

การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท กรณีศึกษา: ตำบล LTC ดีเด่น
ระดับเขตสุขภาพที่ 3

Evaluation of Long-Term Care Policy Practices in Public Health
for Dependent Elderly People in Chainat Province
Case Study: Outstanding LTC Subdistrict at Health Area Level 3

วัฒนา จันทร์เปรม¹, มยุรี บุญทัต², วิสุทธิ โนจิตต์³ และ ไพศาล ขุนวิเศษ⁴

Wattana Chanpram¹, Mayuree Boontad², Wisut Nochit³ and Paisan Khunvised⁴

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท^{2,3}

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท⁴

Chainat Provincial Public Health Office, Thailand¹

Boromarajonani College of Nursing, Chai Nat, Thailand^{2,3}

Sapphaya Public Health Office, Thailand⁴

E-mail: mboontad@hotmail.com²

Received: January 20, 2023

Revised: February 26, 2023

Accepted: February 27, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพ ครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต และ ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท ประชากรที่ศึกษาเลือกแบบเจาะจงจากพื้นที่ตำบลที่ได้รับรางวัลดีเด่นด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ของจังหวัดชัยนาท ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 3 ตำบลตามลำดับ ได้แก่ ตำบลตลุก อำเภอสรรพยา ตำบลห้วยงู อำเภอหันคา และตำบล นางสี อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ประกอบด้วย 1) ตัวแทนคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน 2) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (Care Manager) จำนวน 5 คน 3) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Care Giver) จำนวน 10 คน และ 4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 6 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีตรวจสอบเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและแนวทางสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่ตุลาคม 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและแก่นสาระของเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ทั้ง 3 ตำบลมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีกระบวนการปฏิบัติงานสอดคล้องตามหลักนโยบาย LTC ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2562 – 2564 ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการคัดกรองภาวะพึ่งพิงครอบคลุมเฉลี่ย 86.12 โดยเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยร้อยละ 3.90 ส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย ไม่มีภาวะสับสน ร้อยละ 61.60 และกลุ่มที่เคลื่อนไหวไม่ได้หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 22.22 ซึ่งภายหลังจากจัดบริการตามแผนการดูแล พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับดีขึ้น เฉลี่ยร้อยละ 28.04 และมีปัจจัยความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามนโยบาย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่าย 2) การใช้ทุนทางสังคม 3) การใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นเป้าหมายการพัฒนา 4) การพัฒนากำลังคน 5) ระบบพี่เลี้ยง 6) การสะท้อนคิด ซึ่งพื้นที่อื่นสามารถนำไปปรับใช้เป็นขั้นตอนการพัฒนาระบบบริการ LTC ให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย, การดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This qualitative research used the CIPP model to evaluate contexts, inputs, processes, and products and identify the success factors of long-term care (LTC) policy practices in public health for dependent elderly adults in Chainat province. The participants who were recruited by purposive in three communities that were awarded outstanding LTC sub-district at health area level 3 in Chainat province from 2020 – 2022, including Talook sub-district, Huai Ngu sub-district, and Nang lue sub-district, including 1) Three sub-district committees on responsible work of long-term care for the elderly in local government organization; 2) Five LTC care managers; 3) Ten caregivers for the dependent elderly adults; and 4) Six dependent elderly adults. Data were collected using document analysis, in-depth interviews, and focus groups. The tools used in the study were structured interviews and group discussion approaches created by the researchers. The study period from October 2022 to January 2023 analyzed the data by analyzing the content and essence of the text. Between October 2022 to January 2023 and were analyzed by using content analysis and thematic analysis)

The results found that: all three sub-districts were more than 20% of the elderly population and were fully integrated into the aging society. The LTC policy under the benefits package in the National Health Insurance System continued from 2019 to 2021, resulting in an average of 86.12 percent of seniors accessing dependency screening services, with an average of 3.90 percent of those with dependencies, mainly in the mobility group and may have eating or excretion problems, 61.60 percent disorientation, and 61.60 percent of those who are unable to

move or have a severe illness. 22.22 percent. After the provision of services according to the care plan. It was found that there was an average change in the daily performance capacity of 28.04%. The success factors and the guidelines for the leading development of LTC policy practice in public health for dependent elderly adults at the sub-district level consisted of six components, including 1) Network partnership; 2) Social capital utilization; 3) Using health data as the development goal; 4) Human resource development; 5) Mentoring system; and 6) Reflection, which other areas can be applied as a step towards the development of the LTC service system to be more efficient.

Keywords: Evaluation of Policy Practices, Long Term Care, Dependent Elderly Adults

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัย (Ageing society) โดยในปี 2563 มีประชากรผู้สูงอายุ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2583 ประชากรผู้สูงอายุจะมีอัตราเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว เป็น 20.5 ล้านคน ทั้งนี้ ข้อมูลระบบคลังสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 10,114,733 คน คิดเป็นร้อยละ 19.10 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด จำแนกประเภทภาวะพึ่งพิงตามผลการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม 1,861,873 คน คิดเป็นร้อยละ 96.37 กลุ่มติดบ้าน 55,117 คน คิดเป็นร้อยละ 2.85 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 15,016 คน คิดเป็นร้อยละ 0.78 และส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมด้วย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565; กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

สำหรับประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดชัยนาท พบว่า เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 และเป็น “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี พ.ศ. 2559 โดยการศึกษาระบบรายงาน Chainat Health Data Center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท (2565) พบว่า ข้อมูลประชากรกลางปี 2564 มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 77,631 คน คิดเป็นร้อยละ 24.23 ของประชากรทั้งหมด (320,432 คน) สูงสุดที่อำเภอสรรพยา ร้อยละ 26.79 รองลงมา อำเภอ สรรคบุรี ร้อยละ 25.33 และ อำเภอมนอมน้อย ร้อยละ 25.28 โดยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุกลุ่มวัยตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 41.71 และจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 44,651 คน ร้อยละ 97.15 และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1,319 คน ร้อยละ 2.85 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทได้ผลักดันและขับเคลื่อนการปฏิบัติงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้รูปแบบกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) และบริหารจัดการโดยกลไกคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่

มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ถึงปัจจุบัน รวมจำนวน 57 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 98.11 ของกองทุนทั้งหมด 59 กองทุน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565: ออนไลน์) โดยผลสำเร็จเชิงคุณค่าทางสังคมในภาพรวมระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดชัยนาทได้รับรางวัล เป็นพื้นที่ตำบล LTC ดีเด่น 3 ปีซ้อน (พ.ศ.2563 – พ.ศ.2565) ในระดับเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 3 ตำบลเรียงตามลำดับ ได้แก่ ตำบลตลุก อำเภอสรรพยา, ตำบลห้วยงู อำเภอหันคา และตำบลนางสี้อ อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ด้วยเหตุผลดังกล่าวในข้างต้น ประกอบกับจังหวัดชัยนาท ยังไม่ปรากฏผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่มีผลการปฏิบัติงานโดดเด่นมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ของจังหวัดชัยนาททั้ง 3 แห่ง เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตัดสินใจหรือกำหนดนโยบายของผู้บริหาร และการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับพื้นที่และระดับจังหวัด ตลอดจนเป็นบทเรียนสำหรับพื้นที่อื่น ๆ ที่สนใจสามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้เป็นขั้นตอนการพัฒนาาระบบบริการ LTC ให้สอดคล้องกับบริบททุนศักยภาพของหน่วยงานหรือองค์กร และมีประสิทธิภาพที่สูงขึ้นตามแผนงานเกณฑ์ชี้วัดการดำเนินงานนโยบายแห่งรัฐบาล กระทรวง กรม/กอง ต่อไป

