีวิตไม่ดีร้อยละ 22.14 รองมาคือ ด้านสุขภาพกาย พบร้อยละ 15.71 ส่วนองค์ประกอบด้านจิตใจ พบมีคุณภาพชีวิตดี มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวก่อนการวิจัย (n = 140)

ผลการประเมินคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตดี จำนวน (ร้อยละ)
1.คุณภาพชีวิตโดยรวม (26 – 130 คะแนน)	5 (3.57)	126 (90.00)	9 (6.43)
2.คุณภาพชีวิตรายด้าน			
2.1 ด้านสุขภาพกาย (7 – 35 คะแนน)	22 (15.71)	115 (82.14)	3 (2.14)
2.2 ด้านจิตใจ (6 – 30 คะแนน)	4 (2.86)	99 (70.71)	37 (26.43)
2.3 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3 – 15 คะแนน)	31 (22.14)	100 (71.43)	9 (6.43)
2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (8 – 40 คะแนน)	4 (2.86)	116 (82.86)	20 (14.29)

1.3 ระเบียบปฏิบัติกองทุนระบบการดูแลระยะยาวที่ไม่ชัดเจน และการเตรียมความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอ จากการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่นเข้าร่วมดำเนินกองทุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปีพ.ศ. 2560 จำนวน 3 แห่ง และพบว่าหลังสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560 มีเพียง 1 พื้นที่ หรือร้อยละ 33.33 เท่านั้นที่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณได้ และในพื้นที่วิจัยครั้งนี้ พบว่ามี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในปีพ.ศ. 2560 จำนวน 3 แห่ง มีผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแล 153 คน หลังสิ้นสุดปีงบประมาณ 2561 พบว่ามีพื้นที่ที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้เพียง 2 ใน 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจำนวน 205 คน หรือ ร้อยละ 74.82 ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวตามนโยบายของรัฐบาลที่สำคัญ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอ และระเบียบปฏิบัติกองทุนระบบการดูแลระยะยาวที่ไม่ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่านของกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณ ดังเช่น

“ท้องถิ่นไม่ตัดสินใจดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณ เนื่องจากข้อบังคับไม่ชัดเจนในการดำเนินงาน และไม่เข้าใจแนวทางในการดำเนินงานที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชี้แจง ไม่สามารถมองไม่เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน ก็ไม่เข้าใจนะว่าจะให้ทำอย่างไรไม่รู้จะทำอย่างไร กองทุนระบบการดูแลระยะยาว คง

ต้องรอให้คุณหมอมานำทำ ตอนนี้จะขยายโรงเรียนผู้สูงอายุเพิ่มอีก 1-2 หมู่บ้านจะเป็นความต้องการของชุมชน ใช้งบกองทุน” LM1 15 มิถุนายน 2560

“...สปสช. ออกแบบก็คือตัวเงินที่จะลงมาเขาต้องการให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมก็เลยส่งมาที่กองทุนหลักประกันสุขภาพ มันเลยกลายเป็นว่าสาธารณสุขก็ทำเตรียมความพร้อมซึ่งก็พร้อมแล้วนะครั้บแต่พอเงินมาที่ท้องถิ่น ท้องถิ่นก็พร้อมแบบไม่รู้โอ้ไหนโอ้ไหน.....” LM2 15 มิถุนายน 2560

1.4 ภาระงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคสำคัญของการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้จัดการดูแล (Care Manager) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่หลักในการออกแบบพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย การประเมินคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อจัดประเภทตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย การประชุมรับรองแผนการดูแล การเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายสัปดาห์ การกำกับติดตาม การประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแล การพัฒนาสร้างทีมผู้ดูแล และ ประสานงานกับหน่วยงานหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย โดยเฉพาะการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน นอกจากนี้ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุยังคงมีหน้าที่รับผิดชอบภาระงานหลักในหน่วยงาน ได้แก่ งานตรวจรักษาโรค งานอนามัยแม่และเด็ก การตรวจคัดกรองโรค การให้บริการในหน่วยงาน การจัดทำรายงาน ดังเช่น

“คนดูแลหลักก็เป็น ผอ.รพสต. แก่เป็น CM ด้วย ในงานที่กระบวนการดูแลเริ่มต้นจากการสำรวจผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย โดย ผู้ดูแล หรือ อสม. แล้วผู้จัดการดูแลจะลงประเมินซ้ำ ซึ่งบางครั้งจะออกเยี่ยมประเมินโดยทีมใหญ่ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมด้วย หรือ อาจเฉพาะผู้จัดการดูแล care manager กับทีมผู้ดูแล care giver แล้วนำมาจัดกลุ่มตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วจึงกำหนดแผนการดูแล (care plan) ซึ่งจะมี ผู้ดูแล (care giver) ทำหน้าที่ดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้ และบันทึกผลลักษณะอันอักษรจาก care plan ทุกเดือน นอกจากนี้จะมีทีมหมอครอบครัวของแต่ละหมู่บ้านร่วมในการจัดทำและเขียนแผนการดูแลเนื่องจากเป็นงานของ รพสต. ที่ทุกคนต้องทำงานร่วมกัน และก็สรุปทำเรื่องเบิกจ่ายทำหลักฐานให้กับผู้ดูแลในตำบลส่วน อบต.ก็ทำหน้าที่จ่ายเงิน รพ.สต.เป็นหลัก” CM1-12 กรกฎาคม 2560

2. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นกลไกสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในพื้นที่ เนื่องจากเป็นจุดเชื่อมและพื้นที่เปิดในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทำให้

หน่วยงาน องค์กร และกลุ่มคนในพื้นที่ ได้แก่ แกนนำกลุ่มผู้สูงอายุ องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลประจำอำเภอ ชุมชน ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ผู้นำชุมชน และกิ่งกาชาดอำเภอ ซึ่งกระบวนการการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน ประกอบด้วย การส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มและเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน การบูรณาการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียนผู้สูงอายุ และ การระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

“อันนี้เป็นจุดน่าสนใจเมื่อเรามีต้นทุนในเรื่องของโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่แล้ว โรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นต้นทุนในการไปต่อเรื่องของกองทุนก็สามารถที่จะไปจับได้ คือถ้ามันมีฐานของภาคประชาชนอยู่ส่วนท้องถิ่นเขาไม่มีปัญหา แต่ถ้าเมื่อไหร่ที่มันเป็นฐานที่แบบว่าระบบสุขภาพจะเข้าไปอันนั้นมันก็เป็นเรื่องธรรมชาตินะคือเราก็ไม่ใช่ภาคประชาชนเราก็คือหน่วยงานของภาครัฐเหมือนกันเมื่อต้องไปต่ออะไรต่าง ๆ มันก็เกิดปัญหาแบบนี้ แต่ถ้าเป็นความต้องการของผู้สูงอายุถ้าเราคุย เราเชื่อมกับกลุ่มผู้สูงอายุแล้วกลุ่มผู้สูงอายุจะเคลื่อนไหว เข้าไปเรื่องของการทำงานกองทุนให้เราได้ แล้วตัวของท้องถิ่นที่เขาแข็งแรงแบบนั้นเขายังจะยอมรับไว้นะคะ เพราะนั่นคือการ เคลื่อนไหว มันมีหลายช่องทางเราค่อยเข้าไปเรียนรู้ด้วยกัน” CM-28 มิถุนายน 2560

2.2 การสร้างองค์ความรู้ในการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน การสร้างองค์ความรู้เพื่อการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนมีความสำคัญ และจำเป็นสำหรับพื้นที่ที่ยังไม่สามารถดำเนินการออกแบบการจัดระบบบริการ และพื้นที่ที่ดำเนินการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อสร้างความมั่นใจในแนวทางการดำเนินงาน กระบวนการสร้างองค์ความรู้ในการจัดระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีแนวทาง คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากพื้นที่ต้นแบบกองทุนระบบการดูแลระยะยาว กิจกรรมเสริมพลังให้ผู้จัดการดูแล การพัฒนาแผนการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และ สนับสนุนการติดตามเยี่ยมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

2.3 การบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่ ในระยะแรกของการดำเนินงานกองทุนระบบการดูแลระยะยาว พบว่าเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว และมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจและการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากส่วนกลาง โครงการวิจัยได้จัดกิจกรรมการบันทึกความร่วมมือ และการกำหนดทีมงานวิจัยของแต่ละพื้นที่จะต้องประกอบด้วย ผู้จัดการดูแล ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยเสมอทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและมีการทำงานร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกับขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและทำให้มีการวางแผนการทำงานแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และนำมาสู่การกำหนดบทบาทและแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1 การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงกองทุนระบบการดูแลระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนดำเนินการวิจัย โดยก่อนดำเนินการวิจัย มีผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ จำนวน 153 คน ร้อยละ 55.84 และหลังดำเนินการวิจัย พบว่าเพิ่มขึ้นเป็น 205 คน ร้อยละ 74.82 ซึ่งจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้สูงอายุที่เข้าถึงสิทธิการ จัดบริการดูแลภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว ก่อนและหลังการวิจัย พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <.001)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัย

จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการ ระบบการดูแลระยะยาว	ก่อนการวิจัย	หลังการวิจัย	χ^2	P value
	(n = 274)	(n = 274)		
	N (%)	N (%)		
1) เข้าถึงบริการ	153 (55.84)	205 (74.82)	7.5530	<0.001*
2) ไม่สามารถเข้าถึงบริการ	121 (45.16)	69 (25.18)		

*P value < 0.001

3.2 การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.71 รองมาคือ ระดับดี ร้อยละ 8.57 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.71 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลใน ครอบครัวก่อนและหลังการวิจัย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value< 0.001)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน ก่อนและหลังการวิจัย

ผลการประเมินคุณภาพชีวิต	ก่อนการวิจัย	หลังการวิจัย	T	P value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
1.คุณภาพชีวิตโดยรวม	81.96 (10.59)	82.53 (10.46)	5.577	0.001
2.คุณภาพชีวิตรายด้าน				
2.1 ด้านสุขภาพกาย	19.69 (3.18)	20.95 (2.98)	8.529	0.001
2.2 ด้านจิตใจ	20.86 (3.26)	21.16 (3.33)	2.048	0.042
2.3 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.17 (1.99)	9.48 (1.95)	3.598	0.001
2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม	26.03 (3.82)	26.56 (3.42)	3.342	0.001

