รายงานการวิจัย
การศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

The study Readiness and Needs of Elderly Long Term care Medical Service for Hospital Under of Ministry of Public Health



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

คณะผู้วิจัย

นางสาวอรวรรณ์ คูหา
นางพงางาม พงศ์จตุรวิทย์
นางนิติกุล ทองน่วม

คำนำ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์ ทั้งในเรื่องของการบำบัด รักษาและฟื้นฟู โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา รวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงการให้บริการวิชาการทางการแพทย์ ด้านตติยภูมิหรือสูงกว่าอย่างได้มาตรฐาน

กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานซึ่งรับผิดชอบดูแลงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งหวังพัฒนางานวิชาการด้านการแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดี จากแนวโน้มที่ประเทศไทยจะมีขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุทำให้ปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับบริการที่เหมาะสมในการดูแลไม่ใช่เพียงแต่ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้นที่ต้องการดูแลแต่ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องดูแลในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสามารถทำได้ในรูปแบบต่างๆ ขึ้นอยู่กับบริบท ความเหมาะสม ศักยภาพของสถานบริการและผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือชุมชน นอกจากการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากภาครัฐอย่างจริงจัง ในการศึกษาเรื่องนี้เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผมหวังว่าโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดทิศทาง การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุต่อไป

(นายแพทย์นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ใคร่ขอขอบคุณคณะทำงานวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ที่ได้สนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถดำเนินการให้สำเร็จได้ โดยความร่วมมือจากบุคลากรในคณะทำงานวิจัยในพื้นที่

คณะทำงานรู้สึกซึ้งในความเสียสละและความร่วมมือของทุกฝ่ายที่ทำให้งานโครงการวิจัยครั้งนี้เสร็จสิ้นไปได้ด้วยดี หวังว่าข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์และนำไปสู่การวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการกำหนดนโยบายในอันที่จะทำให้ประชากรสูงอายุของประเทศมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

คณะทีมวิจัย
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและการทำกระบวนการ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไป การศึกษาความพร้อมและความต้องการของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อการจัดบริการเพื่อการสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว และวัตถุประสงค์เฉพาะ 1) การศึกษาสถานการณ์ความพร้อมและความต้องการในการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2) การศึกษาความต้องการในการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของผู้สูงอายุและครอบครัวจากการศึกษาสรุปประเด็นได้ดังต่อไปนี้

สถานการณ์ความพร้อมและความต้องการในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ความพร้อมและความต้องการสนับสนุนการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากการเก็บข้อมูลทั้งหมด 533 แห่ง ประกอบด้วย รพศ. 18 แห่ง รพท. 42 แห่ง รพช. 395 แห่ง และรพ.สต. 98 แห่ง มีรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน ได้แก่ หอผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 22.5) ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ และผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค (ร้อยละ 13.4) คลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 12.6) หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน (ร้อยละ 7.9) และระบบส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 6.4) ส่วนการจัดบริการหรือหน่วยบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ร้อยละ 23.8 บริการให้ยืมและเช่าอุปกรณ์ (ร้อยละ 21.4) จิตอาสา (ร้อยละ 13.9) การดูแลระยะสุดท้าย (ร้อยละ 12.6) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย (ร้อยละ 9.1) และการดูแลสุขภาพฟัน (ร้อยละ 8.8) พบว่ามีความแตกต่างระหว่างการจัดบริการหรือหน่วยบริการพิเศษกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000, p=0.015) แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างในการจัดบริการพิเศษการจัดบริการศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การดูแลผู้ป่วยชั่วคราว การดูแลกลางวันแบบไปเช้า-เย็นกลับ และบริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์

ด้านกระบวนการดูแลขั้นพื้นฐานในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก พบว่าการประเมินสุขภาพนอกเหนือจากโรคที่มารักษา ร้อยละ 11.4 มีญาติร่วมดูแลและให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล ร้อยละ 10.5 และการส่งต่ออย่างเป็นระบบ และ HHC ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 9.9 และไม่พบความแตกต่างระหว่างกระบวนการขั้นพื้นฐานในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการในการประเมินสุขภาพนอกเหนือจากโรคที่มารักษา การประเมิน ADL และการประเมินภาวะโภชนาการ โดยพบว่าแบบประเมินดังกล่าวมีการดำเนินงานในสถานบริการเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างการจัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) ได้แก่ การจัดบริการ

พิเศษให้ผู้สูงอายุที่อยู่หอผู้ป่วย เช่น การดูแลแบบ case manager และการจัดบริการ sub-acute care สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ การจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุในสถานบริการ และการจัดบริการจำหน่ายผู้สูงอายุอย่างครบวงจร (Comprehensive discharge planning) ในสถานบริการที่มีความพร้อมและศักยภาพในการจัดบริการบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 58) พบว่ามีความแตกต่างระหว่างบุคลากรทางสุขภาพสาขาโภชนาการกับระดับของสถานบริการในการให้บริการผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าตำแหน่งนักโภชนาการมีในบางสถานบริการเท่านั้น ในสถานบริการระดับรพช.บางแห่ง ส่วนระดับรพ.สต.ไม่มี

งบประมาณส่วนใหญ่ที่นำมาใช้ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเป็นงบประมาณจากเงินบำรุงมากที่สุด (ร้อยละ 24.8) งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 18.1) งบประมาณจากสปสช. (ร้อยละ 13.6) และงบประมาณประจำปีของโรงพยาบาล (ร้อยละ 10.3) และมีหน่วยงานหรือองค์กรที่สนับสนุนในการดำเนินการได้แก่ จิตอาสา (ร้อยละ 31.4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 31) อาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 27.8) และชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 4.6) พบว่ามีความแตกต่างระหว่างหน่วยงานสนับสนุนในการจัดบริการ ได้แก่ จิตอาสา และสถานบริบาลของเอกชนกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000, p=0.002) พบว่าจิตอาสามีส่วนสำคัญในช่วยสนับสนุนการดำเนินงานในสถานบริการทุกระดับ ขณะที่สถานบริบาลของเอกชนพบว่าสามารถสนับสนุนการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการ

ความต้องของโรงพยาบาลเพื่อรองรับการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ งบประมาณในการดำเนินงาน ร้อยละ 19.5 อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.3 และนโยบายที่ชัดเจน ร้อยละ 19.3 โดยพบว่าสถานบริการระดับรพศ.และรพท. ต้องการความชัดเจนด้านนโยบายมากที่สุด ในขณะที่สถานบริการระดับรพช.และรพ.สต. ต้องการงบประมาณในการสนับสนุนมากที่สุด ด้านความพร้อมเชิงระบบของโรงพยาบาลพบว่ามีความพร้อมใน 5 อันดับแรกดังนี้ ระบบ Home Health Care ระบบรับ-ส่งต่อ ระบบยา การจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) และนโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงาน และมีความแตกต่างระหว่างความพร้อมเชิงระบบของโรงพยาบาลกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000, p=0.001, p=0.006, p=0.008, p=0.011) พบว่าความพร้อมเชิงระบบของสถานบริการได้แก่ นโยบายของหน่วยงานด้านผู้สูงอายุ การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน/แผนกด้านผู้สูงอายุ สถานที่ในการจัดบริการองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ระบบข้อมูล/สารสนเทศใน การจัดการการจัดบริการ IPD/OPD และการจำหน่ายผู้ป่วยโดยพบว่าสถานบริการแต่ละระดับมีความพร้อมเชิงระบบอย่างน้อยสองเรื่องที่มีความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) และโรงพยาบาลระดับต่างๆ ตอบว่ามีแผนงานหรือนโยบายด้านผู้สูงอายุโดยเน้นรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ Home Health Care (HHC) Long term care (LTC) Rehabilitation และ Endoflife care เมื่อพิจารณาจากรูปแบบการจัดบริการ

เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาล พบว่าสถานบริการทุกระดับมีความพร้อมในการจัดบริการ Home Health Care (HHC) มากที่สุด ในขณะที่การจัดบริการ Long term care (LTC) อยู่ในความพร้อมระดับ 3 และไม่พบความแตกต่างระหว่างรูปแบบการจัดบริการแบบ Long term care กับระดับของสถานบริการในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแสดงว่าทุกระดับสถานบริการสามารถจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุได้

ความพร้อมและความต้องการในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (กลุ่มผู้ให้บริการ)

จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการในพื้นที่ 4 จังหวัดที่ทำการศึกษา ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น อ่างทอง และกระบี่ พบว่ากลุ่มผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป สูงสุด ร้อยละ 29.9 ระยะเวลา 3-5 ปี ร้อยละ 23.6 ในขณะที่พบว่าเป็นกลุ่มที่พึ่งมารับงานใหม่ๆ ร้อยละ 18.3 และมีความแตกต่างระหว่างเพศกับระยะเวลาการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.012) โดยพบว่าเป็นกลุ่มวิชาชีพสาขาพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 48.5 และพบว่ามีความแตกต่างระหว่างสาขาวิชาชีพของกลุ่มผู้ให้บริการกับระดับของสถานบริการที่ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001)

การสร้างแรงจูงใจในการทำงานด้านผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ให้บริการพบร้อยละ 51.7 และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร้อยละ 26 ไม่พบความแตกต่างระหว่างการสร้างแรงจูงในการทำงานด้านผู้สูงอายุและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.057, p=0.653) ด้านความพร้อมของสถานบริการโดยกลุ่มผู้ให้บริการ พบว่าไม่มีความพร้อม ร้อยละ 64.2 ได้แก่ ด้านบุคลากรไม่เพียงพอ สถานที่ และงบประมาณ ไม่มีความแตกต่างระหว่างระดับของสถานบริการกับความพร้อมในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

รูปแบบการจัดบริการในปัจจุบันพบว่าเป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านมากที่สุด และมีความแตกต่างระหว่างการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.028) และเห็นว่าสถานบริการระดับรพศ./รพท. มีความพร้อมในการจัดบริการดูแลระยาวสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50±1.05) โดยทุกระดับสถานบริการมีความพร้อมในการจัดบริการด้าน Home Health Care สูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52±0.91)

หน่วยงานหรือองค์กรที่จะสนับสนุนการดำเนินงานโดยกลุ่มผู้ให้บริการ พบว่าเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากที่สุด ร้อยละ 19.6 สถานบริการสุขภาพระดับชุมชน (รพ.สต.) ร้อยละ 19.1 จิตอาสา ร้อยละ 18.6 และชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.1 และพบว่ามีความแตกต่างระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้แก่ สถานบริการสุขภาพระดับชุมชน (รพ.สต.) และมูลนิธิ/สมาคมภาคเอกชนกับระดับของสถานบริการในการมีส่วนร่วมในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.002, p=0.009) พบว่ากลุ่มผู้ให้บริการเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมมากที่สุด

ความพร้อมและความต้องการในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ 4 จังหวัดที่ทำการศึกษา ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น อ่างทอง และกระบี่ ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ พบว่าเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 61.8 และเพศชาย ร้อยละ 38.2 ลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการพบว่าต้องใช้ไม้เท้ามากที่สุด (ร้อยละ 38.7) ต้องมีคนคอยพยุง (ร้อยละ 35.9) ต้องนั่งรถเข็น (ร้อยละ 15.3) และนอนติดเตียง (รถเข็นแบบนอน) (ร้อยละ10.1) พบว่ามีความแตกต่างระหว่างลักษณะทางกายภาพกับอายุของผู้สูงอายุที่มารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุอาศัยกับลูกสาวสูงสุด (ร้อยละ 31.1) ในขณะที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมี ร้อยละ 2.4 และพบว่าไม่มี ความแตกต่างระหว่างการใช้ชีวิตคนเดียวกับเพศและอายุของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์

ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุประเมินตนเอง ณ วันสัมภาษณ์ มีภาวะสุขภาพพอใช้สูงสุด (ร้อยละ 46.8) มีภาวะสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมากๆ ร้อยละ 30.2 และ 7 ตามลำดับ พบปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน และโรคไต มากที่สุด (ร้อยละ 23.9) ระบบกระดูกและข้อ (ร้อยละ23.2) และการมองเห็น (ร้อยละ 11.7) ความต้องการของผู้สูงอายุในการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการร้อยละ 74.7 และเห็นว่าสถานบริการสุขภาพที่ไปใช้บริการมีความพร้อมในการจัดบริการ ร้อยละ 80.7 ผู้สูงอายุมีความต้องการไปใช้บริการแบบฝากเลี้ยงไปกลับเช้าเย็น (Day care) ถ้าสถานบริการสุขภาพมีการจัดบริการ ร้อยละ 52.3 พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุกับการไปใช้บริการแบบฝากเลี้ยงไปกลับเช้าเย็น (Day care) ในสถานบริการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีความต้องการมากที่สุด รองลงมาคือ อายุ 80 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 60-69 ปี ด้านค่าใช้จ่ายพบว่าคนที่ออกค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการคือลูกสาวมากที่สุด (ร้อยละ 29.5) สำหรับเหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการไปรับบริการเพื่อดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเพราะไม่ต้องการเป็นภาระของบุตรหลาน (ร้อยละ 29.8) คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย (ร้อยละ 26) เมื่อพิจารณาเหตุผลของการไปรับบริการของผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุพบว่ามีความแตกต่างระหว่างเหตุผลที่ไปใช้บริการ ได้แก่ ไม่อยากเป็นภาระของลูกหลาน และความต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะและญาติไม่สามารถดูแลได้กับกลุ่มอายุของผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.027, p=0.000) โดยผู้สูงอายุต้องการรูปแบบการบริการ การดูแลสุขภาพที่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 23.5) รองลงมาคือ การฟื้นฟูสุขภาพ (ร้อยละ 16.6) บริการการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 11.8) มีสถานบริบาลคนชรา (ร้อยละ 11.5) บริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ร้อยละ 10) และบริการดูแลกลางวัน (ร้อยละ 9.5) นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางสุขภาพ การวางแผนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ การนัดหมายมาพบแพทย์ และการอบรมองค์ความรู้ให้กับญาติก่อนกลับบ้าน โดยผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มอายุ 70-79 ปีมีความต้องการการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลสูงสุด

ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความพร้อมการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) **ด้านการจัดบริการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล** ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่ามีความพร้อมด้านรูปแบบและคุณภาพการจัดบริการในปัจจุบันและสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวและมั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลถ้ามีการจัดบริการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.5±0.8 **ด้านสถานที่จัดบริการ** ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่ามีความพร้อมด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เช่นความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับ ที่นั่งรอ เหมาะสมและเพียงพอ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.4±0.8 **ด้านบุคลากรทางด้านสุขภาพ** ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่ามีความพร้อมด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำบริการด้วยท่าทีและคำพูดที่สุภาพเป็นกันเอง มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย และบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ให้การบริการต้องมีความรู้ในเรื่องการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.6±0.8 และ**ด้านอุปกรณ์ในการจัดบริการ** ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่ามีความพร้อมในอุปกรณ์ชุดทำแผล คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.9±1.3 รองลงมาคือ ไม้เท้า 2 และ 3 ขา, walker (โครงโลหะช่วยเดิน 4 ขา) คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8±1.2 และยาอินซูลิน คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.7±1.*3*

ความพร้อมและความต้องการในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกลุ่มครอบครัว

จากการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้สูงอายุที่พาผู้สูงอายุมารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ พบว่าผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพพอใช้ (ร้อยละ 47.1) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ร้อยละ 87.9 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ร้อยละ 12.1 โดยผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุตรสูงสุด (ร้อยละ 61.6) และหลาน (ร้อยละ 10.7) ซึ่งครอบครัวจะดูแลผู้สูงอายุคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ (มีผู้ช่วยเหลือบางเวลา) (ร้อยละ 50.7)

ความต้องการของครอบครัวในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่ามีความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 9) และบริการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 6.8 รูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาว เช่น การดูแลแบบฝากเลี้ยงไปเช้าเย็นกลับ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวกับความต้องการและข้อคิดเห็นของครอบครัวในการไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยครอบครัวของผู้สูงอายุตอบว่ามีความต้องการและจะไปใช้บริการ ร้อยละ 10.1 การจัดบริการให้ความรู้เรื่องการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้าน ครอบครัวเห็นว่าควรมีการจัดบริการและมีความต้องการ ร้อยละ 11 และพบว่ามีความแตกต่างระหว่างการจัดบริการให้ความรู้เรื่องการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้านกับความต้องการและความคิดเห็นของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.009) และครอบครัวมีความมั่นใจในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของสถานบริการ ร้อยละ 16.4 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.002) องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวของครอบครัวพบว่าเพียงพอและยังมีความต้องการ ร้อยละ 9.3 ในขณะที่ไม่เพียงพอและมีความต้องการ ร้อยละ 9.5 และพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) แหล่งความรู้ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ามาจากอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 6.3) ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 5.3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (ร้อยละ 4.9) ฟังวิทยุ/ทีวี (ร้อยละ 4.5) และอ่านหนังสือ (ร้อยละ 3.8)

ความคิดเห็นของครอบครัวผู้สูงอายุต่อความพร้อมการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) **ด้านการจัดบริการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล** ครอบครัวมีความคิดเห็นว่ามั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลถ้ามีการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.5±0.74 **ด้านสถานที่จัดบริการ** ครอบครัวมีความคิดเห็นว่าสถานที่ตั้งควรแยกเป็นสัดส่วนเพื่อจัดบริการที่เข้าถึงง่ายและสะดวก คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.3±0.85 **ด้านบุคลากรทางสุขภาพ** ครอบครัวมีความคิดเห็นว่าบุคลากรและเจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ในเรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำบริการด้วยท่าทีและคำพูดที่สุภาพเป็นกันเอง มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.5±0.80 และ**ด้านอุปกรณ์ในการจัดบริการ** ครอบครัวมีความคิดเห็นว่าเป็นชุดทำแผลสูงสุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.8±1.20 รองลงมาคือ ยาฉีดอินซูลินมีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.7±1.22 walker มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.7±1.14 และไม้เท้า 2 ขา/3 ขา มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.7±1.12

สรุปผลการศึกษาความพร้อมของสถานบริการระดับต่างๆ ที่สามารถดำเนินการได้คือ Home Health Care เนื่องจากค่อนข้างมีความพร้อมในการจัดบริการ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวได้เพราะจากการศึกษาพบว่าต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านมากที่สุด ปัญหาความไม่พร้อมของสถานบริการในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ สถานที่ในการจัดบริการ และงบประมาณในการดำเนินงาน และการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุให้ดำเนินการได้จริงและยังยืนควรมีการบูรณาการทำงานในระหว่างกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และระหว่างกระทรวงที่เกี่ยว เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น เพื่อให้ดำเนินงานไปในแนวทางเดียวกันและผู้ปฏิบัติในพื้นที่ไม่เกิดความสับสนและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้สูงอายุได้รับการบริการอย่างครอบคลุมและตามความต้องการที่แท้จริง

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์	2
คำนิยามศัพท์	2
ขอบเขตการศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	6
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	29
บทที่ 4 ผลการศึกษา	33
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล	129
บรรณานุกรม	136
ภาคผนวก	139

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุที่มารับบริการจำแนกตามแผนกการให้บริการ	34
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	36
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามลักษณะการจัดบริการหรือมีหน่วยบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ	37
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานหรือรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ	39
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามหน่วยงานสนับสนุนในการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวของสถานบริการ	42
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามกระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	47
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมเชิงระบบในการจัดบริการสุขภาพของหน่วยให้บริการในสถานบริการ	48
ตารางที่ 8	คะแนนและระดับความพร้อมของสถานบริการในด้านความพร้อมเชิงระบบเพื่อรองรับการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	51
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามการจัดบริการพิเศษของสถานบริการ	54
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวในสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการดูแล	55
ตารางที่ 11	คะแนนและระดับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวในสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการดูแล	56

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมของสถานบริการ 58
เพื่อรองรับการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ 59
ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละผู้ให้บริการจำแนกตามช่วงอายุ 74
ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละระยะเวลาในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ 74
ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ให้บริการ 76
ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามตำแหน่งปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ 77
ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละการสร้างแรงจูงใจในการทำงานด้านผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ให้บริการ 78
จำแนกตามระดับสถานบริการ
ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละการพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 78
ในกลุ่มผู้ให้บริการในระยะสามปีที่ผ่านมาจำแนกตามระดับสถานบริการ
ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละความพร้อมของโรงพยาบาลในการจัดบริการดูแลระยะยาว 79
สำหรับผู้สูงอายุ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่จัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาว 81
สำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันจำแนกตามรูปแบบการดูแล
ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุน 82
การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจำแนกตามรูปแบบการจัดบริการ
ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละความพร้อมของสถานบริการในการจัดบริการ 83
เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามสถานบริการ
ตารางที่ 24 คะแนนและระดับความพร้อมของสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการดูแล 84
ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละหน่วยงานหรือองค์กรที่ควรมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาล 86
ในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำแนกตามระดับสถานบริการ
ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ 88

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศและลักษณะทางกายภาพ 88

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุและลักษณะทางกายภาพ 89

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละข้อมูลของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ 90

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละข้อมูลของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ 91

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละความสามารถในการใช้ชีวิตอยู่คนเดียวที่บ้านของผู้สูงอายุ 93

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคมากที่สุดต่อการดำเนินชีวิต หรือทำกิจกรรมจำแนกตามกลุ่มอายุ 96

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละความต้องการให้โรงพยาบาลมีหรือจัดรูปแบบการดูแลระยะยาว จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ณ วันที่สัมภาษณ์ 97

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละความพร้อมของโรงพยาบาลในการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ ณ วันที่สัมภาษณ์ 98

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละการไปใช้บริการถ้าโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุใช้บริการอยู่มีการดูแลแบบฝากเลี้ยงไปเช้า-เย็นกลับ (Day care) 98

ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละเหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการใช้บริการดูแลระยะยาว จากโรงพยาบาลจำแนกตามเพศ 100

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละเหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการบริการดูแลระยะยาวจากโรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ 100

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ 101

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละรูปแบบการบริการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ 102

ตารางที่ 40 คะแนนและระดับความความต้องการการบริการเพื่อการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ 105

ตารางที่ 41 คะแนนและระดับความต้องการด้านการบริการเพื่อการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ 107

ตารางที่ 42 จำนวนและร้อยละระดับความต้องการการบริการเพื่อการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ 110

ตารางที่ 43 จำนวนและร้อยละระดับความต้องการการบริการเพื่อการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ 110

ตารางที่ 44 จำนวนและร้อยละข้อมูลครอบครัวของผู้สูงอายุ ณ วันสัมภาษณ์ 114

ตารางที่ 45 จำนวนและร้อยละรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวที่ต้องการจัดให้ผู้สูงอายุ 119

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่ 1 ร้อยละสถานบริการที่ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถาม ณ วันสัมภาษณ์ 34

รูปภาพที่ 2 ร้อยละรูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 35

รูปภาพที่ 3 ร้อยละลักษณะการจัดบริการหรือหน่วยบริการพิเศษ สำหรับผู้สูงอายุของสถานบริการ 37

รูปภาพที่ 4 ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานหรือรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ 39

รูปภาพที่ 5 ร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามแหล่งเงินทุนหรืองบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุ 41

รูปภาพที่ 6 ร้อยละหน่วยงานสนับสนุนที่สนับสนุนการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ 41

รูปภาพที่ 7 ร้อยละความต้องการของโรงพยาบาลในการรองรับการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ 43

รูปภาพที่ 8 ร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามความต้องการของโรงพยาบาลในการรองรับการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ 44

รูปภาพที่ 9 ร้อยละกระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานของโรงพยาบาลเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ 45

รูปภาพที่ 10 ร้อยละกระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ 46

รูปภาพที่ 11 ร้อยละการจัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการ 53

รูปภาพที่ 12 ร้อยละแผนงานหรือนโยบายด้านผู้สูงอายุจำแนกตามรูปแบบการดูแล 57

รูปภาพที่ 13 ร้อยละผู้ให้บริการที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามสถานบริการ 73

รูปภาพที่ 14 ร้อยละผู้ให้บริการที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามระดับสถานบริการ 74

รูปภาพที่ 15 ร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ 75
รูปภาพที่ 16 ร้อยละตำแหน่งปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุของผู้ให้บริการ 76
รูปภาพที่ 17 ร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ให้บริการ 79
รูปภาพที่ 18 ร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามประเด็นความไม่พร้อมของโรงพยาบาล 80
ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
รูปภาพที่ 19 ร้อยละหน่วยงานหรือองค์กรที่ควรมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาลในการจัดบริการ 85
เพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
รูปภาพที่ 20 ร้อยละลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุ ณ วันที่สัมภาษณ์ 87
รูปภาพที่ 21 ร้อยละผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุ 92
รูปภาพที่ 22 ร้อยละผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเอง ณ วันที่สัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ 94
รูปภาพที่ 23 ร้อยละผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเอง ณ วันที่สัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ 94
รูปภาพที่ 24 ร้อยละปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคมากที่สุดต่อการดำเนินชีวิต 95
หรือทำกิจกรรมจำแนกตามเพศ
รูปภาพที่ 25 ร้อยละผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ถ้าผู้สูงอายุความต้องการใช้บริการการดูแลระยะยาว 99
ในโรงพยาบาล
รูปภาพที่ 26 คะแนนและระดับความต้องการรูปแบบการบริการ 103
เพื่อดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
รูปภาพที่ 27 คะแนนความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความพร้อมการจัดบริการ 111
เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล
รูปภาพที่ 28 ร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว 115
รูปภาพที่ 29 ร้อยละลักษณะทางกายภาพผู้สูงอายุที่ครอบครัวดูแล 116
รูปภาพที่ 30 ร้อยละความสัมพันธ์ของผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ 116

รูปภาพที่ 31 ร้อยละลักษณะการทำหน้าที่เพื่อดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว 117

รูปภาพที่ 32 ร้อยละความต้องของครอบครัวในการให้โรงพยาบาลจัดบริการ 118
เพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

รูปภาพที่ 33 ร้อยละแหล่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว 120
ที่ดูแลผู้สูงอายุ

รูปภาพที่ 34 คะแนนความคิดเห็นของครอบครัวผู้สูงอายุต่อความพร้อมการจัดบริการ 121
เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล

บทที่ 1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

จากการก้าวสู่สังคมสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจนของสังคมไทยพบว่าขนาดหรือจำนวนของประชากรรวมและประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยจำนวนประชากรผู้สูงอายุหรือประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจาก 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 ในขณะที่การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุนั้นต้องการการดูแลและบริการด้านการแพทย์และพยาบาลที่ต่างไปจากคนในวัยอื่นเนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น จะมีการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของร่างกาย พฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ผ่านมารวมถึงสิ่งแวดล้อม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะกระดูกพรุน รวมถึงบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม ซึ่งภาวะดังกล่าวนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และต้องการการดูแลระยะยาวในสถานบริการระดับต่างๆ และชุมชน ทำให้เกิดความต้องการให้มีการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขึ้น ฉะนั้นในสังคมผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะมีบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่เหมาะสม หลายประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุจัดบริการเช่นนี้สำหรับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ และประเทศไทยก็ได้ตระหนักถึงความต้องการนี้มานานแล้ว โดยมีหลายหน่วยงานเข้ามาร่วมมือกันในการทำงานด้านผู้สูงอายุทั้งทางด้านการแพทย์ และด้านสังคมเศรษฐกิจ สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

ขณะที่ความพร้อมของสถานบริการแต่ละระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่จะสามารถจัดบริการการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้ตามบริบทและศักยภาพของแต่ละสถานบริการมีบริการอะไรบ้าง ความพร้อมและศักยภาพสามารถจัดบริการอะไรเพิ่มขึ้นได้ เพื่อการรองรับและสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มารับบริการ และการให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการสู่ชุมชนเพิ่มสูงขึ้น แต่ในสภาพปัจจุบันสถานบริการของรัฐต้องรองรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวการณ์เจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute care) ซึ่งมีจำนวนสูงมากและมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา ในขณะที่สถานบริการของรัฐมีทรัพยากรจำกัดทั้งในด้านบุคลากรทางการแพทย์ และจำนวนเตียงที่จะรองรับการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือพึ่งพิง ไม่ได้รับการดูแลอย่างที่ควรจะเป็น ทั้งที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องก่อนการเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน

ฉะนั้นการเตรียมความพร้อมและเพิ่มศักยภาพของสถานบริการเพื่อจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจำเป็นจะต้องเกิดขึ้นในประเทศไทย จากแนวคิดดังกล่าวสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ เห็นว่าจำเป็นจะต้องมีการศึกษาด้านความพร้อม ความต้องการ และศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวอย่างไรและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการครอบครัวและชุมชน จึงจำเป็นต้องศึกษาเพื่อทราบการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ในด้านความพร้อม ความต้องการ โอกาส และศักยภาพของสถานบริการ รวมทั้งความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนต่อการจัดบริการสุขภาพระยะยาว โดยศึกษาในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิจนไปถึงระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในเชิงนโยบายเพื่อการวางแผนและจัดทำแผนงานระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ตอบสนองกับความต้องการในปัจจุบัน รวมทั้งการกำหนดทิศทางแผนงานด้านผู้สูงอายุในอนาคต เพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความพร้อมและความต้องการของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อการจัดบริการเพื่อการสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความพร้อมและความต้องการในการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาความต้องการในการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของผู้สูงอายุและครอบครัว

นิยามคำศัพท์

1. ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยถือเอาตามวันเกิดหรืออายุตามปฏิทิน มีทะเบียนบ้านและภูมิลำเนาอยู่ในประเทศไทย
2. ระบบบริการสุขภาพหมายถึง ระบบบริการที่ครอบคลุมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ
3. การดูแลระยะยาว (long-term care) หมายถึง เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรังสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ รวมทั้งการบริการในโรงพยาบาลหรือในชุมชน เช่น สถานดูแลกลางวัน การดูแลที่พักชั่วคราว บริการฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะสุดท้าย และการบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นต้น
4. การดูแลในสถาบัน (Institutional care) หมายถึง เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ จะทำให้สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ โดยให้บริการดูแลในสถานบริการชนิดต่างๆ และแบ่งระดับการบริการตามระดับการดูแล เช่น ในโรงพยาบาล สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์ฟื้นฟูสภาพภาคเอกชนหรือโดยองค์การศาสนา สถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉินสถานบริบาล (Nursing home) เป็นต้น

5. ศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลระยะยาว หมายถึง ความสามารถในการจัดบริการหลังระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นต้นไปสำหรับผู้สูงอายุได้ เช่น โรงพยาบาลสามารถจัด Day care เพื่อให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการบริการ

6. ระบบฐานข้อมูล หมายถึง ระบบจัดเก็บข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยวัตถุประสงค์เพื่อบำรุงรักษาข้อสนเทศ (Maintain information) และสามารถนำข้อสนเทศเหล่านั้นมาใช้ได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

7. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการในสถานบริการของรัฐ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

ขอบเขตของโครงการวิจัย

1. ทบทวนงานวิจัยและข้อมูล

1.1 ทบทวนสถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และข้อมูลสถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจากสถาบันฯ ในปีพ.ศ. 2551/2554/2555 เป็นข้อมูลพื้นฐานและสนับสนุนการวิจัย

1.2 ทบทวนด้านสถานการณ์การจัดบริการหรือรูปแบบจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน

2. ศึกษาความพร้อมและความต้องการในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบสอบถามในสถานบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาวิจัยโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น กระบี่ อ่างทอง

3. ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร และผู้ให้บริการ ในประเด็นเรื่องความพร้อม ความต้องการและการเพิ่มศักยภาพในจัดบริการผู้ป่วยสูงอายุเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น กระบี่ อ่างทอง

4. ศึกษาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้สูงอายุครอบครัว ประเด็น ความต้องการการจัดบริการสุขภาพเพื่อการสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น กระบี่ อ่างทอง

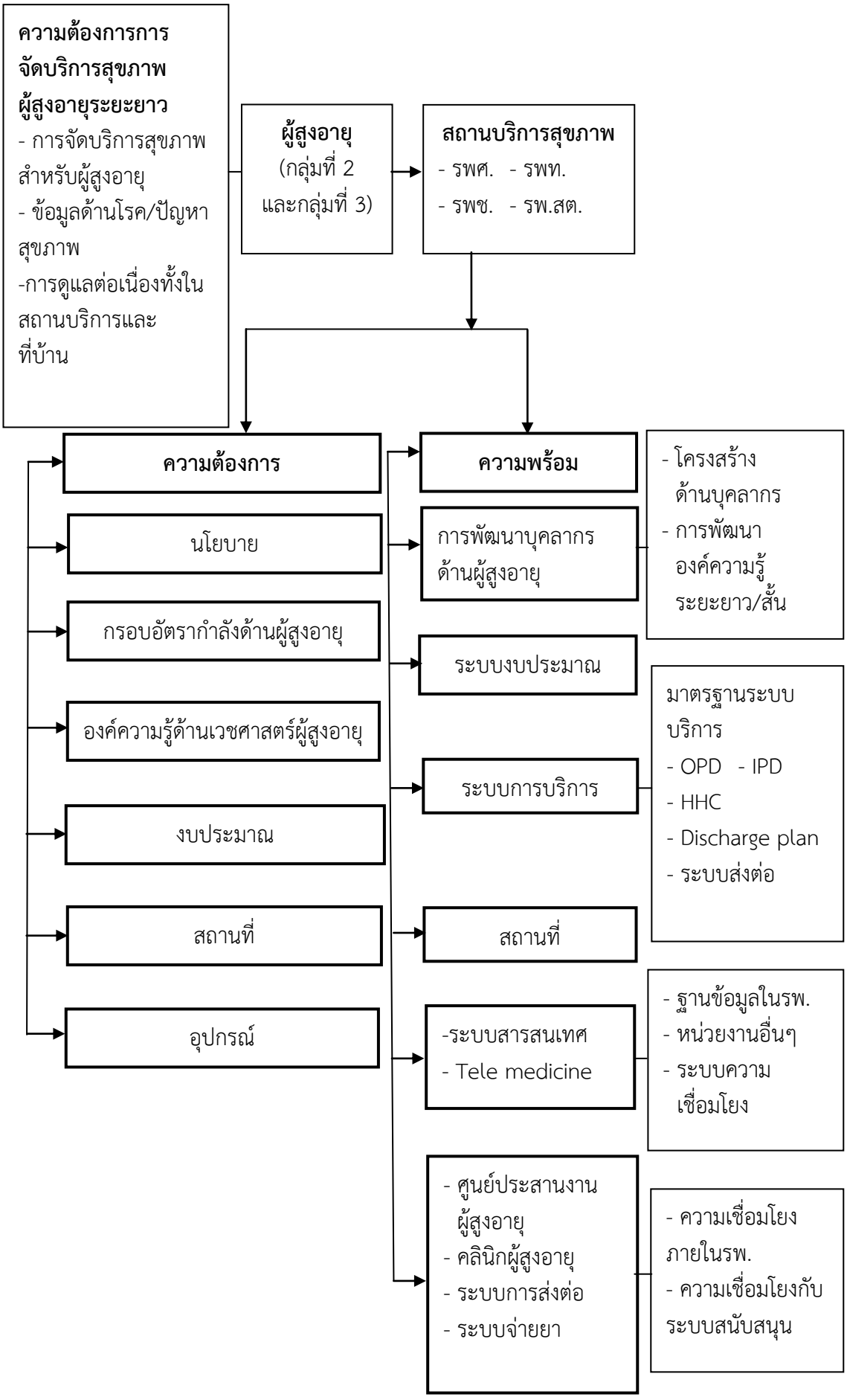
5. การจัดทำ Focus group เพื่อหาแนวทางร่วมกันของสถานบริการในแต่ระดับในพื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อนำมาสังเคราะห์ข้อมูลในประเด็น ความพร้อมและความต้องการในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และนักวิชาการ ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น กระบี่ อ่างทอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงโอกาส ความพร้อม และความต้องการการพัฒนาของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดบริการเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวของประเทศ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการจัดบริการสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่อคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย



บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

แนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุ

ปัจจุบันประชากรวัยสูงอายุค่อยๆ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการคาดการณ์ว่าจะมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี ซึ่งเป็นประชากรในยุคเบบี้บูม (Baby-boom) เพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่าในระหว่างปี ค.ศ. 1980 ถึงปี ค.ศ. 2020 (Garber, 1989)

การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวจำเป็นต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ซึ่งจุดหนึ่งในประเด็นที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้ความสนใจ ในสหรัฐอเมริการะบบบริการการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเป็นประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบายให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดแล้วพบว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะบริการสถานบริบาล (Nursing home) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ซึ่งมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงถึงเกือบ 12% จากค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพส่วนบุคคลในปี ค.ศ. 1995 (Wiener & Stevenson, 1997)

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นพบว่ามีนักวิชาการจากหลายหน่วยงาน/สถาบันวิจัย ได้ทำการศึกษาและมีการคาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุในอนาคตว่าจะเป็นสัดส่วนเท่าใดต่อจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ เช่น ในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก ซึ่งเป็นการใช้แนวคิดบูรณาการบริการสุขภาพ (Integrated Care) การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ (Community involvement in health care system) และนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของในหลวง เป็นแนวทางในการพัฒนา โดยในการศึกษานี้นักวิจัยชี้ว่าปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการคำนวณพบว่าในปี พ.ศ. 2543, 2553 และ 2563 ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจากร้อยละ 9.19 เพิ่มเป็นร้อยละ 11.36 และร้อยละ 15.28 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ (Piriyapun, 2009) แม้ว่าตัวเลขคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุของการศึกษาดังกล่าวจะไม่ตรงกันกับตัวเลขคาดการณ์ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (มส.ผส.) เพราะอาจเนื่องจากตัวแปรหรือปัจจัยในการวิเคราะห์คาดการณ์อาจแตกต่างกัน แต่แนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมดก็สอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดย มส.ผส. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ให้เป็นผู้ประสานจัดทำรายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ซึ่งปัจจุบันได้ทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยออกมาแล้วจำนวน 5 ฉบับด้วยกัน โดยรายงานฉบับล่าสุดคือ รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี พ.ศ. 2553 ซึ่งจากรายงานดังกล่าวพบว่าจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2543 มีจำนวนร้อยละ 9.5 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ. 2553 และในปี พ.ศ. 2563 สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดจะเพิ่มเป็นร้อยละ 17.5 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.], 2555)

จากข้อมูลดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้กว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) แล้วเนื่องจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากกว่าร้อยละ 10 (Shryock, 2004 อ้างถึงใน มส.ผส., 2555)

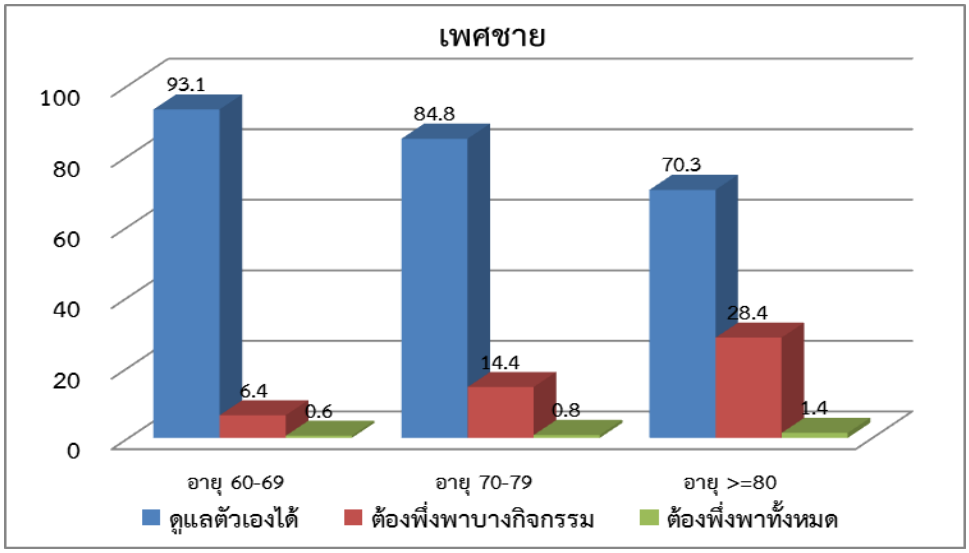
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากระบบข้อมูลข่าวสาร ประเด็นทางสังคมเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้กล่าวได้ว่า ปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับบริการที่เหมาะสมในการดูแล ไม่ใช่เพียงแต่ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้นที่ต้องการดูแล แต่ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องดูแลในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสามารถทำได้ในรูปแบบต่างๆ ขึ้นอยู่กับบริบท ความเหมาะสม ศักยภาพของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือชุมชน หรือขึ้นอยู่กับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากภาครัฐหรือองค์กรต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ

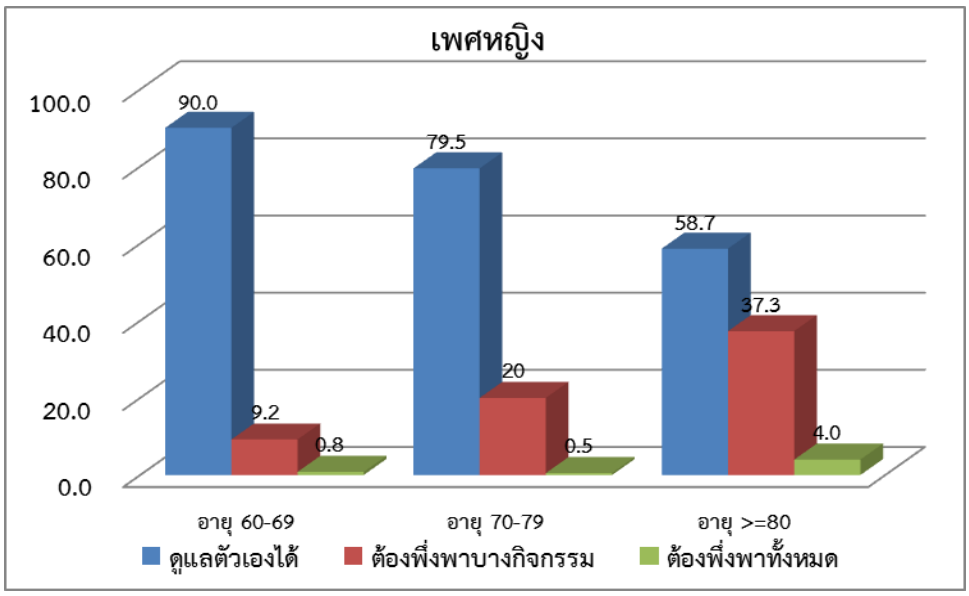
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) เพื่อให้ง่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม โดยใช้ดัชนีบาร์เทล เอดีแอล (Barthel ADL Index) ในการประเมิน กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม หรือกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 คือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น สังคม และชุมชนได้ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี แม้จะมีโรคประจำตัวก็สามารถควบคุมได้ มีศักยภาพในการเข้าสังคม ชมรม สมาคมหรือกลุ่มต่างๆ ให้ความร่วมมือร่วมใจกับสังคมและชุมชนได้ดี มีระดับคะแนน ADL เท่ากับ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน หรือกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้บ้าง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้คือผู้สูงอายุที่ป่วย แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความพิการหรือทุพพลภาพบางส่วน ทำให้ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันในบางกิจกรรม มีระดับคะแนน ADL เท่ากับ 5-11 คะแนน กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง หรือกลุ่มพึ่งตนเองไม่ได้ คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วย พิการ/ทุพพลภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและดูแลฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีระดับคะแนน ADL เท่ากับ 0-4 คะแนน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550 อ้างถึงใน ศรีประภา ลุนละวงศ์, 2555)

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2551-2) โดยแบ่งกลุ่มช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นสามกลุ่มช่วงอายุ คือ กลุ่ม 60-69 ปี กลุ่ม 70-79 ปี และกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีหรือมากกว่า พบว่า เพศชายร้อยละ 93.1 และเพศหญิง ร้อยละ 90.0 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี สามารถดูแลตนเองได้ สัดส่วนนี้ลดลงตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยในวัยตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป สัดส่วนผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้เหลือร้อยละ 70.3 ในและเพศชาย และร้อยละ 58.7 ในเพศหญิง จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพดังกล่าวยังบ่งชี้อีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการพึ่งพาบางกิจกรรมและต้องพึ่งพาทั้งหมดสูงกว่าเพศชายในทั้งสามกลุ่มช่วงอายุ

แผนภูมิร้อยละของผู้สูงอายุเพศชาย ที่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาบางกิจกรรม และต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด



แผนภูมิร้อยละของผู้สูงอายุเพศหญิง ที่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาบางกิจกรรม และต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด



ที่มา: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2551-2)

คำนิยาม “การดูแลระยะยาว” (Long-term care)

“การดูแลระยะยาว” ปัจจุบันคนไทยโดยเฉพาะกลุ่มนักวิชาการด้านสาธารณสุขอาจคุ้นชินพอๆ กับคำว่า “Long-term care (LTC)” นั้นมีนักวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศได้ให้ความหมายเอาไว้อย่างหลากหลาย WHO (2000) ได้กล่าวเอาไว้ว่า การดูแลระยะยาวนั้นเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของระบบสุขภาพและระบบสังคม โดยกิจกรรมที่จัดขึ้นนั้นมีไว้สำหรับผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลหรือบริการ บริการการดูแลระยะยาวนี้เป็นบริการที่ครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถให้บริการได้ด้วยผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregivers) เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้าน เป็นต้น และบริการที่จำเป็นต้องให้บริการโดยผู้ดูแลแบบเป็นทางการหรือเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Formal care givers) เช่น นักวิชาชีพ ผู้ช่วยแพทย์ พยาบาล เป็นต้น ตัวอย่างบริการที่ให้บริการโดยผู้ดูแลแบบเป็นทางการ เช่น การตรวจรักษาโดยแพทย์ การให้คำแนะนำต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องหรือครอบคลุมบริการทางการแพทย์และบริการทางสังคม นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็น Traditional caregivers และกลุ่มอาสาสมัคร (Volunteers) อีกด้วย โดยการดูแลหรือให้บริการในระยะยาวนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ภาวะทุพพลภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสามารถมีส่วนร่วมและตัวตนในสังคมได้อย่างภาคภูมิ ฉะนั้นการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงการเคารพในคุณค่าของตัวบุคคลนั้นๆ คำนึงถึงความต้องการและความจำเป็นที่จะต้องได้รับบริการ ซึ่งอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน (Home-based) หรือที่เป็นสถาบัน (Institutional) ก็ได้

“การดูแลระยะยาว” คือความหลากหลายของบริการที่ช่วยตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยทุพพลภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ในระยะเวลานาน โดยความต้องการที่ว่านั้นคือความต้องการทั้งที่เป็นบริการทางการแพทย์ (Medical needs) และที่ไม่ใช่ความต้องการที่เป็นบริการทางการแพทย์ (Non-medical needs) ฉะนั้นการดูแลในระยะยาวจึงเป็นการดูแลแบบผสมผสานและการดูแลหรือบริการนั้นอาจไม่ต้องการทักษะเฉพาะด้าน (non-skilled care) และการดูแลในระดับขั้นสูงซึ่งเป็นบริการทางด้านการแพทย์ที่ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะหรือความชำนาญเฉพาะด้าน (expertise of skilled practitioners) ในการให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ต้องการการดูแลระยะยาว การดูแลระยะยาวอาจสามารถจัดหรือให้บริการได้ที่บ้าน ชุมชน ในสถานบริการที่ให้การช่วยเหลือ หรือ Nursing homes เป็นต้น (Bull World Health Organ, 2012) เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าบุคคลที่มีความต้องการการดูและระยะยาวเป็นไปได้ทั้งเพศชายหรือเพศหญิงไม่ว่าจะอยู่ในช่วงวัยใดก็ตาม แต่ความต้องการการดูแลระยะยาวนั้นแตกต่างกันไปตามเงื่อนไขด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (Nadash & Ahrens, 2005)

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการให้มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ ด้านจิตวิทยาสังคม การดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและกิจวัตรประจำวัน และเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548) ได้ให้ความหมายของการจัดบริการระยะยาวไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นบุคลากรวิชาชีพ (professional in health, social and others) หรือ

ประชาชนทั่วไป (family, friends and/ or neighbors) ให้กับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยคำนึงถึงความเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นอิสระและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการจัดบริการเพื่อให้บุคคลสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADLs) เพื่อให้อยู่ในสังคมได้ โดยมุ่งตอบสนองกิจกรรมพื้นฐานใน 6 กลุ่มด้วยกันคือ การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ การหาซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค การเตรียมอาหาร และการดูแลที่พักอาศัย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวว่าการจัดบริการระยะยาวสามารถทำได้ทั้งที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ แต่การดูแลนั้นเป็นลักษณะการดูแลที่มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบัน และชุมชน โดยการจัดบริการนั้นจะต้องมีการกระจายบริการด้านสุขภาพสังคมไปสู่กลุ่มเป้าหมายให้ทั่วถึงที่สุด ทั้งนี้เพื่อทดแทนความต้องการพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถกระทำหน้าที่ทางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

Stone (2000) กล่าวว่า "การดูแลระยะยาว" ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะให้คำจำกัดความเนื่องจากขอบเขตระหว่างบริการปฐมภูมิ (Primary care) การดูแลสำหรับการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute care) และการดูแลระยะยาว (Long-term care) นั้นไม่มีความชัดเจนเพียงพอ การดูแลระยะยาวในความหมายของ Stone นั้นเป็นบริการหรือการช่วยเหลือที่มีความครอบคลุมกิจวัตรประจำวันหลายอย่างสำหรับกลุ่มเป้าหมาย บริการโดยส่วนใหญ่แล้วไม่ใช่บริการที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงใดๆ หากแต่เป็นบริการโดยทั่วไปที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตัวอย่างบริการระยะยาวโดย Stone นั้นได้แก่ การให้ความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร หรือการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลอื่นๆ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันขั้นสูง โดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (Instrumental activities of daily living: IADLs) เช่น การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การซื้อของ การจัดการเรื่องการใช้ยา รวมถึงการเดินทาง ซึ่งหากพิจารณาแล้วจะพบว่าการให้ความหมายของ Stone นั้นมีความสอดคล้องกันอย่างมากกับบริการดูแลระยะยาวที่ให้ความหมายโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย

นอกจากนี้แล้ว McCall (2011) ก็ได้ให้คำจัดความของการดูแลระยะยาวว่าเป็นความต่อเนื่องของการให้บริการทางการแพทย์และบริการทางสังคมที่ได้รับการออกแบบมาเพื่อรองรับความต้องการของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งโรคหรือภาวะดังกล่าวนั้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลระยะยาวเป็นบริการที่รวมทั้ง Traditional medical service บริการทางสังคม และการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่อยู่อาศัย เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายของการให้บริการแบบ Acute care แล้วนั้นพบว่าการดูแลระยะยาวมีความซับซ้อนของการให้บริการและเป้าหมายของการดูแลระยะยาวนั้นยากต่อการวัดมากกว่ากล่าวคือ การให้บริการแบบ Acute care นั้นมุ่งเน้นการรักษาที่ทำให้บุคคลกลับสู่ภาวะเดิมก่อนการเจ็บป่วย แต่การดูแลระยะยาวมีเป้าหมายที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเสื่อมสภาพและส่งเสริมการปรับตัวทางสังคมซึ่งเป็นบริการที่มีความ

ครอบคลุมหลายมิติมากกว่า Acute care และผู้ให้บริการดูแลระยะยาวก็มีความหลากหลายกว่าเช่นเดียวกัน

เนื่องจากมีคำนิยามสำหรับ “การดูแลระยะยาว” ที่ค่อนข้างหลากหลาย ฉะนั้น การตีความ การนำไปใช้ในการจัดบริการ หรือเพื่อการศึกษาใดๆ จึงมีความแตกต่างกันไปด้วย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภายใต้บริบทของประเทศไทย คณะวิจัยจึงได้ยึดเอาความหมายของการดูแลระยะยาวที่ให้ไว้โดยมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งการดูแลระยะยาวนั้นหมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

รูปแบบการดูแลระยะยาว

จากคำนิยาม หรือความหมายของการดูแลระยะยาว สามารถอนุมานได้ว่ารูปแบบของการดูแลระยะยาวนั้นสามารถมีได้อย่างหลากหลาย รูปแบบการดูแลระยะยาว อาจไม่สามารถกำหนดได้ตายตัวว่าโดยสรุปแล้วมีทั้งหมดกี่รูปแบบ เพราะทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมิติของการพิจารณา จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแยกรูปแบบของการดูแลระยะยาวโดยพิจารณาตามมิติต่างๆ ได้ดังนี้ พิจารณาตามมิติของลักษณะการให้บริการ พิจารณาตามมิติของสถานที่หรือหน่วยงานที่จัดบริการ หรือการพิจารณารูปแบบของการดูแลระยะยาวตามมิติของผู้ให้บริการหรือให้การดูแลในส่วนนี้เป็นผลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลรูปแบบบริการที่นักวิจัยหรือผู้ศึกษาทั้งในและต่างประเทศได้พยายามทำการสังเคราะห์เพื่อทำการแยกแยะรูปแบบบริการระยะยาวเพื่อให้มีความชัดเจนและเกิดความเข้าใจตรงกันมากยิ่งขึ้นสำหรับผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบบริการระยะยาว

ในปี 1982 Koff ได้ทำการศึกษาระบบดูแลระยะยาวซึ่งเป็นระบบการดูแลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอ หรือในภาษาอังกฤษเรียกคนกลุ่มนี้ว่า “Frail Elderly” ซึ่ง Koff ได้พิจารณารูปแบบการดูแลระยะยาวตามมิติของลักษณะการให้บริการ ซึ่งสามารถแบ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท (อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวณิชย์ และธนิกานต์ ศักดาพร, 2552) ดังนี้

1) รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการ (Integrated Home – Service Center Model) เป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุนอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ โดยมีการให้คำแนะนำ ดูแลสุขภาพ การจัดรถรับ - ส่ง นอกจากนี้ยังมีบริการอื่นๆ ที่ครอบคลุมไปจนถึงกิจวัตรประจำวันหรือการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการอีกด้วย เช่น บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์ เป็นต้น

2) รูปแบบการรวมบริการ (Congregate Service Model) เป็นการรวบรวมบริการพื้นฐานต่างๆ หลายรูปแบบเข้าด้วยกัน โดยมีสถาบันมาให้การดูแลเพื่อจัดหาบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่แล้วสถานที่จัดให้บริการในรูปแบบนี้คือ ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชรา ตัวอย่างบริการที่สถานบริการดังกล่าวจัดให้ เช่น อาหาร กิจกรรมนันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน งานอดิเรกต่างๆ รวมถึงบริการแม่บ้านและบริการรถรับ-ส่ง โดยบริการในรูปแบบที่ 2 นี้เป็นการจัดบริการโดยสถาบันและเป็นบริการพื้นฐานภายในบ้านของผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่

3) รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน บริการดูแลที่บ้านนี้จัดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและตัวผู้สูงอายุ โดยยังเป็นการหลีกเลี่ยงการนำหรือส่งผู้สูงอายุไปอยู่กับสถาบันบริการในรูปแบบที่ 3 นี้ ตัวอย่างเช่น Personal care (การช่วยเหลือในการอาบน้ำ สระผม หรือการแต่งตัว) งานบ้าน (การทำความสะอาดบ้าน การซักผ้า รีดผ้า) การประกอบอาหารหรือส่งอาหาร และบริการการดูสุขภาพถึงบ้าน (Home health aide) เป็นต้น

4) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) เป็นรูปแบบหรือทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด การฟื้นฟูสุขภาพ และการพักฟื้นภายหลังการเจ็บป่วย การดูแลในรูปแบบที่ 4 นี้ระดับการพึ่งพานั้นจะค่อนข้างสูง นอกจากนี้แล้วการจัดบริการในรูปแบบดังกล่าวยังต้องอาศัยการสนับสนุนด้านงบประมาณจำนวนมากจากรัฐบาล โดยหน่วยงานที่ให้บริการคือหน่วยงานที่ให้การดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล บริการโดยส่วนใหญ่เป็นบริการด้านห้องพัก การทำความสะอาด การดูแลด้านการพยาบาล นันทนาการ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด และบริการด้านสังคมอื่นๆ ร่วมด้วย

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการให้การดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนานโยบายระบบดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยจากการศึกษาดังกล่าวพบว่ารูปแบบบริการของดูแลระยะยาวที่เป็นทางการในแต่ละประเทศสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่คือ

1) บริการดูแลในสถานบริการ (Institutional – based care) เป็นบริการดูแลผู้รับบริการในสถานที่พักอาศัยสำหรับดูแลระยะยาว เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน

2) บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community –based care) เป็นบริการที่ให้ชุมชนหรือที่บ้านของผู้รับบริการ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (Day care) เป็นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพหรือศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุกลางวัน การดูแลช่วงสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลได้พัก (Respite care) การจัดให้มีผู้ดูแลที่บ้าน (Home care/ care assistance) บริการช่วยเหลืองานบ้าน (Home help) และบริการส่งอาหารถึงบ้าน บริการปรับปรุงบ้านเรือน บริการสายด่วนสำหรับผู้ที่มีภาวะฉุกเฉิน และบริการให้คำปรึกษา

