

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ

เบญจพร สุธรรมชัย ป.พ.ส.*

จิราพร เกศพิชญพัฒนา Ph.D.**

นภัส แก้ววิเชียร พย.บ.*

* สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) รูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (2) ปัจจัยนำเข้าไปในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (3) ข้อเสนอเชิงนโยบายยุทธศาสตร์ในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ การศึกษาวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2557 โดยการคัดเลือกจังหวัดแบบเจาะจงเป็นพื้นที่ต้นแบบรูปแบบการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างภาคละ 1 จังหวัด คือ อุดรธานี ลำปาง พังงา และกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารหน่วยงานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในพื้นที่และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มอย่างมีส่วนร่วมและประชุมกลุ่มย่อย (focus group) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของแต่ละพื้นที่ โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน เพื่อสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ทบทวนข้อมูลเอกสารแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย เพื่อเสนอการปรับแผนยุทธศาสตร์และการสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการอันนำไปสู่การปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาจากประชุมกลุ่มย่อย การวิเคราะห์เอกสาร การวิเคราะห์โดยตารางเทียบ (matrix comparison) ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการของประเทศไทย มีสองรูปแบบคือ (1) การจัดการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการจัดการที่เน้นเรื่องการดูแลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยหรือการให้บริการดูแลเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือบุคลากรทางสาธารณสุข และ (2) การจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญา ศิลปวัฒนธรรม เพื่อสร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยนำเข้าไปในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 4 ปัจจัย ได้แก่ (1) นโยบาย (2) คน (3) ระบบ และ (4) ชุมชน ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติและปรับยุทธศาสตร์เพิ่มจาก 3 ยุทธศาสตร์เป็น 4 ยุทธศาสตร์ พร้อมเสนอให้มีการจัดระบบติดตามประเมินแผนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฯ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมทั้งเสนอรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

คำสำคัญ: รูปแบบ, ระบบบริการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุไทย, บูรณาการ

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย (aging society) โดยในปี พ.ศ.2548 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.0 ประชากรคาดหมายกลางปี พ.ศ. 2558 มีผู้สูงอายุร้อยละ 15.8⁽¹⁾ และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 19.2 และร้อยละ 26.2 ในปีพ.ศ.2563 และพ.ศ.2573⁽²⁾ ตามลำดับ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564)⁽³⁾ ได้กำหนดมาตรการรองรับไว้เป็นยุทธศาสตร์ 5 ด้าน โดยยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มาตรการที่ 4 ระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุ กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 10 ปี (พ.ศ.2557-2566)⁽⁴⁾ เน้นยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ (1) การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (2) การพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอย่างมีคุณภาพ และ (3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายของบริการที่พึงประสงค์คือ บริการสุขภาพองค์รวม (holistic health care) บริการสุขภาพผสมผสาน (integrated health care) และบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจึงมีความเปลี่ยนแปลงของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทั้งในรูปแบบการบริการ และการดูแลที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย การศึกษาพบว่า มีการดำเนินงานการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว การจัดบริการเยี่ยมบ้านติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน การจัดบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน การจัดระบบจิตอาสาเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ และอื่น ๆ เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย⁽⁵⁾

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร-เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำ

การวิจัยเรื่องบทบาทกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้เกี่ยวข้องในงานบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความเห็นว่า กรมการแพทย์ควรเป็นแกนนำในการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร โดยดำเนินการวิจัยและเป็นศูนย์กลางเชื่อมต่อการทำงานของหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน ออกแบบระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัย ทุกระดับบริการ เป็นส่วนกลางในการกำหนดคุณลักษณะของบุคลากรเพื่อดูแลผู้สูงอายุทุกวิชาชีพ จัดทำหลักสูตรการศึกษา/ฝึกอบรมเพื่อให้มีบุคลากรพอเพียง ทำหน้าที่เป็นหน่วยปัญญา ศูนย์กลางการจัดการความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และสร้างคู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้ทั่วประเทศ ผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับที่ต่ำกว่าผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ จัดให้มีการทดสอบเพื่อออกใบรับรองการประกอบวิชาชีพและติดตามควบคุมการปฏิบัติงาน จัดให้มีภาคีเครือข่ายเพื่อผลักดันนโยบายผู้สูงอายุให้เป็นวาระแห่งชาติ⁽⁶⁾

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความจำเป็นในการศึกษารูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ อันจะเป็นรูปแบบที่นำไปสู่การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของแต่ละบริบทของพื้นที่ในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทยได้อย่างยั่งยืน การศึกษาครั้งนี้มีการเลือกพื้นที่ตัวอย่างต้นแบบรูปแบบการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจาก 4 ภาคของประเทศไทย เนื่องจากมีผลการดำเนินงานเป็นที่ยอมรับสำหรับการพัฒนารูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการและปัจจัยนำเข้าในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ รวมทั้งให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์การจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการสำหรับประเทศไทยให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้างประชากรไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เก็บข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) การวิเคราะห์เอกสาร การวิเคราะห์โดยใช้ตารางเทียบ (matrix comparison) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2557 โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

1. ศึกษาการดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่ตัวอย่างต้นแบบรูปแบบการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยพิจารณาคัดเลือกพื้นที่ที่ได้รับการยอมรับเป็นพื้นที่ดีเด่นในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจาก 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี ลำปาง พังงา และกาญจนบุรี โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระหว่างเดือนมีนาคม 2556 ถึงกันยายน 2557) ได้มีการนำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุลงปฏิบัติในพื้นที่ และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จึงจัดได้ว่า การดำเนินงานในพื้นที่ทั้ง 4 จังหวัดเป็นตัวอย่างของการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) สำหรับการพัฒนารูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ การศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของพื้นที่ทั้ง 4 จังหวัด ประกอบด้วยการลงเยี่ยมพื้นที่จริง การนำเสนอการดำเนินการ (group presentation) และการถอดบทเรียน การวิเคราะห์เอกสารหลักฐานข้อมูลการดำเนินงานของทั้ง 4 พื้นที่ คือ จังหวัดอุดรธานี ลำปาง พังงา และกาญจนบุรี

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง (brain storming) ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบและนโยบายด้านกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ ผู้แทนจากกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจากทั้ง 4 พื้นที่ ผู้บริหารหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญและภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม (ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้นำ

ตัวแทนจากองค์กรภาคประชาชน) เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมองจำนวน 80 คน

3. ประชุมกลุ่มย่อย (focus group) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของแต่ละพื้นที่เข้าร่วมประชุมกลุ่ม เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์รูปแบบ ระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่พึงประสงค์ โดยแบ่งการประชุมกลุ่มย่อยเป็น 2 กลุ่ม ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มรวมทั้งสิ้น 60 คน ใช้เวลา 60 นาที หลังจากนั้นได้จัดประชุมร่วมเพื่อสรุปผลการประชุมกลุ่ม

4. ทบทวนข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย ได้แก่ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) แผนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2557-2566) แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (พ.ศ. 2557-2561) นำเสนอการปรับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข รูปแบบการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เพื่อนำสู่การปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากประชุมกลุ่มย่อย (focus group) การวิเคราะห์เอกสาร การวิเคราะห์โดยใช้ตารางเทียบ (matrix comparison) รูปแบบกิจกรรมบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 4 จังหวัด ทบทวนผลการวิเคราะห์สังเคราะห์กับผู้ให้ข้อมูลจากพื้นที่ทั้ง 4 จังหวัด (member checking) และยืนยันถึงข้อสรุปการค้นพบและผลการศึกษารูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ผลการศึกษา

รูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จากการสังเคราะห์การดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบทั้ง 4 จังหวัด พบว่ามีการดำเนินการ 2 ลักษณะคือ

1) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ เชื่อมต่อสู่ชุมชน เป็นการจัดบริการที่เน้นการ

ดูแลภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย หรือการให้บริการดูแล เมื่อผู้สูงอายุต้องการ ความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือ บุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งในที่นี้พบว่า รูปแบบการจัด บริการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ การจัดระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) การจัดระบบเครือข่ายการส่งต่อ (referral system) เพื่อประสานงานการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ระหว่างหน่วยบริการทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ สู่หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และปฐมภูมิ การจัด ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ การจัดบริการดูแล ผู้สูงอายุระยะกลาง (intermediate care) การจัดบริการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long-term care) ในชุมชน รูปแบบต่างๆ ที่พบได้แก่ การจัดบริการติดตามดูแล/ เยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน/ในชุมชน (home health care/home visit) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน (day care) การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการจัดบริการ ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย

2. การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นรูปแบบ การจัดกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหา สุขภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การส่งเสริม การถ่ายทอดภูมิปัญญา ศิลปวัฒนธรรม เพื่อสร้างคุณค่า ให้กับผู้สูงอายุ สนับสนุนการรวมตัวกันของผู้สูงอายุ ในฐานะทรัพยากรผู้ทรงคุณค่าของชุมชน กิจกรรมที่มี การดำเนินการ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ การเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส โดยเครือข่าย ในชุมชน กองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับผู้- สูงอายุ

จังหวัดอุดรธานี ลำปาง พังงา และกาญจนบุรี เป็น จังหวัดอันเป็นพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาารูปแบบบริการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม และมีจุดเด่นที่ แตกต่างกัน จังหวัดอุดรธานีและลำปางมีจุดเด่นของ การจัดบริการในระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง จังหวัด อุดรธานีมีความเข้มแข็งของวัฒนธรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น ค่านิยม และวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ผสมผสานกับการขับ- เคลื่อนงานผู้สูงอายุเป็นนโยบายจังหวัด มียุทธศาสตร์การ

ดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เกิด เป็นพลังความร่วมมือจากทุกภาคส่วน จังหวัดลำปางมี ความเข้มแข็งของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ มีผลงาน เป็นที่ได้รับการยอมรับและมีการดำเนินงานมาอย่าง ต่อเนื่องและยาวนาน มีความชัดเจนและจุดเด่นในการ พัฒนาภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุจากสถานบริการสู่ ชุมชน ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการดำเนินการ กับหน่วยงานด้านการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและภาคสังคม สำหรับจังหวัดพังงาและกาญจนบุรีนั้น มีความโดดเด่นใน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วยความเข้มแข็งของ ชุมชน จังหวัดพังงามีรูปแบบของการนำทุนและทรัพยากร ของพื้นที่ชุมชนผสมผสานกับภาวะผู้นำของชุมชนซึ่งเป็นผู้นำ ตามธรรมชาติร่วมกับทุนทางสังคม อันได้แก่ วัฒนธรรม ทัศนคติและค่านิยมช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จังหวัดกาญจนบุรีมีความเข้มแข็ง ของการประสานงานจากบุคลากรภาครัฐในพื้นที่ระดับอำเภอ ความเข้มแข็งของชุมชน ชมรมผู้สูงอายุร่วมมือกันในการ สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการพัฒนาารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุด้วยการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากร เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

หากพิจารณาถึงรูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบบูรณาการจากพื้นที่ต้นแบบทั้ง 4 จังหวัด สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1

ปัจจัยนำเข้าในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

จากการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ 4 ปัจจัย ดังภาพที่ 2 ซึ่งได้แก่

1) นโยบาย (policy) ทุกจังหวัดมีจุดร่วมที่ความ ชัดเจนของนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นับ ตั้งแต่รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดบริการ เป็นต้นแบบ การสนับสนุนของผู้ตรวจราชการกระทรวง- สาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการ- การโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ในพื้นที่ ส่งผลให้ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายด้วยทุกภาคส่วน สามารถดำเนินการจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) คน (people) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทุกฝ่ายที่มีเจตคติที่ดีต่อการบริการสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จทั้ง 4 จังหวัด มีจุดเด่นที่ความมุ่งมั่นของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพบริการสุขภาพทุกระดับ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำในชุมชน เช่น พระภิกษุในจังหวัดพังงาและลำปาง การพัฒนาคนที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านความรู้

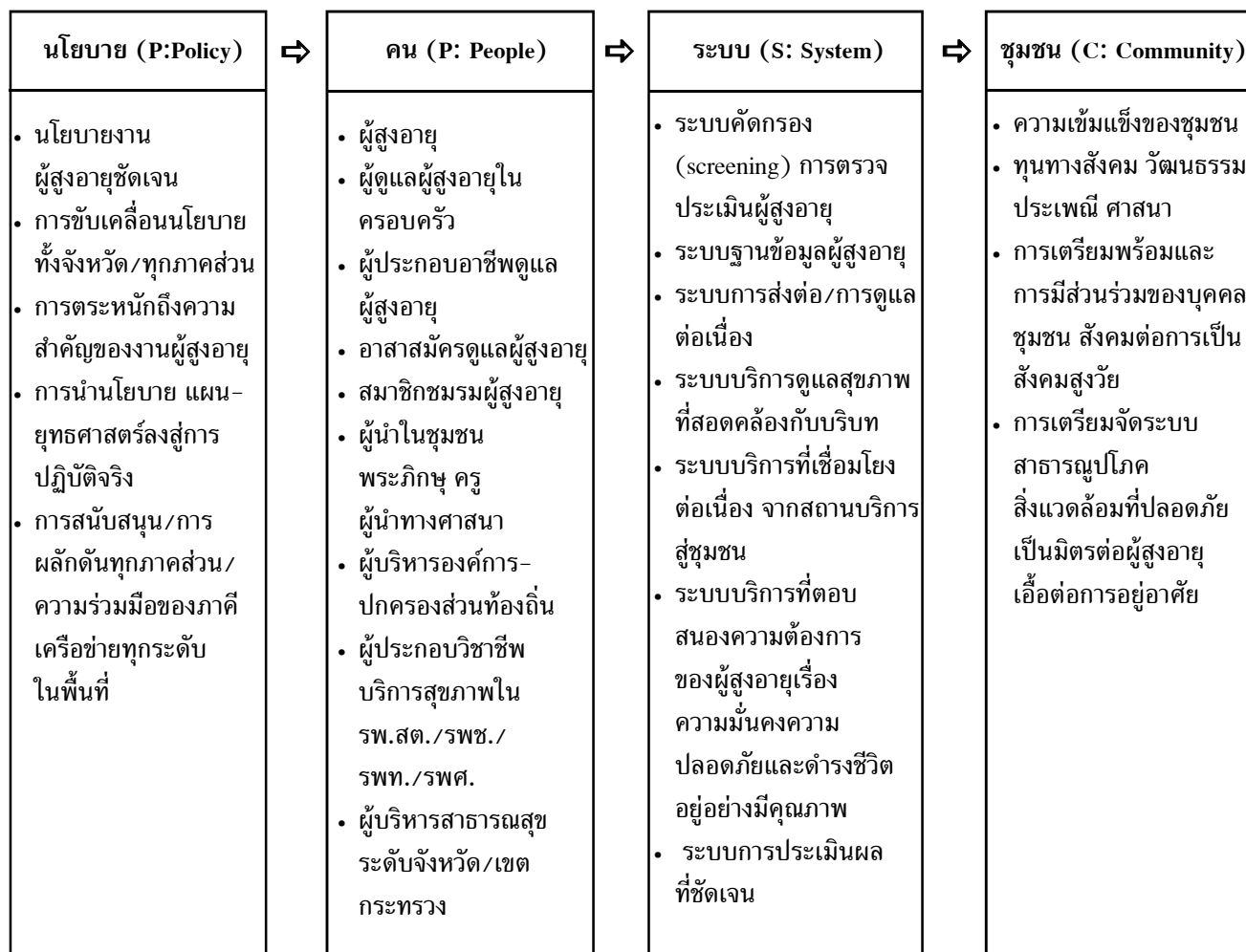
และเจตคติ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการ

3) ระบบ (system) เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุให้ครบถ้วน ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย การจัดระบบความสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องในรูปของภาคีเครือข่ายความร่วมมือ เช่น คณะกรรมการผู้สูงอายุระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ชมรมผู้สูงอายุ และเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับ service plan ของกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของทั้ง 4 จังหวัด ต้นแบบ

ภาพที่ 1 ระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ



ภาพที่ 2 ปัจจัยนำเข้าในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ



4) ชุมชน (community) ทั้ง 4 จังหวัดมีความร่วมมือของชุมชน ประชาชนมีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนทั้งด้านอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ การเงิน กำลังคน และใช้ทุนทางสังคม เช่น ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ทำให้สามารถจัดบริการดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้นทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

การวิเคราะห์ยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2557-2566)

จากการประชุมกลุ่มย่อยและประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุแผนงานโครงการและกิจกรรมในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุ ได้ข้อสรุปความเห็นร่วมกันว่า การดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติของชีวิตมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทยเนื่องจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุอันจะนำมาซึ่งปัญหาและผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีประเด็นที่ควรดำเนินการในแง่ยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่

1. การกำหนดเป้าหมายจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกคน ในประเทศไทยให้ได้รับการบริการที่เสมอภาค มีคุณภาพมีประสิทธิภาพและโปร่งใสตรวจสอบได้ควรดำเนินการโดยเร็ว มีการติดตามผลลัพธ์ตัวชี้วัดให้การดำเนินการบรรลุผลภายใน 5 ปี ทั้งนี้ต้องได้รับการ

สนับสนุนผลักดันอย่างเข้มแข็งจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่รัฐบาล กระทรวงที่เกี่ยวข้อง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญ ภาคประชาสังคม รวมทั้งภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ โดยการประสานเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างกรม กอง และหน่วยงานต่างๆ ในการจัดการความรู้ การออกแบบระบบบริการ การนำสู่การปฏิบัติ ติดตามผลงานเสนอรายงานความก้าวหน้าและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำกับดูแลและสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่

3. เสนอให้มีการปรับปรุงยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมด ทุกขั้นตอนครบทุกมิติโดยปรับยุทธศาสตร์ที่ 2 ให้เป็นการจัดบริการดูแลรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ โดยกำหนดขีดความสามารถของสถานพยาบาลแต่ละระดับในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และพัฒนาให้สามารถจัดบริการได้ตามที่กำหนด นอกจากนี้ที่ประชุมยังเสนอให้เพิ่มยุทธศาสตร์ที่ 3 (ใหม่) โดยเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชนจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้มีแผนงานโครงการกิจกรรมที่ชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม และปรับยุทธศาสตร์ที่ 3 (เดิม) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเป็นมิติในด้านกลวิธีดำเนินงาน ปรับให้เป็นยุทธศาสตร์ที่ 4 (ใหม่) และจัดทำแผนงานโครงการกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ที่ 4 ให้ครอบคลุม

4. จากการประเมินการดำเนินการตามยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฯ ที่ผ่านมามีพบว่า ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ฯ ยังไม่สมบูรณ์ในการสะท้อนผลงานที่แท้จริง ควรปรับปรุงตัวชี้วัดให้มีความครบถ้วนมีความตรงและสามารถประเมินผลลัพธ์ได้จริงเพื่อสะท้อนคุณภาพความก้าวหน้าและการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ อาจมีการกำหนดตัวชี้วัดในระดับ

วัตถุประสงค์และตัวชี้วัดในระดับกิจกรรมให้เป็นระบบสามารถเปรียบเทียบเพื่อนำเสนอผลเป็นภาพรวมของการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ฯ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานเพื่อกำหนดตัวชี้วัดให้สมบูรณ์

5. เสนอให้มีการจัดระบบติดตามประเมินแผนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฯ โดยหน่วยงานที่ดำเนินการควรเป็นหน่วยงานอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับยุทธศาสตร์ฯ มาตราการ เป้าหมายและการดำเนินการ อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนายุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผลจากการศึกษาวิจัยโดยคณะผู้วิจัยได้สรุปข้อเสนอรูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

1) การจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุทุกคน เพื่อจัดบริการสุขภาพให้เหมาะสมตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

2) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับผู้สูงอายุทุกคน

4) การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในโรคที่สำคัญเพื่อจัดบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุตามสภาวะการเจ็บป่วย ได้ตั้งแต่ระยะแรก รวมถึงการให้องค์ความรู้เป็นการเฉพาะต่อกลุ่มเสี่ยง

2. การจัดบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล

1) การจัดบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุในสถานพยาบาลทุกระดับ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รพช. รพท. และ รพศ. โดยมีขีดความสามารถตามลำดับขั้นที่สอดคล้องกับแผนระบบบริการ

(service plan)

2) การจัดบริการผู้ป่วยในสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตั้งแต่ 60 เติงขึ้นไป ตามความเหมาะสมและบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ

3) การจัดบริการ intermediate care ในโรงพยาบาล โดยจัดหอผู้ป่วยที่ใช้บุคลากรและเครื่องมือน้อยกว่าในหอผู้ป่วย acute care สำหรับผู้สูงอายุที่พ้นระยะ acute care จากโรงพยาบาล แต่ยังไม่สามารถกลับไปบ้านได้ เนื่องจากยังต้องรับการช่วยเหลือดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ หรือบ้านยังไม่พร้อมสำหรับการดูแลต่อ เป็นระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน

4) การจัดบริการ long-term care ในโรงพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถกลับไปรับการดูแลต่อที่บ้าน เช่น ผู้สูงอายุติดเตียง หรือไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน/สภาพบ้านไม่พร้อมสำหรับการดูแลระยะยาว โดยระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่า 3 เดือน

5) การจัดบริการ day care center ในโรงพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้านที่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ และต้องการรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยมารับบริการในตอนเช้า-กลับในตอนเย็น

6) การจัดบริการ hospice care สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่สามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพที่บ้าน มุ่งเน้นดูแลแบบ palliative care ดูแลและจัดการก่อนเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

7) การจัดบริการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อจัดเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่สอดคล้องกับ service plan กำหนดเกณฑ์การส่งต่อ การดูแลก่อนและระหว่างการส่งต่อ โดยจัดระบบส่งต่อทั่วไปและระบบส่งต่อเฉพาะโรคที่สำคัญ รวมทั้งระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า และระบบการส่งกลับมายังโรงพยาบาลระดับที่ต่ำกว่า

8) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล เพื่อให้บริการผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในผู้สูงอายุในพื้นที่ใกล้โรงพยาบาล และเพื่อเป็นต้นแบบการจัดการบริการ

ให้เป็นแหล่งเรียนรู้การทำวิจัย และฝึกฝนทักษะบุคลากร ได้แก่ fitness center ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ สถานฝึกจิต/สมาธิ สถานออกกำลังกายด้วยวิธีการพิเศษ: โยคะ ซึ่งกฤษฎีตัดตน เป็นต้น

3. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชน จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

1) Home health care เป็นการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ช่วยลดความแออัดในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล ทั้ง acute care, intermediate care และ long-term care

2) Family care เป็นการจัดการให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver for the elderly) ที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การสอนให้ดูแลตนเอง การสอนสมาชิกในครอบครัว การมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และการจัดจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุมืออาชีพ

3) Day care center ในชุมชน เป็นการจัดการให้มีสถานที่ในชุมชนเป็น day care center โดยประสานความร่วมมือภาคีดำเนินการ ได้แก่ อปท. วัด โรงเรียน มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม หรือบริการเอกชน

4) Intermediate care ในชุมชน เป็นการจัดการให้มีสถานที่ในชุมชนเป็น intermediate care รวมถึง อปท. วัด โรงเรียน มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม หรือบริการเอกชน