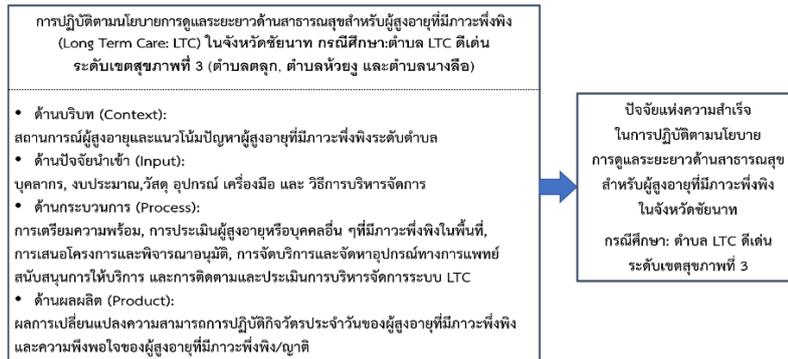
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ของพื้นที่ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ในจังหวัดชัยนาท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ของพื้นที่ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ในจังหวัดชัยนาท

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี CIPP Model ของ ดาเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม (Daneil L. Stufflebeam, อ้างถึงใน เยาวดี วิบูลย์ศรี, 2538) และคู่มือ สนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) เพื่อเป็นกรอบแนวทางการศึกษาถึง 1) บริบท (Context) ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุและแนวโน้มปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับตำบล 2) ปัจจัยนำเข้า (Input) ศึกษาเกี่ยวกับบุคลากรงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ วิธีการบริหารจัดการ 3) กระบวนการ (Process) การเตรียมความพร้อม, การประเมินผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่, การเสนอโครงการและพิจารณาอนุมัติ, การจัดบริการ และจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์สนับสนุนการให้บริการ และการติดตามและประเมินการบริหารจัดการระบบ LTC และ 4) ผลผลิต (Product) ได้แก่ ผลการเปลี่ยนแปลงความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่

มีภาวะพึ่งพิง และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ญาติ อีกทั้งยังศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติตามนโยบาย LTC ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ประชากรและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) โดยเลือกแบบเจาะจง แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ตัวแทนคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน 2) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (Care Manager: CM) จำนวน 5 คน 3) ผู้ช่วยเหลื่อมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Care Giver: CG) จำนวน 10 คน และ 4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบเอกสารจากข้อมูลสถิติ สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุ นโยบายและคู่มือการดำเนินงาน LTC รายงานผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ และจากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับบริบท, ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต และ 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและแนวทางการสนทนากลุ่มซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลผลิต และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ของพื้นที่ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ในจังหวัดชัยนาท

การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ โดยทีมผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยได้อธิบายข้อมูลประสบการณ์ของตนเอง (Thick description) และทำการสะท้อนคิดด้วยตนเอง (Self-reflection) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเพื่อป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมถึงร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลโดยตรง และคำนึงถึงความอึดตัวของข้อมูล โดยจริยธรรมการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เลขที่ E 04/65 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2565 และมีการดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยทุกประการ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และวิเคราะห์แก่นสาระของเนื้อหา (Thematic analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ของพื้นที่ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ในจังหวัดชัยนาท พบว่า

1.1) บริบทสถานการณ์ผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการโครงการ พบว่า ทั้ง 3 ตำบล เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยในภาพรวมของทุกตำบลส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย ไม่มีภาวะสับสน ร้อยละ 61.60 และกลุ่มที่เคลื่อนไหวไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย มีภาวะสับสนหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำแนกร้อยละประเภทของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พื้นที่	ร้อยละ			
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
ตำบลตลุก	61.43	17.14	21.43	0
ตำบลห้วยงู	66.67	3.33	26.67	3.33
ตำบลนางลือ	56.70	10.31	18.56	14.43
รวมเฉลี่ย	61.60	10.35	22.22	5.92

1.2) ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการนำนโยบายมาปฏิบัติ

พบว่า คณะอนุกรรมการฯ รับทราบถึงนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ และมีการวางแผนสนับสนุนกระบวนการบริหารจัดการทรัพยากรให้เอื้อต่อการดำเนินงานตามหลักการเจตนารมณ์ของนโยบายฯ ได้แก่ การประกาศนโยบายของประธานกองทุน LTC มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุทุกคนเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวโดยการคัดกรอง ADL ด้วยกลไก อสม.ร่วมกับ CG ภายใต้การกำกับของ CM การพัฒนาศักยภาพและความร่วมมือของครอบครัว รวมถึงภาคีที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อหนุนเสริมการจัดบริการ LTC เชิงรุกที่บ้าน โดยมีทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพเป็นที่ปรึกษาและให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพและแก้ไขปัญหาแทรกซ้อนระหว่างการดำเนินงานตามแผนการดูแล (care plan) และมีการระดมทุนทางสังคมที่มีอยู่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุนสาธารณสุขประโยชน์ของชุมชน ทุนจิตศรัทธาของพระผู้นำศาสนา ทุนองค์กรสภาภาคีจังหวัด และองค์กรภาคีสังคมเพื่อปรับสภาพความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันร่วมด้วย นอกจากนี้ พบว่าทั้ง 3 ตำบลมีการออกแบบกระบวนการดำเนินงานตามแนวทางคู่มือการปฏิบัติงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการปรับกลยุทธ์และเครื่องมือการทำงานให้เหมาะสมกับอัตรากำลังในการปฏิบัติงานระหว่างภาคส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนสาธารณสุข รวมถึงสภาพบริบทปัญหาของกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมตามมาตรฐานการให้บริการด้าน LTC ได้แก่ การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ จำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงโดยการประเมินระดับ ADL แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น

2 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง และจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์) การพิจารณาอนุมัติงบประมาณและอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกระบวนการประชุมตามแผนการดูแลรายบุคคลพร้อมภาพถ่ายเชิงประจักษ์ การเยี่ยมเสริมพลัง CG, CM และกลุ่มเป้าหมายและครอบครัวโดยคณะอนุกรรมการฯ รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมปฏิบัติงานและคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล, คณะอนุกรรมการ LTC ตัวแทนผู้รับประโยชน์ ตลอดจนหน่วยงานองค์กรภาคีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อรับทราบผลการดำเนินงานและร่วมปรับปรุงพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น

1.3) ผลผลิตด้านการเปลี่ยนแปลงความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความพึงพอใจของผู้รับบริการ LTC พบว่า

1.3.1 ข้อมูลการประเมิน ADL จากโปรแกรม LTC ของ สปสช. เมื่อวันที่ 5 มกราคม 2566 เป็นการนำเสนอข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีการนำข้อมูลไปบันทึกในโปรแกรม LTC ตั้งแต่ปี 2562 -2565 พบว่า ภาพรวมทั้ง 3 ตำบลมีค่าเฉลี่ยผลการเปลี่ยนแปลง ADL ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเท่าเดิม เฉลี่ยร้อยละ 35.51 และดีขึ้นร้อยละ 28.04 โดยมี 2 ตำบลที่ร้อยละของผลการเปลี่ยนแปลง ADL สูงสุดที่คะแนนเท่าเดิม รองลงมาเป็นระดับดีขึ้น และลดลง ได้แก่ ตำบลตุลก และตำบลนางสีอ ยกเว้นตำบลห้วยงู พบว่า ร้อยละผลการเปลี่ยนแปลง ADL สูงสุดที่ระดับลดลง รองลงมาเป็นระดับดีขึ้น และเท่าเดิม ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละการเปลี่ยนแปลง ADL ของ 3 ตำบล

