

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาว ต้นสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ภาสกร สวนเรือง*

อาภาณี วรรณศรี*

สัมฤทธิ์ ศรีรังสวัสถ์†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ภาสกร สวนเรือง

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) และกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หลังการมีนโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยคัดเลือกผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่า 1 ปี เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พร้อมการบันทึกเสียง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบาย คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีองค์ความรู้และทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น จากการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การช่วยดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพ การดูแลเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น โดยมีระบบพี่เลี้ยงและบัดดี้ มีรูปแบบในการทำงานที่ชัดเจนขึ้น เห็นได้ชัดจากการทำงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (care plans) ที่มีแผนการทำงาน มีรายละเอียดของผู้สูงอายุที่ให้การดูแล รวมทั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือนำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ภายใต้การให้คำปรึกษาดูแลของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care managers) และการทำงานร่วมทีมสหวิชาชีพ ที่สอดคล้องกับความต้องการการรับบริการของผู้สูงอายุแต่ละราย

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะโรคเฉพาะทางที่ต้องการการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นเพื่อการดำรงรักษาให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระบบอย่างยั่งยืน จึงควรมี นโยบายและมาตรการส่งเสริมความก้าวหน้าของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ช่วยเหลือ อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมศักยภาพของผู้ช่วยเหลือ ในการช่วยงานการจัดการเชิงรุกของทีมสหวิชาชีพ ส่งเสริมบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีความพร้อมให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเฉพาะ และพิจารณาค่าตอบแทน รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลระยะยาว

* สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

† ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



Community Care by Caregivers to Dependent Elderly under the Community-Based Long-Term Care Policy

Passakorn Suanrueang*, Arnat Wannasri*, Samrit Srithamrongsawat†

* Health Insurance System Research Office, Health Systems Research Institute

† Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Corresponding author: Passakorn Suanrueang, passakorn@hisro.or.th

Abstract

The objective of this study was to examine role and process of care by caregivers to dependent older people in communities after the long term care (LTC) policy of the Universal Coverage Scheme was developed. This study used a purposive sampling method to select 20 caregivers who have looked after dependent older persons in communities for longer than one year. Research tools such as general information questionnaires, semi-structured interviews and voice recorders were used to collect qualitative data. The data were analyzed by content analysis.

The findings illustrated that after LTC project was implemented, caregiver role and process of care to dependent elderly in communities have evidently changed. Obviously, the knowledge and practice skills of the caregivers, especially on activity of daily living (ADL) care, health issues, sanitation and environment management in the elderly's home, have gained considerably through training. Team works, coaching and mentoring, and care buddy matching were explicitly formed, including a clear pattern of work namely a care plan. Details of elderly persons who need care, care goal planning or rehabilitation program and relevant information have been included in the care plan. Interestingly, ADL levels of dependent older persons under the guidance of care managers and multidisciplinary have been gradually improved or there was an appropriate aspect for each individual need.

Caregivers have increasing important roles particularly being care assistants to dependent older people who have diseases required specific care. In order to be able to appropriately and sustainably providing care to dependent older people in the community, policies and measures to promote the advancement opportunities of caregivers and the continuous training for development of potential caregivers should be encouraged. Stimulating the proactive services enhancement of caregivers working together with multidisciplinary teams, motivating family members having the potential to provide care to elderly people having specific disease, and finally, the compensation and welfare policy should be appropriately promoted.

Keywords: caregivers, dependent older people, long-term care

ภูมิหลังและเหตุผล

เป็นที่ทราบกันดีว่า อีกไม่กี่ปีข้างหน้า ประชากรของประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ส่วนประชากรของโลกนั้น เมื่อพิจารณาแนวโน้มประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป จะคิดเป็นร้อยละ 40 และ 50 ในอีก 20 และ 30 ปีข้างหน้า⁽¹⁾ ซึ่งแต่ละประเทศได้มีความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบหรือแนวทางต่างๆ เพื่อรองรับภาวะดังกล่าวนี้สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลประชากรล่าสุด ในปี พ.ศ. 2556 ของสำนักบริหารงานทะเบียน กรมการปกครอง

รายงานว่า มีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ถึง 8,734,101 คน โดยดัชนีการสูงวัย อัตราส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (จำนวน 8,734,101 คน) ต่อประชากรวัยเด็กต่ำกว่า 15 ปี (จำนวน 12,700,001 คน) คิดเป็น 68.77 : 100⁽²⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ มีการเตรียมการเกี่ยวกับเรื่องนี้ในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพ โดยหนึ่งในนั้นคือการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน (community based long-term care) ที่มีเป้าหมายมุ่ง

เน้นให้บ้านหรือชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือคนในชุมชนในการจัดการบริการดูแลระยะยาว ซึ่งในการดำเนินการเรื่องนี้นั้น ได้มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง มีการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽³⁾ รวมทั้งมีบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องนี้ในพื้นที่ด้วย

การจัดบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมให้กับกลุ่มผู้ที่ประสพภาวะยากลำบาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพิการ หรือชราภาพมากกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้นั้น มีรูปแบบการดูแลทั้งแบบเป็นทางการจากบุคลากรสาธารณสุขและจากสังคมกับรูปแบบไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยคนในครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน เป็นต้น) โดยบริการทางด้านสาธารณสุขมักจะเป็นเรื่องของการพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนบริการด้านสังคม มักจะเป็นเรื่องของการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน สุขวิทยาส่วนบุคคล รวมถึงเรื่องสิ่งแวดล้อมของความเป็นอยู่⁽⁴⁾ ซึ่งหนึ่งในบุคลากรที่ถูกคาดหวังและกำลังพัฒนาให้เกิดขึ้นในระบบ คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (trained caregiver) โดยเป็นบุคลากรที่ทำงานในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ที่จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ช่วยเหลือฯ จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ บางคนอาจจะผ่านการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมาก่อน ผู้ช่วยเหลือฯ เหล่านี้จะได้รับการอบรมและได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการ โดยจะต้องมีคุณสมบัติ คือ อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ จบการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบ

เท่า ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดีงาม และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย มีใบรับรองแพทย์ระบุว่ามีความแข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด มีวุฒิภาวะและบุคลิกลักษณะเหมาะสมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม มีความขยัน ความอดทน และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความอ่อนโยน มีเมตตา ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม⁽⁵⁾ สำหรับหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ มี 2 แบบ คือ หลักสูตร 420 ชั่วโมงและหลักสูตร 70 ชั่วโมง หลักสูตร 420 ชั่วโมงมีหลายหน่วยงานดูแล เช่น กระทรวงสาธารณสุข (โดยกรมอนามัย) กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน (โดยกรมแรงงาน) เมื่อได้รับการอบรมครบ 420 ชั่วโมงและสอบรับประกาศนียบัตรแล้ว ก็สามารถสอบขึ้นทะเบียนและได้รับการคุ้มครองทางด้านแรงงาน (ค่าตอบแทน) ส่วนหลักสูตร 70 ชั่วโมงนั้น ผู้สมัครเข้ารับการอบรมจะต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีหนังสือรับรองจากโรงเรียน สถาบันหรือสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่วนใหญ่จะได้ผู้สมัครฯ ที่เคยเป็น อสม. หรือเคยเป็นพนักงานผู้ดูแลผู้สูงอายุมาก่อน บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1. งานด้านการดูแลสุขภาพ เช่น การดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กิจกรรมต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2. ด้านอาหารและสิ่งแวดล้อม รวมถึงด้านการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย 3. งานที่เกี่ยวข้องกับการติดตามดูแลและส่งต่อ 4. งานด้านการเขียนรายงาน โดยจะต้องเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือนยื่นต่อผู้จัดการระบบการดูแลฯ (care managers) การดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลนี้ จะเป็นไปในรูปแบบของอาสาสมัครและหน่วยบริการจะจ่ายเงินสนับสนุนการทำงานไม่เกิน 300 บาทต่อผู้ช่วยเหลือฯ 1 คนต่อเดือน ในลักษณะการ



จำแนกตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงในหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536⁽⁶⁾ ซึ่งแต่เดิมที่ผ่านมานั้น งานสาธารณสุขในระดับชุมชน มีกลวิธีการดำเนินการที่สำคัญคือ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เพื่อช่วยดูแลงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นรูปแบบสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน จุดแข็งของ อสม. คือ การแสดงบทบาทในกิจกรรมที่สามารถสำเร็จได้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานหรือ จปฐ. ข้อมูลอนามัย การฉีควัคซีน เป็นต้น) การรณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล เช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก ส่วนงานที่ต้องทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเป็นงานที่ไม่เหมาะสมกับ อสม. ดังนั้น การพัฒนาบุคลากรในรูปแบบอื่นจึงมีความจำเป็น⁽⁷⁾ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ มีความสำคัญประหนึ่งฟันเฟืองสำคัญด่านแรกในการจำแนก คัดกรอง ค้นหาผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการทางกาย จิต สังคมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งร่วมสำรวจข้อมูล วิเคราะห์และวางแผนการจัดบริการทางการแพทย์ สาธารณสุขและสังคมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละรายและแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ โดยทั่วไปแล้ว ได้มีการจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม⁽⁸⁾ ได้แก่ 1. ผู้สูงอายุติดสังคม คือ ผู้สูงอายุทั่วไปที่สามารถช่วยเหลือตัวเองและดูแลตัวเองได้ ต้องการเข้าสังคม 2. ผู้สูงอายุติดบ้าน คือ กลุ่มที่ไม่สามารถไปไหนได้ ไปไม่ไหวแต่สามารถดูแลตัวเองได้บ้าง 3. ผู้สูงอายุติดเตียง คือ กลุ่มที่ต้องอาศัยอยู่บนเตียง ไม่สามารถดูแลตัวเองได้เลย โดยกลุ่มที่ 2 และ 3 จัดเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁽⁹⁾ หรือคือกลุ่มที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล (Barthel index) ของกิจกรรมประจำวัน (activity of daily living) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ทั้งนี้ยังสามารถจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทาง

สมองกลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมองกลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

นโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผลในเชิงปฏิบัติอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นฟันเฟืองสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการนี้ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร จึงเป็นโจทย์ที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ช่วยเหลือฯ รูปแบบ และกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หลังจากการมีนโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำถามในการวิจัย

1. วิธีการทำงานและบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ หลังจากการมีนโยบาย มีลักษณะอย่างไร
2. ลักษณะการจัดบริการ รูปแบบการบริการที่ให้บริการโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะอย่างไร
3. ผลลัพธ์และผลกระทบที่ได้ หลังจากการมีนโยบาย มีอะไรบ้าง มีลักษณะอย่างไร

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาบทบาทของผู้ช่วยเหลือฯ และกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูล

คัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregivers) หรือที่เรียกกันอีกชื่อว่า CG จำนวน 20 คน

ที่อยู่ภายใต้นโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาร่อง จาก 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 4 แห่ง และจังหวัดเชียงราย จำนวน 2 แห่ง คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ 1. เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง หรือ 420 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2. เป็นผู้ปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน ไม่น่ากว่า 1 ปี 3. สัมผัสใจเข้าร่วมวิจัยและสามารถให้ข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา การแจ้งการพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวคำถามเป็นแบบปลายเปิด โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ บทบาทของตน กระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ หลังจากมีนโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. วิธีการเก็บข้อมูล

มีการจัดบันทึกประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ รวมทั้งการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มโดยใช้เครื่องบันทึกเสียง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 1 ชั่วโมงต่อ 1 กลุ่ม ประมาณ 3-4 คน และประมาณ 30 นาที ในการสัมภาษณ์เชิงลึกบางราย สถานที่สัมภาษณ์ คือหน่วยบริการในพื้นที่ ได้แก่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย โดยเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและไม่รบกวนต่อการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล

3. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการจัดบันทึกประเด็นและการถอดเทปบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล จัดการแยกแยะประเด็นข้อมูลและจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่มีความคล้ายคลึงกัน และวิเคราะห์ข้อสรุปพร้อมกับการยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยแจ้งแก่ผู้ให้ข้อมูลว่า ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล จะได้รับการนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลส่วนตัวจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ ที่ไม่อยากตอบก็ได้ และผู้ให้ข้อมูลสามารถออกจากการวิจัยกลางคันได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เคยเป็นจิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) มาก่อน ซึ่งในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานผู้สูงอายุมาก่อนหน้านั้นในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นงานส่วนหนึ่งของสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตั้งแต่ปี 2545 แต่ยังไม่มีการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่ชัดเจน เป็นเพียงการจัดสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีการตรวจสุขภาพหรือการไปเยี่ยมบ้าน แต่ไม่ได้เน้นเรื่องการให้การดูแลสุขภาพอย่างจริงจัง โดยผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 20 คน (ตารางที่ 1) เป็น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ จากพื้นที่โครงการนาร่องในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ 14 คน และจังหวัดเชียงราย 6 คน

2. ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ตัวอย่างที่ศึกษา

ภาวะผู้นำของผู้นำในพื้นที่ฯ ค่อนข้างเข้มแข็ง มีความ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนผู้ช่วยเหลือฯ ปี 2559 และจำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละพื้นที่ตัวอย่าง

จังหวัด	พื้นที่ ตัวอย่าง	จำนวน (คน)			
		ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	ผู้ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ให้ ข้อมูล
เชียงใหม่	อบต. 1	89	10	8.9	3
	อบต. 2	45	15	3	3
	อบต. 3	61	52	1.17	4
	อบต. 4	78	55	1.42	4
	รวม				14
เชียงราย	อบต. 1	60	36	1.67	3
	อบต. 2	30	16	1.88	3
	รวม				6
รวมทั้งสิ้น					20

พร้อมที่จะพัฒนา ร่วมกับความร่วมมือที่ดีของคนในชุมชน และภาคส่วนต่างๆ ผลพวงจากการดำเนินการตามนโยบาย จากส่วนกลางหรือระดับจังหวัด ไม่ว่าจะเป็นนโยบาย หมอครอบครัว นโยบาย Primary care cluster หรือนโยบายเขตสุขภาพ เป็นต้น ที่เกี่ยวข้องกับงานการดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนช่วยให้พื้นที่มีความโดดเด่น และถูกเลือกขึ้นมาเป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินนโยบายการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ 2 ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการมีนโยบาย

สามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 หลักสูตรการฝึกอบรม

อาสาสมัครในพื้นที่ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะได้รับคัดเลือกโดย รพ.สต. เพื่อส่งไปอบรม โดยในปี พ.ศ. 2559 การอบรมนี้ใช้งบประมาณจากกรมอนามัยเป็นหลัก และอาจมีงบฯ เสริมจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น สำนักงานการศึกษาอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) เพื่ออบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

ให้มีปริมาณที่เพียงพอ ศูนย์อนามัยเขต (อาจร่วมมือกับวิทยาลัยพยาบาล) ทำหน้าที่จัดอบรมผลิตผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการผลิตผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ส่วนการสำรวจผู้สูงอายุเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลนั้น ใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่จัดสรรให้โรงพยาบาลแห่งละ 1 แสนบาท นอกจากนี้ ยังมีงบประมาณในส่วน ของเงินกองทุนตำบล ที่จะได้มาเมื่อผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนำแผนการดูแลผู้สูงอายुरายบุคคลไปเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนเพื่อพิจารณาอนุมัติ เป็นรายโครงการ

หลักสูตรการฝึกอบรมประกอบด้วย 3 หลักสูตร โดยเป็นหลักสูตรที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตร 70 ชั่วโมง (สำหรับผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 1 ปี) และหลักสูตร 420 ชั่วโมง ส่วนอีก 1 หลักสูตร คือหลักสูตร 420 ชั่วโมง ที่พัฒนาโดยกระทรวงแรงงาน หลักสูตรทั้งหมดประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งเนื้อหาจะครอบคลุมแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การช่วยเหลือ

เบื้องต้น การใช้ยา การส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิต การจัดสภาพแวดล้อม กิจกรรมนันทนาการ ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึง หลักสูตรการฝึกอบรม ว่า

“ตอนนั้นงบประมาณมา เขาก็ให้ caregiver อบรม 70 ชั่วโมง โดยใช้งบประมาณของท้องถิ่น” (CG1)

“ไม่มีความรู้ได้เลย ไม่ได้เป็น อสม. พอดีทำงานเป็นครู ได้ไปอบรมกับ 420 ชั่วโมง หลังเกษียณ” (CG2)

“ผู้สูงอายุเราก็จะดูแลเป็นกลุ่ม กลุ่มไหนต้องการฝึกอาชีพเราก็จะหาวิทยากรฝึกอาชีพให้ ถ้าในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง มีงบประมาณมาให้จัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก็จะมีการจัดอบรม 70 ชั่วโมง” (CG3)

ประเด็นที่ 2 บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและวิธีการทำงาน

บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้น เริ่มตั้งแต่การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลของแต่ละพื้นที่ แล้วจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ซึ่งประยุกต์โดยกรมอนามัย) จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ต้องการสังคม (ติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง (ติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง) จากนั้นจึงจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลที่เหมาะสมกับแต่ละราย มีการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ กำหนดผู้ช่วยเหลือฯ ให้การดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย มีกำหนดการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/2 สัปดาห์ (2 ครั้ง/เดือน) พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ ทั้งนี้ผลจากการเยี่ยมบ้านทำให้สามารถจำแนกผู้สูงอายุตามการดูแลได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กลุ่มที่ 4 เหมือนกับกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต มีการทำงานเป็นทีม เป็นเครือข่าย ทำงานตามแผนที่

เรียกว่า แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล เป็นข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลมักกล่าวถึง ผู้ให้ข้อมูลเน้นย้ำเรื่องของกฎเกณฑ์หรือหลักการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบมากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงไปที่เห็นได้ชัดเจน

นอกจากนี้ ยังมีการทำงานเฉพาะด้านมากขึ้น เป็นผลมาจากการอบรมซึ่งทำให้ความมั่นใจมากขึ้น การร่วมคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามกลุ่ม การให้การดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งในตัวอย่างที่ช่วยยืนยันในเรื่องเหล่านี้ ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการทำงานเป็นทีม ดังนี้

1. วิธีการทำงาน ไม่มีการไปเดี่ยว ทำงานร่วมกันเป็นทีม

“ทำงานกันเป็นทีม เพื่อไปดูว่าในหมู่บ้านนี้มีคนใช้กี่คน กี่ราย ก็เยี่ยมทั้งหมดและเก็บข้อมูลมาสรุปร่วมกันว่าจะทำอะไร ปฏิบัติอย่างไร แก้อะไรอย่างไร คนไหน ถ้ามีข้อมูลจาก รพ. สต. ว่าคนนี้มีอาการเกี่ยวกับจิต ทางด้านเรื่องจิตก็จะมีเจ้าหน้าที่ไปด้วย เป็นพยาบาลจิตเวช” (CG1)

“เขตพื้นที่มี 3 เขต ในแต่ละเขตจะมี CG รับผิดชอบ โดยแบ่งเป็นโซนรับผิดชอบ การลงเยี่ยมบ้านคือ CG 5 คน รุมดู 1 case เพื่อช่วยกันดูแล และ CG ออกพร้อม care manager (CM) ออกเดือนละ 1 ครั้ง” (CG 12)

2. มีระบบพี่เลี้ยง

“เราจะลงไปด้วยและคล้ายๆ ไปเป็นพี่เลี้ยงด้วย (ให้กับ caregiver รุ่นใหม่) เราได้รับความรู้มาจากหมอ พยาบาล เพราะว่าตอนนั้นอบรมโดยมีโรงพยาบาลชุมชน XXX เป็นวิทยากร สปสช. เป็นผู้จัดอบรม” (CG3)

3. การจับคู่การทำงานในรูปแบบบัดดี้

“ตอนนี้มีคนใช้ติดบ้านติดเตียงของหมู่ 3 ที่ต้องตัวเองดูแลอยู่ 2 คน มี CG 3 คน เวลาไปดูแลก็จะไปร่วมกัน CG บางคนมีหลายเคส ใช้การจับคู่บัดดี้กัน เขาก็จะทำงานได้สะดวกขึ้นและมีเวลาในการดูแลมากขึ้น” (CG7)

“ในกรณีที่มีหลายเคส CG ก็จะมีการจับคู่บัดดี้กัน เพื่อที่จะไปด้วยกันและช่วยกันทำงาน เพื่อให้มีการพบปะผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น” (CG9)

ประเด็นที่ 3 ลักษณะการจัดบริการ



การทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้นหลังจากที่ผ่านการฝึกอบรม โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของตนที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะของการจัดบริการ ดังนี้

1. มีการวิเคราะห์จัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเขียนแผนการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละราย

“หลังจากไปอบรมมา เราก็ร่วมกับ รพ.สต. ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยว่าอยู่ในกลุ่มไหน แล้วเราก็ทำงานตาม care plan ที่คุณหมอ เจ้าหน้าที่ รวมทั้งหลายๆ ฝ่ายได้วิเคราะห์กันว่า ใครป่วยหนักป่วยขนาดไหน แต่ละกลุ่มจัดอยู่ในประเภทไหน 1-2-3-4 แล้วเราก็จะแยกกันทำงาน” (CG4)