McCall (2011) ได้แบ่งรูปแบบบริการดูแลระยะยาวออกเป็น 3 ประเภทหลัก คือ บริการชุมชน (Community care) การดูแลในสถาบัน (Institution care/ facility care) และบริการที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiving)

1) บริการชุมชน (Community care) บริการที่จัดอยู่ในบริการรูปแบบบริการชุมชนได้แก่ การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home health care) การดูแลช่วงกลางวัน (Adult day care) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Hospice care)

2) บริการการดูแลในสถาบัน (Institution care) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Facility care โดยที่สถานพักฟื้นผู้ป่วยผู้สูงอายุหรือสถานบริบาล (Nursing homes) และ Supportive Housing เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุดสำหรับการจัดบริการรูปแบบที่สอง บริการต่างๆ ที่จัดโดยสถาบันที่ให้การดูแลระยะยาวนี้ประกอบด้วย การให้การพยาบาล การบริการดูแลสุขภาพ ห้องพัก และบริการด้านอาหาร โดยที่ Nursing homes นั้นจำเป็นต้องมีผู้ให้บริการที่มีความรู้หรือทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนใหญ่แล้วบริการใน Nursing homes จะเป็นการให้การดูแลสำหรับผู้ป่วยเฉียบพลันที่ต้องพักรักษาตัวเป็นระยะเวลานาน โดยจะให้บริการในด้านการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เช่น การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การส่งต่อ เป็นต้น สำหรับ Supportive Housing มุ่งเน้นการจัดบริการสำหรับการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มของผู้สูงอายุ (Group living) การให้ความช่วยเหลือในด้านการดูแลสุขภาวะประจำวัน และ Adult foster care homes เป็นต้น

3) บริการที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiving) เป็นบริการที่ผู้ให้บริการคือเพื่อน ครอบครัว หรือองค์กรเครือข่ายในชุมชน McCall กล่าวว่า คุณค่า (Value) ของการดูแลระยะยาวในรูปแบบที่สามนี้เป็นสิ่งที่วัดได้ยากเนื่องจากขาดฐานข้อมูลที่ดีสำหรับการวิเคราะห์ อย่างไรก็ดีได้มีการศึกษาเกี่ยวกับเวลาในการให้การดูแลระยะยาว จากการสำรวจของ National Family Caregiver Survey ปี ค.ศ. 1997 (National Alliance for Caregiving and American Association of Retired Persons, 1997) พบว่า ผู้ดูแลได้ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 18 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความต้องการการดูแลระยะยาว นอกจากนี้แล้ว พบว่าผู้ดูแล (Caregivers) โดยส่วนใหญ่แล้วยังขาดทักษะและความรู้ในการให้การดูแล และยังมีปัญหาทางด้านสุขภาพกาย และความเครียดที่เกิดจากการดูแลตามมาอีกด้วย

มติสัมชชาสุขภาพครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ได้สรุประบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันไว้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสถาบันหรือได้รับความช่วยเหลือจากผู้ที่มีทักษะ สถานบริการที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้สูงอายุมีประเภทต่างๆ กัน ดังต่อไปนี้

1) สถานสงเคราะห์คนชรา สถานที่ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาต่างๆ เช่น ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแลอยู่กับครอบครัวอย่างปราศจากความสุขกระทั่งเสียชีวิต โดยกำหนดให้เฉพาะผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้เข้าพักอาศัยได้ จากข้อมูลพบว่า สถานการณ์เมื่อผู้สูงอายุอยู่ไปได้ระยะหนึ่ง มักมีปัญหาสุขภาพตามมา โดยพบว่า 16% ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ซึ่งสถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่ไม่ได้มีจุดประสงค์ที่จะรองรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ทำให้ขาดแคลนงบประมาณและบุคลากรเฉพาะด้านต่างๆ

2) สถานบริบาล (Nursing Homes) สถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการไม่มาก เช่น อยู่ในภาวะทุพพลภาพ มีโรคเรื้อรัง มีความพิการหรือสมองเสื่อม เป็นต้น ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ การดูแลต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล 24 ชั่วโมง เพื่อช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันบางอย่างให้แก่ผู้สูงอายุสถานการณ์การให้บริการในรูปแบบดังกล่าวในประเทศไทยนี้พบว่าสถานบริบาลทั้งหมดในประเทศไทยดำเนินการโดยหน่วยงานเอกชน ซึ่งพบว่ามีความหลากหลายในการขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานราชการ ส่วนหนึ่งยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน เนื่องจากกฎหมายของกรมประกอบโรคศิลป์ ยังไม่มีบัญญัติไว้ จึงต้องไปจดทะเบียนกับกรมธุรกิจการค้า ทำให้ยังไม่มีมาตรฐานและขาดมาตรการกำกับดูแลคุณภาพ อีกทั้งยังไม่มีการควบคุมราคา โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 15,000 – 52,500 บาทต่อเดือน ส่งผลให้ครอบครัวที่มีเศรษฐฐานะยากจนและปานกลางที่ไม่มีผู้ดูแลไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายได้

3) สถานประกอบการพยาบาลที่บ้าน (Home Nursing Agency) สถานประกอบการส่งพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ป่วย ในปัจจุบันนี้กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้ “การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2552 ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีทักษะไม่ได้มาตรฐานซึ่งส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุจำต้องรับ “ความเสี่ยงด้านสุขภาพ” ขณะที่ยังไม่มีการนำมาตรฐานการดูแลไปใช้เท่าที่ควร อาจเนื่องมาจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังนำไปประกาศใช้ในแต่ละพื้นที่ไม่มากนัก

4) คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Clinics) เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้บริการด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยทั่วไป และผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในช่วงกลางวัน (Day Care) ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งอย่างไรก็ดีพบว่าในปัจจุบันยังไม่มีแนวปฏิบัติและมาตรฐานที่ชัดเจน และยังไม่มีหน่วยงานที่เข้าไปกำกับดูแล

การจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

สถานการณ์การจัดบริการและรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ด้วยจำนวนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้ประเด็นการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยกลายเป็นสถานการณ์เร่งด่วนและมีความสำคัญเด่นชัดขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้มีการศึกษาต่างๆ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลระยะยาวออกมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ดี พบว่าการดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยนั้นยังคงเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะตัวตามความรู้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ ถึงแม้ปัจจุบันประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีหลักประกันสุขภาพหลักของประเทศอยู่ด้วยกันสามระบบ แต่นั่นก็ไม่เป็นเครื่องหมายที่จะรับรองว่าประชาชนจะได้รับบริการดูแลระยะยาวหากเกิดการเจ็บป่วยหรือเมื่อยามอยู่ในวัยสูงอายุ นั่นเป็นเพราะระบบหลักประกันสุขภาพมิได้ครอบคลุมไปถึงการดูแลระยะยาว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) ฉะนั้นผู้ที่เข้าถึงการดูแลระยะยาวในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่แล้วจึงเป็นผู้ที่มี เศรษฐฐานะทางสังคมที่ดี ส่วนผู้ที่มีฐานะยากจนจนถึงระดับปานกลางครอบครัวยังเป็นผู้ให้บริการหลัก

โรงพยาบาลเอกชนกับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นแหล่งดูงานของต่างประเทศและในประเทศด้านการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจัดบริการการดูแลระยะยาวอย่างเป็นรูปธรรมอย่างเด่นชัดเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลภาครัฐ ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลภาครัฐต้องดำเนินงานภายใต้นโยบายของรัฐบาล ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนจนถึงขั้นกำหนดเป็นนโยบายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ ดังนั้นในที่นี้จึงขอยกตัวอย่างโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 ที่ได้ทำการเปิดบริการด้านการรักษาพยาบาล การดูแลและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุมานานมากกว่า 25 ปี (โรงพยาบาลกล้วยน้ำไทย, 2552)

โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 เป็นโรงพยาบาลผู้สูงอายุที่พัฒนาคุณภาพบุคลากรและตอบสนองความต้องการของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการดูแลระยะยาวที่นี่จะได้รับบริการอย่างครบวงจรโดยมีทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยนอกจากแพทย์แล้วยังมีทีมฟื้นฟูนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด รวมทั้งนักโภชนากร เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และพนักงานผู้ช่วย ที่คอยให้บริการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถจำแนกได้ ดังนี้

- กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือไม่ได้
- กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการพักฟื้นหลังผ่าตัด หรือฟื้นฟูทำกายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด เช่น ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผ่าตัดกระดูกสะโพก
- กลุ่มผู้สูงอายุที่ใส่สายให้อาหารทางสายยาง เจาะคอ แผลกดทับ หรือต้องล้างไต
- กลุ่มผู้สูงอายุโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัลไซเมอร์
- กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องดูแลในระยะสุดท้าย ได้แก่ โรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้สูงอายุสามารถเลือกรับบริการได้ตามความต้องการโดยมีบริการทั้งแบบรายวัน รายเดือน หรือไปเช้าเย็นกลับ หรือมาพักระยะสั้นในช่วงวันหยุดตามเทศกาลต่างๆ อย่างไรก็ดี เนื่องจากโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 เป็นโรงพยาบาลเอกชน และบริการดูแลระยะยาวยังไม่ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของทั้งสามระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเอง

หน่วยงานภาครัฐกับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลภาครัฐที่มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการที่อาจนำไปสู่ทางออกของปัญหาการจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทยที่ถูกหยิบยกมาเป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง การที่กล่าวว่ารูปแบบการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลอาจเป็นทางออกของการดำเนินงานด้านการจัดบริการการดูแลระยะยาวโดยภาครัฐนั้นเนื่องจากเป็นบริการที่ผู้รับบริการไม่ต้องมาอยู่ที่โรงพยาบาลแบบถาวรหรือเป็นระยะเวลานานๆ ซึ่งถ้าหากเป็นเช่นนั้นแล้วประเทศไทยจำเป็นต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการสนับสนุนหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลภาครัฐที่จัดบริการการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลลำปางได้พัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยได้กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 13 แห่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานการดูแล

งานผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดลำปาง และจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ พยาบาลผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงเรื่องการพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งนี้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว มีระบบความเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครบวงจรจากโรงพยาบาลลำปางสู่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสู่ชุมชน และเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ และด้านจิตวิทยาสังคม การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม รวม 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีสุขภาพดีและอยู่ตามลำพัง ได้มีการจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและจรรโลงภาวะสุขภาพดีให้คงอยู่ได้ตามอายุโดยอิสระ กลุ่มที่ 2 ต้องการผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน และการเฝ้าระวังทางสุขภาพ และกลุ่มที่ 3 ต้องการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ เวชปฏิบัติ ฟื้นฟู รักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคม (สวท.ลำปาง, 2555) การดำเนินงานของโรงพยาบาลลำปางในลักษณะดังกล่าว เป็นการดึงทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการดูแลระยะยาวตามศักยภาพของแต่ละหน่วยบริการรวมไปถึงชุมชน การที่สามารถดำเนินการเช่นนี้ได้จำเป็นต้องมีฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุที่ดี รวมทั้งการร่วมมือที่ดีจากภาคชุมชน

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นการลดอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมถึงเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และตัวผู้ป่วย ซึ่งการดูแลในลักษณะดังกล่าวนี้จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายที่รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าเสียโอกาสของญาติและผู้ดูแล อีกทั้งลดจำนวนเตียงผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นการหมุนเวียนของอัตราเตียงว่างเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินอีกด้วย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2548)

จากรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (พรวิไล คารร์ และคณะ, 2555) พบว่า กระทรวงสาธารณสุขเองนั้นได้มีการประกาศให้ “การประกอบกิจการการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” ซึ่งหมายถึง การประกอบกิจการที่ให้บริการส่งพนักงานไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งนี้ไม่ว่าการประกอบกิจการนั้นจะมีสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุหรือสถานที่ฝึกอบรมพนักงานอยู่ด้วยหรือไม่ก็ตามเป็นกิจการที่เป็นอันตราย ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และได้มีการดำเนินการต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวน 118 ตำบล และมีเป้าหมายจะขยายครอบคลุมทุกจังหวัดในปี 2555 และในปี พ.ศ. 2558 จะต้องมีตำบลต้นแบบร้อยละ 30

องค์ประกอบของการดำเนินงานตำบลต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวประกอบด้วย

- มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มเป้าหมาย ศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL)
- มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
- มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

- มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข
- มีการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล
- มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง

การดำเนินงานในส่วนนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประสานความร่วมมือกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และรัฐบาลญี่ปุ่นโดยองค์กร Japan International Cooperation Agency (JICA) ซึ่งเป็นการเริ่มต้นพัฒนาการดำเนินที่พยายามดึงความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

มติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 ได้เห็นชอบในหลักการว่า รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และให้การรับรองหลักการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลักโดยการดูแลในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชนจะเป็นส่วนสนับสนุนให้มีบทบาทที่เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างใกล้ชิดไม่แยกส่วนจากกัน ทั้งนี้มติสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 2 ยังได้ขอให้รัฐบาลกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นวาระแห่งชาติอีกด้วย จากมติดังกล่าวได้นำไปสู่การดำเนินงานต่างๆ อาทิ การประชุมของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ซึ่งเห็นชอบให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระยะเวลา 3 ปี (2554-2556) ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น 2) การดูแลระยะยาวที่ดำเนินการโดยหน่วยงานรัฐส่วนกลาง และ 3) การดำเนินการเพื่อสนับสนุนทางการเงินและการคลัง ทั้งนี้ได้มีการอนุมัติหลักการการให้ใช้งบประมาณจากกองทุนผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนฯ ในกรณีเร่งด่วนเพื่อให้เป็นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในปีงบประมาณ 2554

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเองนั้นได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 96/2554 ลงวันที่ 21 มกราคม 2554 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานตามแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน คณะทำงานดังกล่าวได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการใน 3 ประเด็นหลักตามที่ กผส. กำหนด นอกจากนี้ยังได้มีการแต่งตั้งคณะงานย่อย 10 ชุด เพื่อดำเนินการตามแผนปฏิบัติการดังกล่าว ขณะเดียวกันนั้นสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก็ได้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน โดยได้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน ติดตามความก้าวหน้าและรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการดังกล่าว ในส่วนที่เป็นภารกิจของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และที่ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ อย่างไรก็ดีพบว่า กลไกการทำงานที่ละหน่วยงานจัดตั้งขึ้นมานั้นมีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่มีการบูรณาการในระดับน้อย ซึ่งทำให้ปัจจุบันนี้ยังไม่มีนโยบายจากภาครัฐที่ชัดเจนสำหรับการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

สถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความต้องการการดูแล

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2552) ได้ศึกษาสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นสถานการณ์ และแนวทางการจัดบริการการดูแลระยะยาวของประเทศไทยได้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าประเทศไทยมีสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหลากหลายรูปแบบที่จัดบริการโดยหน่วยงานต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมไปถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร โดยสามารถจำแนกสถานบริการต่างๆ เหล่านี้ตามระดับความต้องการการดูแลได้ดังนี้

1) บ้านพักคนชรา (Residential home) หรือ ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (Independent living communities) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (Retirement communities) สถานบ้านพักคนชรานั้นให้บริการสำหรับกลุ่มคนชราที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กล่าวคือ ยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เอง เช่น การเดินโดยใช้ไม้เท้าช่วยเดิน หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน ผู้ให้การดูแลมิจำเป็นต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในประเทศไทยมีบ้านพักคนชราอยู่จำนวน 25 แห่ง ภายใต้การควบคุมดูแลและให้การสนับสนุนโดยภาครัฐ สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อย่างไรก็ดีได้มีการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวให้ไปอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมในการให้การสนับสนุนงบประมาณแล้วจำนวน 13 แห่ง

2) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted living setting) เป็นสถานที่พักอาศัยสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอายุหรือความพิการที่ต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง โดยปัญหาสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือมีความเสี่ยงด้านความไม่ปลอดภัยในกรณีที่พักอาศัยอยู่ที่บ้าน แต่หากต้องมาอยู่ในสถานดูแลที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต้องการที่จะอยู่อย่างอิสระมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ บริการที่จัดโดยทั่วไปเช่น บริการการดูแลส่วนบุคคล การดูแลด้านสุขภาพต่างๆ นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้โดยมิต้องมีผู้ที่คอยกำกับดูแล ดังนั้นแล้วผู้ดูแลในสถานดูแลประเภทนี้จึงไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์หรือพยาบาลแต่อย่างใด โดยส่วนใหญ่แล้วบริการประเภทนี้จะจัดโดยภาคเอกชน ส่วนการจัดบริการโดยภาครัฐนั้นมีไม่มากนัก

3) สถานบริบาล (Nursing home) หมายถึง เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากนัก แต่ผู้ป่วยยังต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ สถานบริบาลจำเป็นต้องมีผู้ที่ทักษะทางการพยาบาลอยู่คอยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง บริการที่จัด เช่น การควบคุมกำกับการรับประทานยาของคนไข้ การรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ภาคเอกชนเป็นผู้มีบทบาทค่อนข้างสูงในการจัดบริการแบบสถานบริบาล ในส่วนของภาครัฐนั้นยังคงมีสถานสงเคราะห์คนชราไม่กี่แห่งที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพต้องการการดูแลระดับสูงจนถึงกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

4) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term care hospital) หมายถึง สถานที่ให้การรักษาพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเป็นระยะเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ภาคเอกชนยังเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหลักในการจัดบริการ

5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care) หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ เป้าหมายในการดูแลก็คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสิ้นลมอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ให้การรักษา ตัวอย่างสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ และศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เป็นต้น

การจัดบริการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ

ในส่วนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูล องค์ความรู้ต่างๆ จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลระยะยาวใน 5 ประเทศ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบไปด้วยประเทศสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น ฮ่องกง และประเทศสิงคโปร์ โดยจะทำให้ได้เห็นการจัดบริการดูแลระยะยาวในหลากหลายบริบทตามลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม รวมไปถึงระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ

ประเทศสหราชอาณาจักร

ในอังกฤษระบบการดูแลระยะยาวมีลักษณะเป็น “Safety-net” เฉพาะสำหรับผู้ที่มีความต้องการการดูแลแต่ไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ (Fernández, Forder, Truckeschitz, Rokosova & McDaid, 2009) อันที่จริงแล้วระบบการดูแลระยะยาวนี้ถูกพัฒนาขึ้นจากระบบรัฐสวัสดิการสำหรับกลุ่มคนยากจนในประเทศ ซึ่งมีการพัฒนารูปแบบของบริการเรื่อยมาเพื่อตอบสนองความต้องการในการได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ (Ikegami & Cmpbell, 2002) รัฐบาลเป็นกลไกหลักในการจัดระบบและให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีหลักแนวคิดในการจัดบริการที่มุ่งเน้นบริการที่ไม่ใช่องค์ประกอบด้านสุขภาพ (Non-health) ประชาชนผู้ที่จะได้รับบริการการดูแลระยะยาวโดยมิต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ จะต้องเป็นผู้ที่มีรายได้และทรัพย์สินต่ำกว่าเกณฑ์ที่คณะกรรมการประเมินคุณสมบัติผู้รับบริการได้กำหนดเอาไว้ (Means-tested level) (Pickard, 2001) ซึ่งรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยทั่วไปแล้วระบบการดูแลระยะยาวในสหราชอาณาจักรจะเป็นบริการให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมอาหาร การบริการดูแลส่วนบุคคล (เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว) และ Nursing care (Comas-Herrera, Pickard, Wittenberg, Malley & King, 2010)

Comas-Herrera et al. (2010) ชี้ว่าเนื่องจากปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น รูปแบบของการให้ความช่วยเหลือมีการเปลี่ยนแปลงไปบ้างจากเดิมที่เป็นบริการดูแลช่วยเหลือปรับเปลี่ยนมาเป็นการให้เงินซึ่งจ่ายให้กับผู้สูงอายุโดยตรง (Direct payments or individual budgets) การที่บริการส่วนใหญ่เป็นบริการที่ไม่ต้องการทักษะขั้นสูงทางด้านการแพทย์ผู้ให้บริการ

หรือผู้แลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านจึงเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal carers) นอกจากบริการที่ไม่เป็นทางการโดยทั่วไปแล้วยังมีบริการที่เป็นทางการ (Formal services) ที่จัดบริการโดยหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรท้องถิ่น องค์กรสุขภาพชุมชน องค์กรเอกชนที่แสวงหากำไรและที่ไม่แสวงหากำไร สถานบริบาล (Nursing homes) และสถานดูแลที่ให้บริการระหว่างวัน (Day-care services) ระบบการดูแลระยะยาวนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหลายส่วนด้วยกันคือ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Services: NHS) องค์กรส่วนท้องถิ่น (Local authorities) การบริจาค หรือจากตัวผู้สูงอายุเองในกรณีที่เป็นผู้มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการเองได้ ซึ่งในกรณีจ่ายเองนี้น่าจะเป็นกรณีที่มีการไปใช้บริการในหน่วยหรือสถานดูแลที่จัดโดยเอกชน ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนสามารถรับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในกรณีที่เป็นบริการที่ไม่เป็นทางการ แต่สำหรับบริการที่เป็นทางการจะมีการตรวจสอบกันอย่างเคร่งครัด (Strictly means-tested)

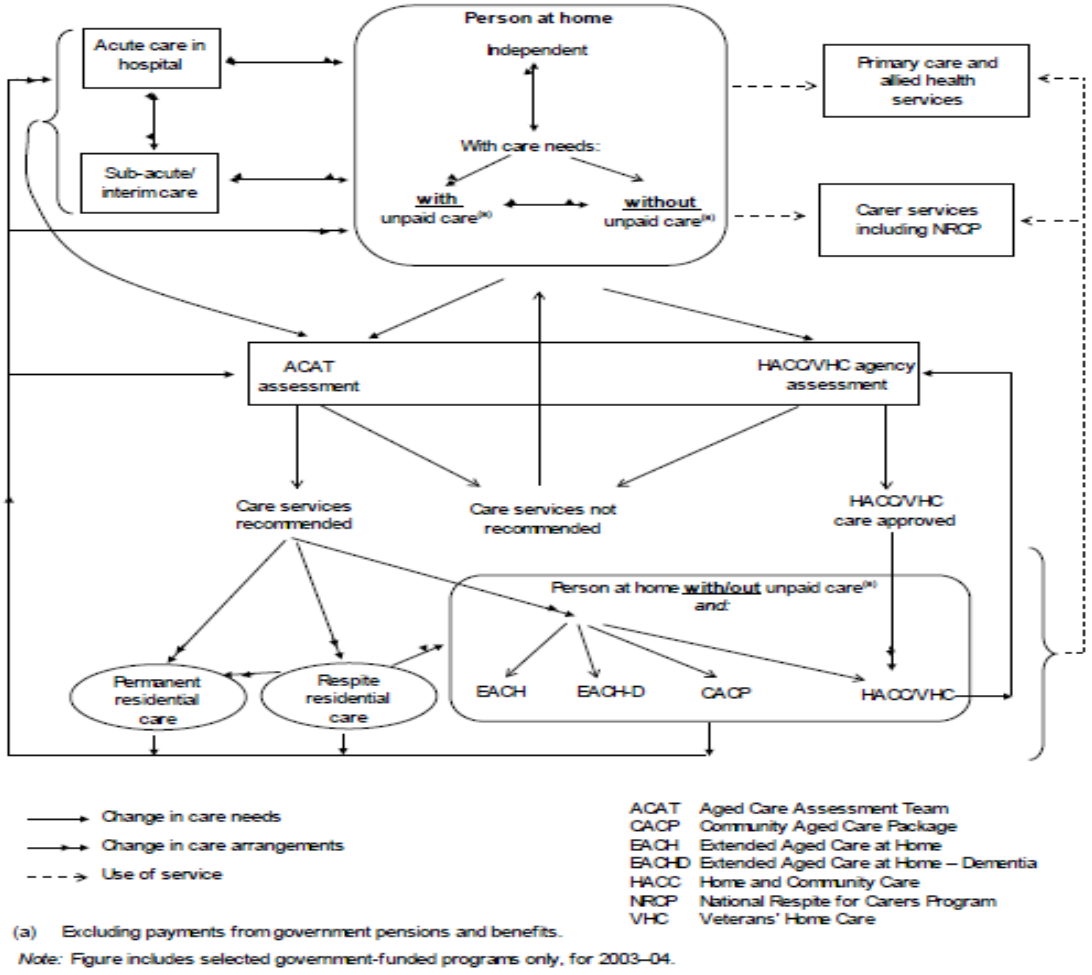
สำหรับประเทศสหราชอาณาจักร (อังกฤษเป็นส่วนหนึ่งในประเทศสหราชอาณาจักร) จะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว และเป็นประเทศต้นแบบด้านระบบสาธารณสุขสำหรับหลายๆ ประเทศ การจัดบริการการดูแลระยะยาวก็มิได้มุ่งเน้นไปที่การดูแลที่เป็นทางการมาก แต่บทบาทสำคัญกลับอยู่ที่การบริการที่ไม่เป็นทางการซึ่งผู้ให้บริการหรือดูแลผู้สูงอายุนั้นก็ยังเป็นคนในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน อย่างไรก็ดี แม้ว่าระบบการดูแลระยะยาวจะเน้นความสำคัญไปที่การให้บริการที่ไม่เป็นทางการแต่ภาครัฐได้ให้การสนับสนุนด้านการเงิน (Cash benefit) แก่ผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินแล้วว่าเป็นผู้ที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับบริการ ฉะนั้นจำนวนเงินที่ผู้สูงอายุจะได้รับจากรัฐบาลนั้นจะขึ้นอยู่กับระดับความต้องการการดูแล

หากพิจารณาในด้านความพร้อมในการจัดบริการการดูแลระยะยาวของประเทศสหราชอาณาจักรแล้วนั้นก็ยังพบข้อวิจารณ์อยู่ว่าระบบยังไม่มีความเสถียรภาพดีพอ กล่าวคือ ไม่มีความยั่งยืนในระยะยาว เนื่องจากเหตุผลการเปลี่ยนแปลงของประชากรศาสตร์ที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และจากความคาดหวังของประชาชนที่ต้องการดูแลจากภาครัฐ นอกจากนี้แล้วระบบการดูแลระยะยาวของสหราชอาณาจักรก็ยังมิอาจกล่าวได้ว่าเป็นระบบที่มีความเป็นธรรมสำหรับผู้รับบริการทุกคนเพราะมีผู้สูงอายุบางคนไม่ได้รับการดูแล และการที่ท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการแก่ประชาชนก็ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างพื้นที่ ซึ่งข้อวิจารณ์ต่างๆ เหล่านี้ได้เป็นประเด็นความท้าทายสำหรับรัฐบาลในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเป็นอย่างมาก

ประเทศออสเตรเลีย

รัฐบาลของประเทศออสเตรเลียได้มีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับสถานบริบาล (Nursing home care) สำหรับผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1963 แผนภาพด้านล่างนี้แสดง Aged care system ของประเทศออสเตรเลียในช่วงปี 2003-2004 ซึ่งในแผนภาพนี้แสดงเฉพาะบริการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐเท่านั้น (Australian Institute of Health and Welfare, 2011)

แผนภาพ Aged care system 2003-2004 ของประเทศออสเตรเลีย



ที่มา: Australian Institute of Health and Welfare (2011)

ตั้งแต่ช่วงเริ่มแรกของปี ค.ศ. 1980 ที่ออสเตรเลียต้องเผชิญกับปัญหาการเพิ่มจำนวนขึ้นของสถานดูแลผู้สูงอายุ และบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวมีราคาสูงขึ้นมาก เพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าว รัฐบาลออสเตรเลียได้ให้ความสนใจกับระบบการดูที่เป็นการดูแลแบบต่อเนื่องมากขึ้น ทำเป็นระบบการดูแลในชุมชนเพื่อเป็นการเติมเต็มการให้บริการแบบ Residential care ซึ่งทำให้ไม่จำเป็นต้องมาอยู่ในสถานดูแล การดำเนินการดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความต้องการในการได้รับบริการที่ Nursing home หรือ Residential care จากผลข้อค้นพบดังกล่าวทำให้รัฐบาลออสเตรเลียได้พยายามขยายการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากแผนภาพจะเห็นได้ว่าบริการในชุมชนมีค่อนข้างหลากหลาย เช่น CACP ซึ่งเป็นชุดสิทธิประโยชน์สำหรับบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน EACH เป็นการขยายการดูแลผู้สูงอายุไปสู่ที่บ้าน ซึ่งมีบริการที่ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เป็นต้น

ในปี ค.ศ. 2004 ออสเตรเลียได้ให้งบประมาณสนับสนุนแก่โปรแกรมการดูแลในชุมชนจำนวน 17 แห่ง ซึ่งยังคงดำเนินการเรื่อยมาอย่างต่อเนื่อง หากลองเปรียบเทียบกรณีของประเทศไทยกับประเทศออสเตรเลียจะพบว่า ขณะนี้ประเทศไทยกำลังดำเนินการตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะที่สอดคล้องกันกับแนวคิดของรัฐบาลออสเตรเลียในช่วงปี 2004