3.3 ระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการวิจัยมีผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 83.21 กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 6.20 กลุ่มที่ 3 ร้อยละ 8.03 และ กลุ่มที่ 4 ร้อยละ 2.55 หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.69 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มอื่นลดลง โดยมีกลุ่มที่ 2 พบร้อยละ 5.84 กลุ่มที่ 3 พบร้อยละ 3.29 ไม่มีกลุ่มที่ 4 และมีผู้สูงอายุเสียชีวิต ร้อยละ 6.09 แต่อย่างไรก็ตามจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <.0941)

ประเภทผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ตามเกณฑ์ สปสช.	ก่อนการวิจัย (n=274) N (%)	หลังการวิจัย* (n=268) N (%)	χ^2	P value
1. กลุ่มติดบ้าน	245 (89.42)	259 (96.64)	2.8026	0.0941
กลุ่ม 1	228 (83.21)	243 (90.67)		
กลุ่ม 2	17 (6.20)	16 (5.97)		
2. กลุ่มติดเตียง	9 (10.58)	9 (3.36)		
กลุ่ม 3	22 (8.03)	9 (3.36)		
กลุ่ม 4	7 (2.55)	0 (0.00)		

* เสียชีวิต จำนวน 6 คน และหายจากภาวะพึ่งพิง จำนวน 0 คน

4. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ารูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วย 2 กระบวนการหลักที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน คือ การจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และการบริการจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว

4.1 การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ภายใต้ 4 องค์ประกอบ คือ

1) ผู้จัดการดูแล (Care Manager) ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรตามมาตรฐาน 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแล ประกอบด้วย (1) การบริหารจัดการและการประสานการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการดูแลระยะยาว ตามชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุข และ (2) การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ บริหารจัดการและการกำกับติดตามการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

2) แผนการดูแล (Care Plan) เป็นแผนการดูแลที่ถูกรวบรวมแบบสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะราย เป็นรายสัปดาห์ซึ่งถูกรวบรวมโดยผู้จัดการดูแล แผนการดูแลเป็นเครื่องมือสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน ซึ่งถ้าแผนการดูแลรายบุคคลมีคุณภาพและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละ

ราย จะทำให้มีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการ และส่งผลทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมง ตามมาตรฐานของกรมอนามัย และสัดส่วนของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ คือ 1 ต่อ 5 คน ซึ่งกิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติได้แก่ การช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยให้คำแนะนำ การอยู่เป็นเพื่อน การช่วยเหลืองานบ้านที่จำเป็น รวมทั้งกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่อยู่ภายใต้การมอบหมายของผู้จัดการดูแล โดยผู้ดูแลจะได้รับค่าตอบแทนการดูแลจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว

4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการจัดระบบบริการที่ใช้บ้านของผู้สูงอายุเป็นฐาน ซึ่งกิจกรรมการบริการอยู่ภายใต้แผนการดูแลรายบุคคลอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับ โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลภายใต้การทำหน้าที่ควบคุมกำกับติดตาม ของผู้จัดการดูแล ในรายการณที่มีปัญหาด้านสุขภาพผู้จัดการดูแลจะทำหน้าที่ประสานให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ให้การดูแล รวมทั้งการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้าน

4.2 การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว มี 3 องค์ประกอบ คือ

1) กองทุนสุขภาพตำบล เป็นกองทุนหลักที่เชื่อมโยงงบประมาณจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนระบบการดูแลระยะยาวจึงเป็นกองทุนย่อยของกองทุนสุขภาพตำบล ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมและกำกับทิศทางกองทุนระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ โดยการแต่งตั้งอนุกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ออกระเบียบคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลว่าด้วยกองทุนระบบการดูแลระยะยาว รับทราบแผนงานโครงการของหน่วยบริการที่จะจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว อนุมัติให้เบิกจ่ายเงินงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวเพื่อซื้อบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยบริการ และ การควบคุมกำกับการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชนให้อยู่ตามแผนการซื้อบริการ

2) กองทุนระบบการดูแลระยะยาว เป็นกองทุนย่อยภายใต้กองทุนสุขภาพตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีคณะอนุกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวเป็นผู้ดูแล ซึ่งผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมายเป็นประธานอนุกรรมการ และปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ โดยคณะอนุกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว มีบทบาทหน้าที่ในการเห็นชอบ แผนงานโครงการและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวรายบุคคล กำหนดอัตราบริการและค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการจัดหาหน่วยบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่

มีภาวะฟุ้งฟิงระยะยาวของหน่วยจัดบริการ และดำเนินการเบิกจ่ายเงินจากบัญชีกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อไปดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแล

3) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นหน่วยบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ขอรับงบประมาณจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีบทบาทหน้าที่ คือ การบริหารจัดการงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เสนอโครงการและแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว สนับสนุนผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน กำกับติดตาม ประเมินผล และสรุปและรายงานผลการดูแลแก่กองทุนระบบการดูแลระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