“มีการบริหารจัดการแบ่งตามเขตการดูแลและรับผิดชอบของแต่ละ รพ.สต. CG ก็จะใช้แต่ละบ้านดูแลกัน เราก็เอาปัญหาทุกอย่างมาคุยแลกเปลี่ยนกันจากการอบรมมาเสร็จก็ร่วมกับทางอนามัยและเจ้าหน้าที่ในการจัดศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุในพื้นที่ของเรา และแบ่งการทำงาน และจัดกลุ่มผู้ป่วย และทำงานตาม care plan ที่มีการจัดทำจากเจ้าหน้าที่หลายๆ ฝ่ายร่วมกันวิเคราะห์คัดแยกกลุ่มผู้ป่วย” (CG 7)

2. มีรูปแบบบริการที่ให้บริการโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจะเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้นว่า การวัดความดัน การเจาะเลือดดูเบาหวาน รวมทั้งการล้างแผล การดูแลแผลกดทับ รวมไปถึงการแนะนำการใช้อุปกรณ์ต่างๆ การวัดหรือการช่วยทำกายภาพบำบัด นอกจากนี้มีการแนะนำญาติหรือผู้ดูแลประจำบ้าน ในเรื่องของการใช้ยา อาหารสำหรับผู้ป่วย การปรับสภาพแวดล้อม การออกกำลังกาย รวมทั้งการให้กำลังใจ เป็นต้น โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวเกี่ยวกับบริการที่จัดให้ ดังนี้

2.1 การวัดความดัน การเจาะเลือดดูเบาหวาน

“ดูแลผู้ชายอายุ 80 มองไม่เห็น ไปวัดความดัน” (CG 5)

“เป็นอัมพฤกษ์ ล้มในห้องน้ำ ไปเจาะเบาหวาน ไป

กับทีมงาน เป็นญาติกันด้วย” (CG 5)

“ของผมมีต้องดูแลอยู่ 2 เคส เคสแรกเป็นผู้ชาย อายุ 63 ปี เป็นโรคเส้นเลือดในสมองแตก ที่ลงไปก็ดูแลในเรื่องของการรับประทานอาหาร วัดความดัน นวดผ่อนคลายให้กับผู้ป่วย” (CG 8)

2.2 การล้างแผล การดูแลแผลกดทับ

“ดูแลผู้ป่วยสองคนเป็นผู้ป่วยติดเตียง เป็นกระดูกสะโพกหัก อายุ 82 ปี สามถึงสี่เดือนแล้ว ตอนนี้อาการไม่ดีขึ้นไม่ซัด เป็นแผลกดทับ ลุกไม่ขึ้นแล้ว ไปล้างแผลให้ทุกวัน เราเข้าไปช่วยเหลือล้างแผลให้ทุกวันเลย ทำมาเกือบเดือนแล้ว แผลแห้งบ้างแล้ว มีอาการดีขึ้น” (CG6)

2.3 การแนะนำการใช้อุปกรณ์ต่างๆ การนวด และการช่วยทำกายภาพบำบัด

“คนไข้อยู่บ้านเฉยๆ caregiver ไม่ไปดูก็จะมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ พอ caregiver ไปเห็น ก็จะแนะนำมา (มาร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ) ลองมาที่นี้ซิ (ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ) อย่างโน้นอย่างนี้ แล้วก็ไปกำลังใจให้เขาและก็ดีขึ้นเรื่อยๆ จะมีนักกายภาพลงไปด้วยและแนะนำการบริหารข้อมือข้อเท้า แล้วก็ฝึกให้ caregiver และจิตอาสาทำ รวมทั้งญาติ” (CG 4)

“ผู้ป่วยมีอาการเอ็นยึดติด เราก็ทำตามที่หมอแนะนำเรื่องการทำกายภาพบำบัด แกะช่วยเหลือตัวเองได้ แต่เวลาทานข้าว ญาติต้องป้อนอาหาร เพราะตามองไม่เห็น แขนขาขยับได้แต่ลุกไม่ได้ แกลุกไม่ได้เท่าไรเพราะขาไม่ค่อยดี ไม่ค่อยได้ลุกบ่อย” (CG 5)

“ผู้หญิงอายุ 60 กว่าปี เป็นอัมพฤกษ์ ล้มในห้องน้ำ เข้าไปแนะนำในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ตอนนี่เริ่มพูดชัดแล้ว ไปนวด แกะขอบนวด นวดให้เป็นชั่วโมง แต่ก่อนแกลุกไม่ได้ ตอนนี่เริ่มลุกได้แล้ว ให้ลองยืน ลองเดิน แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย” (CG 5)

“Caregivers จะมีการลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ทุกอาทิตย์ เวลาเราลงไปแล้ว เราก็สอบถามผู้ป่วยตามที่เรามาอบรมมา เราก็ไปช่วยในการทำกายภาพ ในการฟื้นฟู พลิก

ตัว ดูแลเรื่องต่างๆ” (CG 7)

“ทำงานร่วมกับนักกายภาพบำบัด ซึ่งเขาจะมีตารางลงเยี่ยมบ้านคนไข้ มีโปรแกรมระหว่างผู้ป่วย ญาติ โดย caregivers จะช่วยดูแลในระดับหนึ่งที่บ้าน เราสอบถามญาติแล้วว่าเขาต้องการแบบนี้ แล้วมาคิดว่า caregivers ที่ดูแลแต่ละบ้านจะดูแลกันยังไง ให้อยู่ในระดับที่ญาติรับได้ และเราช่วยเหลือคนไข้ได้” (CG 13)

2.4 การแนะนำญาติ (ในเรื่องต่างๆ เช่น การแนะนำบำบัดฟื้นฟู การรับประทานยา อาหาร การจัดสภาพแวดล้อม การออกกำลังกาย รวมทั้งการให้กำลังใจ)

“ถ้าคนไข้ที่มีผู้ดูแลเป็นญาติ เราก็จะช่วยแนะนำญาติ ในการพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง และมีการตะแคง การจัดการเช็ดแผล ก็ช่วยทำ ในเรื่องของการกินยาก็กินอย่างไร ช่วยกายภาพก็ในเรื่องของการยกแขนยกขา ช่วยกันร่วมกับญาติในการทำกายภาพ” (CG7)

“ช่วยดูแลสภาพแวดล้อมให้ และร่วมพูดคุยให้กำลังใจ แนะนำให้เขาออกกำลังกายตอนเช้า แนะนำให้มีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ก็มีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น เรื่องของอาหารบ้าง เคสที่สองเป็นผู้หญิง อายุ 90 ปี ช่วงที่ผมไปดูแล ช่วงล่าสุดก่อนเข้าไปอยู่ที่โรงพยาบาล มีอาการอ่อนแรง อ่อนล้า ก็มีการตรวจเช็คสมอง ความจำ เรื่องการทานอาหาร” (CG 8)