การเปลี่ยนแปลง ADL	ตำบลตุลก		ตำบลห้วยงู		ตำบลนางสีอ		รวม 3 ตำบล	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ดีขึ้น	32	29.36	9	26.47	19	26.03	60	28.04
เท่าเดิม	38	34.86	7	20.59	31	42.47	76	35.51
ลดลง	20	18.35	15	44.12	14	19.18	49	22.90
เสียชีวิต	19	17.43	1	2.94	9	12.33	29	13.55
รวม	109	100.00	32	94.12	73	100.00	214	100.00

1.3.2 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ภาพรวม ญาติและผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการได้รับบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกหลานของผู้สูงอายุในชุมชน

ตัวอย่างข้อมูลความพึงพอใจของผู้สูงอายุ/ญาติ

ชื่อ นางเอ (นามสมมติ) อายุ 73 ปี กลุ่มติดบ้าน ปัญหากระดูกทับเส้น เดินไม่ได้เลย

“ดีใจที่ตัวเองลุกขึ้นมาเดินเองได้...อยากจะได้เองได้นั่งเองได้ไม่ต้องใช้ที่เกาะเป็น 15 ปีแล้ว...แต่ข้าวปลาเขาต้องหาให้กิน กินเองได้”

“ก่อนหน้านี้ นอนอย่างเดียว แรงบันดาลใจให้เราลุกขึ้นมา ก็นอนดูคนเดินผ่านไปหน้าบ้านแล้วทำไมเราไม่เดิน ก็ค่อย ๆ ขยับแขนขาด้วยตัวเอง ใช้เวลาเป็นปี จึงลุกขึ้น และเดินแต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย”

“หลังจากที่หมอ CG มาก็ดี ไม่มีอะไรต้องปรับปรุงเขาดีทุกอย่าง ถ้าเกิดมีคนป่วยแบบเราอยากให้ออกมาให้หมอช่วยให้เขาเดินได้”

“หมอช่วยแนะนำให้เดิน ทำนู่นทำนี่ CG ก็เป็นลูกหลานเห็นกันมาตั้งแต่เล็ก ๆ”

นางเอิ้น (นามสมมติ) อายุ 63 ปี กลุ่มติดบ้าน

“ได้รับการดูแลมา 4 ปี ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรง ต้องใช้วอล์คเกอร์ 4 ขา ช่วยในการเดิน หลังได้รับการดูแลจาก CG มีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ตอนนี้เดินได้และช่วยเหลือตัวเองได้ดีปกติ CG ช่วยดูแลได้ดี คอยมาวัดความดันและช่วยฝึกทำกายภาพแขนขา พอใจดีมาก”

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ของพื้นที่ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ในจังหวัดชัยนาท พบว่า ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่าย (Network partnership) การใช้ทุนทางสังคม (Social Capital Utilization) การใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นเป้าหมายการพัฒนา (Using health data as the development goal) การพัฒนากำลังคน Human resource development) การสอนงานโดยระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) และการสะท้อนคิด (Reflection) รายละเอียดดังนี้

2.1) การเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่าย (Network partnership)

การขับเคลื่อนคณะกรรมการฯ และภาคีเครือข่ายเป็นไปในรูปแบบของการเป็นหุ้นส่วน โดยเฉพาะคณะกรรมการฯ ที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ทั้งภาครัฐบาล และประชาชน โดยทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วมต่างได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน อย่างไรก็ตาม พบว่า การเป็นหุ้นส่วนภาคีเครือข่ายมีองค์ประกอบสำคัญที่เป็นฟันเฟืองสำคัญในการขับเคลื่อน คือ การนำทีม การนำทีมของพื้นที่ทั้ง 3 ตำบล มีความเหมือนกัน คือ นำทีมโดยตัวแทนจาก 2 ภาคส่วน คือ ตัวแทนจากท้องถิ่นและผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และพบว่า ทีมนำในแต่ละตำบลผู้นำทีมหลักมีความแตกต่างกัน โดยตำบลนางลือมีตัวแทนจากท้องถิ่นมีความเด่นชัดในการเป็นผู้นำทีม ตำบลห้วยงูมีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพแสดงบทบาทชัดเจนในการเป็นผู้นำทีม สำหรับตำบลตุ๊กเป็นการร่วมกันนำในสิ่งที่ตนเองถนัดระหว่างตัวแทนจากท้องถิ่นกับผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การนำทีมมีตัวแทนจากท้องถิ่นกับผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นหลัก แต่บทบาทการนำมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ โดยขึ้นกับประสบการณ์การทำงานเชิงพัฒนาในพื้นที่ที่ผ่านมามีเกิดการยอมรับในศักยภาพของกันและกัน จนสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีคุณภาพ

“...มีผลงานดีเด่น เพราะมีทีมที่ดี ทีมตำบล (นายก, ผู้ใหญ่บ้าน, สท., ปลัด, ทีมเทศบาล และ อสม.) หมอเป็นที่ปรึกษาที่ดีมาก คอย Support ไม่ทอดทิ้ง เป็นเหตุผลที่ทำให้เป็น CG ต่อได้ ไม่ท้อ นายกเข้ามามีบทบาท เข้ามารับฟังความคิดเห็น ในแต่ละเคส และให้ความช่วยเหลือ นายกให้ความใส่ใจ”

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“.....การที่เทศบาลเขากล้าที่จะทำไปกับเราคะ ให้ความร่วมมือสนับสนุนเรา เขาช่วยดูแลเรื่องระเบียบให้เรา และให้เราเป็นฝ่ายปฏิบัติ ไม่ว่าจะเสนออะไรไปเขาก็รับฟัง.....ก็เหมือนว่าถ้าเรามีระบบแบบแผน

รองรับเขาก็ยินยอมให้เราทำ และเดินต่อไปกับเรา และถ้าเรามีปัญหาในการทำงาน เราก็จะปรึกษาในที่ประชุม ได้เลยว่าปัญหานี้เป็นยังไง ควรแก้ไขหาทางออกยังไง ควรเห็นชอบไหม อนุมัติให้ทำหรือป่าว”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

2.2) การใช้ทุนทางสังคม (Social Capital Utilization)

พื้นที่ศึกษาทั้ง 3 ชุมชน มีการนำทุนทางสังคมมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มศักยภาพ ทุนทางสังคมที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับโครงการสามารถแบ่งเป็นกลุ่มออกได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ ทุนสังคมที่เข้าร่วมในการบริหารจัดการ เช่น บุคลากรของอปท. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น และทุนสังคมที่มาจากภาคประชาชน เช่น ผู้เข้ามาส่วนร่วมหลักในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อสม. และบุคคล กลุ่มคนมีจิตอาสาที่เข้ามาร่วมเป็นภาคีเครือข่ายให้ความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบในขณะดำเนินงาน เช่น ให้คำแนะนำในการบริหารจัดการ ลงช่วยเหลือโดยใช้กำลังร่างกาย บริจาคทรัพย์ แบ่งปันวัสดุสิ่งของ ซึ่งยังพบเห็นได้ในสังคมปัจจุบันและเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์การการดำเนินงานตามโครงการเป็นอย่างยิ่ง