1. ความต้องการการดูแลระยะยาว และวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จากการประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมซึ่งทำให้เกิดภาวะฟุ้งฟิงระยะยาว ร้อยละ 17.32 (95%CI= 15.1 - 19.6) โดยมีภาวะฟุ้งฟิงปานกลาง ร้อยละ 1.32 และเป็นกลุ่มฟุ้งฟิงระยะยาวรุนแรง ร้อยละ 0.75 ส่วนการประเมินภาวะสมองเสื่อม พบความชุกผู้สูงอายุที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.15 (95%CI=6.5 - 9.1) การประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(9Q) พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.02 (95%CI= 3.3 - 6.3) ซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะซึมเศราระดับเล็กน้อย ร้อยละ 0.75 สงสัยภาวะซึมเศราระดับปานกลาง ร้อยละ 0.19 และ สงสัยภาวะซึมเศราระดับรุนแรง ร้อยละ 0.20 พบว่าอัตราภาวะฟุ้งฟิงระยะยาวในผู้สูงอายุมีความชุก แตกต่างจากการศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2556 ที่พบความชุกของการเกิดภาวะฟุ้งฟิงระยะยาวของผู้สูงอายุ ร้อยละ 12 และพบความชุกการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.6 (Sihapark, Kuhirunyaratn and Chen, 2014) ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 45.27 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.83 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15.74 ซึ่งอัตราค่อนข้างแตกต่างกับผลสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชายและหญิงของกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี มีร้อยละ 47.2 และ 49.5 ตามลำดับ ความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนถึงร้อยละ 58.7 และ 68.9 ในเพศชายและหญิงตามลำดับของกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และผลการสำรวจโดยการตรวจน้ำตาลในเลือด พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมีร้อยละ 21.1 - 50.7 (วิชัย เอกพลการและคณะ, 2557) อัตราป่วยโรคเรื้อรังที่แตกต่างกันเนื่องจากพื้นที่วิจัยเป็นพื้นที่ชนบท และมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวเพียงลำพัง ก่อนการดำเนินการวิจัย ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกเป็นภาระหนักเกินจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเอง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น

ผู้สูงอายุ และมีปัญหาภาวะสุขภาพ โดยผู้ดูแล ร้อยละ 60.71 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 58.57 เป็นผู้สูงอายุ และร้อยละ 3.57 มีความพิการ จากการประเมินระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.0 และคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 3.57 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพิงด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุ (ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) ดังนั้น ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชน และสังคมไทยในอนาคต

2. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2560 พื้นที่อำเภอชุมแพ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมจำนวน 3 แห่ง มีผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล 274 คน แต่หลังสิ้นสุดปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีพื้นที่ที่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้เพียง 1 ใน 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจำนวน 153 คน หรือ ร้อยละ 55.84 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้บริหารและปฏิบัติงานในพื้นที่ได้สะท้อนปัญหา “ขาดการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอในการบริหารจัดการกองทุน” ทำให้ผู้บริหารและบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องรับผิดชอบบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวไม่เข้าใจ ไม่มั่นใจในการดำเนินงาน ที่จะมียผลผูกพันและเกี่ยวโยงทางด้านกฎหมาย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่จึงไม่กล้าลงนามอนุมัติให้ดำเนินการที่เกี่ยวกับกองทุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อีกทั้งข้อจำกัดของกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน สอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน การบริหารจัดการ ผู้นำ การรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน การวางแผนสุขภาพชุมชน ความคาดหวังในประโยชน์ที่ได้รับเกี่ยวกับกองทุน การจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุน การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน การประชาสัมพันธ์กองทุน (รุ่งเรือง แสนโกษา เสาวลักษณ์ โทศลกิตติอัมพร และ สมเจตน์ ภูศรี, 2557)

นอกจากนี้ “ระเบียบปฏิบัติ และ แนวทางการทำงานที่ไม่ชัดเจน” เป็นอุปสรรคสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบาย ในระยะเปลี่ยนผ่านของกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศ เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ พ.ศ.2560 เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2560 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น, 2560)

อีกประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญของการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ภาระงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้จัดการดูแล เป็นบุคลากรสุขภาพในสถาน

บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ถูกพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อทำหน้าที่หลักในการออกแบบพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และประสานการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอย่างมีคุณภาพ และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นทีมงานที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายบุคคลที่จัดทำขึ้น โดยผู้จัดการดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ยังคงต้องมีภาระรับผิดชอบงานเดิมในหน่วยงานด้วย ทำให้ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุต้องรับทั้งภาระงานเดิมและภาระผู้จัดการดูแล โดยสัดส่วนของผู้จัดการดูแลต่อผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานกำหนดผู้จัดการดูแล 1 คน ต่อผู้สูงอายุ 40 คน แต่พบว่าในปี พ.ศ.2560 ในพื้นที่วิจัยมีอัตราส่วนเฉลี่ยผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ 1: 68.5 และพ.ศ. 2561 อัตราส่วนเฉลี่ย 1:45.6 ส่งผลให้ไม่มีเวลาเพียงพอการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า ปัจจัยด้านเวลาในการปฏิบัติงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านความสำเร็จในงาน และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน และสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากปัจจัยดังกล่าว ได้ร้อยละ 50.4 (วีระวรรณ เหล่าวิทวัส และ ประจักษ์ บัวผัน, 2556)

ทั้งนี้ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความสำคัญและเป็นจุดเปลี่ยนของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน การที่ผู้จัดการดูแลต้องแบกรับภาระการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่อยู่ท่ามกลางระบบการควบคุมกำกับติดตามของหน่วยงานด้านนโยบายและความคาดหวังของชุมชน ซึ่งถึงแม้บางพื้นที่ผู้จัดการดูแลจะสามารถประสบผลสำเร็จในการดำเนินการตามระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่ในอนาคตที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ภาระการดูแลผู้จัดการดูแลจะเพิ่มสูงขึ้น อาจจะส่งผลกระทบต่อภาระของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอนาคตได้ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับของการกำกับนโยบายที่จะสนับสนุนให้ผู้จัดการดูแลซึ่งเป็นกำลังหลักของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้สามารถปฏิบัติงานตามแผนงานได้และไม่เกิดภาระการทำงานที่หนักเกินกำลัง

3. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าก่อนการวิจัย พบว่าก่อนการวิจัยผู้สูงอายุเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์จากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ร้อยละ 55.84 หลังการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขกองทุนระบบการดูแลระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุได้รับบริการดูแลระยะยาวจากกองทุนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.82 ซึ่งจากการเปรียบเทียบการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหลังการวิจัย พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value <.001) สอดคล้องกับการศึกษาในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการบริหารจัดการกองทุน

หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 8 ปัจจัยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์กองทุน ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน ปัจจัยด้านการรับรู้ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน ปัจจัยด้านผู้นำ ปัจจัยด้าน การจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการบริหารกองทุน และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน และชุมชน ตามลำดับ (รุ่งเรือง แสนโกษา เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และ สมเจตน์ ภูศรี, 2557)

นอกจากนี้ การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น โดยก่อนการวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 90.0 รองมาคือ คุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 6.43 และคุณภาพชีวิตไม่ดี เกือบร้อยละ 3.57 หลังจาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.72 รองมาคือ ระดับดี ร้อยละ 8.57 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนและหลังการวิจัย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < 0.001$) ทั้งคุณภาพชีวิตรายโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านทุกด้าน สอดคล้องกับผลการวิจัย คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ, 2557)

แต่ระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < 0.0941$) โดยก่อนการวิจัยผู้สูงอายุที่ได้รับบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน จำนวน 274 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ติดบ้านไม่สับสน ร้อยละ 83.21 กลุ่มที่ 2 ติดบ้านและมีภาวะสับสน ร้อยละ 6.20 กลุ่มที่ 3 ติดเตียงไม่รุนแรง ร้อยละ 8.03 และ กลุ่มที่ 4 ติดเตียงและมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือระยะสุดท้าย ร้อยละ 2.55 หลังการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.69 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มอื่นลดลงโดยมีกลุ่มที่ 2 ร้อยละ 5.84 กลุ่มที่ 3 ร้อยละ 3.28 และ กลุ่มที่ 4 ร้อยละ 0 และมีผู้สูงอายุเสียชีวิต ร้อยละ 6.09 อย่างไรก็ตามผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้การดูแล มีเงื่อนไขการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีความแตกต่างกันเฉพาะราย แม้ว่าชุดบริการสิทธิประโยชน์ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว เป็นการออกแบบบริการขั้นพื้นฐานเพื่อการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ประกอบ 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมินเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การเยี่ยมบ้านโดยผู้ดูแล การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ และการติดตามประเมินแผนการดูแล แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับกองทุนระบบการดูแลระยะยาวพบว่าบริบทและข้อจำกัดขององค์กรปกครองท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

มีความแตกต่างกัน จึงมีผลทำให้ความเข้มข้นของการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนมีความแตกต่างกัน อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีความแตกต่างกันทั้ง 4 กลุ่ม เป้าหมายการดูแลภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว มีความแตกต่างกัน การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต อาจมีความไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยเฉพาะกลุ่มที่ 4 เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ มีการเจ็บป่วยรุนแรง เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย การประเมินผลลัพธ์จากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิตจะทำให้ลดทอนคุณค่าของผู้ดูแลและผู้จัดการดูแล ที่ทำหน้าที่จัดกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความหลากหลายแต่ต่างกันไปตามบริบทของผู้สูงอายุเฉพาะราย รวมทั้งผู้สูงอายุบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลสุขภาพให้นานกว่าระยะเวลาในรอบการประเมิน แนวทางในการประเมินผลการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานมาเป็นองค์ประกอบร่วมกับผลลัพธ์การดูแล ดังเช่นการศึกษาของ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) ที่ศึกษาตัวชี้วัดของการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และพึ่งตนเองได้ในระดับน้อยไปจนถึงพึ่งพาตนเองไม่ได้เลย พบว่าประกอบด้วย 9 ตัวชี้วัด ได้แก่ การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหารการดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ดังนั้น ในสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ และโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีจำกัด การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว ด้วยการสนับสนุนของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงเป็นรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่ยังคงสามารถอยู่ในชุมชนที่คุ้นเคยและยังคงอยู่ในความดูแลของลูกหลาน ซึ่งสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ปรับปรุงครั้งที่ 1 ที่กำหนดมาตรการหลักให้มีระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน และมีมาตรการย่อย คือ 1) จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยควรครอบคลุมบริการต่อไปนี้ (1) การสนับสนุนการดูแลระยะยาว (2) ระบบประคับประคอง (3) ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง (4) อาสาสมัครในชุมชน (5) สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ มาตรการย่อยที่ 2) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชน และองค์กรสาธารณสุขประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจิตสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ โดยกระบวนการประชาคม และมาตรการย่อยที่ 3) เกื้อหนุนให้เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดบริการด้านสุขภาพและสังคม ให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553) การสร้างมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นสำหรับ

การพัฒนาาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ที่ต้องมีการกำหนดมาตรฐานและตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับบริบทการดูแลภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป

4. รูปแบบการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่า รูปแบบการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย 2 กระบวนการหลักที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน คือ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และการบริการจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งพบว่า ซึ่งการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแล ประกอบด้วย (1) การบริหารจัดการและการประสานการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการดูแลระยะยาว ตามชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขเพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้แผนการดูแล (Care Plan) ได้แก่ ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหากรณี และ เชื่อมประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง และ (2) การบริหารจัดการพัฒนาาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ บริหารจัดการและการกำกับติดตามการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ส่วนการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว จากการสังเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับพบว่าการบริหารจัดการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นกระบวนการที่สำคัญในการจัดสรรงบประมาณของกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ตามชุดสิทธิประโยชน์ของการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ผู้สูงอายุแต่ละรายพึ่งพิงจะได้รับ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การขับเคลื่อนการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้องค์ประกอบ 3 ส่วน คือ (1) กองทุนสุขภาพตำบล เป็นกองทุนหลักที่เชื่อมโยงงบประมาณจากกองทุนย่อยหรือกองทุนระบบการดูแลระยะยาว กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2) กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จะทำหน้าที่เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นการให้บริการ ณ คริวเรือน หรือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ หน่วยบริการ หรือ สถานบริการ ที่ให้บริการดูแลระยะยาว (3) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นหน่วยบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ขอรับงบประมาณจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

กระบวนการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากการสังเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการพัฒนาที่อาศัยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบาย ด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2) การสร้างองค์ความรู้ในการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และ 3) การบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่

ขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่ เป็นไปตามยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ที่ตั้งเป้าหมายให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุทุกคน ด้วยระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) และสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ.นพ. ประเวศ วะสี (อ้างอิงในอำพล จินดาวัฒน์, 2555) ที่เสนอแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย ประชาชนและสังคม วิชาชีพและวิชาการ การเมืองและราชการ โดยกระบวนการ 3 ประการ คือ (1) กระบวนการทางปัญญา คือ มีการใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการศึกษาวิเคราะห์สังเคราะห์อย่างดีจนเป็นความรู้ที่เรียกว่า เป็นการสร้างนโยบายบนฐานของความรู้ (2) กระบวนการทางสังคมเนื่องจากนโยบายสาธารณะกระทบสังคมทั้งหมดอย่างรุนแรง ดังนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ สังคมควรได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนดนโยบาย โดยทำเป็นกระบวนการที่เปิดเผย โปร่งใส ทุกฝ่ายเข้าร่วมได้ และ (3) กระบวนการทางศีลธรรม นโยบายสาธารณะที่ดีต้องเป็นไปเพื่อความถูกต้องดีงาม และเพื่อประโยชน์สุขของคนทั้งสังคม ไม่แบ่งแยกเพื่อประโยชน์เฉพาะตนหรือเฉพาะกลุ่ม และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีผลว่าการสร้างการมีส่วนร่วมสามารถทำให้เกิดความครอบคลุม (Coverage) ในกลุ่มประชาชน ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่ไม่สามารถจัดบริการได้ครอบคลุมสำหรับความต้องการทางด้านสุขภาพได้ทั้งหมด จะเข้าถึงได้เพียงกลุ่มที่มีข้อจำกัด และกลุ่มที่พิเศษ ทำให้มีการจำกัดจำนวนของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ บริการความช่วยเหลือที่ให้มีเพียงคนจำนวนน้อยที่สามารถเข้าถึงได้ แต่การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการขยายความครอบคลุมในสิ่งต่าง ๆ ที่จะนำเข้าถึงประชาชนอย่างทั่วถึงและขยายวงกว้างโดยตรงผ่านกิจกรรมการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงทำให้เกิดความครอบคลุมของแผนงานหรือโครงการในชุมชน (Kahssay and Oakley, 1999; Oakley, et al., 1991; WHO, 2002; Zakus and Lysack, 1998)

3. ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ได้นำมาสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยสำหรับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1) กระทรวงสาธารณสุข ควรคงการพัฒนาอัตรากำลังและศักยภาพผู้จัดการดูแลในหน่วยงานสาธารณสุข ให้มีความเพียงพอเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต และขยายการพัฒนาผู้จัดการดูแลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อแบ่งเบาภาระงานของผู้จัดการดูแลในหน่วยงานสาธารณสุข จากสภาพปัญหาภาระการทำงานของผู้จัดการดูแลซึ่งเป็นอัตรากำลังคนในระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ต้องรับผิดชอบทั้งงานประจำในหน่วยงานเดิม และต้องทำหน้าที่พัฒนาระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากปัญหาการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้แผนการดูแลรายบุคคลที่ต้องถูกจัดทำโดยผู้จัดการดูแลที่ผ่านการอบรม และคุณภาพของการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ควรมีบทบาทในการพัฒนามาตรฐานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์กองทุนระบบการดูแลระยะยาวเพื่อสร้างหลักประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จากการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนช่วยสนับสนุนให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดีขึ้น การออกแบบระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอนาคต ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว เพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างมาตรฐานและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุนระบบการดูแลระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี

2559. ค้นเมื่อ 31 มกราคม 2560, จาก https://www.m-society.go.th/article_attach/20414/21054.pdf

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2553). **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับ**

ปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย.