5) Long-term care ในชุมชน

4. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1) การจัดตั้งภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพระดับอำเภอ: DHS (district health services) และภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน มีองค์ประกอบคือ โรงพยาบาล อปท. หน่วยงานราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำศาสนาและโรงเรียน ปราชญ์ชาวบ้าน ฯลฯ

2) การประสานความร่วมมือกับภาคเอกชนที่จัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกผู้สูงอายุเอกชน หรือเอกชนผู้จัดบริการ intermediate care หรือ long-term care เป็นต้น

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่าการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่ได้ดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบ 4 จังหวัด คือ อุตรธานี ลำปาง พังงา และกาญจนบุรี มีลักษณะการจัดรูปแบบการบริการดูแลสุขภาพเป็น 2 ส่วนหลักๆ คือ (1) การบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการซึ่งเป็นการบริการดูแลในด้านสุขภาพ การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ให้บริการเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการหลัก และ (2) การบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรม ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การจัดกิจกรรมที่สนับสนุนด้านการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุ การเรียนรู้พัฒนาตนเอง กิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ การสร้างอาชีพ และรายได้ รวมถึงการส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มีผู้ดำเนินการหลักได้แก่ ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ อันได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ภาควิชาเครือข่าย หน่วยงานในพื้นที่

เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการในพื้นที่ต้นแบบทั้ง 4 แห่งนี้พบว่า มีความใกล้เคียงกับรูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการ โดยชุมชน สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย หรือโครงการ CTOP⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่นหรือ JICA โครงการมีระยะเวลาดำเนินการ 4 ปี (พ.ศ. 2550-2554) นำร่องในพื้นที่ 4 ภาคใน 4 จังหวัดคือนนทบุรี เชียงราย ขอนแก่น และสุราษฎร์ธานี มีแนวคิดหลักในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุตามหลักการ 3 ประการคือ การใช้ชุมชนเป็นฐานการบริการแบบบูรณาการ (integrated services) ระหว่างบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม มีการจัดการอย่างเป็นวัฏจักรด้วยกิจกรรมโดยชุมชนเพื่อผู้สูงอายุนั้นต้องมีความต่อเนื่องและยั่งยืนด้วยความเป็นเจ้าของโครงการของพื้นที่ โครงการนี้ในระยะต่อมาได้พัฒนาต่อเนื่องเป็นโครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง

รวมทั้งกลุ่มอายุอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันหรือโครงการ LTOP⁽⁸⁾ ระยะเวลาดำเนินการต่อเนื่อง 4 ปี (พ.ศ. 2556-2560) โดยดำเนินการในพื้นที่เดิมทั้ง 4 จังหวัด และขยายพื้นที่เพิ่มอีก 2 จังหวัดที่มีลักษณะเป็นบริบทชุมชนเมือง คือ จังหวัดนครราชสีมา และกรุงเทพมหานคร และมีการพัฒนาอบรมบุคลากรในพื้นที่ให้สามารถเป็นผู้ดูแลในพื้นที่ (care worker) และผู้ประสานงานในพื้นที่ (care coordinator/care manager) โดยคาดหวังให้เกิดต้นแบบการบริการ (model services) ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนจากพื้นที่นำร่องโครงการ

จะเห็นได้ว่ารูปแบบบริการสุขภาพของทั้งสามโครงการนั้น มีความใกล้เคียงและลักษณะการดำเนินการโดยมีเป้าหมายพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการดูแลให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นศูนย์กลางของการดูแลเหมือนกันแต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินการของโครงการ CTOP และ LTOP จะเป็นโครงการในลักษณะการสนับสนุนจากภายนอกเข้าไปกระตุ้นขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมรูปแบบบริการตามปัญหาความต้องการของพื้นที่ สำหรับโครงการพัฒนารูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการซึ่งได้สรุปมานำเสนอในครั้งนี้ เป็นระบบบริการที่ผู้บริหารสาธารณสุขในพื้นที่ 4 จังหวัด ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และภาควิชาเครือข่ายชุมชนภาคสังคมประชาชน ที่ตระหนักถึงปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบบริการดูแลสุขภาพที่เป็นต้นแบบทั้ง 4 จังหวัดคือ อุตรธานี ลำปาง พังงา และกาญจนบุรี จึงมีจุดเด่นและการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกันโดยมีลักษณะของรูปแบบบริการในเชิงระบบ (system based) มากกว่า รูปแบบบริการในเชิงโครงการ (project based) ซึ่งต้องพิจารณาถึงความยั่งยืนในระยะยาวของโครงการ

เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นนี้เทียบกับยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของกระทรวงสาธารณสุข จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องและขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน

โดยมีเป้าหมายหลักสำคัญ 3 ประการในการบริการสุขภาพที่พึงประสงค์⁽⁹⁾ ที่เน้นการบริการสุขภาพองค์รวม (holistic health care) ครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 มิติ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม การบริการสุขภาพแบบผสมผสาน (integrated health care) คือบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพและการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง (continuous health care) คือการดูแลทุกช่วงวัยของชีวิตด้วยการมีส่วนร่วมระหว่าง การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (self care) การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว (family care) การดูแลโดยชุมชน (community care) และการดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ (professional care)

รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการในพื้นที่ 4 จังหวัดนี้มีความสอดคล้องและมีรูปแบบบริการที่ตรงตามชุดสิทธิประโยชน์ในการจัดการบริการระยะยาวที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เสนอไว้⁽¹⁰⁾ คือ ชุดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และชุดบริการส่งเสริมป้องกันที่เป็นเรื่องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ

เนื่องจากปัจจุบันได้มีการนำเสนอรูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยหลากหลายรูปแบบ ทั้งการพัฒนาาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน: พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและปัจจัยสำคัญ⁽¹¹⁾ เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบองค์รวม 4 มิติ คือ สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ไปพร้อมกันในพื้นที่ต้นแบบ 3 จังหวัด คือ สิงห์บุรี ปทุมธานี และนครราชสีมา โดยการดำเนินการของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.พส.) พบว่า ปัจจัยนำเข้าที่ช่วยให้การดำเนินงานมีความชัดเจนได้แก่

1) การมีกำลังคนที่เน้นทั้งฝ่ายปฏิบัติการ แคนนำรวมไปถึงฝ่ายติดตาม

2) การมีองค์ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสำหรับประชาชน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

3) การบริหารจัดการที่ดีโดยเน้นการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ดี การสร้างความรู้สึกรับเป็นเจ้าของ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมไปถึงการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรบุคคลในท้องถิ่น และ

4) งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น

นอกจากนี้ยังมีงานศึกษาวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ⁽¹²⁾ งานวิจัยบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย⁽¹³⁾ การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย⁽¹⁴⁾ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นงานที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ พร้อมเสนอรูปแบบการดำเนินการและเสนอทิศทางของการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตาม การจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจากการดำเนินการขับเคลื่อนของพื้นที่ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกิดขึ้นจากนโยบายเบื้องบนลงสู่ล่างร่วมกับการดำเนินงานจากชุมชนซึ่งเป็นฐานล่างขั้นสู่บน รวมทั้งการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพทุกระดับ การพัฒนาระบบดังกล่าวจึงเป็นรูปแบบกลไกที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติในการปฏิบัติงานจริง และสามารถนำไปปรับหรือใช้เป็นตัวอย่งการดำเนินการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการในพื้นที่ได้จริง

สำหรับปัจจัยนำเข้าในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจากข้อค้นพบครั้งนี้ เป็นการนำเสนอเพื่อให้เกิดประโยชน์และชี้ให้เห็นปัจจัยนำเข้าในการดำเนินการอันนำไปสู่ระบบบริการดูแลสุขภาพที่ดำเนินการขับเคลื่อนได้และเกิดความยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย⁽¹¹⁾ ที่กล่าวถึงปัจจัยนำเข้าที่สำคัญในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ คน องค์ความรู้ การบริหารจัดการ และงบประมาณ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยมีดังนี้

1) พัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในส่วนของกระทรวง กรม กอง หน่วยงาน องค์กรนอกกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการประสานการทำงานร่วมกันในระดับประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขติดต่อประสานและกำหนด แนวทางความร่วมมือบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายเพื่อการรับรู้ยอมรับอันจะก่อให้เกิดการสร้างภาคีเครือข่ายการสร้างความร่วมมือในพื้นที่ที่จะเกิดขึ้นได้ง่าย และได้รูปแบบชัดเจนยิ่งขึ้น

2) กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักดำเนินการสื่อสารผ่านสื่อมวลชน และช่องทางอื่น ๆ ให้แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรวมทั้งประชาชนสังคมและผู้สูงอายุตระหนักและทราบถึงสถานการณ์สังคมสูงวัยของประเทศ พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์วิถีชีวิตที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บมาตราการที่ภาครัฐได้ดำเนินการขับเคลื่อนโดยให้ภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนรับรู้และมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

3) เผยแพร่บทเรียนการจัดกิจกรรมบริการดูแลสุขภาพที่ได้ดำเนินการประสบความสำเร็จเป็นพื้นที่ต้นแบบ ในพื้นที่บริบทต่างๆ นำเสนอทั้งในรูปแบบ แนวทางปฏิบัติหรือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เผยแพร่ให้แก่พื้นที่อื่น ๆ ได้เรียนรู้ศึกษาพร้อมเผยแพร่สู่สังคมสาธารณะ ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อการเรียนรู้ของประชาชน ชุมชน และสังคม

4) สนับสนุนส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในรูปแบบที่ไม่แสวงหาผลกำไรหรือธุรกิจเพื่อสังคมเพื่อแบ่งเบาภาระการดูแล และเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

5) นำรูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่พึงประสงค์นี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ทั่วประเทศไทย และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

สำหรับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการระบบบริการพื้นที่ในลักษณะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ลักษณะพิเศษ เช่น เมือง-พัทยาและกรุงเทพมหานคร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์สุพรรณศรีธรรมมา ศาสตราจารย์นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย นายแพทย์วิชาญ เกิดวิชัย ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุทั้ง 4 จังหวัด (อุดรธานี ลำปาง กาญจนบุรี และพังงา) ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2558. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล 2558;24:1-2.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2556. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2557
3. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิสส์; 2553.
4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แผนงานยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ. การประชุมบทบาทผู้ประสานแผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุ (aging manager) ครั้งที่ 1; 18-19 ม.ค. 2558; โรงแรมเซ็นทารา ขอนแก่น.
5. Kespichayawattana J, Jitapunkul S. Health and health care system for plder persons. Ageing International 2009;33: 28-49.

6. เบลญพร สุธรรมชัย, นภัส แก้ววิเชียร, นลินี เชื้อคำฟู. บทบาท
กรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. วิชาการสาธารณสุข
2557;23:629-41.
7. โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม
เชิงบูรณาการโดยชุมชน สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย.
คู่มือโครงการ CTOP. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:
สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554.
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โครงการพัฒนารูปแบบ
บริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง รวมทั้งกลุ่มอายุ
อื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (LTOP).
การประชุม 2nd Policy Discussion Seminar; 24-25 ก.ค.
2557; อาคารสุขภาพแห่งชาติ นนทบุรี.
9. เบลญพร สุธรรมชัย, นภัส แก้ววิเชียร. การพัฒนารูปแบบ
ระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. พิมพ์ครั้งที่
1. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;
2557.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์การ
ดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ใน
ภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ
3 ม.ค. 2558]; แหล่งข้อมูล: [http://shi.or.th/upload/
Download%20File/%E0%B8%A8%E0%B8%B8%
E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B9%
80%E0%B8%AA%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%
B8%B2%2056/FridaySem57/5_plan%20LTC.pdf](http://shi.or.th/upload/Download%20File/%E0%B8%A8%E0%B8%B8%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B8%B2%2056/FridaySem57/5_plan%20LTC.pdf)
11. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. การพัฒนา
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน: พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและ
ปัจจัยสำคัญ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา
ผู้สูงอายุไทย; 2556.
12. วรเวศม์ สุวรรณระดา, ดำริ เฉลิมวงศ์, วิลาวัลย์ ดำจตุ,
สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์, จริยภัทร บุญมา, ณิชพงษ์ พบสมัย.
โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความ
มั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภณการพิมพ์;
2553.
13. ศติพัฒน์ ยอดเพชร. บูรณาการระบบการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: เจพรีน 2; 2552.
14. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. รายงานการ
สังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับ
ประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี; 2553.

Abstract: A Synthesis of Integrated Care Service Model for Thai Elderly

Benjaporn Suthamchai, Dip in Nursing Science*; **Jiraporn Keskpichayawattana, Ph.D. (Gerontological Nursing)****; **Naphas Kaeowichian, B.N.S.***

** The Supreme Patriarch Nyanasanwara Institute for Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health; **Faculty of Nursing, Chulalongkorn University*

Journal of Health Science 2015;24:1017-29.

The objective of this research was to study models of integrated care service for Thai elderly and input factors leading to a well-established integrated care service model for the elderly in order to provide recommendations for policy and strategic plan of integrated care service model for the elderly. It was conducted during July – September 2014 in 4 selected provinces, one from each region of the country: Udon Thani, Lampang, Pang Nga, and Kanchanaburi. Key informants were administrators, officers and experts working on the elderly. Data were collected from meetings and focus group discussions with stakeholders (2 focus groups of 30 participants in each province). Documentary review of the strategic plans and policies related to care and services for Thai elderly was done as the last step of the study. Data analysis was performed by content analysis of the information collected from focus group discussions and documentary review. It was found that the models of integrated care service system could be categorized into 2 types: (1) health care service that focused on care and services related to health status, or services that the elderly need support from health personnel or health care team, and (2) community care service which focused more on general health promotion and disease prevention, enhancing quality of life of the elderly, activities related to social care and services in community to maintain elderly's wisdom, cultural and art contribution to maintain value of the elderly in society. Input factors in establishing the integrated care service system for the elderly comprised 4 factors: (1) policy; (2) people; (3) system; and (4) community. The authors recommended to revise strategic plan on integrated care service model for the elderly by adding the 4th strategy to the existing strategic plan, and to set up a system of monitoring and assessing this strategic plan systematically and continuously. Practical models of integrated care service for Thai Elderly were also proposed.

Key words: model, care system, Thai elderly, integrated health