2.5 เวลาในการให้บริการ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

ช่วงเวลาในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับประเภทของผู้ป่วยที่ต้องดูแล และกิจกรรมการให้การดูแล รวมทั้งตารางเยี่ยมที่ถูกวางไว้ให้ตรงกับกรปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรือท้องถิ่น โดยผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“เคสแรกเป็นผู้ชาย อายุ 63 ปี เป็นโรคเส้นเลือดในสมองแตก ทุกวันจะไปวันละ 1 ชั่วโมง ประมาณ 15.00-17.00 น. เคสที่สองเป็นผู้หญิง อายุ 89 ปี เป็นความดันไขมันในเลือดสูงและความจำไม่ดี จะไปเยี่ยมช่วง จันทร์-ศุกร์ ในช่วงเย็น ประมาณ 17.00-18.00 น.” (CG 8)

“เราจะลงทุกวันศุกร์ เราก็ลงไปประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก ทำทุกอย่างในบริเวณบ้านของผู้สูงอายุ ถ้าเข้าไปตอนเที่ยงก็ป้อนอาหาร ผมนายก็ตัดผม ตัดเล็บ วันศุกร์ไปทั้งวันพร้อมกัน 5 คน มีผู้สูงอายุประมาณ 6 คนที่ต้องดูแล คุณสมบัติที่เทศบาลจะมีตารางงานเยี่ยมบ้านให้” (CG 12)

ประเด็นที่ 4 ผลลัพธ์

ที่เห็นได้ชัดคือ ผู้ช่วยเหลือๆ สามารถทำงานดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนได้หลากหลายและเฉพาะทางมากขึ้น ที่สำคัญคือมีความมั่นใจมากขึ้นจากการฝึกอบรม นอกจากนี้ การมีรูปแบบการทำงานและแผนการทำงานที่ชัดเจน มีการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย หรือที่เรียกว่า care plans มีการทำงานเป็นทีม มีการจับคู่บัดดี้ในการทำงาน หรือการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ รวมทั้งมีเครือข่ายการทำงานที่หลากหลาย ช่วยทำให้บทบาทการทำงานในพื้นที่ของคนในชุมชนสามารถดูแลคนในชุมชนได้ดีมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้มีทรัพยากรจากภายนอกเข้ามาหนุนเสริมการทำงานมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวเกี่ยวกับผลลัพธ์ไว้ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านศักยภาพของผู้ช่วยเหลือฯ

“Caregivers ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จากเดิมที่เป็น อสม. ธรรมดา จนกระทั่งสามารถเข้าไปช่วยดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น เช่น ในเรื่องของการทำแผล การดูแลแผลกดทับ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น” (CG 10)

2. ผลลัพธ์ด้านอื่นๆ

2.1 ด้านหลักเกณฑ์การทำงาน

มีการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล รวมทั้งมีกระบวนการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป โดยผู้ให้ข้อมูลได้ให้รายละเอียดว่า

“ก่อนหน้านี้ก็ไปเยี่ยมทั่วไปไม่มีหลักเกณฑ์ ไปดูสภาพร่างกายโดยรวม แต่พอชมรมผู้สูงอายุไปด้วยก็จะมีหลักเกณฑ์ว่าจะต้องรู้อะไรบ้าง หลักเกณฑ์จะมีมากกว่า คือ ตอนแรกเราไปแบบไม่รู้ เราไปเยี่ยม ก็แค่แค่ประสานรพ.สต. คัดกรองเบาหวานความดัน โดยทั่วไปจะไปดู



สุขภาพร่างกายว่าเป็นอย่างไร มีโรคประจำตัวอะไร ให้คำแนะนำว่า โรคประจำตัวแบบนี้ควรทานอาหารประเภทไหน ถ้าร่างกายสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง ให้ออกกำลังกายแบบไหน แล้วพอหลังจากนั้นไปอบรมมาแล้วความรู้จะกว้างขึ้นจะมีแบบประเมิน ตามชนิดของ care plans ซึ่งมี 15 รายการ ตอนที่เรียน อสม. ไม่ได้ทำตามแบบฟอร์มนี้ อันนี้ทำหลังจากที่เราไปอบรมแล้ว” (CG2)

“ส่วนใหญ่เป็น อสม. มาก่อน การทำงานในพื้นที่ก็จะเกิดความไว้วางใจกัน เพราะรู้จักกันมาก่อน โดยเราจะได้รับความรู้เพิ่มจากหมออนามัยที่นี่ เช่น ความรู้พื้นฐานในการดูแลการเจ็บป่วย และเราก็จะแบ่งการเยี่ยมบ้านตาม care plans ที่เราตั้งไว้” (CG4)

“ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มากขึ้นจากการที่ อสม. ลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สุขภาพดีขึ้น ได้รับการดูแลมากขึ้น และเปลี่ยนกระบวนการทัศนจากเป็นชุมชนที่ต่างคนต่างดูแลกันเองในครอบครัว แล้วก็มีจิตอาสาเข้าไปดูแล ซึ่งใหม่ๆ นี้ไม่ได้รับการยอมรับ แต่ตอนนี้ได้รับการยอมรับ” (CG 12)

“เรื่องของการดูแลคนประจำอันนี้มีอยู่แล้ว และแต่ละเดือนในการเยี่ยมบ้าน เราจะมีเยี่ยมใหญ่โดยมีหมออนามัยเยี่ยมด้วยทุกครั้ง ก็จะทำให้ CG ลงไปด้วยทุกครั้งและช่วงป่วยหลังจากการเยี่ยมบ้าน เราก็จะมาคอนเฟอเรนซ์เรื่องเคสและมีการจัดทำแฟ้มประวัติเยี่ยมใหญ่” (CG 8)

“การที่มีชุดสีส้ม (เสื้อทีม) ทำให้เป็นที่รู้จักในตำบลว่าเสื้อสีส้มคืออะไร เขามองเห็นว่าเป็นทีมเวิร์คที่ดี มีการแบ่งการทำงานในพื้นที่ ทุกคนทำอย่างเต็มที่เพราะมีความเป็นจิตอาสา ทำงานตาม care plans และได้รับเสียงตอบรับจากญาติผู้ป่วยก็ชื่นชม เพราะเขาเกิดความเครียด เขาก็เปลี่ยนแปลงไป เช่น ช่วยสอนเขาให้ทำโน่นนี่นั่นเป็น ให้ผู้ดูแลออกไป relax ช้างนอก ให้หายเครียดได้บ้าง” (CG 10)

2.2 ด้านความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน

ต่างๆ ในชุมชน เริ่มมีบทบาทที่ชัดเจนมากขึ้น ตัวอย่างเช่น บทบาทของศูนย์การศึกษาครอบครัว การมีศูนย์จิตอาสา ดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งระบบการส่งต่อ และการส่งกลับระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับโรงพยาบาลระดับสูงกว่า โดยผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“หลังจากไปอบรมมาแล้ว 420 ชั่วโมง มีภาคีเครือข่ายมาทำงานด้วยกัน นัดกันทั้งชมรมผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและทีมพยาบาลจากอนามัย ไปด้วยกันมีหมอมหาวิทยาลัย หมอพื้น” (CG1)

“การศึกษาครอบครัว กศน. มีประจำตำบลทุกตำบลคอยสนับสนุนกิจกรรม เป็นผู้จัดกิจกรรมของกลุ่มไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน แคมป์มีน้องเป็นเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ กศน. ประจำตำบลที่นี่โดยส่วนใหญ่กลุ่มเป้าหมายก็จะเป็นผู้สูงอายุ ก็จะคอยสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ จะเป็นด้านจิต กาย อาชีพ”(CG3)