ญาณิน หนองหารพิทักษ์ และ ประจักษ์ บัวผัน. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวช

ปฏิบัติทั่วไป ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข. (บศ.).

13 (1) : ม.ค. -มี.ค: 99 – 111.

เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่

มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอโนนรมย์ จังหวัดชัยนาท. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.

24(3) : 104-118.

รุ่งเรือง แสนโกษา เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และ สมเจตน์ ภูศรี. (2557). รูปแบบการบริหารจัดการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่น

สารสินธุ์. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์. 8(2)

พฤษภาคม-สิงหาคม. 200 – 216

วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2557). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.

2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิระวรรณ เหล่าวิวัฒน์ และ ประจักษ์ บัวผัน. (2556). การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปใน

โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (บศ.) 13 (2) : เม.ย. –

มิ.ย.: 109-120.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติของครอบครัวและชุมชนชนบท

ไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศิริภาณี ศรีหาภาค โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2557). ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและ

พัฒนาผู้สูงอายุไทย.

สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล. (2545). มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากร

ผู้สูงอายุ. วารสารพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 3(2), 49-62.

สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2540). แบบวัดคุณภาพ

ชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550.

กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559.** กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น. (2560). **สรุปรายงานผลการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ปี 2560.** (เอกสารอัดสำเนา)

อรุณี ชุนหบดี และคณะ.(2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.** 24(1): กันยายน 2555-กุมภาพันธ์ 2556: 1-9.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2555). **เหลียวหลังแลหน้า สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ 2.** นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., and Horne, V. (1988). The Barthel ADL index: a reliability study. **Disability and Rehabilitation**, 10(2), 61–63.
doi:10.3109/09638288809164103.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., and McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, 12(3), 189–198.

Kahssay, H.M., & Oakley, P. (1999). **Community involvement in health development: a review of the concept and practice.** Geneva: WHO.

Rifkin, S.B., Muller, F., and Bichmann, W. (1988). Primary Health Care: On measuring participation. **Soc. Sci. Med**, 26(9), 931-940.

Sihapark, Kuhirunyaratn and Chen. (2014). Severe Disability Among Elderly Community Dwellers in Rural Thailand: Prevalence and Associated Factors. **Ageing International.** 39(3)210-220: DOI 10.1007/s12126-013-9190-7.

Stringer, E & Genat, W. (2004). **Action research in health.** New Jersey: Merrill Prentice Hall.

Yesavage, J. A., et al. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res**, 17(1), 37-49.

ภาคผนวก: เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือเชิงคุณภาพ และ เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1) แนวทางการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม หน่วยงาน องค์กร และแกนนำในชุมชน

เป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาต้นทุนและประสบการณ์การทำบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงาน องค์กร แกนนำชุมชน เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้อาศัยเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยได้ดัดแปลงจากเครื่องมือ การศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ซึ่งประเด็นรอบคำถามของเครื่องมือการวิจัยมีดังต่อไปนี้

(1) สภาพสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน นโยบาย แผนงาน และงบประมาณ ของหน่วยงาน เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในรอบปีที่ผ่านมา บริการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานในชุมชน ประเภทการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เสี่ยงสะท้อนจากชุมชน ผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา นโยบาย ทิศทาง แผนงานการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต เป็นอย่างไร

(2) กองทุนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นทางการ และ ไม่เป็นทางการ มีอะไรบ้าง มูลเหตุของการเกิดกองทุน สมาชิก แกนนำ และบทบาทที่ผ่านมา กิจกรรม และ สวัสดิการของกองทุนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แผนงานโครงการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้กองทุนสุขภาพตำบล เป็นอย่างไร งบประมาณในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ทิศทาง นโยบาย และแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุของกองทุนดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ปัญหา อุปสรรคและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นอย่างไร

(3) (กรณีปีที่ผ่านมาได้ถูกคัดเลือกให้เป็นตำบลนำร่องดูแลระยะยาว) กระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หน่วยงาน องค์กร แกนนำ ที่เกี่ยวข้อง และมีบทบาทหน้าที่อย่างไร การจัดสรรงบประมาณ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำอย่างไร ผลลัพธ์ของการดูแล เสี่ยงสะท้อนจากชุมชน ปัญหา อุปสรรคและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นอย่างไร

(4) วัฒนธรรมความเชื่อและวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร บริบททางกาลเวลามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมความเชื่อและวิถีปฏิบัติอย่างไร บริบททางสังคม วัฒนธรรม อะไรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและครอบครัวมีผลต่อวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร มุมมองของชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน แบบแผนการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนไทย ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและครอบครัว เป็นอย่างไร

2) แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

เป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การทำบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต

แบบมีส่วนร่วม โดยได้ตัดแปลงจากเครื่องมือ การศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาภายใต้วัฒนธรรมไทย ซึ่งประเด็นกรอบคำถามของเครื่องมือการวิจัยมีดังต่อไปนี้