ในประเทศออสเตรเลียการที่ผู้สูงอายุจะเข้ารับบริการจำเป็นต้องมีการประเมินถึงความจำเป็นว่ามีความเหมาะสมที่จะได้รับบริการหรือไม่ ซึ่งบริการแต่ละโปรแกรมจะมีวิธีการประเมินผู้รับบริการที่แตกต่างกันออกไป การประเมินดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการให้บริการที่เกิดประโยชน์สูงสุด มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพต่อการลงทุน นอกจากนี้แล้วการประเมินความจำเป็นของผู้รับบริการทำให้สถานบริการสามารถจัดบริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

ปัจจุบันนี้พบว่าประเทศออสเตรเลียต้องใช้งบประมาณร้อยละ 0.8 ของ GDP ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการที่เป็น Residential care และการดูแลในชุมชน และมีการคาดการณ์ว่างบประมาณที่ต้องใช้เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุจะสูงขึ้นเป็นสองเท่าหรือร้อยละ 1.8 ของ GDP ในปี ค.ศ. 2049-2050 (Ergas & Paolucci, 2010)

ประเทศฮ่องกง

The Hong Kong Council of Social Service (2009) ชี้ว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศฮ่องกงก็ไม่แตกต่างไปจากประเทศพัฒนาหลายๆ ประเทศที่สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในปี ค.ศ. 2008 สัดส่วนประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีสูงถึงร้อยละ 12.6 หรือประมาณ 0.88 ล้านคน จากจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศฮ่องกง และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2016 และ ปี ค.ศ. 2033 สัดส่วนนี้จะเพิ่มเป็นร้อยละ 14 และร้อยละ 27 ตามลำดับ และจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีเพียง 12% ที่ยังคงทำงานจนถึงช่วงกลางปี ค.ศ. 2008

ประชากรที่ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ (soon-to-be-old) หรือประชากรในช่วงอายุ 45-59 ปี เป็นประชากรที่มีระดับการศึกษาที่ดี และมีอำนาจในการจ่ายสูงกว่าประชากรสูงอายุรุ่นก่อน ซึ่งพบว่าประชากรในวัยดังกล่าวมากกว่าร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมหรือสูงกว่า ขณะที่ประชากรสูงอายุร้อยละ 78.7 มีระดับการศึกษาเพียงแค่ระดับปฐมศึกษาหรือต่ำกว่า นอกจากระดับการศึกษาที่แตกต่างกันแล้วยังพบว่าประชากรทั้งสองกลุ่มยังมีประกันหลังการเกษียณที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งประชากรสูงอายุมีเพียงร้อยละ 16 เท่านั้นที่มีประกันรองรับหลังการเกษียณ ขณะที่ประชากรกลุ่ม 45-59 ปี มีประกันรองรับหลังการเกษียณสูงถึงร้อยละ 33

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศฮ่องกง (Elderly Service in Hong Kong) เริ่มดำเนินการจริงจังมาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ปี ค.ศ. 2000 จากการที่ Social Welfare Department ได้ประกาศใช้ Standardised Care Need Assessment Mechanism สำหรับบริการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุในการได้รับบริการที่มีความเหมาะสม ต่อมาเมื่อมีการดำเนินนโยบาย Central Waiting List สำหรับบุคคลที่จะได้รับการอุดหนุนจากภาครัฐในการได้รับบริการการดูแลระยะยาว กลไกหรือเครื่องมือดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินคุณสมบัติของบุคคลที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาว

การประเมินภายใต้กลไกการประเมินนี้กระทำโดยผู้เชี่ยวชาญจากสาขาต่างๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัด ซึ่งผู้ประเมินจะต้องผ่านการฝึกอบรมและต้องได้รับการรับรองในการใช้เครื่องมือประเมินดังกล่าว

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศฮ่องกงสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การบริการการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based-care) และบริการดูแลในสถาบัน (Institutional care)

1. บริการในชุมชน (Community Support Services)

บริการในชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ในชุมชนนานที่สุดเท่าที่จะนานได้ บริการที่จัดอยู่ในบริการรูปแบบที่หนึ่งนี้ได้แก่

1.1 Neighborhood Elderly Center ผู้ดูแลมักเป็นคนในชุมชนใกล้ชิด ให้การดูแลทางด้านการทำกิจกรรมในสังคม การดูแลด้านอาหาร เป็นต้น

1.2 Social Center for the Elderly เป็นบริการด้านข้อมูลเกี่ยวกับสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ และการส่งต่อผู้สูงอายุไปรับบริการที่มีความเหมาะสมตามความจำเป็นและความต้องการการดูแล

1.3 District Elderly Community Center (DECC) เป็นหนึ่งในบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนระดับตำบล วัตถุประสงค์ของ DECC คือการทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนอย่างมีสุขภาวะที่ดี มีเกียรติ ได้รับการเคารพจากคนในชุมชน ทั้งนี้เพื่อเป็นการทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนิคติที่ดีต่อตนเอง และมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชน บริการที่จัดโดย DECC เช่น การให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ Case management บริการทีมสนับสนุนสำหรับดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนากลุ่มอาสาสมัคร การให้การสนับสนุนผู้ดูแล กิจกรรมนันทนาการ การดูแลเรื่องอาหาร เป็นต้น

1.4 Support Team for the Elderly เป็นบริการที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านสังคม รวมไปถึงบริการสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยเป็นบริการสำหรับ Singleel derly ซึ่งจำเป็นต้องสร้างทีมอาสาสมัครเพื่อให้เข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุเพื่อให้การช่วยเหลือต่างๆ

1.5 Day Care Center for the Elderly การดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติที่สุดเท่าที่จะมากได้ บริการดูแลระหว่างวัน เช่น Nursing care การฝึกทำกายภาพบำบัด การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ กิจกรรมนันทนาการ การดูแลเรื่องอาหาร เป็นต้น

1.6 Integrated Home Care Service Team บริการนี้ไม่เพียงแต่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ที่มีความจำเป็นในการได้รับการดูแลเท่านั้น แต่ยังให้ความเหลือทางสังคมกับครอบครัวด้วย

1.7 Enhanced Home and Community Care Services บริการรูปแบบนี้จัดไว้สำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีบริการต่างๆ เช่น Case management, Nursing care ขั้นพื้นฐานและขั้นพิเศษ การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมนันทนาการ การบริการฉุกเฉินนอกเวลา เป็นต้น

1.8 Holiday Center for the Elderly บริการนี้ให้บริการเกี่ยวกับ Holiday Facilities เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจกับครอบครัวและเพื่อน

2. Institutional care หรือ Residential Care Services

บริการ Institutional care หรือ Residential Care มีไว้สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอาศัยอยู่ที่บ้านได้ไม่ว่าจะจากสาเหตุทางด้านสุขภาพ สังคม หรือเหตุผลอื่นๆ บริการประเภทนี้เป็นการให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งความช่วยเหลือนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละคน บริการที่จัดอยู่ใน Residential Care Services ได้แก่

2.1 Hostel for the Elderly เพื่อจัดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้

2.2 Home for the Aged เพื่อจัดบริการ เช่น Residential care การดูแลด้านอาหาร ซึ่งเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดบางอย่างในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง แต่ผู้สูงอายุนั้นยังไม่อยู่ในระดับที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดหรือยังไม่อยู่ในขั้นที่ต้องการ Nursing care

2.3 Care-and-attention Home มีบริการ เช่น Residential care, Personal care บริการดูแลด้านอาหาร ซึ่งเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ (Poor health) หรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิตระดับไม่รุนแรงนัก แต่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.4 Nursing Home มีบริการ เช่น Residential care การดูแลสุขภาพ บริการด้านการแพทย์และ Nursing care ซึ่งบริการนี้มีไว้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อมของสุขภาพ โดยบริการใน Care-and-attention Home ยังไม่ครอบคลุมบริการต่างๆ ที่มีในบริการรูปแบบนี้

2.5 Residential Respite Service เป็นบริการใช้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และญาติของผู้สูงอายุในระยะสั้น

2.6 Emergency Placement Service เป็นศูนย์ให้ความช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกชั่วคราว

แม้ว่าประเทศฮ่องกงจะมีระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุหลากหลายบริการแต่ระบบบริการการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่ดูแลทางด้านระบบสุขภาพ ระบบสวัสดิการ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้ามาทำงานร่วมกันเพื่อจัดให้มีบริการอย่างหลากหลาย และสร้างระบบบริการการดูแลระยะยาวอย่างไร้รอยต่อ ซึ่งประเทศฮ่องกงเองกำลังอยู่ในช่วงของการพัฒนาและศึกษารูปแบบบริการที่หลากหลายและเหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุ นอกจากนี้แล้วการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลก็จำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ สามารถให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้ (“Improving Hong Kong’s Health Care System”, 2000)

ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นเป็นหนึ่งในประเทศที่กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วที่สุดในโลก (Mitchell, Piggott & Shimizutani, 2008) เนื่องจากประชาชนชาวญี่ปุ่นมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ขณะที่อัตราการเกิดกลับมีอัตราส่วนที่ต่ำ ปัจจุบันประเทศญี่ปุ่นประสบกับปัญหาการที่ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมที่เคยเป็นมาแต่อดีตคือระบบการดูแลโดยครอบครัว เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวรัฐบาล

ญี่ปุ่นได้ดำเนินนโยบายระบบประกันการดูแลระยะยาวภาคบังคับแต่อยู่ภายใต้การดูแลของรัฐ **(Mandatory public long-term care insurance: LTCI)** ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือในระบบ LTCI นี้จะอยู่ในรูปแบบของบริการเพียงเท่านั้น จะไม่อยู่ในรูปของการให้ความช่วยเหลือโดยการให้เงิน (Cash allowance) โดยผู้ประกันตนสามารถเลือกบริการที่ตนเองต้องการ นอกจากนี้แล้วผู้ประกันตนยังสามารถเลือกผู้ให้บริการได้อีกด้วย (Tamlya et al., 2011) ภายใต้ระบบประกันการดูแลระยะยาวของภาครัฐ ผู้ประกันตนจะถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่มตามอายุ คือกลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปี และกลุ่มอายุ 40-64 ปี โดยผู้มีสิทธิที่จะใช้บริการการ LTCI ส่วนใหญ่แล้วมักจะเป็นคนกลุ่มแรกคือกลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปี ซึ่งผู้ที่จะมีสิทธิจะให้บริการของ LTCI จะต้องมีใบรับรองที่เรียกว่า “Long-term care certification” การที่จะได้ใบรับรองเพื่อให้มีสิทธิใช้บริการของ LTCI จำเป็นต้องแจ้งความประสงค์ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนเองได้ขึ้นทะเบียนไว้ เนื่องจากภารกิจดังกล่าวรัฐบาลญี่ปุ่นได้มอบหมายให้เป็นความรับผิดชอบของท้องถิ่น ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านระบบสุขภาพ จากนั้นจะเป็นหน้าที่ของ Long-term care certification board ในการพิจารณาว่าผู้ประกันตนมีความเหมาะสมที่จะได้รับบริการ Nursing care หรือบริการใดๆ จาก LTCI ซึ่ง Long-term care certification board ประกอบด้วยบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่างๆ อาทิ กลุ่มแพทย์ สาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านงานสวัสดิการ ซึ่งจะทำการประเมินผู้ประกันตนในด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ซึ่งการพิจารณาจะดำเนินการภายใน 30 วัน หากผู้ประกันตนผ่านการพิจารณาดังกล่าวซึ่งถือเป็นการพิจารณาขั้นแรก ในขั้นต่อไปจะเป็นการพิจารณาถึงระดับของการดูแลที่เหมาะสมตามความจำเป็นของการได้รับการดูแลและความช่วยเหลือต่างๆ (Simizutani & Inakura, 2007).

การที่ประเทศญี่ปุ่นมีระบบประกันสุขภาพสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบบ LTCI ทำให้อัตราการใช้บริการที่เป็นทางการ (Formal care) เพิ่มมากขึ้น แต่การที่มี LTCI ก็ช่วยลดปัญหาภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวได้อย่างมาก นอกจากช่วยลดปัญหาภาระค่าใช้จ่ายแล้ว LTCI ยังช่วยทำให้เกิดการแข่งขันในตลาดซึ่งส่งผลทำให้ประชาชนมีตัวเลือกอย่างหลากหลายและบริษัทประกันที่แสวงหากำไรก็เข้ามามีบทบาทมากขึ้นทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากระบบราชการ (เช่น ปัญหาความล่าช้า) ลดน้อยลงและสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ประกันตนภายใต้ LTCI มีดังนี้ (Ihara, n.d.)

1. บริการดูแลที่บ้าน (Home Care Service)
    - มีพยาบาลเยี่ยมบ้าน และการดูแลที่บ้าน (Home care) ตลอด 24 ชั่วโมง
    - มีบริการกายภาพบำบัดที่บ้าน และศูนย์ดูแลระหว่างวัน
    - Medical management
    - การดูแลช่วงสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลได้พัก (Respite care service)
    - ศูนย์ดูแลระหว่างวัน
    - Group-home service สำหรับผู้มีปัญหาด้านความจำเสื่อม
    - บริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการอาบน้ำ (Mobile bath-tub)

- Home-care devices บริการอุปกรณ์ให้ความช่วยเหลือต่างๆ เช่น รถเข็น เตียงนอนแบบพิเศษ เป็นต้น
- การปรับรูปแบบบ้านใหม่ (Minor home remodeling) เช่น การสร้างราวจับ การทำพื้นราบ เป็นต้น

2. บริการดูแลในสถานบริการ (Institutional Services)
   - Special nursing homes สำหรับผู้สูงอายุ
   - มีสถานบริการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
   - มีโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุโดยมีแผนกสำหรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
3. Care Management Service

ประเทศสิงคโปร์

Choon, Shi'en & Chan (2008) นอกจากประเทศญี่ปุ่นที่ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วแล้ว สิงคโปร์เป็นอีกหนึ่งประเทศในทวีปเอเชียที่กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเร็วมาก ซึ่งสถานการณ์อัตราการเกิดก็มิได้แตกต่างจากประเทศญี่ปุ่น กล่าวคือ ประเทศสิงคโปร์มีอัตราการเกิดที่ต่ำ และอายุขัยโดยเฉลี่ยก็เพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้ประเทศสิงคโปร์ต้องประสบกับปัญหาสังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่นไปโดยปริยาย นอกจากนี้แล้วประเทศสิงคโปร์ยังให้คำจำกัดความสำหรับผู้สูงอายุไว้เหมือนกันกับประเทศญี่ปุ่นคือการที่กำหนดอายุของผู้สูงอายุไว้เท่ากันคือ อายุตั้งแต่ 65 ปี

บริการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์เป็นบริการที่จัดไว้สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ทำให้ต้องการการดูแลทางการแพทย์และ Palliative care บริการดูแลระยะยาวครอบคลุมบริการทางการแพทย์แบบต่อเนื่องและบริการทางสังคม ในประเทศสิงคโปร์การดูแลระยะยาวไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การรักษาแต่มุ่งเน้นไปที่การจัดการกับผลที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวโดยส่วนใหญ่แล้วมีความเป็นไปได้น้อยที่พวกเขาจะกลับไปมีสุขภาพและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ปกติดังเดิม

รูปแบบหรือบริการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์มีความคล้ายคลึงกันกับประเทศพัฒนาอื่นๆ โดยทั่วไป กล่าวคือ มีบริการ Nursing homes, day-cares, home healthcare และ hospice care อย่างไรก็ตามรูปแบบบริการที่ไม่เป็นทางการ (Informal care) คือการดูแลโดยครอบครัวยังถือว่ามีบทบาทอยู่มาก และมีอัตราส่วนที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในปี ค.ศ. 2005 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 87 อาศัยอยู่กับครอบครัว ผู้ให้บริการหลักในการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์คือ Voluntary welfare organizations ภายใต้การสนับสนุนจากภาครัฐ นอกจากงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐแล้ว Voluntary welfare organizations ยังมีการหารายได้จากการขอบริจาคจากชุมชนเพิ่มเติมอีกด้วย

ประเทศสิงคโปร์เป็นอีกหนึ่งประเทศที่ใช้ระบบประกันสุขภาพเข้ามาจัดการเกี่ยวกับระบบสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ประชาชนชาวสิงคโปร์และบุคคลที่เป็น Permanent residents (PRs) จะต้องเข้าสู่ระบบการออม (Social security savings) สำหรับการดูแลระยะยาวนั้นจะอยู่ในระบบประกันที่เรียกว่า ElderShield ซึ่งบุคคลที่มีการออมผ่านระบบประกัน Medisave จะได้รับสิทธิหลักประกันแบบ ElderShield โดยอัตโนมัติ ซึ่งผู้ประกันตนจะถูกประเมินโดยแบบทดสอบการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADLs) จำนวน 6 กิจกรรม (dressing, toileting, washing, feeding, mobility, transferring) โดยหากไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ 3 ใน 6 กิจกรรม ผู้ประกันตนจะได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงินเป็นรายเดือน เช่น ในปี ค.ศ. 2007 ผู้ประกันตนได้รับเงินจำนวน S$300 ต่อเดือน (Eldershield 300) เป็นต้น (Liu & Yeu, 1999)

การจัดบริการดูแลระยะยาวและความพร้อมด้านต่างๆ

การจัดบริการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องมีความพร้อมในด้านต่างๆ ที่พอจะสรุปได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย ดังนี้

1. **ความพร้อมด้านสถานบริการ** สถานบริการอาจไม่จำเป็นต้องเป็นโรงพยาบาลเสมอไป แต่สถานบริการสามารถเป็นได้ทั้งศูนย์บริการในชุมชน หรือสถานดูแลที่สร้างขึ้นมาเพื่อบริการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะ

2. **ความพร้อมด้านบุคลากร** บุคลากรที่ให้การดูแลระยะยาวมีทั้งแบบที่เป็นทางการ (Formal caregivers) และที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregivers) ซึ่งบุคลากรที่ให้การดูแลจำเป็นต้องมีทักษะและความรู้ในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว การเตรียมบุคลากรเฉพาะด้าน และการให้ความรู้แก่คนในครอบครัว เพื่อน หรือญาติ ของบุคคลที่ต้องการการดูแลระยะยาวจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

3. **ระบบการเงินการคลัง** อาจถือได้ว่าระบบการเงินการคลังเป็นกลไกสำคัญอย่างมากในการจัดบริการ ซึ่งประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพรองรับระบบการดูแลระยะยาว โดยการรวมกองทุนระหว่างงบประมาณสำหรับบริการการดูแลระยะยาวและงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพไว้ด้วยกัน เช่น ประเทศสิงคโปร์หรือการแยกกองทุนสำหรับการดูแลระยะยาวออกมาต่างหาก เช่น ประเทศญี่ปุ่น หรือประเทศออสเตรเลีย (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) การมีระบบการเงินการคลังที่เป็นรูปแบบเฉพาะเช่นนี้จะเป็นหลักประกันแก่ประชาชนว่าเมื่อมีความจำเป็นสำหรับการดูแลระยะยาวประชาชนจะได้รับการดูแลตามสิทธิที่พึงได้รับตามข้อกำหนดของระบบหลักประกัน

4. **การประเมินความจำเป็น (mean-test)** เป็นการประเมินรายได้และสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งใช้เป็นหนึ่งในหลักเกณฑ์ประกอบการพิจารณาว่าผู้สูงอายุมีความเหมาะสมที่จะได้บริการการดูแลระยะยาวหรือไม่ เนื่องจากอาจมีการเข้าใช้บริการเกินความจำเป็น ทำให้เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐ

5. **การประเมินระดับความจำเป็น (needs)** และระดับของบริการที่เหมาะสม นอกจากการคัดกรองด้านเศรษฐฐานะของผู้ใช้บริการแล้ว การจัดบริการการดูแลระยาวที่เหมาะสมตามความระดับความจำเป็นของการได้รับบริการถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การประเมินระดับความจำเป็นอาจผ่านคณะกรรมการประเมิน (Board) หรือการใช้แบบทดสอบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เป็นต้น

6. **การควบคุมคุณภาพของสถานบริการ** นอกจากการประเมินหรือการคัดกรองตัวบุคคลที่จะเข้ารับบริการหรือการจะเป็นผู้มีสิทธิได้รับการดูแลระยะยาวหรือได้รับการช่วยเหลือใดๆ ตามที่ระบบดูแลระยะยาวพึงจะเอื้อประโยชน์ให้ สถานบริการก็ควรได้รับการตรวจสอบจากทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนว่าเป็นสถานบริการที่มีคุณภาพ สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานหรือเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรับรองแก่ผู้ใช้บริการว่าจะไม่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการ

7. สำหรับประเทศไทยที่ยังไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพรองรับระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมด้านกำลังคน การสร้างองค์ความรู้ให้กับครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ถือเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับระบบที่จะพัฒนาในอนาคต ซึ่งมีแนวโน้มจะเป็นรูปแบบที่ใช้ชุมชนชนเป็นฐาน (Community-based) ในการดูแลระยะยาว

บทที่ 3
ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความพร้อมและความต้องการในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น ข้อมูลของสถานบริการระดับต่างๆ ข้อมูลผู้สูงอายุและญาติที่มารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และข้อมูลของกลุ่มผู้ให้บริการ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแบ่งออกเป็น การสัมภาษณ์ผู้บริหาร และการทำกระบวนการ focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสถานบริการระดับต่างๆ ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง อ่างทอง ขอนแก่น และกระบี่

กลุ่มประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย

1. สถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ รพศ./รพท,รพช และ รพ.สต
2. ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการสถานบริการสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานต่างๆ และบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ
3. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ
4. ผู้สูงอายุ
5. ครอบครัวผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง

1. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครอบคลุมสถานบริการในภาพประเทศ

2. กลุ่มผู้บริหาร คือ ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแต่ละระดับ เก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง อ่างทอง ขอนแก่น และกระบี่

3. กลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพ คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสบการณ์หรือให้บริการสุขภาพในผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง อ่างทอง ขอนแก่น และกระบี่

4. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) และกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) ที่มาใช้บริการในสถานบริการแต่ละระดับ ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาขณะนั้น เก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง อ่างทอง ขอนแก่น และกระบี่

5. กลุ่มครอบครัวผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่ดูแล หรือผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยซึ่งเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) และกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) ที่พาผู้สูงอายุมารับบริการสุขภาพ

ในแต่ละระดับสถานบริการ ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาขณะนั้น เก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง อ่างทอง ขอนแก่น และกระบี่

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทบทวนงานวิจัยและข้อมูลด้านสถานการณ์การจัดบริการหรือรูปแบบจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันจากหน่วยงานในประเทศ เช่น จากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มสผส. สปสช. สภาวิจัยแห่งชาติ สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยต่างๆ และหน่วยงานต่างอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- สถานการณ์ผู้สูงอายุ
- รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระยะยาวในประเทศไทย
- ปัญหาภาวะโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับต่างๆ
- การจัดบริการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ

2. การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่งไปยังสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โดยเลือกทุกโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครอบคลุมในภาพประเทศ

3. ประเด็นเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล

ข้อมูลเชิงปริมาณ : ความพร้อมและความต้องการในการจัดบริการการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันของสถานบริการแต่ละระดับ

3.1 แบบสอบถามสอบถามผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุโดยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) และกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) โดยใช้แบบทดสอบ Barthel index ในการคัดกรองแยกกลุ่มผู้สูงอายุและใช้ข้อมูลจากการคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับการคัดกรองให้คัดกรองใหม่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ในพื้นที่ 4 จังหวัดที่เลือกเฉพาะเจาะจง ได้แก่ จังหวัดลำปาง อ่างทอง ขอนแก่น และกระบี่

3.2 ผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหสาขาวิชีพ ที่เกี่ยวข้องโดยต้องเป็นผู้ที่ให้บริการ/ดูแลหรือเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บาง) และกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) เก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง อ่างทอง ขอนแก่น และกระบี่ โดยการสุ่มอย่างง่าย ตามจำนวนโรงพยาบาลทั้งในเขตอำเภอและจังหวัด โรงพยาบาลละ 5 คน

3.3 ครอบครัวผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) และกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) เก็บข้อมูลครอบครัวผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง อ่างทอง ขอนแก่น และกระบี่ โดยการสุ่มอย่างง่ายตามจำนวนอำเภอที่มีสถานบริการตั้งอยู่

4. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.1 การทำกระบวนการ focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็น ความพร้อมด้านศักยภาพและโอกาสในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของสถานบริการ

4.2 การสัมภาษณ์ผู้บริหาร ประกอบด้วย ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการ/หัวหน้าฝ่ายที่ดูแลงานผู้สูงอายุ ของสถานบริการทั้ง 3 ระดับ เก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง อ่างทอง ขอนแก่น และกระบี่

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{Z^2PQ}{d^2}$$

แทนค่า $$n = \frac{(1.96)^2 X\ 0.025\ X\ 0.975}{(0.05)^2}$$

$$n = 57.59 \text{ คน}$$

โดย $Z = (1.96)^2$

P = 0.039 คือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และช่วยเหลือตนเองไม่ได้/พิการ/ทุพพลภาพ ร้อยละ 3.9 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ,2551)

Q= 0.961 (1-0.039)

$d^2 = (0.05)^2$

ผู้เก็บข้อมูล

ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ ที่ทำการศึกษาวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดในการศึกษาวิจัย เครื่องมือการวิจัย และการเก็บข้อมูลในพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้โปรแกรมสถิติทางคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ ความถี่ ร้อยละวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และลำดับคะแนนใช้สถิติ ช่วงคะแนน (rang scale) และการวิเคราะห์เพื่อบอกความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใช้ chi-square test, t-test

เครื่องมือวิจัย

1. **เครื่องมือการวิจัยชุดที่ 1** แบบสอบถามความพร้อม ความต้องการ สำหรับสถานบริการแต่ละระดับ ในการจัดบริการระบบการดูแลสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวของสถานบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. **เครื่องมือการวิจัยชุดที่ 2** แบบสัมภาษณ์ สำหรับผู้บริหาร **ประเด็น**ศักยภาพและโอกาสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว

3. **เครื่องมือการวิจัยชุดที่ 3** แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยกำหนดรายละเอียดเพื่อการใช้สัมภาษณ์ผู้ให้บริการทางการแพทย์ **ประเด็น**ศักยภาพและโอกาสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการจัดการบริการเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว

4. **เครื่องมือการวิจัยชุดที่ 4** แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยกำหนดรายละเอียดเพื่อการใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการด้านสุขภาพในสถานบริการแต่ละระดับ **ประเด็น** ความต้องการในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของสถานบริการ

5. **เครื่องมือการวิจัยชุดที่ 5** แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยกำหนดรายละเอียดเพื่อการใช้สัมภาษณ์ครอบครัวและผู้ดูแลที่มารับบริการด้านสุขภาพในสถานบริการแต่ละระดับ **ประเด็น** ความต้องการในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของสถานบริการ

ระยะเวลาทำการวิจัย และแผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย

ระยะการศึกษา 1 ปี ตุลาคม 2555-กันยายน 2556

แผนการดำเนินงาน

รายละเอียด	**ปีงบประมาณ 2555-2556**											
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1. ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนและดำเนินงานวิจัย และกลุ่มย่อยทีมงานวิจัย	←	—	→									
2. ทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง	←	—	→									
3. สร้างเครื่องมือวิจัย	←	—	→									
4. เก็บข้อมูลสถานบริการที่ศึกษา				←	—	—	→					
5. วิเคราะห์ข้อมูล								←	—	→		
6. จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย										←	→	
7. เขียนรายงานการวิจัยและจัดพิมพ์รายงานการวิจัย											←	— →