“ทุนสังคมเราเยอะนะ ทุนของโรงเรียนในวัดเรามีพระไปอบรมพระคิลานาและเราก็ได้ของบริจาคจากทางวัดบ่อยค่ะและพี่ที่ทำงานที่ภูภัยเขาบริจาคหลายอย่างเช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ผ้าอ้อม ที่นอนลม คือเขาจะมีคนมาบริจาคของให้ตลอดค่ะ”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“...การปรับสิ่งแวดล้อม... จะบ่นว่าทำไม่ได้ไม่มีตังค์ พอเรามาสำรวจจริงจังก็พบว่ามีปัญหาเรื่องนี้แล้วก็พูดในที่ประชุมว่า ต้องการสายไฟเท่านี้ ก็จะมีคนยกมือครีตามนั้นเลยครับ ยกมือขอบริจาคตรงนี้ ขอบริจาคตรงนั้น ผมมีคนช่วยทำได้ มีคนเป็นช่างจะทำวันไหน...เราจะได้จากตรงนี้เยอะมากครับ ...ถึงเขาไม่บริจาค เขาก็จะไปบอกห้างร้านต่างๆ”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“ความสำเร็จ...เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน ท้องถิ่น ท้องที่ และในส่วนของสาธารณสุข แล้วก็วัดด้วย ...สภาองค์กรชุมชนเนี่ย เขาก็มาให้ความร่วมมือ หาบ้านมาปรับปรุงให้ ห้องน้ำห้องส้วม วัดเองตัวพระอาจารย์แกก็ช่วยเรื่องบริจาคเงิน วัดมาสร้างห้องน้ำอะไรเพิ่มเติม..หรืออาหารการกินอะไรต่างๆ... ของเทศบาลเองก็มีเรื่องรถสนับสนุนเป็นไฮไลท์..สภาองค์กรชุมชนเขาจะดูแลเรื่องนี้ เขาขอเงินของภาคเอกชน...ที่มาสร้างบ้าน 20,000 บาท”

ปลัดเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง

“มีเคล็ดที่ผู้ป่วยเสียชีวิต.....อีกบ้านก็มีผู้ป่วยเหมือนกัน แต่ยังไม่มีการเครื่องมือต่างๆ เครื่องดูดน้ำลายหรือของที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ เขาก็จะบอกว่าเอาที่เขาไปไหมเพราะไม่ได้ใช้แล้ว ผ้าอ้อมบ้านไหนมีตังเยอะเขาเขาก็จะแบ่งไปให้บ้านอื่นที่ไม่ค่อยมีะ”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

2.3) การใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นเป้าหมายการพัฒนา (Using health data as the development goal)

ข้อมูลADLที่ได้มาจากการสำรวจของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ช่วยให้คณะอนุกรรมการฯและภาคีเครือข่ายเกิดความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่ของตนเอง มีการบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุเกิดความเสมอภาค และได้รับสิทธิ์เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นรายกรณี โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการใช้ทุนทางสังคม นอกจากนี้ยังใช้ADLเป็นข้อมูลเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการดูแล

“เราจะรู้ว่าเราสำเร็จในการทำงาน ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการประเมิน ADL นี้แหละ เพราะว่า จะได้อะไรได้ดูความคืบหน้าของผู้ป่วยว่ามีอาการดีขึ้นไหม เช่น ครั้งแรกประเมินแล้วคะแนนเป็นติดบ้าน พอเวลาผ่านไปเรามาประเมินอีกครั้ง ผู้ป่วยมีคะแนนดีขึ้น จนไม่เป็นผู้ป่วยติดบ้านแล้ว อะไรแบบนี้ค่ะ”

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“...รพ.สต.เขาจะนำเสนอสถานการณ์ด้านสุขภาพของคนในตำบลเราทั้งหมด มันจะมีของผู้สูงอายุ ด้วยว่าผู้สูงอายุเราป่วยเป็นโรคอะไร มีจำนวนเท่าไร มีปัญหาสุขภาพอะไรอยู่ อย่างเช่น ติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคมอยู่ประมาณเท่าไร แล้วจะทำโครงการอะไรแก้ปัญหาตรงนี้ เป็นแผนสุขภาพตำบลมาเสนอต่อ คณะกรรมการกองทุน เราก็จะช่วยวิเคราะห์ปัญหา จะแก้ปัญหาอย่างไร เรื่องสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ”

ปลัดเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง

“อย่างข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีติดบ้านกี่คน ติดเตียงกี่คน ลักษณะคนไข้ของเราเป็นไง เราสามารถเอาข้อมูลนั้นมาบริหารจัดการเพื่อแก้ปัญหาของแต่ละคนได้ค่ะ ข้อมูลได้มาจากการประเมิน ADLมันได้มาจาก CGที่ไปเข้ารับอบรมมาทำแบบใหม่หมด ...เห็นความสำคัญของ ADL และนำมาพัฒนาปรับใช้ในเชิงคุณภาพมากขึ้นแล้วเทศบาลก็ยอมรับแบบเรา ฝ่ายตรวจสอบของเทศบาลก็ยอมรับแบบที่เราคิดขึ้นมา ไว้สำหรับการตรวจรับงานของ CG ส่วนเราก็เอามาเข้าฐานข้อมูล Hos xp ของเรา...แล้วอย่างการลงเยี่ยมคือถ้ารู้ข้อมูล ต้องรีบมาอัพเดทเลยว่า ADL ไม่ใช่ เราต้องไปคีย์ใน สปสช. นี่เป็นรายใหม่ของเราจากการประเมิน ADL แล้วได้เท่าไร เสร็จแล้วเราต้องรีบอัพเดท เข้าไปขอผ้าอ้อมให้เสร็จทีเดียวเลย คือของเราจะมีการอัพเดทข้อมูลอยู่ตลอด”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

2.4) การพัฒนากำลังคน (Human resource development)

กำลังคนที่ได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เพราะเป็นบุคคลที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถลงไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของตนเอง โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ต้องผ่านฝึกอบรมตามหลักสูตรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 70 ชั่วโมง ความรู้ที่ได้รับนอกจากความรู้เกี่ยวกับ

วิธีการดูแลผู้สูงอายุแล้วยังมีความรู้ด้านการงานเชิงสังคม การบริหารจัดการสุขภาพรายกรณี เช่น จัดทำข้อมูลแผนการดูแล จัดการเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น สำหรับผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุจำนวน 1 คนต่อหมู่บ้าน คัดเลือกโดยคณะอนุกรรมการฯ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพประชาชนมาก่อน เช่น เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) หรือ อสม. มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ อายุไม่มากกว่า 50 ปี มีความรับผิดชอบ ไม่กลัวกับการดูแลและที่สำคัญมีความสนใจและเต็มใจทำงาน หลังจากได้รับฟังคำอธิบายแนวทางการทำงานแล้ว ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 70 ชั่วโมง เพื่อให้มีความรู้ ทักษะด้านการดูแลและสนับสนุนการดูแลของญาติตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

“ส่วนใหญ่ก่อนจะมาเป็น CG ก็เป็น อสม.กันมาก่อน เป็นหมอน้อยมาก่อน...ใครที่จะมาอบรม CG ต้องเคยผ่านการอบรมเป็นหมอน้อยก่อน ...เพราะมีประสบการณ์ในการดูแลคนแก่... จบ ม.6 เราเห็นปัญหาเรื่องการเขียนเอกสารของ อสม.เพราะว่าในแบบของการประเมินการเขียนรายงานมันต้องเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่จะได้เงินเดือน...เรากำหนดว่าตอนสมัครให้อายุสูงสุด 50 ปี กำหนดอายุเข้าไปด้วยในปี 59 เพราะเราบอกว่าให้อีก 10 ปีก็อายุ 60 ปีคุณก็ดูแลคนอื่นไม่ได้แล้ว..”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“เลือกจาก อสม. ที่มีความสามารถมีความรับผิดชอบ สามารถทำได้.....ไม่กลัว”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“คือเราถามเขาตั้งแต่แรกเลยว่าใจพวกเขา CG พร้อมทำงานไหม ใครไม่พร้อมให้ถอยไปเลย คือการทำงานใจต้องมาก่อน ทำได้ไม่ได้ รู้ไม่รู้ก็เรื่องค่อยมาแก้กันทีหลัง อย่างเรื่องเขียนไม่ได้นี่เขาก็มาบ่นๆ เขาก็บ่นไปนั่นแหละแต่ก็ทำ”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