“มีการสร้างระบบใหม่ คือเราสร้างศูนย์จิตอาสา ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นศูนย์ที่เรามีอยู่เดิมแต่มีงบประมาณเข้ามาหล่อเลี้ยงในการทำงาน การสร้างเครือข่ายวิชาชีพ เครือข่ายสถาบันการศึกษา ซึ่งทุกฝ่ายสามารถเชื่อมต่อได้ง่ายกับนโยบายตรงนี้” (CG10)

“มีการอบรมให้ความรู้สำหรับผู้ที่มีจิตอาสา ก็จะเข้าไปแนะนำผู้ดูแล ถ้าดูแลแล้วมีอาการผิดปกติก็ประสาน รพ.สต. และทาง รพ.สต. ก็จะส่งต่อ รพ. เป็นสิ่งที่ดีที่ช่วยดูแลคนในชุมชน คือทุกคนก็รู้จักกันหมด คือพอเข้าบ่อยๆ เราก็เข้าไปช่วยเสริมว่าเขาขาดเหลืออะไรบ้าง เพราะญาติเขาดูแลอยู่แล้ว” (CG 11)

2.3 ด้านความภาคภูมิใจ

ผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามนโยบาย ไม่ได้มีเพียงพัฒนาการของการให้การดูแลที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการหรือสภาพที่ดีขึ้นเท่านั้น ผู้ช่วยเหลือฯ ยังได้รับการตอบแทนในรูปของคำชมและการยอมรับนับถือ ต้องการให้ผู้ช่วยเหลือฯ ได้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นรางวัลอีกรูปแบบหนึ่งที่สร้างพลังในการทำงานได้ โดยผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“ชาวบ้านเขาเรียกเราว่า “คุณหมอปอลอม” (หัวเราะชอบใจ) เราเข้าไปเห็นเขาวัวเหวมมาก เราต้องเข้าไปกอด เขาก็นอนพิงเรา เราก็ทำด้วยใจรัก ไม่รังเกียจ เช็ดขี้เช็ดเยี่ยวให้” (CG 6)

“ผู้ป่วยนอนติดเตียง จากลุกไม่ได้แล้วกลับมาลุกเดินได้เหมือนเดิม เราเข้าไปประเมินญาติ และประเมินผู้ป่วยว่าป่วยอยู่ระดับไหน และแนะนำว่าเขาต้องทำแบบไหน แล้วก็ให้เขาลองทำดู ก็มีการติดตามผล ก็เปลี่ยนแปลงดีขึ้น” (CG 12)

“ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำเสื่อม เมื่อก่อนจากที่ว่าแกทำอะไรไม่ค่อยได้ เราจะกระตุ้นเรื่องเก่าๆ หนูก็ประทับใจว่า ช่วงหลังที่ไป พอเราสวัสดีเขา เขาก็สวัสดีตอบ เขาก็เริ่มจะจำได้นิดๆ ว่า เราเข้ามาอีกแล้ว เราก็รู้สึกภูมิใจที่ได้ไปดูแล ก็จะดูแลไปเรื่อยๆ” (CG 13)

“ที่ผ่านมามีคนที่เราดูแลที่เราประทับใจคือ ป้างาม (นามสมมุติ) เกิดจากการที่สามีป่วยและไม่มีความตั้งใจในการใช้ชีวิตจึงเกิดการล้มป่วย คือ สามีเป็นมะเร็ง แต่ตอนนี้ยังไม่เสียชีวิตก็หายไปแล้ว มีอาการดีขึ้น สภาพป้างามจากลุกไม่ได้ ตอนนี้ลุกได้ เก็บผักได้ เก็บดอกอัญชัญไปขายได้ เดินไปวัดได้แล้ว ดีขึ้นทั้งสองคน อายุ 82 ปีแล้ว เราเข้าไปพูดให้กำลังใจ วัดความดัน ช่วยดูแลต่างๆ” (CG 6)

ประเด็นที่ 5 อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

ในการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง หากมีการส่งเสริมอย่างเหมาะสม ก็จะช่วยให้เขาเหล่านั้นทำงานได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเด็นเรื่องค่าตอบแทน กฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่เอื้อต่อการทำงานในพื้นที่ หรือแม้กระทั่งเรื่องของอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ สำหรับการทำงานที่เพียงพอ โดยผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“ถ้ามีการจ้างงาน CG เป็นเวลา ถือว่าเป็นเรื่องที่ดี เพราะว่าถ้าเขาสามารถทำงานได้วันละ 6 ชม. เขาก็จะมีรายได้ เพราะว่า 50 บาท คูณ 6 ชม. ก็เป็นเงิน 300 บาท ต่อวัน แต่ตอนนี้การเบิกจ่ายเงินค่อนข้างช้ามากเพราะติดระเบียบต่างๆ” (CG 1)

“การออกเยี่ยมผู้สูงอายุ บางครั้งก็ต้องออกค่าใช้จ่ายเอง ค่าน้ำมันรถ ค่าโนนนี่” (CG 2)

“เมื่อก่อนตอนที่เข้ามาตอนนี้ ไม่มีค่าตอบแทนเรื่องนี้ แต่พอมาถึงตอนนี้ ถ้าเกิดมีค่าตอบแทน ก็อาจจะใช้เป็นค่าน้ำมัน เพื่อช่วยในการทำงานตอนนี้” (CG 7)

“เรื่องที่ต้องการฝาก อยากฝากเรื่องกฎระเบียบ และรวมทั้งเรื่องเอกสารต่างๆ อยากให้ทำเหมือนกันทั่วประเทศ มีความชัดเจน น่าจะมี pattern มาเลย แบบรายงาน แบบฟอร์มต่างๆ ควรจะมีคู่มือมาให้ น่าจะดี” (CG 6)

“CG อยากได้เครื่องมือและอุปกรณ์บางอย่างเพิ่มเติมคือ เวลาลงพื้นที่เราต้องมีการคัดกรอง เราต้องมีอุปกรณ์ชนิดหนึ่ง เช่น เครื่องวัดความดัน อุปกรณ์ตอนนี้เบิกที่ รพ.สต. แต่ถ้าเอาไปที่ รพ.สต. ก็จะไม่ค่อยใช้ เลยอยากได้เพิ่ม” (CG 5)

วิจารณ์

บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไป ศักยภาพของการทำงานในชุมชนมีเพิ่มขึ้นจากประสบการณ์และการผ่านการฝึกอบรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาพบว่า การมีหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงและ 420 ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลได้รับการพัฒนาศักยภาพมากขึ้น ส่งผลให้บทบาทผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งมีรูปแบบการจัดบริการที่ชัดเจนขึ้น จากการเก็บข้อมูล พบว่า มีการวิเคราะห์จัดกลุ่มผู้สูงอายุและเขียนแผนการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละรายได้อย่างชัดเจน มีการแบ่งเขตช่วยกันดูแล ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากนโยบายบวกกับความต้องการผู้ดูแลในชุมชน ที่ผลักดันและส่งเสริมให้เกิดกลุ่มผู้มีจิตอาสาอาสาสมัครดังกล่าวขึ้น ในเรื่องของบทบาทและวิธีการทำงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เห็นได้ชัดจากการศึกษา คือไม่ไปเดี่ยวแต่ทำงานร่วมกันเป็นทีม มีระบบพี่เลี้ยงและการจับคู่กันทำงาน มีตารางเยี่ยมประจำของแต่ละคนและตารางที่ถูกวางไว้ตรงกับกรปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือท้องถิ่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าว