บทที่ 4
ผลการศึกษา

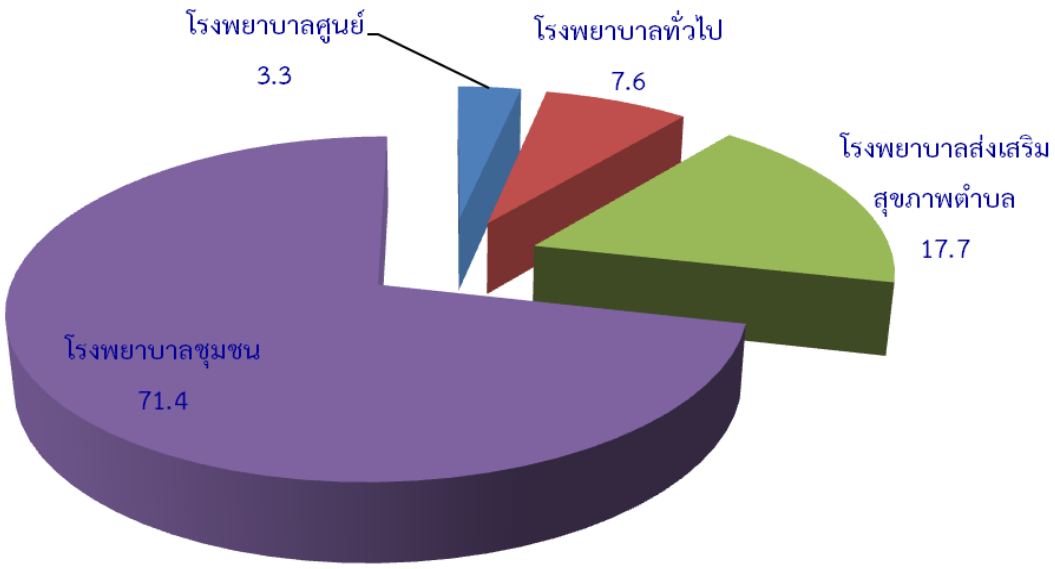
จากการศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขศึกษาในพื้นที่ 4 ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น อ่างทอง และกระบี่ โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในสถานบริการระดับต่างๆ โดยส่งแบบสอบถามไปยังสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุและญาติที่มารับบริการในสถานบริการและกลุ่มผู้ให้บริการในสถานบริการระดับต่างๆ และ 2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและระดับหัวหน้ากลุ่มงาน และการทำกระบวนการ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ตอนที่ 1 สถานการณ์ศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการเก็บข้อมูลโดยวิธีการส่งแบบสอบถามไปยังสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวน 533 โรงพยาบาล แบ่งตามระดับสถานบริการดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 3.3 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 7.6 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 71.4 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 17.7 (รูปภาพที่ 1) จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในช่วง 1 ปี (พ.ศ. 2555) พบผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยในอยู่ระหว่าง 1-750 คน ร้อยละ 44.6 และมากกว่า 1,500 คน ร้อยละ 34.4 และแผนกผู้ป่วยนอก มากกว่า 5,600 คน ร้อยละ 39.5 และ 1-2,800 คน ร้อยละ 33.7 (ตารางที่ 1)

รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 22.5 หอผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยใน (IPD) รองลงมาคือ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรคและศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.4, คลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.6, หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ ร้อยละ 12.2, หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge Planning) ร้อยละ 7.9 และระบบส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 6.4 ตามลำดับ (รูปภาพที่ 2)

รูปภาพที่ 1 ร้อยละสถานบริการที่ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถาม ณ วันสัมภาษณ์



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุที่มารับบริการ จำแนกตามแผนกการให้บริการ

จำนวนคนไข้	ระดับสถานบริการ				รวม	P-value
	รพศ. (%)	รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
บริการผู้ป่วยใน						
1-750 คน	0 (0.0)	3 (0.9)	141 (43.7)	0 (0.0)	144 (44.6)	0.000
751-1,500 คน	0 (0.0)	0 (0.0)	68 (21.1)	0 (0.0)	68 (21.1)	
มากกว่า 1,500 คน	11 (3.4)	32 (9.9)	68 (21.1)	0 (0.0)	111 (34.4)	
รวม	**11 (3.4)**	**35 (10.8)**	**277 (85.8)**	**0 (0.0)**	**323 (100.0)**	
บริการผู้ป่วยนอก						
1-2,800 คน	0 (0.0)	10 (0.3)	79 (20.8)	48(12.6)	128 (33.7)	0.000
2,801-5,600 คน	1 (0.3)	2 (0.5)	95 (25.0)	4 (1.1)	102 (26.8)	
มกกว่า 5,600 คน	7 (1.8)	28 (7.4)	114 (30.0)	1 (0.3)	150 (39.5)	
รวม	**8 (2.1)**	**31 (8.2)**	**288 (75.8)**	**53 (13.9)**	**380 (100.0)**	

รูปภาพที่ 2 ร้อยละรูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ



เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่า รพศ.,รพท. และรพช. มีการจัดบริการผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยใน (IPD) มากที่สุด ร้อยละ 0.8, 1.8 และ 16.2 ตามลำดับ และมีความแตกต่างระหว่างรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่ารูปแบบการจัดบริการขึ้นกับศักยภาพและความพร้อมของสถานบริการ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค และศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ เป็นต้น แต่ไม่พบความแตกต่างของการเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านกับระดับของสถานบริการ (p=0.100) (ตารางที่ 2)

ลักษณะการจัดบริการหรือหน่วยบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าเป็นการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 23.8 รองลงมาคือ บริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์ ร้อยละ 21.4, จิตอาสาร้อยละ 13.9, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 12.6, ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ร้อยละ 9.1 และบริการสุขภาพฟัน ร้อยละ 8.8 ตามลำดับ (รูปภาพที่ 3) เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่าสถานบริการระดับรพช.และรพ.สต. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 16.6 และ 4.9 ตามลำดับ สถานบริการระดับรพช. จัดบริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์มากที่สุด ร้อยละ 16 ส่วนสถานบริการระดับรพศ. จัดบริการจิตอาสามากที่สุด ร้อยละ 0.8 พบว่ามีความแตกต่างระหว่างลักษณะการจัดบริการหรือหน่วยบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าสถานบริการมีการจัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ

ที่บ้าน การบริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์ และจิตอาสา เป็นต้น ขึ้นกับศักยภาพและความพร้อมของสถานบริการนั้นๆ แต่ไม่พบความแตกต่างของการบริการแบบดูแลกลางวันไปเช้าเย็นกลับ และการบริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์ เพราะทุกระดับของสถานบริการมีการให้บริการแบบคลังอุปกรณ์สำหรับให้ยืมและเช่า และการดูแลแบบกลางวันมีการดำเนินการน้อยในสถานบริการระดับต่างๆ เนื่องจากความไม่พร้อมในหลายด้านของสถานบริการ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

รูปแบบการจัดบริการ	ระดับสถานบริการ				รวม	P-value
	รพศ. (%)	รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
คลินิกผู้สูงอายุ	11 (0.6)	23 (1.3)	172 (9.6)	30 (1.7)	236 (13.2)	0.013
แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค	4 (0.2)	14 (0.8)	203 (11.4)	30 (1.7)	251 (14.1)	0.000
แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ	6 (0.3)	10 (0.6)	45 (2.5)	21 (1.2)	82 (4.6)	0.001
หอผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยใน	14 (0.8)	32 (1.8)	289 (16.2)	0 (0.0)	422 (18.8)	0.003
ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ	10 (0.5)	19 (1.0)	167 (9.4)	55 (3.1)	251 (14.1)	0.039
หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่	9 (0.4)	21 (1.2)	171 (9.6)	28 (1.6)	229 (12.8)	0.037
Home Health Care	0 (0.0)	2 (0.1)	37 (2.1)	2 (0.1)	41 (2.3)	0.047
หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน	3 (0.2)	11 (0.6)	98 (5.5)	35 (2.0)	147 (8.2)	0.100
ระบบส่งต่อผู้ป่วย	5 (0.3)	10 (0.5)	98 (5.5)	7 (0.4)	120 (6.7)	0.002
อื่นๆ	5 (0.3)	4 (0.2)	67 (3.8)	17 (0.9)	93 (5.2)	-
รวม	**67 (3.7)**	**146 (8.1)**	**1,347 (75.6)**	**312 (12.8)**	**1,872 (100.0)**	

รูปภาพที่ 3 ร้อยละลักษณะการจัดบริการหรือหน่วยบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุของสถานบริการ



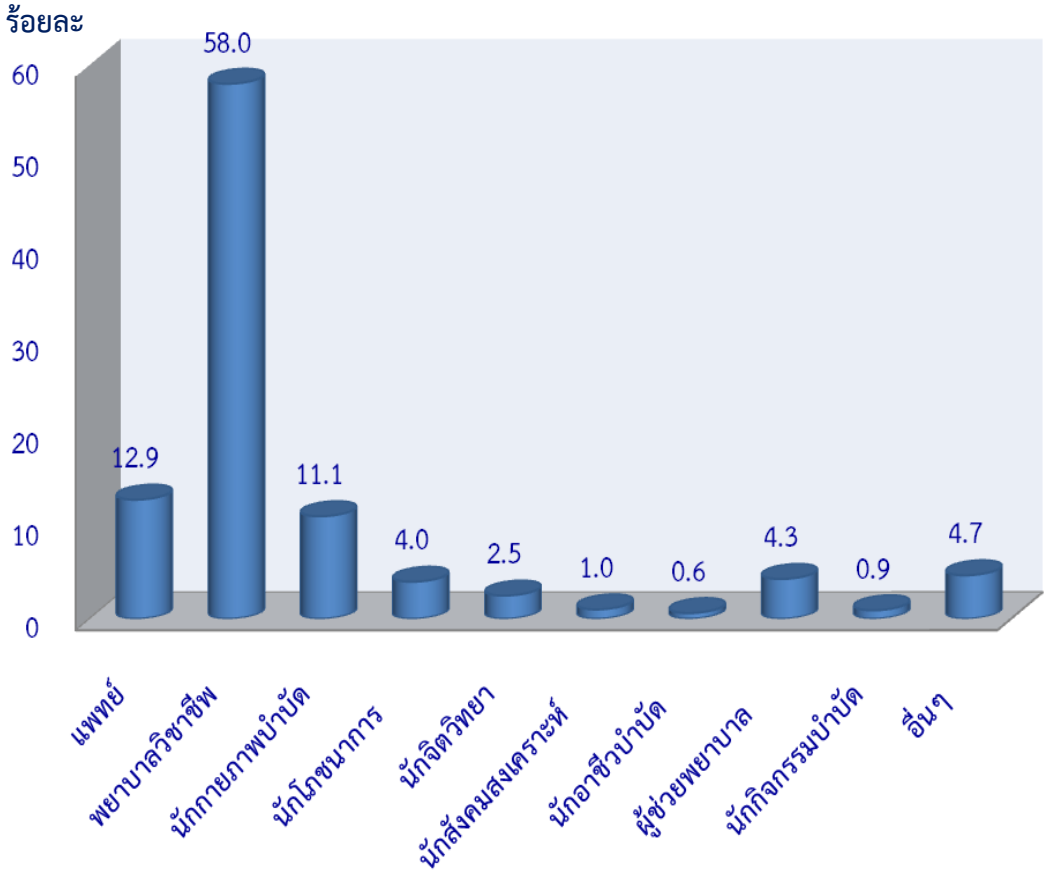
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามลักษณะการจัดบริการหรือมีหน่วยบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ

ลักษณะการจัดบริการหรือมีหน่วยบริการพิเศษ	รพศ. (%)	รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)	รวม	P-value
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย	11 (0.6)	17 (1.0)	123 (7.0)	14 (0.8)	165 (9.3)	0.000
บริการดูแลสุขภาพฟัน	5 (0.3)	14 (0.8)	95 (5.4)	45 (2.5)	159 (9.0)	0.000
การดูแลระยะกลาง	5 (0.3)	8 (0.5)	39 (2.2)	1 (0.1)	53 (3.0)	0.000
ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	2 (0.1)	2 (0.1)	8 (0.5)	0 (0.0)	12 (0.7)	0.020
การดูแลผู้ป่วยชั่วคราว	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (0.5)	7 (0.4)	15 (0.8)	0.023
การดูแลกลางวันแบบไปเช้า-เย็นกลับ	0 (0.0)	1 (0.1)	17 (1.0)	9 (0.5)	27 (1.5)	0.132
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	11 (0.6)	16 (0.9)	183 (10.4)	18 (1.0)	228 (12.9)	0.000

ลักษณะการจัดบริการหรือมีหน่วยบริการพิเศษ	รพศ. (%)	รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)	รวม	P-value
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน	11 (0.6)	38 (2.1)	294 (16.6)	87 (4.9)	430 (24.3)	0.000
บริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์	12 (0.7)	29 (1.6)	282 (16.0)	63 (3.6)	386 (21.8)	0.368
จิตอาสา	14 (0.8)	24 (1.4)	167 (9.4)	47 (2.8)	252 (14.3)	0.015
อื่นๆ	2 (0.1)	3 (0.2)	31 (1.8)	5 (0.3)	41 (2.4)	-
รวม	**73 (4.1)**	**152 (8.6)**	**1,247 (70.5)**	**296 (16.8)**	**1,768 (100.0)**	

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานหรือรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 58 เป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ 12.9, นักกายภาพบำบัด ร้อยละ 11.1, ผู้ช่วยพยาบาล ร้อยละ 4.3 และนักโภชนาการ ร้อยละ 4.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่าทุกระดับสถานบริการพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทมากที่สุด และไม่พบความแตกต่างระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ เช่น พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น แต่พบว่ามีความแตกต่างระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ตำแหน่งนักโภชนาการบำบัดกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) (รูปภาพที่ 4, ตารางที่ 4) พบว่าตำแหน่งนักโภชนาการในสถานบริการมีจำนวนน้อยและสถานบริการบางแห่งไม่มี เช่น ระดับรพช.บางแห่ง และระดับรพ.สต. ไม่มี

รูปภาพที่ 4 ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานหรือรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานหรือรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ

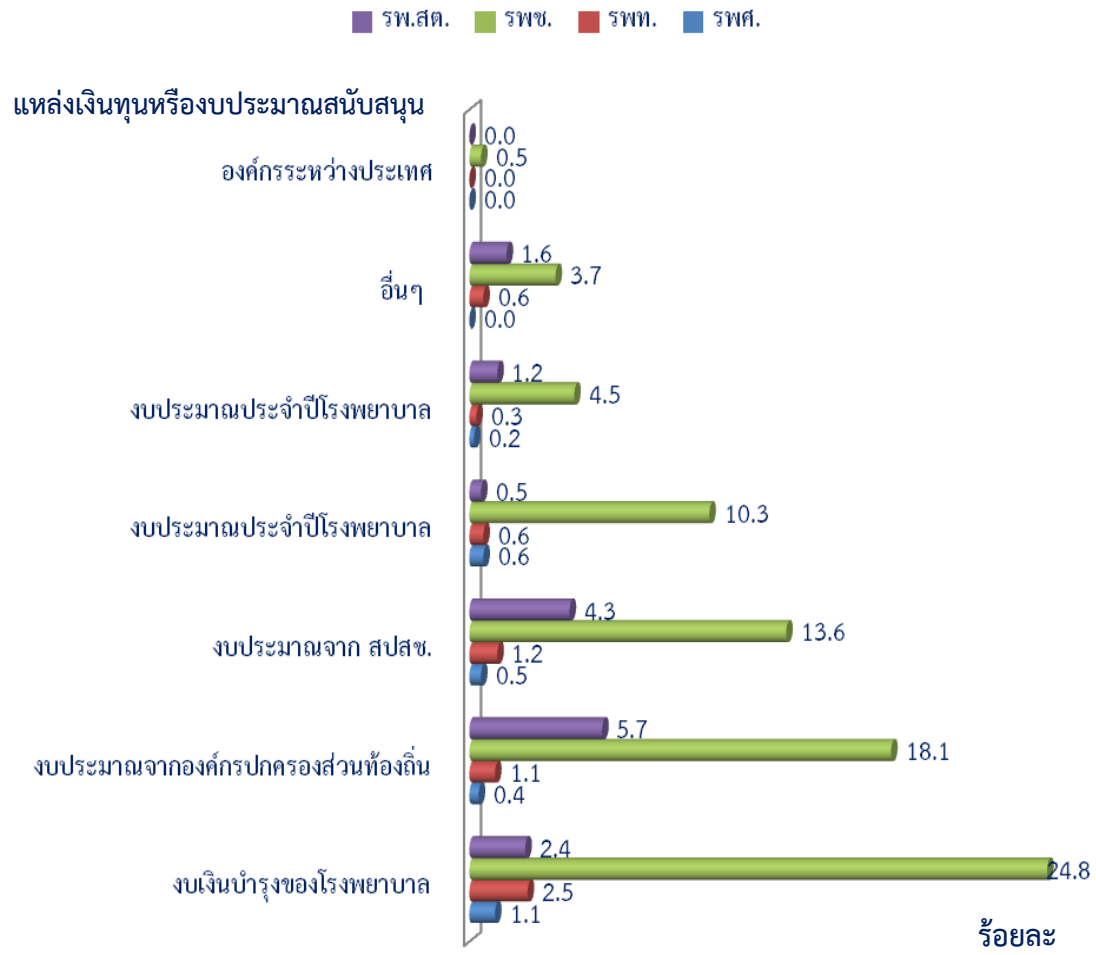
บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	ระดับสถานบริการ				รวม	P-value
	รพศ. (%)	รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
แพทย์	23 (0.5)	83 (2.0)	424 (10.1)	11 (0.3)	541 (12.9)	0.051
พยาบาลวิชาชีพ	33 (0.8)	482 (11.5)	1,783 (42.6)	132 (3.2)	2,430 (58.0)	0.241
นักกายภาพบำบัด	8 (0.2)	39 (0.9)	405 (9.7)	11 (0.3)	463 (11.1)	0.089
นักโภชนาการ	9 (0.2)	24 (0.6)	138 (3.3)	0 (0.0)	171 (4.1)	0.000
นักจิตวิทยา	8 (0.2)	16 (0.4)	79 (1.9)	0 (0.0)	103 (2.5)	0.849

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	ระดับสถานบริการ				รวม	P-value
	รพศ. (%)	รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
นักสังคมสงเคราะห์	7 (0.2)	22 (0.5)	12 (0.3)	0 (0.0)	41 (1.0)	0.284
นักอาชีวบำบัด	3 (0.1)	3 (0.1)	21 (0.5)	0 (0.0)	27 (0.6)	0.380
ผู้ช่วยพยาบาล	2 (0.0)	21 (0.5)	143 (3.4)	13 (0.3)	179 (4.3)	0.457
นักกิจกรรมบำบัด	3 (0.1)	4 (0.1)	28 (0.7)	2 (0.0)	37 (0.9)	0.964
อื่นๆ	3 (0.1)	8 (0.2)	132 (3.2)	55 (1.3)	198 (4.7)	-
รวม	**99 (2.4)**	**702 (16.8)**	**3,165 (75.5)**	**224 (5.3)**	**4,190 (100.0)**	

งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเงินบำรุงของโรงพยาบาล พบในสถานบริการระดับรพศ., รพท. และรพช. (ร้อยละ 1.1, 2.5 และ 24.8 ตามลำดับ) ในขณะที่สถานบริการระดับรพ.สต. ได้รับงบสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 5.7) (รูปภาพที่ 5) หน่วยงานหรือองค์กรที่จะสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุดคือ จิตอาสา ร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 31, อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 27.8 และชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.6 ตามลำดับ (รูปภาพที่ 6)

เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่าสถานบริการระดับรพศ.,รพท., และรพช. มองว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจะเป็นหน่วยงานสนับสนุนในการจัดบริการด้านนี้มากที่สุด ในขณะที่สถานบริการระดับรพ.สต. ให้ความสำคัญของจิตอาสาที่มีบทบาทในการสนับสนุนการจัดบริการ ร้อยละ 7.2 พบว่ามีความแตกต่างของหน่วยงานสนับสนุนเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวระหว่างจิตอาสาและสถานบริบาลของเอกชนกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$, $p=0.002$) โดยจิตอาสาเป็นหน่วยสนับสนุนการดำเนินงานในสถานบริการทุกระดับ และสถานบริบาลเอกชนเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยที่ญาติหรือครอบครัวมีสามารถในการจ่ายได้ (ตารางที่ 5)

รูปภาพที่ 5 ร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามแหล่งเงินทุนหรืองบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุ



รูปภาพที่ 6 ร้อยละหน่วยงานสนับสนุนที่สนับสนุนการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

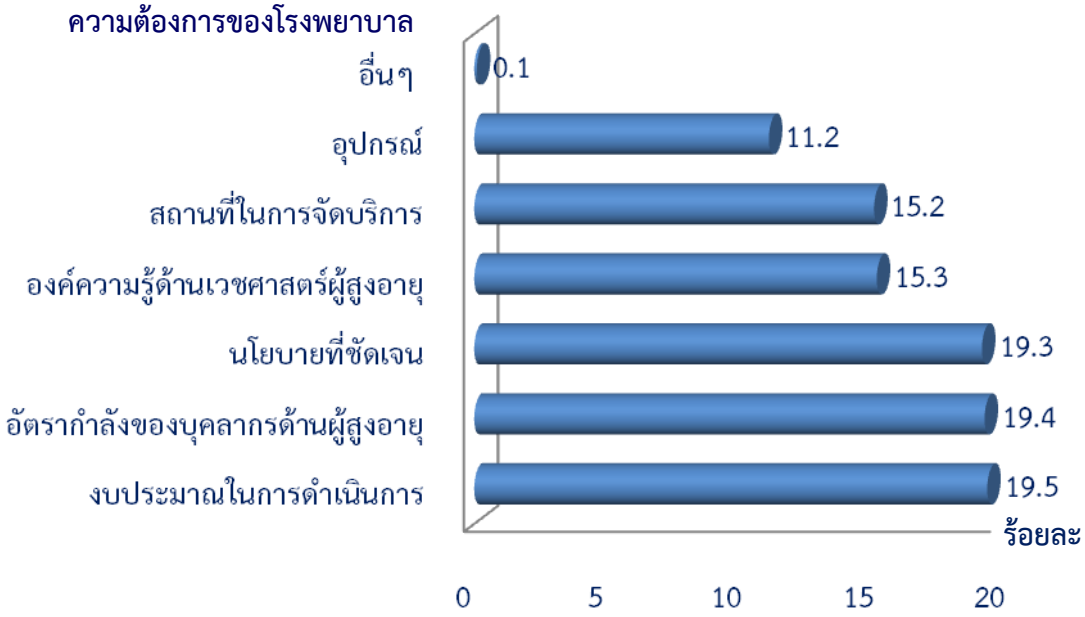


ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามหน่วยงานสนับสนุน ในการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวของสถานบริการ

หน่วยงานสนับสนุน	ระดับสถานบริการ				รวม	P-value
	รพศ. (%)	รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
จิตอาสา	11 (0.9)	25 (2.0)	273 (21.5)	91 (7.2)	400 (31.4)	0.000
อาสาสมัครสาธารณสุข	10 (0.8)	22 (1.7)	252 (19.8)	70 (5.5)	354 (27.8)	0.698
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	15 (1.2)	26 (2.0)	278 (21.9)	75 (5.9)	394 (31.0)	0.158
ชมรมผู้สูงอายุ	1 (0.1)	3 (0.2)	46 (3.6)	8 (0.6)	58 (4.6)	0.592
สถานบริบาลของเอกชน	4 (0.3)	3 (0.2)	17 (1.3)	4 (0.3)	28 (2.2)	0.002
องค์กรภาคเอกชน เช่น มูลนิธิต่างๆ	0 (0.0)	5 (0.4)	24 (1.9)	4 (0.3)	33 (2.6)	0.141
อื่นๆ	0 (0.0)	1 (0.1)	3 (0.2)	1 (0.1)	5 (0.4)	0.671
รวม	**41 (3.2)**	**85 (6.7)**	**893 (70.2)**	**253 (19.9)**	**1,272 (100.0)**	

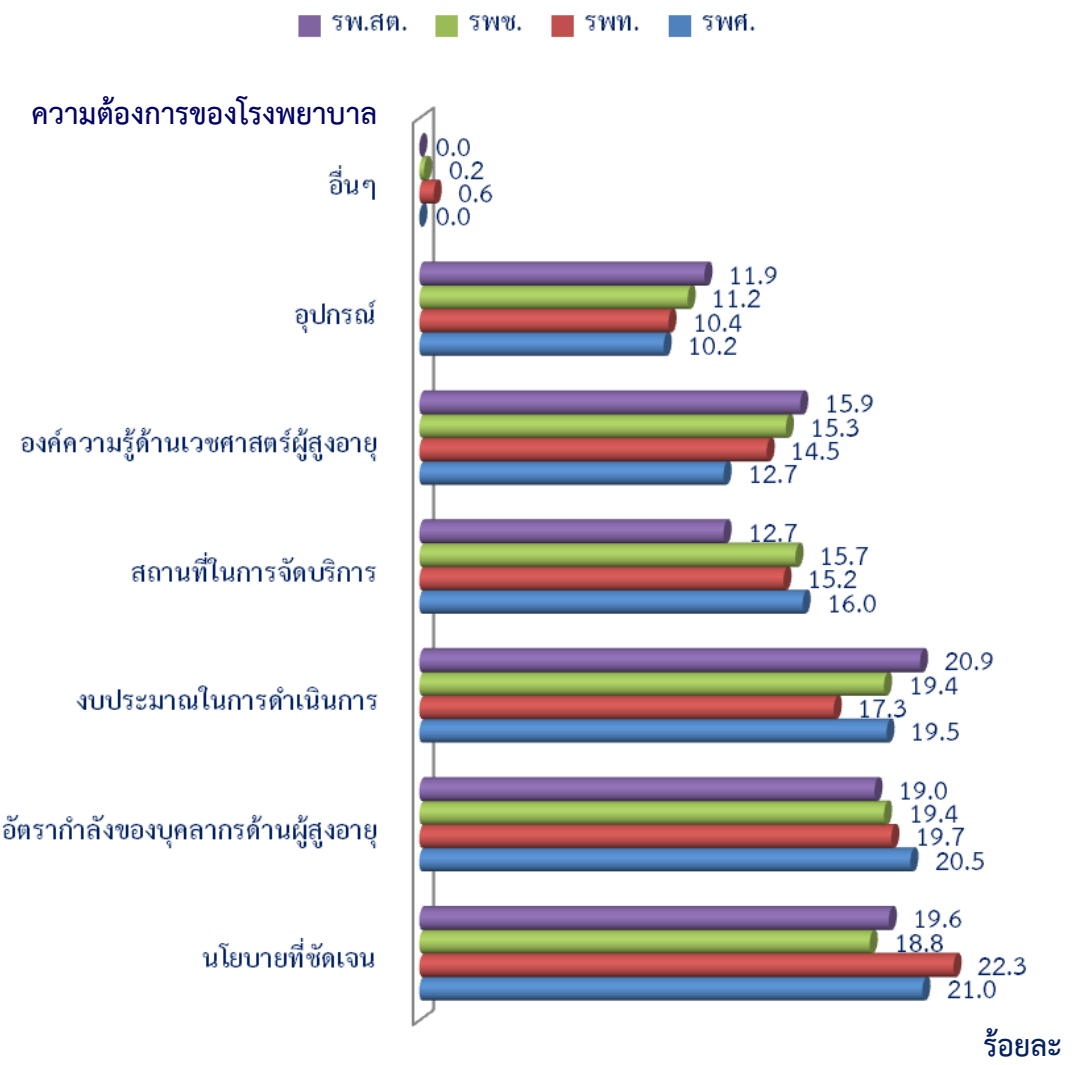
จากการศึกษาพบว่า ความต้องการของสถานบริการเพื่อสนับสนุนและรองรับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ งบประมาณในการดำเนินการ อัตรากำลังของบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และนโยบายที่ชัดเจน (ร้อยละ 19.5, 19.4 และ 19.3 ตามลำดับ) รองลงมาคือ องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และสถานที่ (ร้อยละ 15.3 และ 15.2 ตามลำดับ) (รูปภาพที่ 7)

รูปภาพที่ 7 ร้อยละความต้องการของโรงพยาบาลในการรองรับการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ



และเมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่าในสถานบริการระดับรพศ.และรพท. มีความต้องการ อันดับที่หนึ่งคือ นโยบายที่ชัดเจน เพื่อรองรับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ รองลงมาคือ อัตรากำลังของบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ในขณะที่สถานบริการระดับรพช. และรพ.สต. อันดับที่หนึ่งคือ งบประมาณในการดำเนินการ รองลงมาคือ อัตรากำลังของบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (รูปภาพที่ 8)

รูปภาพที่ 8 ร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามความต้องการของโรงพยาบาล ในการรองรับการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