2.5) การสอนงานโดยระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) เป็นสอนงานในด้านการบริหารจัดการ รับผิดชอบผู้สูงอายุที่ดูแล เช่น การแบ่งภาระงานให้เกิดความเท่าเทียมกันให้มากที่สุด การลงพื้นที่ไปพร้อมกัน สอนงานจากการเรียนรู้ตามสภาพจริง การให้โอกาสหรือความเป็นอิสระในการตัดสินใจดูแลผู้สูงอายุโดยการประเมินศักยภาพของตนเอง และให้ความช่วยเหลือเมื่อเกินกำลังความสามารถของผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ

“การแบ่งเคสให้ CG รับผิดชอบ ...ก็คือจะแบ่งเคสอย่างเท่า ๆ กัน ก็คือไม่ว่าจะอยู่หมู่ไหนก็แล้วแต่ ถ้าหมู่เพื่อนมีเคสมาก ก็ต้องมาช่วยกันดูคะ เช่นติดเตียง 2 เคส ติดบ้าน 4 เคส ก็เอามาแบ่งเท่า ๆ กันตามความหนักเบาของงาน เพื่อไม่ให้เป็นการเหลื่อมล้ำกันในการทำงาน เราจะให้เขาช่วยเหลือกัน ไม่ให้คนใดคนหนึ่งทำงานหนักกว่าคนอื่นคะ.....”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“.....พอเราลงไปดูเคสแล้วเราก็จะถาม CG เลยว่าพี่เคสนี้พี่จะทำอะไรให้เขาได้บ้าง ให้เขาเสนอมานะ แล้วเราก็มาดูว่าที่เสนอมานี้เนี่ย กับคนไข้คนนี้นั้นทำได้ไหม เสี่ยงอะไรหรือป่าว ถ้าทำได้เราก็จะให้เขาทำแต่ถ้าอันไหนเขาไม่ไหวก็ให้หาคนไปช่วยได้ให้เขามีตัวเลือก”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“...คือตารางใบงานของเขาจะเป็นแบบ 6 เดือนค่ะ หนูจะให้เขาเก็บไว้กับตัวเองเลยและใช้วิธีถ่ายรูปส่งหนู ถ้าเป็นเคสที่อาการค่อนข้างหนัก เราจะมีนักกายภาพลงมาก่อนค่ะ เขาก็จะมาช่วยประเมินว่าเราควรจะทำอะไรก่อนหลังยังไง อะไรจะมีโอกาสฟื้นฟูได้ก่อน”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“.... อย่างตอน CG มาส่งงาน เราจะตรวจก่อนเลย ตรงไหนไม่ถูก ข้อมูลไม่ครบเราก็จะบอกและอธิบายให้เขาฟังเลย เช่น ค่าความดัน ถ้าความดันสูงเกิน จะต้องมีการวัดซ้ำอีกรอบหนึ่ง และจดมาให้เราดูด้วย...”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

2.6) การสะท้อนคิด (Reflection)

การสะท้อนคิด ช่วยทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทบทวนการดำเนินงานแล้วเอามาแลกเปลี่ยนในรูปแบบเป็นทางการในที่ประชุมคณะอนุกรรมการฯ และแบบไม่เป็นทางการระหว่างปฏิบัติงาน โดยใช้รายงานที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุรายกรณีเป็นเครื่องมือ ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหาอุปสรรคของการทำงานและการแก้ไข สร้างผลงานเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ นวัตกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น ตารางปฏิบัติงานรายสัปดาห์ รายเดือนแบบง่าย แบบคัดกรอง วัสดุอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ ที่นอกจากนั้น การสะท้อนคิดช่วยสร้างทีมงานผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้เกิดความรักความสามัคคีและร่วมทุกข์ร่วมสุขในการทำงาน

“ในทุกเดือนเราจะให้ CG มาเล่าการทำงานของตัวเองในหมู่ ...เป็นข้อตกลงร่วมกันในการทำงาน ... พอเล่าเสร็จปั๊บ เราก็ให้ทุกคนช่วยกันมอง ว่ามีอันไหนบ้างที่มองแล้วเป็นปัญหา มันมีอันไหนบ้าง ฟังแล้วมันน่าประทับใจ ก็จะตัดมา 1 คนมาคุยกันว่าเคสเนี่ยที่เราเลือกมานี้เราจะถาม CG ต่อ ว่าเป็นยังไง ปัญหาที่เจอเป็นยังไงบ้าง เราทำสำเร็จเรื่องอะไร แล้วก็ดึงจากนี้ครับให้เขาเป็นคนดึงจากกลุ่มก่อนที่เขาเล่า รายหมู่ออกมา มีเอกสารเก็บไว้ ก็จะมีท่านนายกเทศบาล มาฟังด้วย และก็คณะอนุกรรมการเข้ามาฟัง ของเราประชุมร่วมกัน เรียกว่าประชุมใหญ่กับอนุกรรมการเลยครับ จะเป็นทุก 1-2 เดือนปีละ 6 ครั้ง”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“การออกแบบการเก็บข้อมูล เราคุยกันกับCG อย่างตารางการทำงานของ CG เราจะตั้งคำถามว่าจะทำกันแบบไหนดี จึงนำเอาตารางการทำงานของพยาบาล ที่มันเป็นวันที่ เป็นตาราง นำมาปรับใช้กับ CG เพื่อให้เขาได้ไปดูแลได้ตามแบบแผน.....จากข้อมูลที่ได้มา มันก็ทำให้เราทำงานได้ง่ายขึ้น”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“.....ถ้าของใครมีเคสเยอะก็จะไปช่วยกันอีกที่ เขาจะคุยกันระหว่าง CG ก่อน พอคุยกันแล้วก็จะมาเสนอ CM ส่วนมากเราก็จะให้จับคู่ลงเยี่ยมให้ไปด้วยกันเป็นคู่”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“การตรวจงาน..หลังจากที่หมอนแนะนำแล้ว...จะให้CGแสดงความคิดเห็นให้ฟังว่าเป็นอย่างไร สาเหตุของปัญหาคืออะไร จะพัฒนาปรับปรุงอย่างไร ช่วยให้เข้าใจปัญหาและวิธีที่จะปรับปรุงตนเอง”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“พอมี LTC เข้ามา ก็เริ่มมีการประดิษฐ์ของขึ้นมา คือมันเริ่มมาจากกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ทาวิธีกแก้ปัญหาข้อยึดติด แล้วคนทำเป็น CG เขาก็เลยนำไปทดลองใช้กับเคสผู้ป่วยที่เขาดูแลค่ะ พอไปประกวดได้รางวัลกลับมา ก็มีการนำมาใช้กับเคสผู้ป่วยติดบ้านของเรา”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