ว่า มีการทำงานเชื่อมโยงกับทีมหมอครอบครัวด้วย

ทีมสหวิชาชีพมีการลงเยี่ยมบ้านครั้งใหญ่พร้อมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยซึ่งกันและกัน ถือเป็น การพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกัน หรือ integrated care package ที่เป็นกระบวนการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบลเยียมที่มีข้อเสนอจากงานวิจัยชิ้นหนึ่ง ในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้เกี่ยวกับการให้บริการ เป็นหนึ่งในกุญแจสำคัญที่ต้องมีข้อมูลสนับสนุนการทำงานของ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ งานวิจัยดังกล่าวเสนอให้เป็นหนึ่งในนโยบายของภาครัฐที่ต้องมีการ เชื่อมข้อมูลระหว่างคนทำงานกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างเป็นชุด⁽¹⁰⁾

บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีสมรรถนะ สามารถพัฒนาเป็นผู้ช่วยเหลือที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะ โรคได้ ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวจะ ได้รับการแนะนำเรื่องต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งได้ รับกำลังใจจากผู้ช่วยเหลือฯ และสหวิชาชีพด้วย แนวทางดังกล่าวจะช่วยเสริมความยั่งยืนของการดำเนินงานได้อีกทาง หนึ่ง ตัวอย่างการพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพเฉพาะ ด้านให้กับบุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ สูงอายุเฉพาะด้านและส่งผลดีในแง่ต่างๆ เช่น การดูแลผู้ ป่วยจิตเภทในประเทศญี่ปุ่นและเกาหลี บุคคลในครอบครัว จะดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม⁽¹¹⁾ หรือการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศแถบตะวันตก ที่จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจลักษณะอาการของ โรคและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม คือการดูแลแบบประ คับประคองและบูรณาการ⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพาาระยะยาวและผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ผู้ให้การดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมักเกิดความ เครียด ส่งผลทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายใน ครอบครัวและญาติพี่น้องได้⁽¹³⁾ งานวิจัยในสหรัฐอเมริกา รายงานว่า กว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องประสบ

กับปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป⁽¹⁴⁾ รายงานวิจัยใน ประเทศโปรตุเกส พบว่า ภาวะเครียดและซึมเศร้า มักจะเกิด กับเพศหญิงที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว⁽¹⁵⁾ สำหรับในการศึกษานี้ ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า สมาชิกใน ครอบครัวจะเกิดภาวะเครียดต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ต้อง ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของ การศึกษานี้ จึงยังไม่ได้ศึกษาเชิงลึกเรื่องปัญหาสุขภาพจิต ของผู้ช่วยเหลือดูแล ซึ่งเป็นคำถามวิจัยที่น่าจะทำการศึกษา ต่อไป อีกรูปแบบหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกใน ครอบครัวที่น่าสนใจ คือ การดูแลผู้สูงอายุในประเทศจีน ซึ่งก็มีลักษณะใกล้เคียงกับนโยบาย long-term care ใน ประเทศไทย โดยการดูแลผู้สูงอายุในขั้นแรกจะเป็นหน้าที่ ของสมาชิกในครอบครัวหรืออาสาสมัครอื่นๆ ที่ไม่ใช่ญาติ ซึ่งเป็นการดูแลแบบสมัครใจโดยไม่มีค่าใช้จ่าย (home care volunteer) ซึ่งมักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความลำบาก ในการเคลื่อนไหว อีกระดับหนึ่งคือการดูแลผู้สูงอายุที่ บ้านโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ (home care professional) สำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ไม่สามารถออกนอกบ้านได้ หรือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการสังคม สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และทั้งสองรูปแบบจะเป็นการดูแลผ่านชุมชนหรือที่เรียก ว่า community care⁽¹⁶⁾

แนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน จะมี จำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการมีโรคประจำตัว เช่น โรค ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ฯลฯ⁽¹⁷⁾ และที่สำคัญคือ ภาวะทุพพลภาพจะจำกัดการทำกิจวัตร พื้นฐานประจำวัน รวมทั้งการกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ ได้⁽¹⁸⁾ ผู้สูงอายุบางรายหากได้รับการดูแลที่ดีก็สามารถฟื้นฟู สภาพให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นและนั่นก็คือต้อง มีการทำกายบำบัดหรือฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ในการดำเนินงานในปัจจุบันมีศูนย์ต่างๆ ในชุมชนที่ใช้เป็น สถานที่ให้บริการในเรื่องนี้ได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคน พิการและผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ แต่ละท้องถิ่น ดังนั้นสถานที่ที่ให้บริการกายภาพบำบัดก็ เป็นสถานที่ที่สำคัญและควรมีบุคลากรให้บริการ โดยเฉพาะ

ที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรมจากนักกายภาพบำบัด⁽¹⁹⁾ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนในการช่วยดูแลในเรื่องนี้ได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุยังสามารถทำหน้าที่ประสานงานกับคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวหรือชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาพื้นฐาน เช่น เจาะเลือด วัดความดัน รับประทานยาแบบเดิม และการอบรมกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพบว่าการบริการวัดความดัน เจาะเลือด หรือการช่วยล้างแผล การดูแลแผลกดทับ เป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของผู้ช่วยเหลือฯ ที่สามารถให้บริการช่วยเหลือเบื้องต้นในชุมชนได้ นอกจากนี้ประเด็นเรื่องของการสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุก็มีความสำคัญ⁽²⁰⁾

ภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพต่างๆ ทั้งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต มักจะเกิดในผู้สูงอายุและแปรตามอายุที่มากขึ้น⁽²¹⁾ บุคคลที่มีสุขภาพจิตไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล ท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึ่งจะส่งผลทำให้ร่างกายทรุดโทรมตามไปด้วย⁽²²⁾ รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงเกือบ 8 ต่อประชากรแสนคน และยิ่งไปกว่านั้นในกลุ่มอายุ 70-79 ปี สูงถึง 15 ต่อประชากรแสนคน⁽²³⁾ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ สุขภาพจิตส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมาจากการมีสุขภาพจิตดี อารมณ์ดี และความสุขที่ได้จากการพูดคุยเรื่องในอดีตที่มีความประทับใจ อีกทั้งญาติก็จะมีความรู้สึกที่มีคนมาเยี่ยมอีกด้วย⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ การทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าเขายังมีคุณค่าหรือมีประโยชน์ ไม่ใช่เป็นเพียงคนที่คอยรับความช่วยเหลือจากคนอื่นอย่างเดียว ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญ ดังนั้นจึงต้องมีการสร้างคุณค่าตรงนี้ด้วย⁽²⁵⁾

ประเด็นอื่นๆ ที่สำคัญสำหรับการทำงานของ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุก็คือ ประเด็นเรื่องค่าตอบแทนที่เหมาะสม