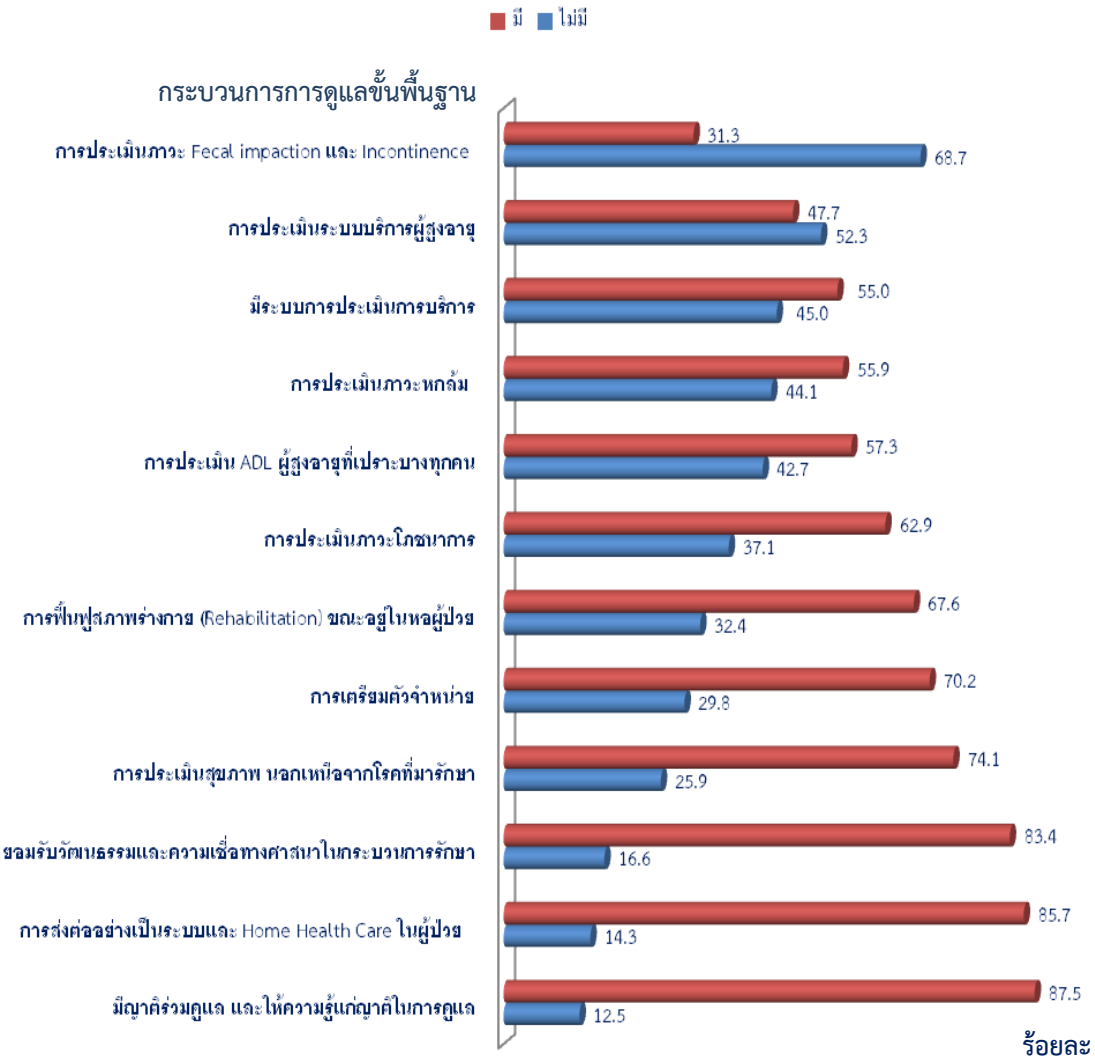


กระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานของโรงพยาบาลเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 มีกระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐาน เช่น การประเมินสุขภาพนอกเหนือจากโรคที่มารักษาการเตรียมตัวจำหน่าย ในขณะที่การประเมินภาวะ Fecal impaction และ Incontinence น้อยกว่าร้อยละ 50 (ร้อยละ 31.3) (รูปภาพที่ 9)

เมื่อเรียงลำดับตามความสำคัญของกระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานในการจัดบริการอันดับหนึ่ง ได้แก่ การประเมินสุขภาพ นอกเหนือจากโรคที่มารักษา ร้อยละ 11.4 รองลงมาคือ มีญาติร่วมดูแลและให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล ร้อยละ 10.5, การส่งต่ออย่างเป็นระบบและ Home Health Care ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ร้อยละ 9.9, การประเมิน ADL ผู้สูงอายุที่เปราะบางทุกคน ร้อยละ 9.8 และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Rehabilitation) ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย ร้อยละ 9.4 (รูปภาพที่ 10)

เมื่อพิจารณาตามระดับของสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่ากระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานที่จัดบริการสำหรับดูแลผู้สูงอายุไม่ได้มีการดำเนินการทุกระดับของสถานบริการขึ้นกับความพร้อมและศักยภาพของสถานบริการนั้นๆ แต่ไม่พบความแตกต่างของกระบวนการขั้นพื้นฐานในเรื่อง การประเมินสุขภาพนอกเหนือจากโรคที่มารักษา การประเมิน ADL และการประเมินภาวะโภชนาการ เนื่องจากสถานบริการส่วนใหญ่มีการดำเนินการในแบบประเมินดังกล่าวอยู่แล้ว (ตารางที่ 6)

รูปภาพที่ 9 ร้อยละกระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานของโรงพยาบาลเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ



รูปภาพที่ 10 ร้อยละกระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ



สถานบริการตอบว่าความพร้อมเชิงระบบในการจัดบริการสุขภาพของหน่วยให้บริการมากที่สุดสามอันดับแรกคือ ระบบ Home Health Care (HHC) มากที่สุด คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.3±0.8 รองลงมาคือ ระบบรับ-ส่งต่อ (Refer) คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.2±0.8 และระบบยา คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.1±0.9 และสถานบริการตอบว่ามีความพร้อมเชิงระบบน้อยที่สุดสามอันดับแรกคือ กรอบอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.0±0.9 รองลงมาคือ งบประมาณในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.3±0.9 และสถานที่ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.4±1.0 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามกระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

กระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐาน	ระดับสถานบริการ				รวม	P-value
	รพศ. (%)	รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
การประเมินสุขภาพนอกเหนือจากโรคที่มารักษา	15 (0.3)	30 (0.7)	299 (6.9)	66 (1.5)	410 (9.5)	0.282
การประเมิน ADL ผู้สูงอายุที่เปราะบางทุกคน	14 (0.3)	24 (0.6)	227 (5.3)	52 (1.2)	317 (7.4)	0.283
การประเมินภาวะโภชนาการ	15 (0.3)	20 (0.5)	252 (5.9)	61 (1.4)	348 (8.1)	0.056
การประเมินภาวะหกล้ม	13 (0.3)	26 (0.6)	236 (5.5)	34 (0.8)	309 (7.2)	0.000
การประเมินภาวะ Fecal impaction และ Incontinence	12 (0.3)	19 (0.4)	128 (3.0)	14 (0.3)	173 (4.0)	0.000
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Rehabilitation) ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย	16 (0.4)	29 (0.7)	322 (7.5)	7 (0.2)	374 (8.7)	0.000
การประเมินระบบบริการผู้สูงอายุ	13 (0.3)	18 (0.4)	197 (4.6)	36 (0.8)	264 (6.1)	0.017
การเตรียมตัวจำหน่าย	15 (0.3)	33 (0.8)	329 (7.6)	11 (0.3)	388 (9.0)	0.000
การส่งต่ออย่างเป็นระบบ และ Home Health Care ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	15 (0.3)	36 (0.8)	364 (8.5)	59 (1.4)	474 (11.0)	0.000

กระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐาน	ระดับสถานบริการ				รวม	P-value
	รพศ. (%)	รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
มีระบบการประเมินการบริการ	14 (0.3)	24 (0.6)	223 (5.2)	43 (1.0)	304 (7.1)	0.028
มีญาติร่วมดูแลและให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล	17 (0.4)	34 (0.8)	360 (8.4)	73 (1.7)	484 (11.2)	0.000
ยอมรับวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาในกระบวนการรักษา	17 (0.4)	33 (0.8)	340 (7.9)	71 (1.6)	461 (10.7)	0.005
รวม	**176 (4.1)**	**326 (7.6)**	**3,277 (76.1)**	**527 (12.2)**	**4,306 (100.0)**	

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมเชิงระบบในการจัดบริการสุขภาพของหน่วยให้บริการในสถานบริการ

ความพร้อมเชิงระบบ	ระดับความพร้อมในการจัดบริการ					ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$± SD
	1	2	3	4	5	
ระบบ Home Health Care (HHC)	13 (2.4)	47 (8.7)	254 (47.0)	195 (36.0)	32 (5.9)	**3.3±0.8**
ระบบรับ-ส่งต่อ (Refer)	19 (3.5)	61 (11.3)	273 (50.7)	163 (30.3)	22 (4.1)	**3.2±0.8**
ระบบยา	29 (5.5)	80 (15.1)	258 (48.8)	146 (27.6)	16 (3.0)	**3.1±0.9**
Discharge Planning	55 (10.5)	69 (13.2)	250 (47.7)	132 (25.2)	18 (3.4)	**3.0±1.0**
นโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงาน	56 (10.3)	105 (19.3)	251 (46.1)	109 (20.0)	23 (4.2)	**2.9±1.0**
การจัดบริการOPD	45 (8.3)	102 (18.9)	290 (53.8)	89 (16.5)	13 (2.4)	**2.9±0.9**
การจัดบริการ IPD	94 (18.2)	105 (20.3)	248 (48.1)	60 (11.6)	9 (1.7)	**2.6±1.0**
การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน/แผนกด้านผู้สูงอายุ	75 (13.8)	156 (28.8)	239 (44.1)	66 (12.2)	6 (1.1)	**2.6±0.9**
องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	58 (10.7)	166 (30.6)	245 (45.2)	69 (12.7)	4 (0.7)	**2.6±0.9**

ความพร้อมเชิงระบบ	ระดับความพร้อมในการจัดบริการ					ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$± SD
	1	2	3	4	5	
ระบบข้อมูล/สารสนเทศในการจัดบริการ	58 (10.8)	157 (29.2)	252 (46.9)	65 (12.1)	5 (0.9)	**2.6±0.9**
สถานที่ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ	120 (22.0)	179 (32.8)	175 (32.1)	64 (11.7)	8 (1.5)	**2.4±1.0**
อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ	87 (16.1)	205 (38.0)	202 (37.4)	39 (7.2)	7 (1.3)	**2.4±0.9**
งบประมาณในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ	115 (21.3)	202 (37.3)	196 (36.2)	25 (4.6)	3 (0.6)	**2.3±0.9**
กรอบอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ	187 (34.4)	181 (33.3)	145 (26.7)	28 (5.2)	2 (0.4)	**2.0±0.9**
รวม	**1,011 (13.4)**	**1,815 (24.1)**	**3,278 (43.6)**	**1,250 (16.6)**	**168 (2.2)**	**2.7±0.9**

หมายเหตุ : หมายเลข 1 = มีความพร้อมน้อยที่สุด 2 = มีความพร้อมน้อย 3 = มีความพร้อมปานกลาง
หมายเลข 4 = มีความพร้อมระดับมาก 5 = มีความพร้อมมากที่สุด

เมื่อพิจาณาความพร้อมเชิงระบบตามระดับของสถานบริการ พบว่าความพร้อมด้านกรอบอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุมีปัญหาทุกระดับสถานบริการ โดยระดับ รพศ. มีความพร้อมระดับ 1 (คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.7±0.9) และระดับรพท.,รพช.และรพ.สต. มีความพร้อมระดับ 2 (คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.1±1.1, 2.0±0.9, 2.2±1.0 ตามลำดับ) และระดับ รพ.สต. ความพร้อมเชิงระบบระดับความพร้อม 1 ในการจัดบริการ IPD เพราะไม่มีการจัดบริการ และสถานบริการระดับรพท.และรพ.สต. มีความพร้อมเชิงระบบในเรื่องระบบ Home Health Care (HHC) ในความพร้อมระดับ 4 (คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.4±0.8, 3.5±0.8 ตามลำดับ) และพบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความพร้อมเชิงระบบของสถานบริการกับระดับของสถานบริการอย่างน้อยมีสองระดับสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000, p=0.001, p=0.006, p=0.011) พบว่าสถานบริการระดับรพศ./รพท., รพช. และรพ.สต. มีความพร้อมเชิงระบบระดับ 3 ด้านนโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงานและการจัดบริการ OPD และมีความแตกต่างกันระหว่างคะแนนเฉลี่ยของระดับสถานบริการกับองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของบุคลากรและระบบข้อมูลหรือสารสนเทศในการจัดบริการ พบในสถานบริการระดับรพช. ซึ่งมีความพร้อมเชิงระบบในระดับ 2 ในขณะที่สถานบริการระดับรพศ./รพท. และรพ.สต. มีความพร้อมเชิงระบบในระดับ 3 (ตารางที่ 8)

การจัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าทุกระดับสถานบริการมีการจัดบริการ Home Health care สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 28.2 รองลงมาคือ การจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการ ร้อยละ 24.7 และการจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุนอกสถานบริการ (Home Program) ร้อยละ 21.1 (รูปภาพที่ 11)

เมื่อพิจารณาตามระดับของสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างการจัดบริการพิเศษของสถานบริการกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าสถานบริการมีการจัดบริการพิเศษ เช่น การดูแลแบบ case manager การจัดบริการ sub-acute care การจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) สำหรับผู้สูงอายุ และการจัดบริการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างครบวงจร (Comprehensive dischange planing) ขึ้นกับความพร้อมและศักยภาพของสถานบริการแต่ละดับในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 8 คะแนนและระดับความพร้อมของสถานบริการในด้านความพร้อมเชิงระบบเพื่อรองรับการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ความพร้อมเชิงระบบของสถานบริการ	ระดับสถานบริการ								F-test P-value
	รพศ.		รพท.		รพช.		รพ.สต.		
	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	
นโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงาน	2.7±1.4	3	3.0±1.1	3	2.8±1.0	3	3.2±0.9	3	0.006
การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน/แผนกด้านผู้สูงอายุ	2.4±1.2	2	2.7±1.1	3	2.5±0.9	2	2.8±0.8	3	0.008
กรอบอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ	1.7±0.9	1	2.1±1.1	2	2.0±0.9	2	2.2±1.0	2	0.079
อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ	2.3±1.1	2	2.7±1.0	3	2.4±0.9	2	2.3±0.7	2	0.218
สถานที่ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ	2.2±1.3	2	2.5±1.2	2	2.3±1.0	2	2.7±0.9	3	0.011
งบประมาณในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ	2.2±1.0	2	2.4±0.9	2	2.2±0.9	2	2.3±0.9	2	0.691
องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	3.1±1.3	3	3.1±0.9	3	2.5±0.8	2	2.7±0.8	3	0.000
ระบบข้อมูล/สารสนเทศในการจัดบริการ	2.8±1.1	3	2.7±0.9	3	2.5±0.8	2	3.0±0.8	3	0.000
การจัดบริการ OPD	2.8±1.3	3	2.8±1.0	3	2.8±0.8	3	3.2±0.8	3	0.001
การจัดบริการ IPD	2.6±1.2	3	2.7±1.0	3	2.8±0.9	3	1.6±0.8	1	0.000

ความพร้อมเชิงระบบของสถานบริการ	ระดับสถานบริการ								F-test P-value
	รพศ.		รพท.		รพช.		รพ.สต.		
	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	
ระบบยา	3.1±1.4	3	3.2±0.8	3	3.1±0.9	3	3.1±0.9	3	0.780
ระบบรับ-ส่งต่อ (Refer)	3.1±1.3	3	3.2±0.7	3	3.2±0.8	3	3.4±0.8	4	0.056
ระบบ Home Health Care (HHC)	3.2±1.2	3	3.4±0.8	4	3.3±0.8	3	3.5±0.8	4	0.138
Discharge Planning	3.0±1.3	3	3.2±0.9	3	3.1±0.8	3	2.2±1.1	2	0.000

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย 1 - 1.80 หมายถึง ความพร้อมระดับ 1

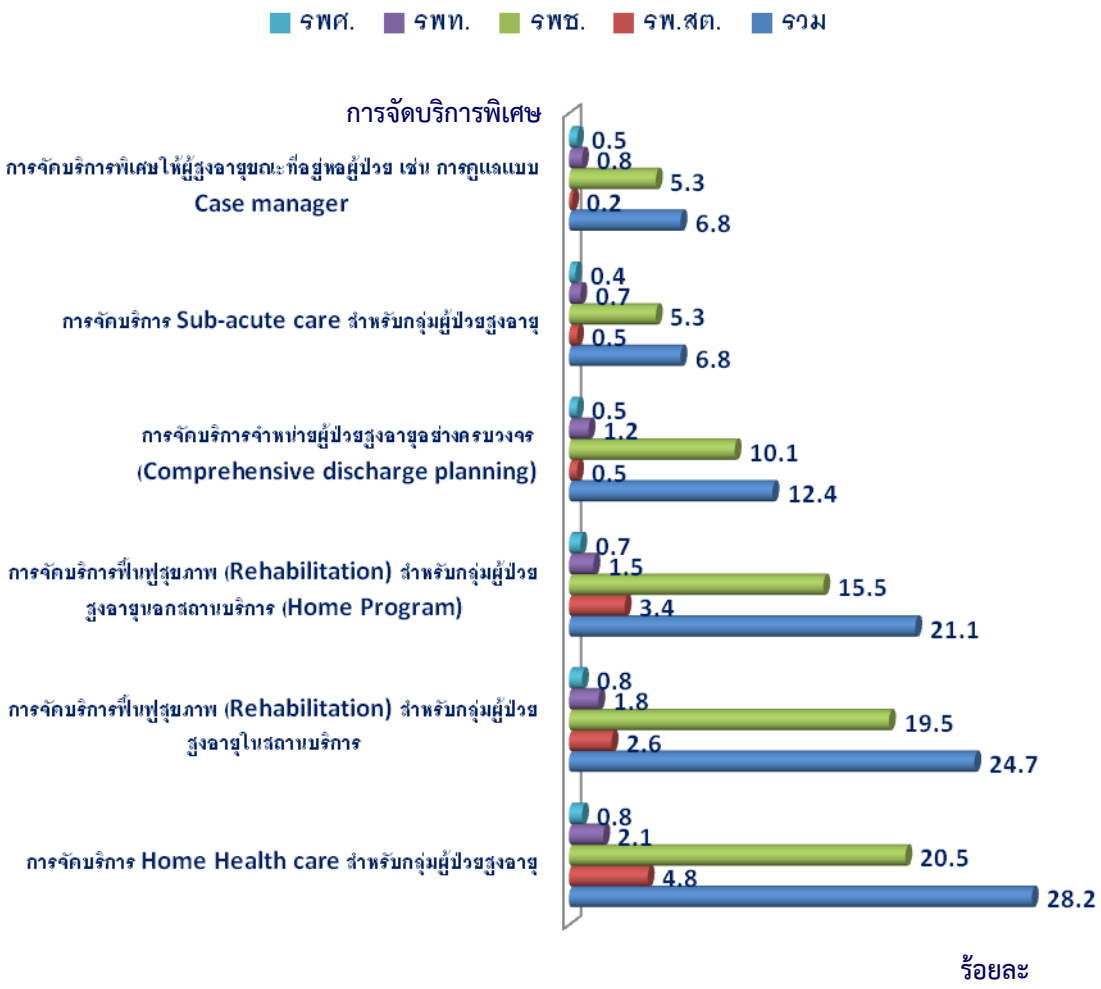
1.81 - 2.60 หมายถึง ความพร้อมระดับ 2

2.61 - 3.40 หมายถึง ความพร้อมระดับ 3

3.41 - 4.20 หมายถึง ความพร้อมระดับ 4

4.21 - 5.00 หมายถึง ความพร้อมระดับ 5

รูปภาพที่ 11 ร้อยละการจัดบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการ



ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามการจัดบริการพิเศษของสถานบริการ

การจัดบริการพิเศษของสถานบริการ	ระดับสถานบริการ				รวม	P-value
	รพศ. (%)	รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
การจัดบริการพิเศษให้ผู้สูงอายุขณะที่อยู่หอผู้ป่วยเช่น การดูแลแบบ Case manager	9 (0.5)	14 (0.8)	87 (5.3)	3 (0.2)	113 (6.8)	0.000
การจัดบริการ Sub-acute care สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ	6 (0.4)	12 (0.7)	87 (5.3)	8 (0.5)	113 (6.8)	0.004
การจัดบริการ Home Health care สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ	13 (0.8)	34 (2.1)	339 (20.5)	80 (4.8)	466 (28.2)	0.302
การจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการ	13 (0.8)	29 (1.8)	322 (19.5)	43 (2.6)	407 (24.7)	0.000
การจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุนอกสถานบริการ (Home Program)	12 (0.7)	24 (1.5)	256 (15.5)	56 (3.4)	348 (21.1)	0.505
การจัดบริการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบวงจร (Comprehensive discharge planning)	9 (0.5)	20 (1.2)	166 (10.1)	9 (0.5)	204 (12.4)	0.000
รวม	**62 (3.8)**	**133 (8.1)**	**1,257 (76.1)**	**199 (12.1)**	**1,651 (100.0)**	

เมื่อพิจารณารูปแบบการจัดบริการตามระดับความพร้อมในการจัดบริการ พบว่าสถานบริการระดับต่างๆ มีความพร้อมในการจัดบริการ Home Health Care มากที่สุดคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.3±1.0 รองลงมาคือ Rehabilitation และ End of life care คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8±1.1 และระดับความพร้อมในการจัดบริการน้อยใน 3 อันดับแรก ได้แก่ Respite care คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.5±.8, Day care คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.7±1.0 และ Nursing home คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.9±1.1 (ตารางที่ 10)

เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกับระดับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวในสถานบริการอย่างน้อยมีสองระดับสถานบริการที่มีความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

(p=0.000, p=0.001, p=0.038) พบว่าสถานบริการระดับรพศ./รพท.และรพช. มีความพร้อมระดับ 1 ในการจัดบริการ Day care ในขณะที่ระดับรพ.สต. มีความพร้อมระดับ 2 และการจัดบริการ Home Health Care, sub-acute care, Rehabilitation, Hospice care และ End of life care พบว่าทุกสถานบริการมีความพร้อมในการจัดบริการระดับ 2-4 ในการจัดบริการดังกล่าว (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวในสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการดูแล

รูปแบบการดูแล	ระดับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพ					ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$± SD
	1	2	3	4	5	
Day care	264 (56.9)	93 (20.0)	77 (16.6)	24 (5.2)	6 (1.3)	**1.7±1.0**
Day hospital	212 (45.8)	86 (18.6)	101 (21.8)	48 (10.4)	16 (3.5)	**2.1±1.2**
Home Health Care	42 (8.0)	43 (8.2)	209 (39.9)	180 (34.4)	50 (9.5)	**3.3±1.0**
Sub-acute care	153 (33.0)	117 (25.2)	136 (29.3)	47 (10.1)	11 (2.4)	**2.2±1.1**
Respite care	292 (65.2)	93 (20.8)	52 (11.6)	9 (2.0)	2 (0.4)	**1.5±0.8**
Long term care	114 (22.8)	81 (16.2)	187 (37.3)	100 (20.0)	19 (3.8)	**2.7±1.1**
Rehabilitation	85 (17.1)	90 (18.1)	179 (36.0)	115 (23.1)	28 (5.6)	**2.8±1.1**
Nursing home	222 (48.5)	98 (21.4)	89 (19.4)	43 (9.4)	6 (1.3)	**1.9±1.1**
Palliative care						
- Hospice care	173 (37.2)	104 (22.4)	128 (27.5)	41 (8.8)	19 (4.1)	**2.2±1.2**
- End of life care	83 (16.7)	90 (18.1)	185 (37.2)	109 (21.9)	30 (6.0)	**2.8±1.1**

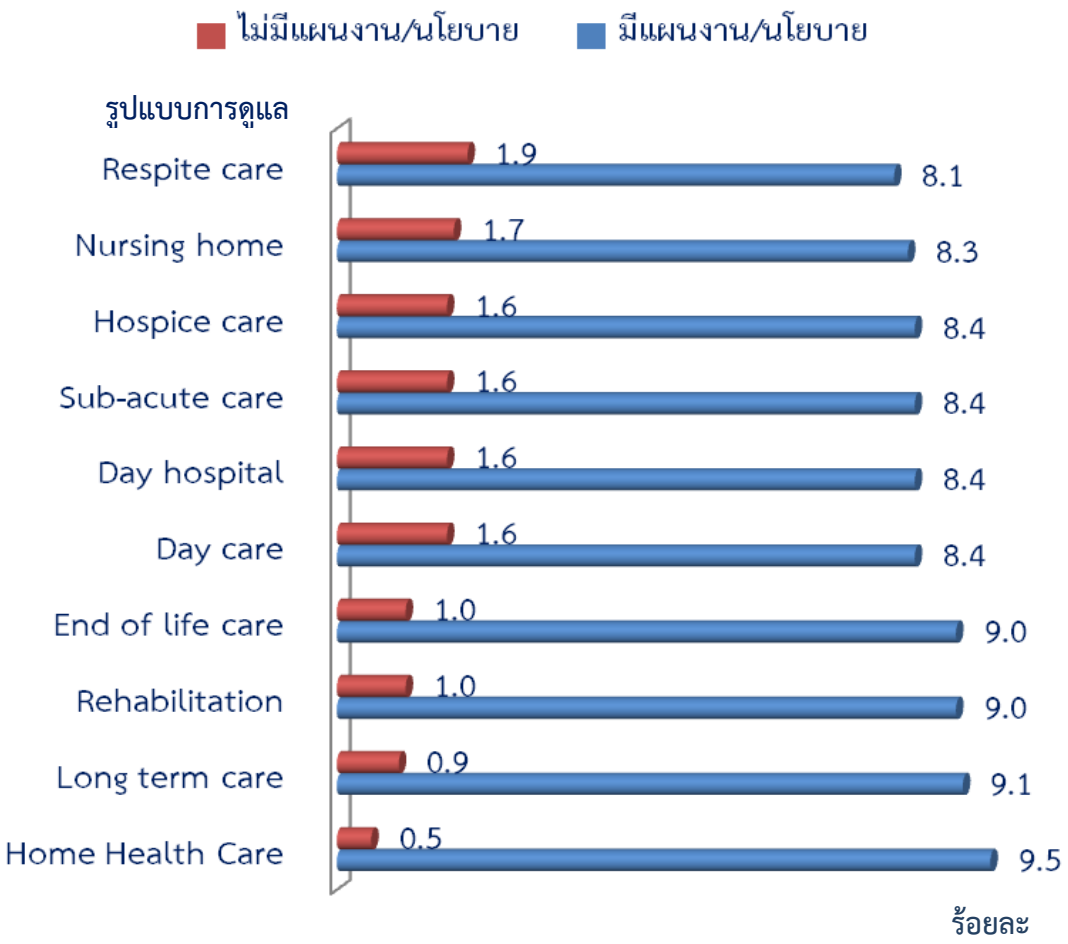
หมายเหตุ: หมายเลข 1 = มีความพร้อมน้อยที่สุด, 2 = มีความพร้อมน้อย, 3 = มีความพร้อมปานกลาง หมายเลข 4 = มีความพร้อมระดับมาก และ 5 = มีความพร้อมมากที่สุด

ตารางที่ 11 คะแนนและระดับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวในสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการดูแล

รูปแบบการดูแล	ระดับสถานบริการ								F-test P-value
	รพศ.		รพท.		รพช.		รพ.สต.		
	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	$\bar{x}$± SD	ระดับความพร้อม	
Day care	1.6±1.2	1	1.4±0.9	1	1.7±0.9	1	2.2±1.2	2	0.000
Day hospital	2.1±1.7	2	2.1±1.3	2	2.1±1.1	2	2.1±1.2	2	0.972
Home Health Care	3.7±1.2	4	3.6±0.8	4	3.2±1.0	3	3.4±0.9	3	0.038
Sub-acute care	2.6±1.3	2	2.7±1.2	3	2.3±1.1	2	1.7±0.9	1	0.000
Respite care	1.4±0.6	1	1.5±1.0	1	1.6±0.8	1	1.4±0.7	1	0.516
Long term care	2.8±1.5	3	2.7±1.1	3	2.6±1.1	3	2.8±1.1	3	0.584
Rehabilitation	3.3±1.3	3	3.1±1.1	3	2.9±1.1	3	2.3±1.0	2	0.000
Nursing home	1.9±1.4	2	1.8±1.0	1	1.9±1.1	2	2.1±1.1	2	0.589
Hospice care	2.9±1.5	3	2.3±1.2	2	2.3±1.2	2	1.8±0.9	2	0.001
End of life care	3.6±1.3	4	3.3±1.2	3	2.9±1.1	3	2.3±1.1	2	0.000

ด้านนโยบายและแผนงาน พบว่าทุกระดับสถานบริการจะมีการวางนโยบายและแผนงานในเรื่อง Home Health Care มากที่สุดร้อยละ 9.5 รองลงมาคือ Long term care ร้อยละ 9.1, End of life care และ Rehabilitation ร้อยละ 9 (รูปภาพที่ 12) เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่าไม่มีความแตกต่างในระหว่างระดับของสถานบริการกับระดับความพร้อมของสถานบริการเพื่อรองรับการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.156) พบว่าสถานบริการระดับรพศ. มีคะแนนค่าเฉลี่ยความพร้อมในการจัดบริการสูงสุด (คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.5±1.2) (ตารางที่ 12)

รูปภาพที่ 12 ร้อยละแผนงานหรือนโยบายด้านผู้สูงอายุจำแนกตามรูปแบบการดูแล



ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมของสถานบริการ
เพื่อรองรับการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ระดับสถานบริการ	ระดับความพร้อมของสถานบริการ					รวม	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ ± SD	F-test P-value
	1	2	3	4	5			
รพศ.	3 (0.7)	6 (1.5)	3 (0.7)	2 (0.5)	2 (0.2)	15 (3.7)	**2.5±1.2**	
รพท.	8 (2.0)	10 (2.4)	9 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	27 (6.6)	**2.0±0.8**	
รพช.	78 (19.0)	129 (31.5)	79 (19.3)	14 (3.4)	0 (0.0)	300 (73.2)	**2.1±0.8**	0.156
รพ.สต.	20 (4.9)	33 (8.0)	14 (3.4)	1 (0.2)	0 (0.0)	68 (16.6)	**1.9±0.8**	
รวม	**109 (26.6)**	**178 (43.4)**	**105 (25.6)**	**17 (4.1)**	**1 (0.2)**	**410 (100.0)**	**2.1±0.8**	

เมื่อพิจารณารูปแบบการดูแลที่มีการจัดในสถานแต่ละระดับ พบว่าทุกระดับสถานบริการมีการจัดบริการ Home Health Care เป็นอันดับที่ 1 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแล	ระดับสถานบริการ								รวม
	รพศ.		รพท.		รพช.		รพ.สต.		
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
Day care	16 (0.3)	2 (0.0)	29 (0.5)	13 (0.2)	337 (6.1)	58 (1.0)	82 (1.5)	16 (0.3)	553 (10.0)
Day hospital	16 (0.3)	2 (0.0)	31 (0.6)	11 (0.2)	341 (6.2)	54 (1.0)	75 (1.4)	23 (0.4)	553 (10.0)
Home Health Care	18 (0.3)	-	35 (0.6)	7 (0.1)	377 (6.8)	18 (0.3)	94 (1.7)	4 (0.1)	553 (10.0)
Sub-acute care	17 (0.3)	1 (0.0)	32 (0.6)	10 (0.2)	340 (6.1)	55 (1.0)	75 (1.4)	23 (0.4)	553 (10.0)
Respite care	16 (0.3)	2 (0.0)	28 (0.5)	14 (0.3)	330 (6.0)	65 (1.2)	74 (1.3)	24 (0.4)	553 (10.0)
Long term care	18 (0.3)	-	32 (0.6)	10 (0.2)	363 (6.6)	32 (0.6)	88 (1.6)	10 (0.2)	553 (10.0)
Rehabilitation	18 (0.3)	-	34 (0.6)	8 (0.1)	367 (6.6)	28 (0.5)	78 (1.4)	20 (0.4)	553 (10.0)
Nursing home	16 (0.3)	2 (0.0)	30 (0.5)	12 (0.2)	338 (6.1)	57 (1.0)	74 (1.3)	24 (0.4)	553 (10.0)
Palliative care									
Hospice care	16 (0.3)	2 (0.0)	29 (0.5)	13 (0.2)	343 (6.2)	52 (0.9)	77 (1.4)	21 (0.4)	553 (10.0)
End of life care	18 (0.3)	-	33 (0.6)	9 (0.2)	363 (6.6)	32 (0.6)	83 (1.5)	15 (0.3)	553 (10.0)
รวม	**169 (3.1)**	**11 (0.2)**	**313 (5.7)**	**107 (1.9)**	**3,499 (63.3)**	**451 (8.2)**	**800 (14.5)**	**180 (3.3)**	**5,530 (100.0)**

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารสถานบริการแต่ละดับต่อความพร้อมและความต้องการการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 การสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานบริการ

เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้บริหารสถานบริการ ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น อ่างทอง และกระบี่ โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารระดับ รพศ./รพท., รพช. และรพ.สต. จากการศึกษาสามารถเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้บริหารระดับรพช., และรพท.บางส่วน ขาดข้อมูลในระดับรพศ.ในประเด็นดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาในกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลระดับรพท., รพช.