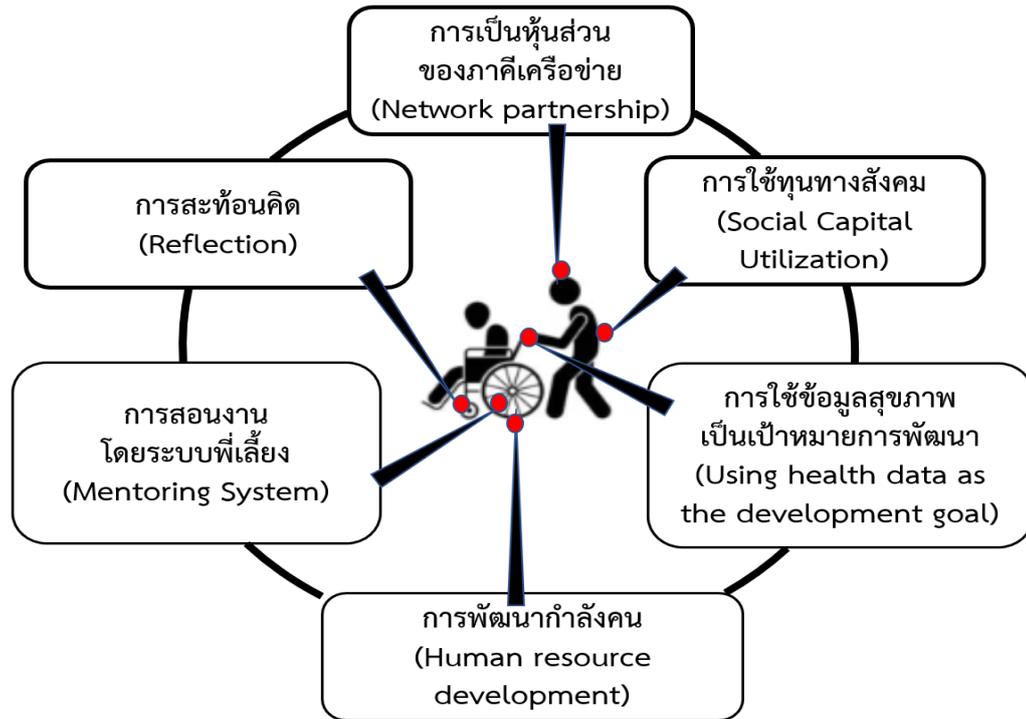
“ปัญหาที่เราพบในผู้ป่วยติดเตียง คือมือเขาจะจิกค่ะ เราก็เอาปัญหามาคุยกัน คำนวตกรรมในอินเตอร์เน็ตด้วย และนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยของเรา ก็จะเป็นตุ๊กตาข้างมือจับ”

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

“ที่สำคัญเลยคือความสามัคคีของ CG ด้วยกัน คือหนูกล้าพูดเลยว่าแต่ก่อนนี้ทั้ง 9 คนนี้ไม่มีใครดีเลยคะ เมื่อก่อนก็มีอิฉากัน นินทา กัน มีปัญหา กัน แต่พอได้ไปอบรมและกลับมาทำงานตรงนี้ร่วมกันความสัมพันธ์ตรงนี้ มันก็ดีขึ้น”

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

ผู้วิจัยสามารถสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท ของกรณีศึกษา: ตำบล LTC ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 3 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดชัยนาท ของกรณีศึกษา: ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3

อธิบายได้ว่า การเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่าย (Network partnership) เปรียบเสมือนศิรัระของผู้ช่วยเหลือเพราะต้องอาศัยศักยภาพในการใช้ความคิดเชิงบริหาร การใช้ทุนทางสังคม (Social Capital Utilization) เปรียบเสมือนส่วนอื่นๆของร่างกายที่ประกอบเป็นร่างกาย การใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นเป้าหมายการพัฒนา (Using health data as the development goal) เปรียบเสมือนมือ ในการเป็นตัวบังคับทิศทางไปสู่เป้าหมาย การพัฒนากำลังคน Human resource development) เปรียบเสมือนล้อทั้งสองข้าง คือ CM และ CG เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อน การสอนงานโดยระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) เปรียบเสมือนแกนของล้อทั้ง 2 ข้าง ที่ต้องอาศัยซึ่งกันและกันระหว่าง CM และ CG และการสะท้อนคิด (Reflection) เปรียบเสมือนชุดห้ามล้อหรือเบรก หมายถึงการหยุดเพื่อทบทวนการปฏิบัติงานของตนเองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์/ความรู้

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ในจังหวัดชัยนาท กรณีศึกษา: ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3 มีรายละเอียด ดังนี้

1) ผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ของพื้นที่ตำบล LTC ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 3 ในจังหวัดชัยนาท

บริบทของพื้นที่วิจัยทั้ง 3 ตำบล เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 และมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าอยู่ในกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 61.60 และกลุ่มที่ 3 ร้อยละ 22.22 สอดคล้องข้อมูล

จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือ สศช. คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ คือมีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2579 จะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดคือมีประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปร้อยละ 30 (ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์และอรสา กงตาล, 2563, หน้า 49) หลังเสร็จสิ้นโครงการพบว่า ทุกพื้นที่ผ่านเกณฑ์การประเมินรับรอง ตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และได้รับรางวัลระดับดีเด่นเขตสุขภาพที่ 3 ในปี 2563 -2565 สอดคล้องกับการศึกษาพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่ากระบวนการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ผ่านการรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) กรมอนามัย ทุกมาตรฐาน (ศศิรินทร์ สายแวง, 2564, หน้า 121)

2) ปัจจัยความสำเร็จ

การศึกษาครั้งนี้ค้นพบปัจจัยความสำเร็จ จำนวน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่าย (Network partnership) การใช้ทุนทางสังคม (Social Capital Utilization) การใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นเป้าหมายการพัฒนา (Using health data as the development goal) การพัฒนากำลังคน Human resource development) การสอนงานโดยระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) การสะท้อนคิด (Reflection) ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผล ดังนี้

1) การเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างความสำเร็จของการโครงการฯ การนำทีมของ อปท.และผู้จัดการดูแลระยะยาว ร่วมเป็นหุ้นส่วนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ วางแผน ลงมือปฏิบัติงาน ประเมินผล ส่งผลให้ทุกฝ่ายต่างได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ตัวชี้วัดการดำเนินงานและคุณค่าด้านจิตใจ สอดคล้องกับนิยามความหมายของการเป็นหุ้นส่วนในการทำงาน คือ ความร่วมมือกันของพื้นที่ โดยมีองค์การมากกว่าหนึ่ง มีความเต็มใจร่วมกันทำงาน มีปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จัดทำข้อตกลงร่วมกัน มีโครงสร้าง กฎเกณฑ์ การวางแผน การตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมาย การใช้ทรัพยากร การใช้ศักยภาพร่วมกัน รวมทั้งร่วมเป็นเจ้าของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (ปิยากร หวังมาพพร, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล วิชช์ เกษมทรัพย์ วิชัย เอกพลากร และบรรสม วีรพันธ์ (2561) พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายคือหัวใจของความสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยอาศัยแกนนำหรืออาจเรียกว่ากลไกหลักเพื่ออภิบาลระบบ มีบทบาทเป็นผู้ริเริ่มทางความคิด ชักชวนภาคีมาทำงานร่วมกัน ประสานงานระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ระดมและจัดสรรทรัพยากร ติดตามประเมินผล จนเกิดบูรณาการงบประมาณและการจัดบริการร่วมกัน จนเกิดความก้าวหน้าของการดำเนินงาน โดยมีอปท. และผู้จัดการดูแลระยะยาว เป็นผู้มีบทบาทการนำทีม มีคณะอนุกรรมการฯด้านต่าง ๆ เป็นผู้สนับสนุนและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับ จนสามารถบริหารจัดการระบบ LTC ในชุมชนได้ระดับดีถึงดีมากในทุกระบบ