และระเบียบการเบิกจ่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและส่วนกลาง เพื่อส่งเสริมให้มีคนทำงานในระบบได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และเกิดประสิทธิภาพต่อไปได้

ในเรื่องความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนั้น ผลการศึกษาพบว่า เริ่มมีการสร้างระบบการทำงานแบบบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่างๆ ซึ่งน่าจะมีส่วนช่วยลดการทำงานซ้ำซ้อนและทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรและงบประมาณที่มีอย่างจำกัด ภายในระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน home health care (HHC)⁽²⁶⁾ โดยมีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุในอำเภอเพื่อเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นตัวอย่างหนึ่งของการทำงานอย่างบูรณาการ HHC-center เป็นศูนย์ประสานงานระหว่างเครือข่ายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ในตำบลที่มีความพร้อมก็จะสามารถรับนโยบายไปปฏิบัติผ่านคณะกรรมการ ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพ เช่นเดียวกับระบบการดูแลในพื้นที่แบบบูรณาการในญี่ปุ่น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการที่เหมาะสมในพื้นที่ที่ตนเองอาศัยมาแต่ดั้งเดิม⁽²⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษา มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีนโยบายส่งเสริมความก้าวหน้าของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน
2. ควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ช่วยเหลือฯ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านนี้และส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลกันอย่างต่อเนื่องระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
3. ควรมีแผนที่ชัดเจนในการส่งเสริมบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุให้สามารถพัฒนาเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะโรคได้ รวมทั้งมีงบประมาณสนับสนุนในงานส่งเสริมนี้ด้วย



4. ควรส่งเสริมการจัดบริการเชิงรุกของทีมนสหวิชาชีพให้มากขึ้น โดยเฉพาะในด้านกายภาพบำบัด

5. ควรศึกษาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการนำนโยบายดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ เช่น ระเบียบข้อบังคับต่างๆ ที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน การขาดแคลนปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็น และแก้ไขปัญหอย่างจริงจังเพื่อธำรงรักษาผู้ช่วยเหลือให้อยู่ในระบบได้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลเชิงคุณภาพจากโครงการ “การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

References

1. Srithamrongsawat S. Strategic plan for the development of long-term care in communities for dependent elderly people Bangkok. [Internet]. 2014 [cited 2017 July 29]. Available from: www.hpc.go.th/director/data/oct2014/LTCStrategicPlan_Sumrit.pdf. (in Thai)
2. Ministry of Social Development and Human Security. Thai older population: The present and the future. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2014. (in Thai)
3. National Health Security Office. Memorandum of understanding to support the implementation and budgeting of long-term care for the elderly in long-term care. The integrated service units under the Ministry of Public Health, FY 2016 between the Ministry of Public Health and the National Health Security Office. [Internet]. 2016. [cited 2017 July 29]. Available from: http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2016/3_ข้อตกลงดำเนินการสปสข_สช. pdf. (in Thai)
4. National Health Security Office. A handbook for supporting the management of long-term care services in public health for the dependent elderly people under the National Health Security System. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (in Thai)
5. Urairoekun C. Qualification of caregiver. [Internet]. 2017.

[cited 2017 August 28]. Available from: <http://hpc5.anamai.moph.go.th/director/elderly/index.php?module=!&file=careMG.php>. (in Thai)

6. Department of Health, Ministry of Public Health. Project management guidelines for development of Long-Term Care systems in public health for dependent elderly in Long Term Care area. [Internet]. 2017. [cited 2017 August 28]. Available from: http://eh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=101. (in Thai)
7. Chuengsatiansup K, Suksut P. VHV: village health volunteer; potential and strategies in changing situations. *Mohanamai*. 2007;17(3):7-12. (in Thai)
8. Office of the National Economic and Social Development Board. Strategic framework for the preparation of Thai Society for the Elderly Society. Bangkok: Bangkok Blocks; 2005. (in Thai)
9. National Health Security Office. A handbook for supporting the management of long-term care services in public health for the dependent elderly people under the National Health Security System. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (in Thai)
10. Willemsse E, Anthierens S, Farfan-Portet MI, Schmitz O, Macq J, Bastiaens H, et al. Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16: 270.
11. Hanzawa S, Bae JK, Tanaka H, Bae YJ, Tanaka G, Inadomi H, et al. Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: comparison between Japan and Korea. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010 Aug;64(4):377-86.
12. Ellis-Smith C, Evans CJ, Murtagh FE, Henson LA, Firth AM, Higginson IJ, et al. Development of a caregiver-reported measure to support systematic assessment of people with dementia in long-term care: The Integrated Palliative care Outcome Scale for Dementia. *Palliat Med*. 2017 Jul; 31(7):651-660.
13. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrang K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai).
14. Shah AJ, Wadoo O, Latoo J. Psychological distress in cares of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners*. 2010;3(3):18.
15. Cabral L, Duarte J, Ferreira M, Dos Santos C. Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Aten Primaria*. 2014;46(Espec Cong 1):176-179

16. Sindecharak T. Elderly in Chinese Society: Welfare Services, Model for Elderly Care and Social Activity. *Thammasat University Journal*. 2015; 34(2):1-32. (In Thai)
17. Viripiromgool S, Yossatorn D, Thammapipol K, Srivanichakorn S, Suthisukhon K. The Health Situation of the Disabled Elderly: a case study of Tha-Maka and Dan Makham Tia districts in Kanchanaburi Province. *Journal of Ratchasuda College, Research and Development of Persons with Disabilities*. 2015; 11(14): 24-42. (In Thai)
18. Rakchanyaban U, Vapattanawong P, Prasartkul P, Porapakham Y, Aekplakorn W. Disability and Risk Factors of Disability among the Thai Older Population. *Rama Nurs J*. 2009; 15(1):111-126. (In Thai)
19. Jitramontree N, Thongchareon V, Thayansin S. Good model of elderly care in urban community. *Journal of Nursing Science*. 2011; 29(2):67-74. (In Thai)
20. Promnoi C, Thaniwattananon P, Nupet P. Factor's predicting caregivers' participation in caring for hospitalized elderly: a case study at Songklanagarind Hospital. *Songkla Med J*. 2005; 23(6): 405-412. (In Thai)
21. Choorat W, Sawangdee Y, Arunraksombat S. Factors affecting the risk of mental health problems among the elderly. *Thai Population Journal*. 2012; 3: 87-109. (In Thai)
22. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. *Integrated Care for the Elderly*. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand publishing; 2011. (In Thai)
23. Prasartkul P, Charungkattikul S, Tangchonlatip K. *Elderly: Inner People to Be Marginalized*. Nakorn Pathom. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2012. (In Thai)
24. Gray R, Kramanon R, Sangkla J. *Happiness Diversity among Older people in Different Cultures*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2015. (In Thai)
25. Srithamrongsawat S. (3 May 2017). Lecturer at Department of Community Medicine. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Interviews. (In Thai)
26. Srivanichakorn S, Wasuthapitak P. *Integrated Care for the Elderly in the Community*. Nakorn Phatom: Institute of Community Based Health Care Research and Development; 2012. (In Thai)
27. Sasai K. *Study of Long-Term Care Model for the Elderly in Japan and in Thailand*. The 9th National Seminar on Persons with Disabilities, 2017.