เหตุผลของการเป็นผู้ดูแลคืออะไร ประสบการณ์การดูแลระยะยาว ระยะเวลาการดูแลระยะยาว และ กิจกรรมการดูแลในรอบ 24 ชั่วโมง ต้นทุนค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลประจำวัน กิจกรรมการดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือ เป็นอย่างไร ผู้ช่วยผู้ดูแลกิจกรรมการดูแลประจำวันที่ต้องการ มีลักษณะเป็นอย่างไร กิจกรรมการดูแลที่ไม่สามารถทำได้เอง บุคลากรด้านสุขภาพและด้านสังคมที่ใช้บริการดูแลระยะยาว กิจกรรมการดูแลระยะยาว ปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแล ผลลัพธ์ที่ได้อะไรบ้างจากการเป็นผู้ดูแล เป็นอย่างไร

3) แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

เป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวที่ไม่ใช่คนในครอบครัวแต่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน เครื่องมือในการศึกษาเป็นเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยได้ตัดแปลงจากเครื่องมือ การศึกษาวิจัยเรื่อง ภาวะและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย ซึ่งประเด็นกรอบ คำถามของเครื่องมือการวิจัยมีดังต่อไปนี้

เหตุผลของการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เกิดขึ้นได้อย่างไร บทบาทและการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (จำนวนผู้ป่วย กิจกรรมการดูแล ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ความถี่ของการทำกิจกรรมการดูแล) ผลลัพธ์การ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ความต้องการสนับสนุนเพื่อจะให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น บทบาทขององค์กรภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น และ องค์กรเอกชน ที่ให้การสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรคและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นอย่างไร

4) เครื่องมือประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน

เครื่องมือประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้เครื่องมือ Spider gram ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบการประเมิน 5 ด้าน มีคะแนนประเมินแคบสุดตั้งแต่ 1 คะแนน สูงสุด 3 คะแนน (Rifkin et al., 1988; Bjaras et al., 1991) รายละเอียดการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะทุพพลภาพ ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) การประเมินความต้องการ (Needs assessment) เป็นการประเมินความต้องการและ ปัญหาของผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และการตัดสินใจดำเนินการวิจัยในชุมชน ซึ่งการประเมินความต้องการและการตัดสินใจโดยนักวิจัยตามลำพังจะทำให้การมีส่วนร่วมมีมุมที่แคบ แต่การประเมินความต้องการที่สามารถเคลื่อนสู่กลุ่มคนส่วนใหญ่ของชุมชนจะทำให้การมีส่วนร่วมกว้างขึ้น

(2) ภาวะผู้นำ (Leadership) เป็นกระบวนการดำเนินการวิจัยและการตัดสินใจถูกการนำโดย กลุ่มคนในชุมชน หรือภายนอกชุมชน ภาวะผู้นำในชุมชนเกิดขึ้นกับกลุ่มไหนในชุมชน ซึ่งหากเป็นเพียงในกลุ่ม

เล็กๆ เฉพาะกลุ่มที่สนใจเท่านั้น เป็นการมีส่วนร่วมแคบที่สุด ตัวชี้วัดภาวะผู้นำจะขยายกว้างขึ้น ถ้าถูกขยายสู่กลุ่มต่าง ๆ ที่หลากหลายในชุมชน

(3) การจัดองค์กร (Organization) เป็นการจัดโครงสร้างองค์กร การจัดองค์กร การวางแผน จัดกิจกรรม การกำหนดเป้าหมายของการวิจัยของชุมชน ซึ่งหากออกมาจากคนภายนอกหรือผู้เชี่ยวชาญ ที่ไม่ได้เกิดจากการจัดองค์กรจากชุมชนพบว่าจะมีความสำเร็จยาก ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมจะแคบ แต่การจัดองค์กรชุมชนที่ขยายขอบเขตให้ครอบคลุมกลุ่มองค์กรในชุมชน และมีการทำงานร่วมกันหรือการออกแบบ กลไกด้วยตนเองจะทำให้การมีส่วนร่วมกว้างขึ้น

(4) การระดมทรัพยากร (Resource mobilization) ทรัพยากร ได้แก่ คน เงิน เครื่องมือ ที่นำมาใช้ในการวิจัยเป็นการระดมหรือการขับเคลื่อนทรัพยากรเพื่อความรับผิดชอบต่อการดำเนินการป้องกัน ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ถูกตัดสินใจหรือจัดสรรทรัพยากรกำหนดโดยใคร รวมถึงความยืดหยุ่นในการตัดสินใจใช้ทรัพยากรกับกิจกรรมที่สามารถทำได้ และจำนวนปริมาณทรัพยากรที่เกิดจากการระดม หากเกิดจากอิทธิพลของคนภายนอก การมีส่วนร่วมของชุมชนมีคะแนนแคบ และกว้างเพิ่มขึ้นเมื่อแสดงให้เห็นว่าการระดมทรัพยากร การตัดสินใจ เกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชน รวมถึงการได้รับผลประโยชน์ของการป้องกันภาวะทุพพลภาพในชุมชนเอง

(5) การบริหารจัดการ (Management) เป็นการบริหารจัดการเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อองค์กรในโครงการวิจัย และรวมทั้งการบริหารจัดการและการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการวิจัยทั้งหมด ซึ่งโครงการที่การตัดสินใจและการจัดการ โดยผู้เชี่ยวชาญหรือนักวางแผนเป็นตัวชี้วัดความแคบของการมีส่วนร่วม ขณะที่การมีส่วนร่วมที่กว้างขวางขยายถึงขอบเขตการมีส่วนร่วมของชุมชน