2) การใช้ทุนทางสังคม เป็นกลวิธีที่ทำให้โครงการฯพบความสำเร็จ โดยทุนทางสังคมที่พื้นที่นำมาใช้ในการขับเคลื่อน จำแนกออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ ทุนคนที่เป็นคณะอนุกรรมการฯ ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการบริหารจัดการการดำเนินงานเชิงพัฒนาในชุมชนมาก่อน จนเป็นที่ยอมรับกันเองในพื้นที่ บุคคลกลุ่มนี้เป็นผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วนรัฐบาลและประชาชน และทุนสังคมที่ทำหน้าที่เป็น

ผู้สนับสนุน เช่น กรรมการกองทุนต่าง ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระ โรงเรียน ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประชาชน บุคคลจิตอาสา เช่น ช่างในชุมชนสำหรับปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน และภาคเอกชน สอดคล้องกับแนวคิดในการพัฒนาการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทย ที่ควรที่จะพัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยให้ อปท. เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการและบูรณาการการจัดบริการต่างๆ ที่ลงไปสู่ชุมชน ขณะเดียวกัน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(กองทุนสุขภาพตำบล) ซึ่งเกิดจากการสมทบร่วมระหว่าง สปสช. และ อปท. เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน ขณะที่ต้นทุนทรัพยากรบุคคลในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ(อผส.) อาสาสมัครดูแลผู้พิการ (อผก.) รวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ (สัมฤทธิ์ ศีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) การสำรวจค้นหาต้นทุนด้านสังคมของพื้นที่จะเป็นพื้นฐานในการกำหนดภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Care Plan) ช่วยให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์แล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในพื้นที่ มาร่วมเป็นคณะอนุกรรมการฯ และคณะทำงานจนเกิดความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนให้สามารถดำเนินกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานและเกิดความต่อเนื่องยั่งยืนของการดำเนินกิจกรรม (ศศินันท์ สายแวว, 2564)

3) การใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นเป้าหมายการพัฒนา ข้อมูลระดับ ADLของผู้สูงอายุ นอกจากถูกนำมาใช้เพื่อจัดกลุ่มแบ่งระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุแล้วยังใช้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาโดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของADLเป็นรายกรณีและภาพรวมของพื้นที่ ผลของการคัดกรองช่วยให้คณะอนุกรรมการฯและภาคีเครือข่าย มีเข้าใจสถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่ตามสภาพจริง เพื่อนำไปสู่ขั้นตอน การค้นหาสาเหตุของปัญหา การวางแผนการบริการดูแลสุขภาพ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล (ปาณิสตา บุญรัตกลิน, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามี ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุประเมินระดับ ADLของผู้สูงอายุ เสนอรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าในโปรแกรมLTC คณะอนุกรรมการฯยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ลงมือปฏิบัติการดูแลตามแผน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวลงพื้นที่ร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือนเพื่อประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินความก้าวหน้าในการบริการ ปรับแผนการบริการรายเดือน และจัดทำรายงานสรุปขอเบิกค่าตอบแทนการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้วยงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมตามชุดสิทธิประโยชน์ มากกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (ศศินันท์ สายแวว, 2564) สอดคล้องกับยศ วัชรคุปต์ และคณะ (2561) ศึกษาประสิทธิผลของบริการการดูแล

ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เก็บข้อมูลผู้สูงอายุ จำนวน 405 คน จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับบริการแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 261 คน และผู้สูงอายุในโครงการ (กลุ่มทดลอง) จำนวน 144 คน ซึ่งได้รับบริการการดูแลระยะยาวภายใต้แผนการดูแล (care plan) ระยะเวลา 4 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับบริการภายใต้โครงการมีคะแนนเฉลี่ย ADL มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ประมาณ 1 คะแนน

4) การพัฒนากำลังคน ความสำเร็จในการปฏิบัติให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกในพื้นที่โดยการบริการให้การดูแลสุขภาพ ที่บ้าน มาจากศักยภาพของของผู้จัดการดูแลระยะยาวร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ บุคคลทั้งสองกลุ่มเป็นพื้นที่สำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนการให้บริการด้านสุขภาพเชิงรุก ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลระยะยาว และผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทั้งในรูปแบบเป็นทางการ เช่น การอบรมหลักสูตรระยะสั้น ระยะกลาง และการฟื้นฟูความรู้ เป็นต้นและแบบไม่เป็นทางการ เช่น การประชุมกลุ่มย่อยหลังปฏิบัติ เป็นต้น การพัฒนาให้บุคคลทั้ง 2 กลุ่มให้มีความรู้ ความสามารถ คงไว้ซึ่งทัศนคติที่ดีในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความจำเป็นและควรทำอย่างต่อเนื่อง (สัมฤทธิ์ ศีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาบทเรียนการดำเนินงานตามนโยบายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 7 ที่ประสบผลสำเร็จในด้านกระบวนการของการดำเนินงานคือการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลระยะยาว ต้องได้รับการอบรมทักษะการบริหารจัดการ จำนวน 70 ชั่วโมงและต้องได้รับการขึ้นทะเบียน และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จะได้รับการอบรมตามคู่มือ/ หลักสูตรที่กรมอนามัยพัฒนาหรือเทียบเท่า โดยผ่านการเห็นชอบของคณะอนุกรรมการ LTC อย่างน้อย 70 ชั่วโมง (ถึง 420 ชั่วโมง) และต้องได้รับการขึ้นทะเบียน (ราณี วงศ์คงเดช ตรีณี พ่วงพรพิทักษ์ และอดิศร วงศ์คงเดช, 2564) ดังนั้นควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะ ๆ เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากบางทักษะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จึงเกิดความไม่มั่นใจ ไม่กล้าปฏิบัติ (ชญาธิศ ลือวานิช, สุวรรณมา หล่อโลหการ และประพรศรี นรินทรรักษ์, 2562) กระทรวงสาธารณสุขควรคงการพัฒนาอัตรากำลังและศักยภาพผู้จัดการดูแลในหน่วยงานสาธารณสุขให้มีความเพียงพอเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต และ ขยายการพัฒนาผู้จัดการดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้าใจและช่วยแบ่งเบาภาระงานของผู้จัดการดูแลในหน่วยงานสาธารณสุข (ศิริณี ศรีหาภาค และคณะ, 2561) และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและหรือสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณการผลิตผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้ครบทุกพื้นที่การจัดสรรโควตา จัดสรรงบประมาณ และจัดอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และควรจัดให้มีกลไกการทำงานร่วมกันในลักษณะภาคีเครือข่ายพันธมิตรการทำงานให้มากขึ้น (ณัฐวิภา ทองรุ่ง และกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์, 2564)

5) การสอนงานโดยระบบพี่เลี้ยง การสอนงานโดยระบบพี่เลี้ยงระหว่างผู้จัดการดูแลระยะยาวกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ผู้จัดการดูแลระยะยาวทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (Mentor) นอกจากช่วยทำให้ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำ ความรู้ และการฝึกปฏิบัติจากประสบการณ์จริงจากพี่เลี้ยงแล้ว ยังช่วยสร้างความมั่นใจในการให้บริการดูแลสุขภาพจนเกิดการยอมรับจากประชาชนในพื้นที่ ยิ่งไปกว่านั้นระบบพี่เลี้ยงได้สร้างความสนิทสนม ความเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน เป็นรากฐานสำคัญของการเกิดการทำงานเป็น

ทีม สอดคล้องกับความหมายระบบพี่เลี้ยง คือ การให้ผู้มีความรู้ความสามารถหรือเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับมาให้คำปรึกษา คำแนะนำ แนวทางต่างๆในการทำงาน สอนงาน สนับสนุน ถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัวในระยะยาวให้แก่ผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ดูแลเอาใจใส่ สร้างแรงจูงใจที่ดี สามารถปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมของทีมและองค์กร ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข เกิดความภาคภูมิใจในหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบทำงานและปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ (กิตติศักดิ์ แก้วบุตรดี และอัจฉรา กิจเดช, 2561; พรสุดา ฮาบอินทร์, 2559) ระบบพี่เลี้ยง จึงเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูงและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นช่องทางที่ดีสำหรับการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในการเรียนรู้ ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ การดูแลพนักงานจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง และที่สำคัญองค์กรจะต้องสนับสนุนการพัฒนาพนักงานให้ก้าวสู่การเป็น “พี่เลี้ยง” เพื่อทำหน้าที่ให้ความอบอุ่นใจ ปลุกฝังทัศนคติที่ดี ให้คำปรึกษาแนะนำรวมถึงสามารถสร้างแรงจูงใจที่ดีให้แก่ “น้องเลี้ยง” เพื่อสนับสนุนให้น้องเลี้ยงสามารถทำงานร่วมกับองค์กรได้อย่างมีความสุข และทุ่มเทในการทำงานเพื่อให้งานที่ได้รับมอบหมายบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่หน่วยงาน และองค์กรตั้งไว้ (กิตติศักดิ์ แก้วบุตรดี และอัจฉรา กิจเดช, 2561)

6) การสะท้อนคิด เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาคุณธรรมการฯ ตั้งแต่ขั้นตอนการประชุมหารือร่วมกับภาคีเครือข่ายและญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายกรณี (case conference) เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (individual care plan) รวมทั้งการติดตามความก้าวหน้าในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การสะท้อนคิด เป็นการคิดทบทวนไตร่ตรองสิ่งที่เคยผ่านเข้ามาในชีวิตด้วยใจที่เป็นกลาง มองดูความคิด ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งนั้นของตนเองโดยใช้คำถาม ช่วยหาคำตอบด้วยตนเองหรือร่วมเรียนรู้กับผู้อื่น ประกอบด้วยวงจรการเรียนรู้ที่เริ่มจากประสบการณ์ (Experience) การแสดงความคิดเห็นความรู้สึกของตนเอง แลกเปลี่ยนกับผู้อื่น เรียนรู้ความคิดความรู้สึกของผู้อื่นที่ต่างไปจากตนเอง ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวาง ยิ่งประสบการณ์มีรายละเอียดของบริบทและเห็นภาพชัดเจนจะยิ่งทำให้เกิดการสะท้อนคิดได้ง่ายขึ้น ผลการสะท้อนคิดทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลายอาจสรุปเป็นความคิดรวบยอดนำไปสู่การประยุกต์ใช้ (Apply) และการประเมินผล (Evaluate) ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจะเป็นความรู้ที่มาจากประสบการณ์หมุนเวียนเข้าสู่วงจรการเรียนรู้อีกครั้งอย่างต่อเนื่อง (ประไพ กิตติบุญฉวี และคณะ, 2561) การสะท้อนคิดจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดการตระหนักรู้ด้วยตนเองมีอิสระทาง ความคิด วิเคราะห์ถึงการปฏิบัติงานทำให้มองเห็นภาพที่ชัดเจนนำไปสู่ความเข้าใจที่ลึกซึ้งสามารถแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่อย่างสร้างสรรค์ มุ่งเน้นในการพัฒนาตนเอง การสะท้อนการคิดมี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การสะท้อนการคิดถึงการกระทำที่เสร็จสิ้นแล้ว (Reflection on action) เป็นการมองย้อนกลับไปยังสิ่งที่กระทำเสร็จแล้วและทบทวนการกระทำ ความคิดและผลงานของตนเอง 2) การสะท้อนการคิดระหว่างการกระทำ (Reflection in action) เป็นการสะท้อนการคิดระหว่างการปฏิบัติงาน และ 3) การสะท้อนการคิดถึงการกระทำในอนาคต (Reflection for action) เป็นการสะท้อนการคิดที่คาดหวังให้มีส่วนร่วมในการทบทวนสิ่งที่ประสบความสำเร็จ และเสนอแนะข้อเสนอมที่จะต่อยอดและเกิดการพัฒนาในอนาคตซึ่งเป็นการปรับปรุงพัฒนาความสามารถในการทำงานให้ประสบความสำเร็จในอนาคต (รัตติกร เหมือนนาตอน และคณะ, 2562)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัย

ผู้สนใจสามารถนำข้อค้นพบปัจจัยความสำเร็จทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่าย (Network partnership) การใช้ทุนทางสังคม (Social Capital Utilization) การใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นเป้าหมายการพัฒนา (Using health data as the development goal) การสอนงานโดยระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) การสะท้อนคิด (Reflection) ไปใช้ทบทวนบริบทพื้นที่ตนเอง และออกแบบประยุกต์ใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบการดำเนินงานและปรับปรุงปัญหาอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการผลิตร่วมของภาคียุทธศาสตร์ระดับจังหวัดและภาคีปฏิบัติการระดับพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุม 4 มิติ (มิติสุขภาพ มิติสังคม มิติเศรษฐกิจ และมิติสิ่งแวดล้อม)
2. ควรวิจัยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กลยุทธ์ของการเป็นหุ้นส่วนของภาคีเครือข่าย (Network partnership) การใช้ทุนทางสังคม (Social Capital Utilization) การใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นเป้าหมายการพัฒนา (Using health data as the development goal) การสอนงานโดยระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) การสะท้อนคิด (Reflection)

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2565). *โปรแกรม 3C กรมอนามัย*. ค้นเมื่อ 9 ตุลาคม 2565, จาก

- ปิยากร หวังมหาพร. (2555). *ความร่วมมือในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์ข้ามกรณี* (รายงานวิจัย). มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- พรสุดา ฮาวอินทร์. (2559). *ผลของการพัฒนาครูตามโครงการพัฒนาครูด้วยการสร้างระบบพี่เลี้ยง Coaching and Mentoring ที่มีต่อประสิทธิผลของสถานศึกษาตามการรับรู้ของครู: กรณีศึกษสถานศึกษามัธยมศึกษา จังหวัดปทุมธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิร.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยศ วัชรคุปต์, วรณภา คุณากรวงศ์, พลิชฐ์ พัจณา และ สาวินี สุริยันต์ก. (2561). ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 608-624.
- เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2538). *การประเมินโครงการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ร้อยละของ Healthy Ageing ปีงบประมาณ 2566*. สืบค้น 25 ธันวาคม 2565, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48
- รัตติกกร เหมือนนาคอน, ยุพากรณ์ ทิรไพรวงศ์, เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล และสันติ ยุทธยง. (2562). การพัฒนาการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 13-25.
- ราณี วงศ์คงเดช, ดรุณี พ่วงพรพิทักษ์ และอดิศร วงศ์คงเดช. (2564). บทเรียนการดำเนินงานตามนโยบายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 7. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 10(11), 142-154.
- ศศินันท์ สายแวว. (2564). *การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี* (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, ธารา รัตนอำนวยศิริ, วัชรี ออมรโรจน์วรุฒิ, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และนวลละออง ทองโคตร (2561). *การศึกษารูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน* (รายงานวิจัย). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร และบรรสม วีรพันธ์. (2561). *การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ* (รายงานวิจัย). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. (2565). *ระบบบริการ Chainat Health Data Center*. ค้นเมื่อ 9 ตุลาคม 2565, จาก <https://cnt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. (2565). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติจังหวัดชัยนาท รอบที่ 2/2565 วันที่ 21 - 23 มิถุนายน 2565. ค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2565, จาก <https://drive.google.com/drive/folders/1pCJmrdlbr7lsy2alRohF2IEwtZPImKWb>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.