1. นโยบายให้สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดบริการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุในสถานบริการ

จากการสัมภาษณ์ในระดับรพท. และรพช. พบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วย ถ้ากระทรวงสาธารณสุข จะมีนโยบายให้สถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยต้องกำหนดนโยบายให้ชัดเจนเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และจะเป็นผู้ที่มารับบริการมากที่สุดในอนาคต การจัดบริการทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ง่ายและทั่วถึง เน้นการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก การจัดบริการต้องมีความเชื่อมโยงถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และบูรณาการการทำงานกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในด้านงบประมาณเห็นว่าควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มจากงบปกติ งบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเพิ่มขึ้น เพราะกลุ่มผู้สูงอายุต้องการการดูแลพิเศษแตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น ในส่วนที่ไม่เห็นด้วยมองว่าแพทย์ที่ให้บริการจะรับภาวะไม่ไหว

2. นโยบาย ประเด็น การดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุในสถานบริการของท่านเป็นอย่างไร และสำหรับสถานบริการระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร

สถานบริการของหน่วยงาน ผู้บริหารสถานบริการมองว่า สถานบริการยังไม่มีความพร้อมในการดำเนินงาน มีบางแห่งเท่านั้นที่มีความพร้อมในการดำเนินงาน การให้บริการจะบูรณาการร่วมไปในงาน HHC จัดบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน เช่น ในกลุ่มที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการและกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จะจัดบริการเยี่ยมบ้านร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เน้นการให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด แต่ยังพบปัญหาการดูแลไม่ครอบคลุมทุกมิติอย่างต่อเนื่อง ขาดความเชื่อมโยงทุกหน่วยงาน รพ.สต.ที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้ยังจัดบริการด้านสุขภาพร่วมกับอปท. และหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ และมองว่าในสถานบริการระดับรพช. สามารถจัดบริการระดับ Day care ได้ การดำเนินการให้บริการในปัจจุบันสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ 70 ปีไม่มีคิวตามนโยบายจากส่วนกลาง และคลินิกผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารสถานบริการมองว่าการจัดบริการระดับรพศ./รพท. ยังไม่ชัดเจนเท่ากับในสถานบริการระดับรพช. เนื่องจากการจัดบริการจะเน้นการดูแล acute/sub-acute care ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความซับซ้อน ต้องรับการการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง มองว่าสถานบริการระดับรพศ./รพท.ควรจัดบริการในระดับ sub-acute care มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ไปยังสถานบริการรพช. เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและสะดวกกับผู้สูงอายุที่รับบริการนอกจากนี้มองว่าการจัดบริการด้านนี้จะไปเพิ่มภาระงานเนื่องจากสถานบริการมีจำนวนเตียงและอัตราการครองเตียงสูง รวมทั้งบุคลากรมีภาระงานที่มากอยู่แล้ว

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารสถานบริการมองว่าเป็นสถานบริการที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน จะรับดูแลเฉพาะในรายที่มีความจำเป็น เน้นการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน โดยจัดบริการ HHC ร่วมกับการฟื้นฟูสุขภาพ โดยประสานงานกับรพ.สต.และเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น อสม., อผส. นอกจากนี้ยังจัดบริการสุขภาพร่วมกับอปท. เช่น Mobile clinic สถานบริการระดับรพช. แต่ยังไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจัง ผู้ปฏิบัติพร้อมดำเนินการแต่แนวทางของส่วนกลางเป็นแค่นโยบายและขาดการสนับสนุนอย่างจริงจัง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารสถานบริการมองว่าการจัดบริการจะเน้นการค้นหาปัญหา การส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานสำคัญในการเยี่ยมบ้าน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นญาติของผู้สูงอายุเอง เน้นการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุ ส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพดีสมวัย กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนเน้นสนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ช่วยดูแลผู้สูงอายุเพื่อประเมินผู้สูงอายุว่าสามารถดูแลต่อที่บ้านหรือจำเป็นต้องส่งต่อสถานบริการระดับรพช. ในการดูแลต่อไป

3. หน่วยงานของท่านจัดลำดับความสำคัญในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อยู่ระดับที่เท่าไรใน 10 อันดับของหน่วยงาน

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารพบว่า ให้ความสำคัญในงานด้านผู้สูงอายุในอันดับที่ 1-5 สูงสุด และในบางแห่งให้ความสำคัญในอันดับแรกของการดำเนินงาน

4. สถานบริการระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขมีศักยภาพและความพร้อมเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร

ความพร้อมการจัดบริการสุขภาพ ผู้บริหารสถานบริการมองว่าการจัดบริการควรดูที่ความพร้อมและบริบทของสถานบริการแต่ละระดับ หลายแห่งมีความพร้อมและศักยภาพในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งในด้านอัตรากำลัง สิ่งแวดล้อม งบประมาณ และนโยบาย บางแห่งมีความพร้อมแต่จะให้ดำเนินการต้องมีการเพิ่มศักยภาพบุคลากร การสร้างทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และสถานที่ มุมมองที่เห็นว่าไม่มีความพร้อม เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรทางสุขภาพ สถานที่ไม่เป็นสัดส่วน และงบประมาณ

การเข้าถึงบริการและความเป็นธรรม ผู้บริหารสถานบริการมองว่าดำเนินการตามนโยบาย 70 ปี ไม่มีคิว ผู้สูงอายุได้รับการดูแลก่อน และการจัดบริการส่วนใหญ่เป็นการตั้งรับอาจต้องเน้นการให้บริการเชิงรุกเพื่อให้บรรลุกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น และมองว่าสถานบริการระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่าสถานบริการระดับอื่น เป็นโรงพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ พบว่าปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแล ไม่มีคนพามาโรงพยาบาล การคมนาคมไม่สะดวก และค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ ไม่มีระบบรับส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล มีระบบ 1669 บริการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินเท่านั้น

ประสิทธิภาพของระบบบริการ ผู้บริหารสถานบริการมองว่าประสิทธิภาพการจัดบริการแตกต่างกันไปตามศักยภาพและบริบทของสถานบริการ ส่วนใหญ่มองว่าอยู่ในระดับพอใช้ถึงปานกลาง เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับบริการมีจำนวนมาก ผู้ให้บริการมีไม่เพียงพอ แต่คุณภาพการให้บริการถูกควบคุมด้วยระบบ HA

ระบบข้อมูลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้บริหารสถานบริการมองว่า สถานบริการแต่ละระดับมีความพร้อมด้านข้อมูลของผู้สูงอายุต่างกัน การจัดเก็บข้อมูลขึ้นกับสถานบริการโดยทุกสถานบริการมีระบบสารสนเทศ (IT) และฐานข้อมูล 10 โรคผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข) แต่ยังพบว่ามีปัญหาในการดึงข้อมูลมาใช้ในสถานบริการที่ระบบ IT ยังไม่ดี

รูปแบบที่ตอบสนองต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้บริหารสถานบริการมองว่ารูปแบบการดูแลยังไม่มีความชัดเจนในการจัดบริการ แต่จะเน้นการให้บริการในเรื่องการเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น ที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ การมีภาคีเครือข่ายสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น อสม.,อผส.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอปท. ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและสนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุนอกจากนี้มองว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล ให้จัดบริการ Day care โดยในชุมชนเมืองอาจจะเป็นระบบศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุ และในชนบทอาจจะรวมกลุ่มเป็นชมรมผู้สูงอายุในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้

คุณภาพและการยอมรับการบริการ ผู้บริหารสถานบริการมองว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานบริการเนื่องจากมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและต้องการรักษาใกล้บ้าน และคุณภาพการให้บริการผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางถึงดีแต่ยังไม่ครอบคลุมแบบองค์รวม มีปัญหาหลายปัจจัยทั้งผู้ให้บริการ ผู้สูงอายุและญาติเอง ที่เป็นข้อจำกัดทั้งเรื่องความรู้ เจตคติ ภาระงาน แต่เนื่องจากความคาดหวังในเรื่องนี้ยังต่ำจึงยังเป็นที่ยอมรับ และประชาชนในพื้นที่ให้ความไว้วางใจในสถานบริการของรัฐเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสถานบริการของรัฐในชุมชนของตนเอง และไม่มีค่าใช้จ่ายสูง ลดภาระของสถานบริการขนาดใหญ่ และน่าจะมีการพัฒนาให้เทียบเท่ากับในทุกระดับของสถานบริการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน หากมีนโยบายหลักเดียวกันและมีความชัดเจน

5. ประเด็นศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของในสถานบริการแต่ละระดับควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารสถานบริการมองว่า มีความพร้อมทั้งความรู้สถานที่ บุคลากร และงบประมาณมากที่สุดในการจัดบริการ acute/sub-acute care เนื่องจากมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ภาวะแทรกซ้อน มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมายังสถานบริการระดับ รพช. แม่นย้ำและเพิ่มมากขึ้น สามารถดูข้อมูลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องได้ในเครือข่ายเดียวกัน แต่ต้องเพิ่มบุคลากรทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทั้งแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารสถานบริการมองว่าจัดบริการสุขภาพตามบริบทของสถานบริการ เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ มีมุมเฉพาะแยกบริการผู้ป่วยเป็นสัดส่วนมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ การบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาชั่วคราวในสถานบริการ (รพ.) และเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพต้องมีการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งให้อปท.เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารสถานบริการมองว่าจัดบริการ HHC และประสานงานร่วมกับรพช. ในการดูแลผู้สูงอายุแบบเครือข่ายสุขภาพ และจัดบริการร่วมกับอปท., พมจ. และมองว่าสถานบริการมีบริบทที่เอื้อต่อการดำเนินการ เช่น Day care แต่มีข้อกำจัดด้านบุคลากรและแรงจูงใจในการทำงาน

6. รูปแบบการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุของสถานบริการแต่ละระดับควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารสถานบริการมองว่าจัดบริการแบบ Acute/sub-acute care เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย การป้องกันความพิการหรือทุพพลภาพ การให้ความรู้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและญาติ การจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารสถานบริการมองว่า การจัดบริการแบบ Day care/community care ให้บริการแบบ one stop service การส่งเสริมสุขภาพ การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม รวมทั้งการสนับสนุนสถานบริการระดับรพ.สต.ในการดูแลผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารสถานบริการมองว่า จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการเฝ้าระวังความเสี่ยงในผู้สูงอายุ ให้บริการร่วมกับทีม HHC และทำงานในเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อจัดบริการได้รวดเร็วกรณีฉุกเฉิน

7. ปัจจัยที่จะทำให้การจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุของสถานบริการประสบความสำเร็จ

ผู้บริหารสถานบริการมองว่าในประเด็นการบริหารจัดการคือ 1) นโยบายต้องชัดเจน กำหนดเป็นยุทธศาสตร์/ชี้แจ้งประชาสัมพันธ์/กำหนดแผนงาน/ตัวชี้วัด 2) งบประมาณสนับสนุนเพียงพอ โดยนโยบายจากส่วนกลางต้องสนับสนุนด้วยงบประมาณที่เหมาะสม 3) บุคลากรมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุและมีเพียงพอ และบรรจุใน service plan 4) ระบบสารสนเทศ (IT) และ 5) มีส่วนร่วม/มีการร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นอกจากนี้การสร้างและมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ชุมชน และการสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ความเข้าใจถึงปัญหาผู้สูงอายุ และเข้าใจบริบทชุมชนของบุคลากรเพื่อจัดบริการให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทุกด้าน

8. การดำเนินงานของสถานบริการระดับต่างๆ เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารสถานบริการมองว่าการจัดบริการแบบ Day hospital, Rehabilitation และเน้นดูแล Acute/sub-acute care ในผู้ป่วยสูงอายุที่วิกฤติ รวมถึงการจัดบริการเป็น Respite care ในกลุ่มที่มีปัญหาทางการดูแล การจัดบริการในรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุ และเน้นเรื่องการส่งต่อสู่รพช. หรือชุมชน มีการติดตามต่อเนื่องและเป็นที่รับปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อลดการเดินทางและขั้นตอนของบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และต้องมีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในสัดส่วนที่เหมาะสมกับประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารสถานบริการมองว่าดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน เช่น จัดบริการ Day hospital ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ การดูแล Sub-acute care และ Respite care เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน รวมถึง Hospital care ในช่วยระยะสุดท้าย การทำ Rehabilitation ในกลุ่มที่ช่วยตัวเองได้น้อย เน้นมีรูปแบบการบริการที่ชัดเจนควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมทั้งมีระบบข้อมูลและเครือข่ายสนับสนุนการให้บริการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารสถานบริการมองว่า สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุโดยให้บริการ HHC ร่วมกับอปท. จัด Day care ในผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแล โดยกิจกรรมอาจจะจัดในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมความมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงกับรพ.แม่ข่ายได้ดี

2.2 ผลการศึกษาในหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับรพท., รพช.

1. นโยบายให้สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดบริการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุในสถานบริการ

ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยและเป็นนโยบายที่สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันเพราะมีจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้น และผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน แต่ควรมีการสนับสนุนสถานบริการด้านงบประมาณ บุคลากรและด้านวิชาการ การดูแลระยะยาวและบริการทางการแพทย์ในการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพเท่าที่มีอยู่เป็นบริการที่จัดโดยภาคเอกชนในรูปสถานบริการผู้สูงอายุซึ่งมีค่าบริการสูงและเป็นการยากที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้าถึงได้ จัดบริการแบบ Holistic care และการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดบริการเชิงรุกการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่ 3 และ 2 หรือผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพังซึ่งบางคนช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ควรมีการเชื่อมโยงกับแกนนำชุมชน จิตอาสาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในสถานบริการไม่สามารถรองรับได้ทั้งหมด

ทุกมิติ ขณะเดียวกันก็พบข้อจำกัดในการดำเนินการ ได้แก่ รูปแบบไม่ชัดเจน งบประมาณขาดแคลน ขาดบุคลากรระดับนำทีมและระดับปฏิบัติ

2. นโยบายประเด็นการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุในสถานบริการของท่านเป็นอย่างไร และสำหรับสถานบริการระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร

หน่วยงานของท่าน ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่าการกำหนดนโยบายและรูปแบบยังไม่ชัดเจน ในสถานบริการขนาดเล็กหรือสถานบริการที่ยังไม่มีความพร้อมพบว่ามีข้อจำกัดด้านงบประมาณ สถานที่ และบุคลากร การจัดบริการ เช่น จัดช่องบริการแยกพิเศษ 70 ปีไม่มีคิว โดยแบ่งประเภทผู้รับบริการ เป็น 3 กลุ่ม จัดบริการให้แต่ละกลุ่มตามความต้องการและตามมาตรฐาน เน้นให้ภาคีเครือข่ายระดับครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.) ติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในรายที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่าจัดให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดและครบวงจร และเป็นที่ปรึกษาของสถานบริการขนาดเล็กกว่าได้ รวมทั้งการประสานงานในด้านวิชาการ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านในรายที่เป็นปัญหา แต่มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนเตียง การจัดบริการผู้สูงอายุในเขตเมือง อาจจะเป็น Day hospital หรือ Day Care

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่าจัดบริการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค และสามารถจัดบริการแบบ Day Care หรือ Day hospital เห็นว่าเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ดำเนินการบางส่วน เช่น การเยี่ยมบ้าน (Home health care) ให้การดูแลต่อเนื่องและส่งกลับรพ.สต. เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งเป็นศูนย์กลางระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และรพ.สต.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่าในระดับรพ.สต. ซึ่งมีการให้บริการในลักษณะของงานรักษาน้อยกว่ารพช. น่าจะมีความสามารถในการทำงานในชุมชนและเข้าถึงผู้รับบริการได้ดีกว่า เน้นการดูแลที่บ้านมีระบบเชื่อมโยงกับชุมชนที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการสร้างแกนนำจิตอาสา/เพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชนใกล้กัน

3. หน่วยงานของท่านจัดลำดับความสำคัญในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อยู่ระดับที่เท่าไรใน 10 อันดับของหน่วยงาน

ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่าจัดลำดับอยู่ในอันดับ 5-10 และขึ้นอยู่กับปัญหาเร่งด่วนขณะนั้น

4. สถานบริการระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขมีศักยภาพและความพร้อมเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร

ความพร้อมการจัดบริการสุขภาพ ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่าขึ้นกับความชัดเจนของนโยบาย การสนับสนุนภาครัฐและองค์กรส่วนท้องถิ่น รวมทั้งด้านงบประมาณ อัตรากำลัง สถานที่และเห็นว่าสถานบริการแต่ละระดับยังไม่มีความพร้อมในการจัดบริการ

การเข้าถึงบริการและความเป็นธรรม ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่า จัดบริการในภาพรวมไม่ค่อยแตกต่างกันมาก จัดบริการแบบ One stop service และ 70 ปีไม่มีคิว ตามนโยบายกระทรวง ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 และ 2 ยังเข้าถึงบริการได้น้อย ควรจัดระบบบริการเชิงรุก ให้เข้าถึงผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้มากขึ้น

ประสิทธิภาพของระบบบริการ ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่ามีการให้บริการตามมาตรฐานและชุดสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเน้นการบริการดังนี้ 1) ระบบการดูแลต่อเนื่องทุกมิติ 2) ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการที่จัดไว้ 3) มีการบริการระบบบูรณาการเชิงรุกเน้นครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม และ 4) บุคลากรผ่านการฝึกอบรมเฉพาะด้านผู้สูงอายุ

ระบบข้อมูลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่ามีระบบการเก็บฐานข้อมูลผู้สูงอายุแยกเป็นรายกลุ่ม และข้อมูลโรคที่ป่วยต้องดูแลตาม ICD–10 ยังขาดการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนหรือจัดกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม

รูปแบบที่ตอบสนองต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่า การดำเนินการในปัจจุบันเป็นการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในรพ. ช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน/การดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคเรื้อรัง (HHC) การบริการเชิงรุก และการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเห็นว่ารูปแบบที่ตอบสนองต่อผู้สูงอายุควรเน้นในประเด็นต่อไปนี้

1. การจัดบริการเยี่ยมบ้านการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
2. การสร้างทีมภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
3. การจัดบริการดูแลสุขภาพตามปัญหาเฉพาะโรค เช่น การดูแลสุขภาพช่องปาก การทำกายภาพบำบัด
4. การดูแลที่เป็นองค์รวม ประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพ มีญาติร่วมดูแล มีระบบการประเมินการบริการ มีแพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพดูแล และระบบส่งต่อดี

คุณภาพและการยอมรับการบริการ ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาลมองว่า ควรมีหน่วยงานภายนอกมาตรวจสอบและรับรองคุณภาพมาตรฐาน และมีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน เช่น การให้บริการเน้นการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และผู้สูงอายุเชื่อมั่นในบริการโดยข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจที่ได้รับไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ และสถานบริการก็ได้รับการประกันคุณภาพ (HA)

5. ประเด็นศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของในสถานบริการแต่ละระดับควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาลมองว่า มีความพร้อมในการรักษาดูแลผู้สูงอายุในกลุ่ม Acute care การดูแลเฉพาะโรค เป็นแหล่งสนับสนุนด้านวิชาการและเป็นที่ปรึกษาหน่วยงานระดับรอง ระบบส่งต่อเป็นแม่ข่ายเชื่อมโยงบริการกับรพช.และรพ.สต.และต้องมีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาลเห็นว่า รพช.มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่ม Sub-acute care และในกลุ่ม Palliative care และสามารถจัดบริการ Day Care, Day hospital, Rehabilitation แต่การจัดบริการปัจจุบันเน้นจัดบริการด้านการป้องกันส่งเสริม ฟื้นฟู กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการกระตุ้นให้สังคมและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเน้นครอบครัวเข้ามามีส่วนในการดูแล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาลมองว่า เน้นให้บริการสุขภาพใกล้บ้านและการคัดกรองสุขภาพ กรณีที่เกินศักยภาพของสถานบริการก็ใช้ระบบการส่งต่อตามลำดับ รวมทั้งการบริการเชิงรุกค้นหาผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสไม่สามารถเข้าถึงบริการ ประสานงานองค์กรต่างๆ เน้นภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม เช่น อปท.ให้การสนับสนุนร่วมกันดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

6. รูปแบบการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุของสถานบริการแต่ละระดับควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาลมองว่า เน้นการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องใช้ผู้ดูแลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ จัดบริการแยกคลินิก One Stop Service เน้นการบริการรักษามากกว่าการส่งเสริมและฟื้นฟู และเห็นว่าสามารถจัดบริการ Day care, Day Hospital และ Hospice Care

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่าการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม รวมถึงส่งต่อการดูแลถึงรพ.สต.และชุมชน สร้างเครือข่ายหรือชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็งโดยมีผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเอง รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการจัดบริการ เห็นว่ารพช.สามารถจัดบริการ Day care, Day Hospital, Home Health Care และ Rehabilitation

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาลมองว่า การจัดบริการเน้นการคัดกรองและการส่งต่อเมื่อเกินศักยภาพ จัดบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและการดูแลที่บ้าน การจัดตั้งกลุ่มร่วมกันทำกิจกรรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานระดับท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ให้สนับสนุนเงินงบประมาณในการดำเนินงาน โดยพัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดตั้งศูนย์ที่วัดหรือรพ.สต.ในรูปแบบ Day care

7. ปัจจัยที่จะทำให้การจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุของสถานบริการประสบความสำเร็จ

1. กำหนดนโยบายชัดเจน
2. งบประมาณสนับสนุนเพียงพอ
3. อัตรากำลังในการดำเนินงานเพียงพอ เหมาะสม
4. มีการจัดระบบบริการที่ชัดเจนและมีมาตรฐาน
5. ระบบข้อมูลผู้สูงอายุ

6. ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล/อบต., สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

7. การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

8. การประเมินและติดตามการดำเนินงาน

8. การดำเนินงานของสถานบริการระดับต่างๆ เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทยควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่าควรมีช่องทางบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนครบตามมาตรฐาน และเป็นแม่ข่ายทุกด้าน มีบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบ Sub-acute care โดยเฉพาะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้สูงอายุ และส่งต่อให้รพช.และการดูแลต่อเนื่อง

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาล มองว่าควรมีคลินิกผู้สูงอายุที่ชัดเจน มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและท้องถิ่น สามารถจัดบริการแบบ Day Care การช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน การดูแลผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลแบบประคับประคอง และจัดบริการเฉพาะกิจ เช่น การออกหน่วยบริการผู้สูงอายุด้านทันตกรรม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารที่ดูแลด้านการพยาบาลมองว่าจัดบริการตามมาตรฐาน เน้นการป้องกันโรค คัดกรอง ค้นหาโรคและกรณีที่พบว่าเกินศักยภาพของสถานบริการส่งไปตามระบบส่งต่อ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ด้านอาหาร ออกกำลังกาย จิตอารมณ์ และการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันในชุมชน เน้นการจัดบริการในชุมชนแบบองค์รวม เห็นว่ารพ.สต. สามารถจัดบริการรูปแบบ Day care ได้ และปัจจุบันสามารถดูแลผู้สูงอายุแบบ Home Health Care ได้มากที่สุด

2.3 ผลการศึกษากลุ่มผู้บริหารในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. นโยบายให้สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดบริการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุในสถานบริการ

ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลแบบพิเศษ และรพ.สต.เป็นด่านแรกที่จะให้บริการผู้สูงอายุและสามารถจัดบริการให้กับผู้สูงอายุกลุ่ม 2 และ 3 ให้ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการ บ้าน และชุมชนอย่างเป็นรูปแบบ นโยบายให้รพ.สต.จัดบริการดูแลระยะยาว เป็นนโยบายที่ดีมากๆ แต่จะสามารถทำตามนโยบายให้ดีได้หรือไม่ขึ้นกับความพร้อมของสถานบริการ เพราะรพ.สต.มีข้อจำกัดด้วยบุคลากร, สถานที่, งบประมาณ, ความเข้มแข็งของอสม. และความพร้อมของญาติ และเห็นว่าอาจจะต้องปรับปรุงและเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการแต่ละระดับให้มีความพร้อมทั้งด้านทรัพยากร อาคารสถานที่ และการจัดระบบบริการที่ไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่หน่วยบริการระดับล่าง

2. นโยบายประเด็นการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุในสถานบริการของท่านเป็นอย่างไร และสำหรับสถานบริการระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร

หน่วยงานของท่าน ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่าสามารถจัดบริการในเรื่อง 1) การสำรวจคัดกรองสุขภาพ 2) สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่ม 3) ส่งเสริมกิจกรรมของกลุ่ม 4) ส่งเสริมกลุ่มจิตอาสาในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ และ 5) สนับสนุนอุปกรณ์การช่วยเหลือตามความเหมาะสมหรือจำเป็น มีการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุโดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่ม 1 เยี่ยมโดยจิตอาสา"อผส." กลุ่ม 2 และ 3 โดยเจ้าหน้าที่วางแผนออกเยี่ยมทุกเดือน สนับสนุนให้มีชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านจัดกิจกรรมสุขภาพและการเยี่ยมผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งการจัดบริการเชิงรุก เช่น ในสถานบริการจัดให้มีศูนย์สาธิตการเรียนรู้ในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดให้มีอผส. เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และให้ความสำคัญในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของบุคลากร อสม. อผส. และจิตอาสา ในการดูแลผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่าเป็นสถานบริการที่รองรับและดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา เพราะมีความพร้อมด้านสถานที่ บุคลากร และองค์ความรู้ เป็นแหล่งสนับสนุนวิชาการ กายอุปกรณ์และอื่นๆ อย่างครอบคลุมสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่าเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้สูงอายุระดับอำเภอ มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะสามารถเชื่อมการทำงานระหว่างรพ.สต.และรพช. มีสหวิชาชีพมาร่วมดำเนินงาน Home Health Care การจัดให้มีทีมพี่เลี้ยงมาให้บริการร่วมกับรพ.สต. รวมถึงการส่งต่อให้รพ.สต.เพื่อดูแลฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่าระบบการดำเนินงานในการดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นงานที่ต้องมีการทำงานร่วมกันทั้งผู้ให้บริการ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบการส่งต่อ แต่พบมีปัญหา ได้แก่ 1) การถ่ายทอดการดำเนินงาน 2) การกำหนดแนวทางการทำงานยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และ 3) การประเมินและวิเคราะห์ที่ยังไม่ชัดเจนคลอบคลุมการทำงานในแต่ละส่วน มีการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อแบ่งระดับการดูแลและจัดให้บริการ เช่น การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสภาพ การให้ความรู้กับผู้สูงอายุและญาติ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการมาดูแลต่อในชุมชน

3. หน่วยงานของท่านจัดลำดับความสำคัญในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อยู่ระดับที่เท่าไรใน 10 อันดับของหน่วยงาน

ส่วนใหญ่จัดไว้ลำดับที่ 1-5 และดูความสำคัญตามภาระงาน ความสำคัญและงานเร่งด่วนที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานของจังหวัด

4. สถานบริการระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขมีศักยภาพและความพร้อมเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร

ความพร้อมการจัดบริการสุขภาพ ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่าการจัดบริการขึ้นกับความพร้อมของรพ.สต. แต่ละแห่ง แต่ส่วนใหญ่เห็นว่ายังไม่พร้อมในการจัดบริการ เพราะมีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากร สถานที่ และงบประมาณ แต่มีศักยภาพดูแลในระดับหนึ่ง เช่น การรวบรวม

ข้อมูลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม และจัดบริการในแต่ละกลุ่มให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการและการจัดบริการดูแลพื้นฐาน เป็นสถานบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจมากที่สุด ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วย

การเข้าถึงบริการและความเป็นธรรม ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่ารพ.สต. เป็นสถานบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ให้บริการด้วยความเท่าเทียมกันอยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก แต่ก็พบปัญหาในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เข้าถึงบริการได้น้อย เนื่องจากต้องรอญาติพามาสถานบริการก็จะมีบริการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ไปดูแล

ประสิทธิภาพของระบบบริการ ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่ามีการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงาน ตัวชี้วัดความสำเร็จยังไม่ชัดเจนในระดับรพ.สต. ประสิทธิภาพการบริการอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง เพราะสถานบริการยังไม่มีความพร้อมทั้งบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ

ระบบข้อมูลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่ารพ.สต. มีการจัดเก็บข้อมูลในโปรแกรม HCIS และตรวจสุขภาพประจำครอบครัวเป็นข้อมูลผู้สูงอายุแยกเป็นกลุ่ม 1,2,3 สำรวจโดยอสม.ส่งให้ทุกเดือน เพื่อสะดวกต่อการให้บริการและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบที่ตอบสนองต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่ารูปแบบที่สามารถตอบสนองต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ Long Team Care, Home Health Care, Day Care ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมีการบริการถึงบ้านทั้งครอบครัว ทั้งการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ การเยี่ยมบ้านหรือการช่วยเหลือสนับสนุนที่บ้านยามเจ็บป่วย และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการให้บริการในสถานบริการ การให้บริการที่บ้านและชุมชน โดยทีม HHC และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

คุณภาพและการยอมรับการบริการ ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่าการจัดบริการในกลุ่มที่ 2,3 ผู้ดูแลและครอบครัวต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมและให้ความรู้ในการดูแล โดยบูรณาการกับงาน Home Health Care ได้รับการยอมรับด้านคุณภาพจากผู้สูงอายุและญาติเพราะเชื่อมั่นและพอใจในการบริการ

5. ประเด็นศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของในสถานบริการแต่ละระดับ ควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่ามีศักยภาพในการดำเนินการ มีความพร้อมด้านบุคลากร สถานที่และอุปกรณ์ และเป็นแม่ข่ายให้คำปรึกษาให้หน่วยบริการขนาดเล็ก

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่าเป็นสถานบริการที่ใกล้ชิดชุมชนมากกว่ารพศ./รพท. มีความพร้อมในการจัดบริการการดูแลระยะยาวได้มากกว่ารพ.สต.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่ายังไม่พร้อมในการจัดบริการเนื่องจาก 1) เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 2) วัสดุอุปกรณ์ และ3) บุคลากรไม่เพียงพอ ต้องใช้ระบบภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และเห็นว่าถ้ารพ.สต.

ได้รับการสนับสนุนในเรื่อง องค์ความรู้ คน เงิน อุปกรณ์ จะเพิ่มศักยภาพและความพร้อมในการให้บริการ

6. รูปแบบการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุของสถานบริการแต่ละระดับควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่ามีศักยภาพในการให้บริการ Rehabilitation center, Acute/ sub-acute center และควรมีการจัดบริการเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการเฉพาะผู้สูงอายุ เช่น มีการจัดบริการผู้สูงอายุแยกเฉพาะทั้งแผนกผู้ใน/นอก มีบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะในการดูแล และให้การสนับสนุนหน่วยงานอื่นๆ ทั้งใน/นอกเขตรับผิดชอบ แต่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการไปใช้บริการเนื่องจากตั้งอยู่ไกล

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่ามีศักยภาพในการให้บริการ Rehabilitation/Sub-acute center/Long term care/Hospice Care ให้การสนับสนุนการทำงานและร่วมทำงานในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ทุกรายกับรพ.สต. และเพิ่มการบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับรพ.สต.อย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่ามีศักยภาพในการจัดบริการ Day Care/จิตอาสา/Rehabilitation ปัจจุบันเน้นการบริการการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และเฝ้าระวังในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลเยี่ยมบ้านร่วมกับรพ.เครือข่ายและประสานความช่วยเหลือหน่วยงานต่างๆ บุคลากรที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อจัดบริการการดูแลระยะยาวประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา อปท. และชุมชน

7. ปัจจัยที่จะทำให้การจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุของสถานบริการประสบความสำเร็จ

ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองในประเด็นต่อไปนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุขมีความพร้อมด้านองค์ความรู้ ทักษะ วิชาการในด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2) ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เช่น ผู้นำชุมชน,อปท. 3) ความร่วมมือของผู้สูงอายุ ญาติและชมรมผู้สูงอายุ 4) งบประมาณต่อเนื่อง และเห็นว่ากระทรวงจะต้องมีการกำหนดนโยบายชัดเจนในการจัดบริการแต่ละระดับสถานบริการ ร่วมทั้งสนับสนุนทั้งบุคลากร,วัสดุ/อุปกรณ์,งบประมาณ และสถานที่

8. การดำเนินงานของสถานบริการระดับต่างๆ เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทยควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่ามีผู้รับผิดชอบเฉพาะที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะ มีสถานที่ที่เชื่อมต่อผู้สูงอายุแยกเป็นสัดส่วน มีวัสดุและอุปกรณ์การแพทย์พร้อมให้บริการแก่ผู้สูงอายุ มีการเชื่อมต่อข้อมูลกับรพช. เป็นหน่วยสนับสนุนด้านวิชาการ และพี่เลี้ยงให้กับสถานบริการระดับรพช.และรพ.สต.

โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่าเป็นหน่วยที่จะต้องคอยประสานและแจ้งข้อมูลให้กับหน่วยบริการระดับล่างทราบ มีการเชื่อมต่อข้อมูลกับรพศ.และรพ.สต. และสามารถประสานงานได้ตลอดเวลา เช่น สนับสนุนทีมงานในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ร่วมกับรพ.สต. เห็นว่ารพช.มีความพร้อมและศักยภาพในการจัดบริการสูงกว่ารพ.สต.

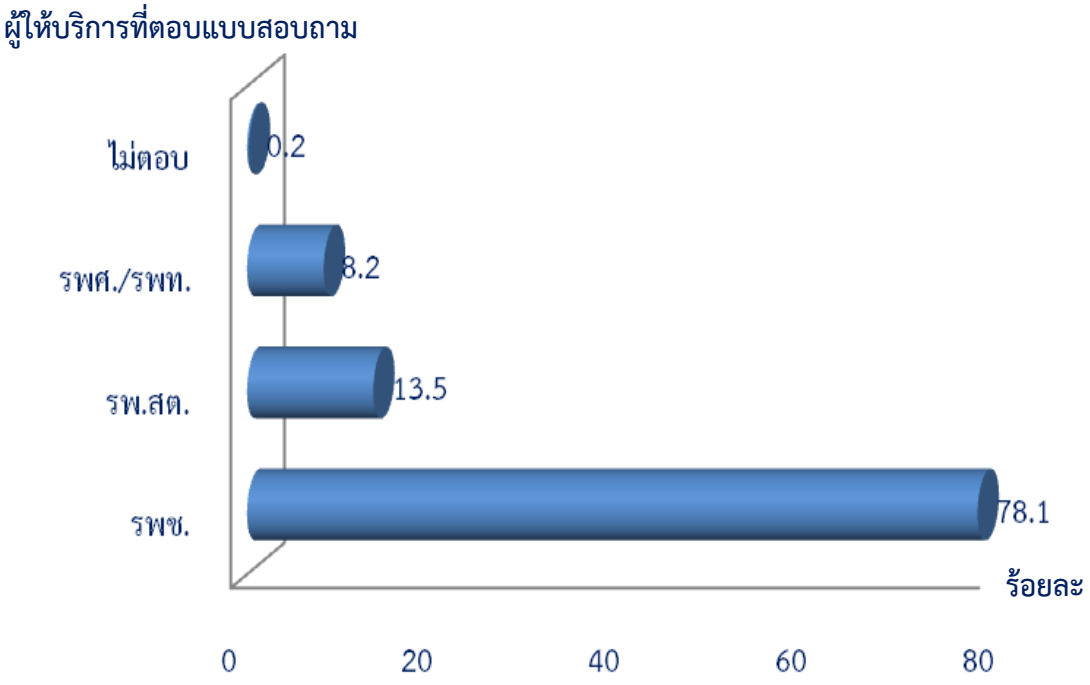
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารระดับรพ.สต. มองว่าครอบครัวของคนไทยเป็นครอบครัวขยายอยู่ร่วมกันหลายกลุ่มวัย จึงควรส่งเสริมทุกกลุ่มอายุให้เห็นความสำคัญและให้ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุโดยเริ่มจากครอบครัวก่อน การส่งเสริมให้ผู้สูงวัยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด รพ.สต มีการจัดบริการเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุกลุ่ม 2, 3 การสร้างภาคีเครือข่ายในชุมชนให้เข้ามาดูแลผู้สูงอายุ ประสานและทำงานร่วมกันระหว่างอบต., ผู้นำชุมชน, โรงเรียน และวัด และมีการเชื่อมข้อมูลผู้สูงอายุจากรพช. และจากชุมชน รวมทั้งจัดอบรมพัฒนาศักยภาพอสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เห็นว่าการจัดบริการดูแลระยะยาวรพ.สต.ต้องมีความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ สถานที่ มีภาคีเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วนทำงานเป็นทีม และกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในทุกระดับการให้บริการ

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาความคิดเห็นความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ให้บริการ

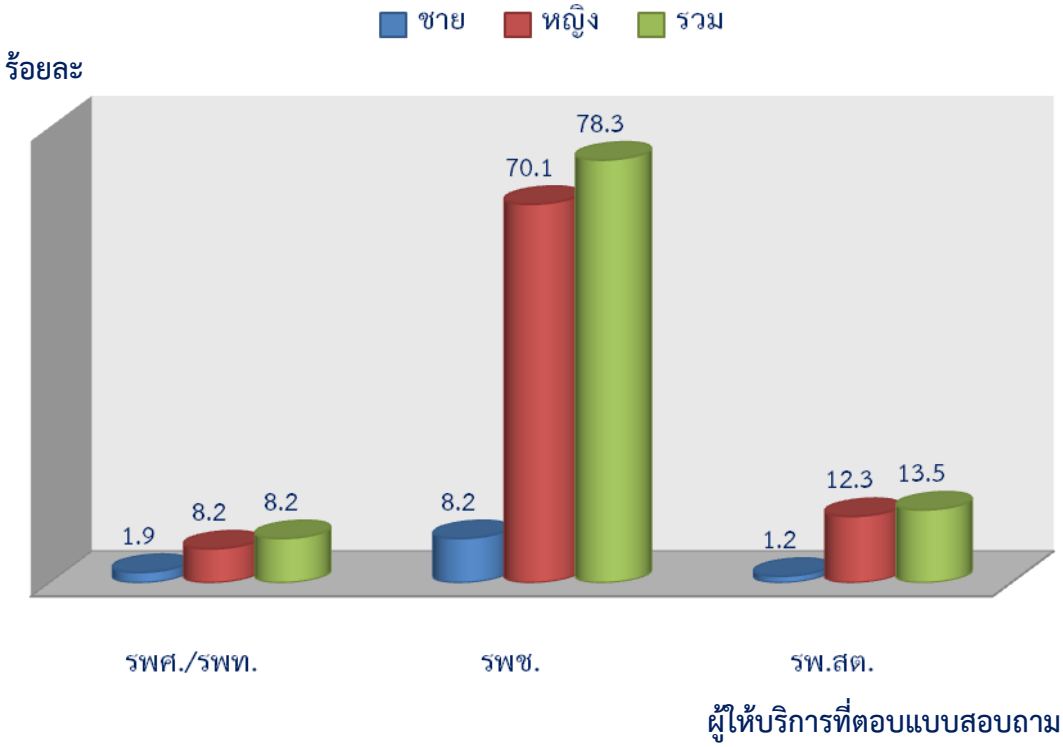
จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้ให้บริการ (บุคลากรทางสุขภาพ) ที่ดูแลหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น อ่างทอง และกระบี่ จำนวน 416 คน ประกอบด้วย รพศ./รพท. ร้อยละ 8.2, รพช. ร้อยละ 78.1 และรพ.สต. ร้อยละ 13.5 (รูปภาพที่ 13) กลุ่มผู้ให้บริการเป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.7 เพศชาย ร้อยละ 11.3 (รูปภาพที่ 14) ช่วงอายุของกลุ่มผู้ให้บริการ พบว่าอายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ อายุ 26-45 ปี ร้อยละ 41.8 และอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 13.8 (ตารางที่ 14) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด รองลงมาคือ 3-5 ปี ร้อยละ 23.6, 1-2 ปี ร้อยละ 20, พึ่งมารับงานใหม่ๆ ร้อยละ 18.3, 6-9 ปี ร้อยละ 7.7 และน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 0.5 พบว่ามีความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับเพศของผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.012) พบว่าผู้ให้บริการเพศหญิงมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุสูงกว่าเพศชาย (ตารางที่ 15)

เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่า สถานบริการระดับรพศ./รพท. ผู้ให้บริการส่วนใหญ่พึ่งมารับงานใหม่ๆ มากที่สุด ร้อยละ 2.4 รองลงมาคือ 3-5 ปี ร้อยละ 1.9 ในขณะที่สถานบริการระดับรพศ./รพท.และรพช. ผู้ให้บริการมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 10 ปี ขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 22.7 และ 5.8 ตามลำดับ (รูปภาพที่ 15)

รูปภาพที่ 13 ร้อยละผู้ให้บริการที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามสถานบริการ



รูปภาพที่ 14 ร้อยละผู้ให้บริการที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามระดับสถานบริการ



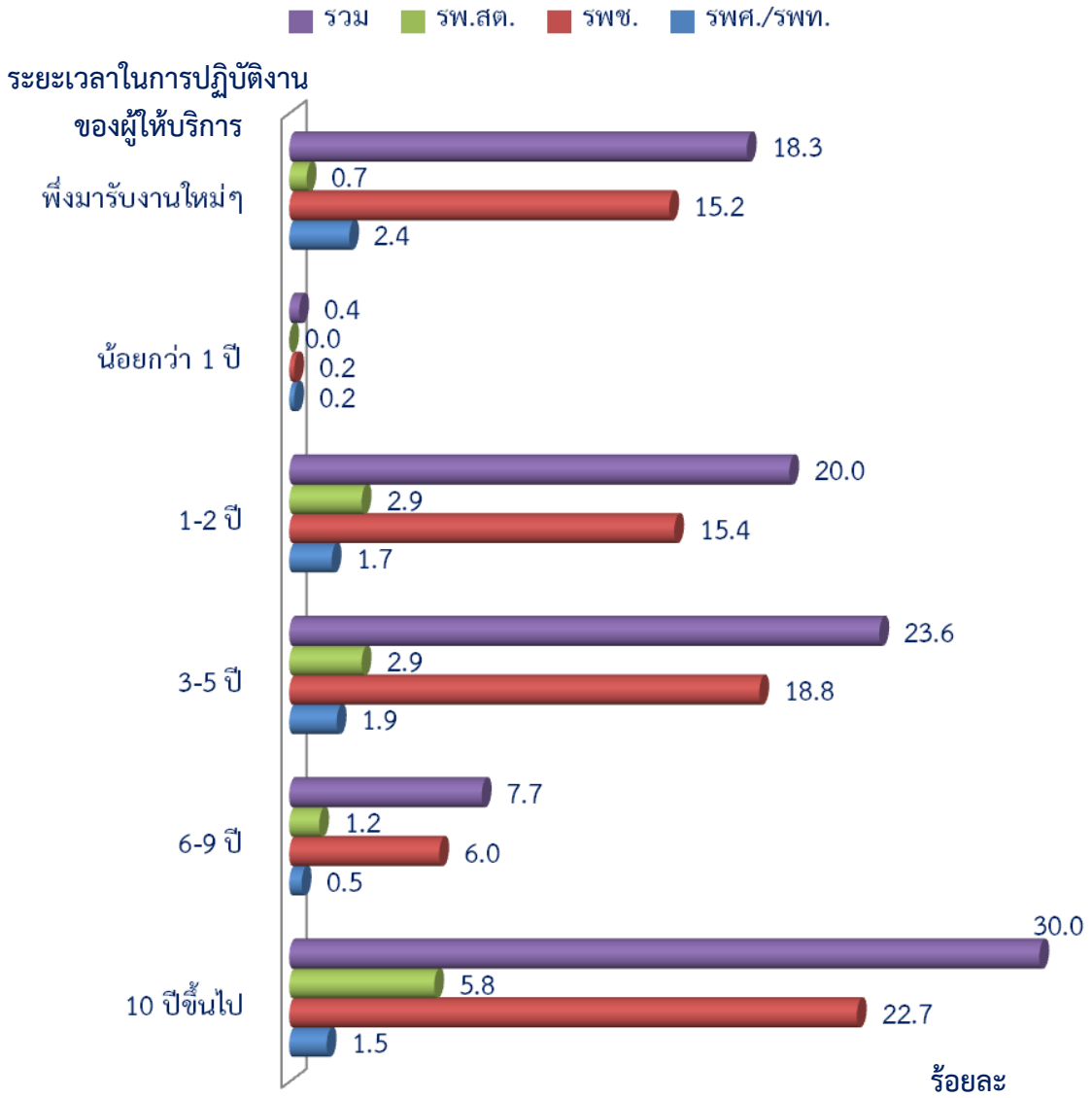
ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละผู้ให้บริการจำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	เพศ		รวม	P-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
อายุต่ำกว่า 25 ปี	9 (3.4)	28 (10.4)	37 (13.8)	0.001
อายุ 26-45 ปี	18 (6.7)	94 (35.1)	112 (41.8)	
อายุตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไป	5 (1.9)	114 (42.5)	119 (44.4)	
รวม	**32 (12.0)**	**236 (88.0)**	**268 (100.0)**	

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละระยะเวลาในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ

ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	เพศ		รวม	P-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
พึ่งมารับงานใหม่ๆ	11 (2.6)	65 (15.7)	76 (18.3)	0.012
น้อยกว่า 1 ปี	0 (0.0)	2 (0.5)	2 (0.5)	
1-2 ปี	17 (4.1)	66 (15.9)	83 (20.0)	
3-5 ปี	11 (2.6)	87 (21.0)	98 (23.6)	
6-9 ปี	3 (0.7)	29 (7.0)	32 (7.7)	
10 ปีขึ้นไป	5 (1.2)	119 (28.7)	124 (29.9)	
รวม	**47 (11.2)**	**368 (88.8)**	**415 (100.0)**	

รูปภาพที่ 15 ร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ

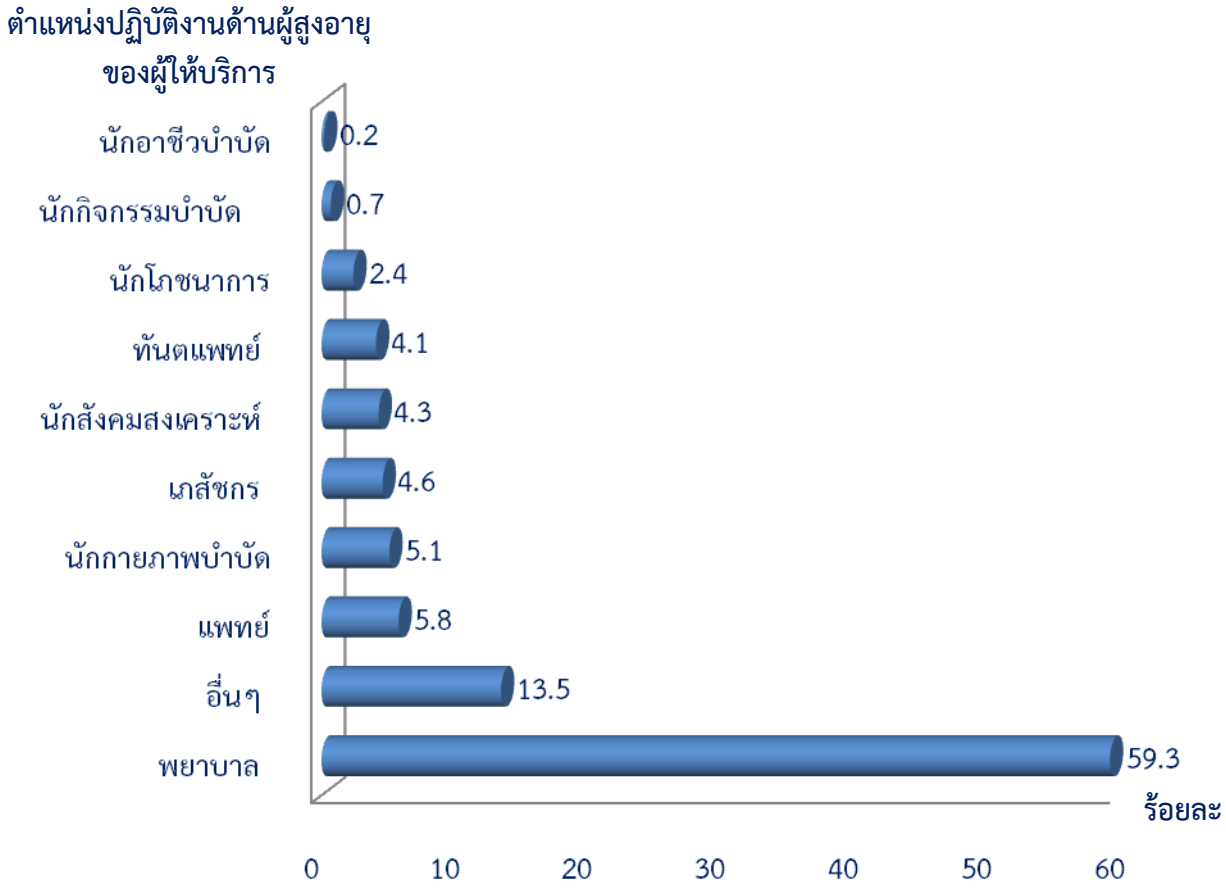


เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาของผู้ให้บริการกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) (ตารางที่ 16) และพบว่าทุกระดับสถานบริการพยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่สูงสุด (ร้อยละ 59.3) รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ 5.8 นักกายภาพบำบัด ร้อยละ 5.1 เภสัชกร ร้อยละ 4.6 และนักสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 4.3 (รูปภาพที่ 16) และพบว่ามีความแตกต่างระหว่างตำแหน่งในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุสูงสุด (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ให้บริการ

ระดับการศึกษา	ระดับสถานบริการ			รวม	P-value
	รพศ./รพท (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
แพทย์	7 (1.7)	18 (4.3)	1 (0.2)	26 (6.2)	0.001
ปริญญาตรี (พยาบาล)	7 (1.7)	166 (40.0)	28 (6.7)	201 (48.4)	
ปริญญาตรี	10 (2.4)	84 (20.2)	11 (2.7)	105 (25.3)	
ปริญญาโท	9 (2.2)	38 (9.2)	10 (2.4)	57 (13.8)	
ปริญญาเอก	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.2)	
ประกาศนียบัตรผู้ช่วย	0 (0.0)	4 (1.0)	1 (0.2)	5 (1.2)	
ประกาศนียบัตรชั้นสูงหรือวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทาง	1 (0.2)	15 (3.6)	4 (1.0)	20 (4.9)	
รวม	**34 (8.2)**	**325 (78.3)**	**56 (13.5)**	**415 (100.0)**	

รูปภาพที่ 16 ร้อยละตำแหน่งปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุของผู้ให้บริการ



ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามตำแหน่งปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ

ตำแหน่ง	ระดับสถานบริการ			รวม	P-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
แพทย์	5 (1.2)	17 (4.1)	2 (0.5)	24 (5.8)	0.000
ทันตแพทย์	2 (0.5)	15 (3.6)	-	17 (4.1)	
พยาบาล	11 (2.7)	205 (49.4)	30 (7.2)	246 (59.3)	
เภสัชกร	3 (0.7)	16 (3.9)	0 (0.0)	19 (4.6)	
นักกายภาพบำบัด	2 (0.5)	19 (4.6)	-	21 (5.1)	
นักโภชนาการ	3 (0.7)	7 (1.7)	-	10 (2.4)	
นักอาชีวบำบัด	-	1 (0.2)	-	1 (0.2)	
นักกิจกรรมบำบัด	2 (0.5)	1 (0.2)	-	3 (0.7)	
นักสังคมสงเคราะห์	3 (0.7)	6 (1.4)	9 (2.2)	18 (4.3)	
อื่นๆ	3 (0.7)	38 (9.2)	15 (3.6)	56 (13.5)	
รวม	**34 (8.2)**	**325 (78.3)**	**56 (13.5)**	**415 (100.0)**	

การสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มผู้ให้บริการที่ทำงานด้านผู้สูงอายุพบว่าไม่มีการสร้างแรงจูงใจ ร้อยละ 48.3 เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่าไม่พบความแตกต่างระหว่างการสร้างแรงจูงในในกลุ่มผู้ให้บริการกับระดับของสถานบริการ (p=0.057) พบว่าสถานบริการระดับรพช. ไม่มีการสร้างแรงจูงใจสูงสุด ร้อยละ 40 รองลงมาคือ ระดับรพ.สต. ร้อยละ 4.6 และระดับรพศ./รพท. ร้อยละ 3.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 18)

การพัฒนาศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ให้บริการในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ 74 ไม่มีการพัฒนาศักยภาพ และมีการพัฒนาศักยภาพ ร้อยละ 26 เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการ (p=0.653) พบว่าสถานบริการระดับรพช. ไม่มีการพัฒนาศักยภาพสูงสุด ร้อยละ 57.4 รองลงมาคือ ระดับรพ.สต. ร้อยละ 10.7 และรพศ./รพท. ร้อยละ 5.8 (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละการสร้างแรงจูงใจในการทำงานด้านผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับสถานบริการ

ระดับสถานบริการ	การสร้างแรงจูงใจ		รวม	P-value
	มี (%)	ไม่มี (%)		
รพศ./รพท.	18 (4.4)	15 (3.6)	33 (8.0)	0.057
รพช.	158 (38.3)	165 (40.0)	323 (78.4)	
รพ.สต.	37 (9.0)	19 (4.6)	56 (13.6)	
รวม	**213 (51.7)**	**199 (48.3)**	**412 (100.0)**	

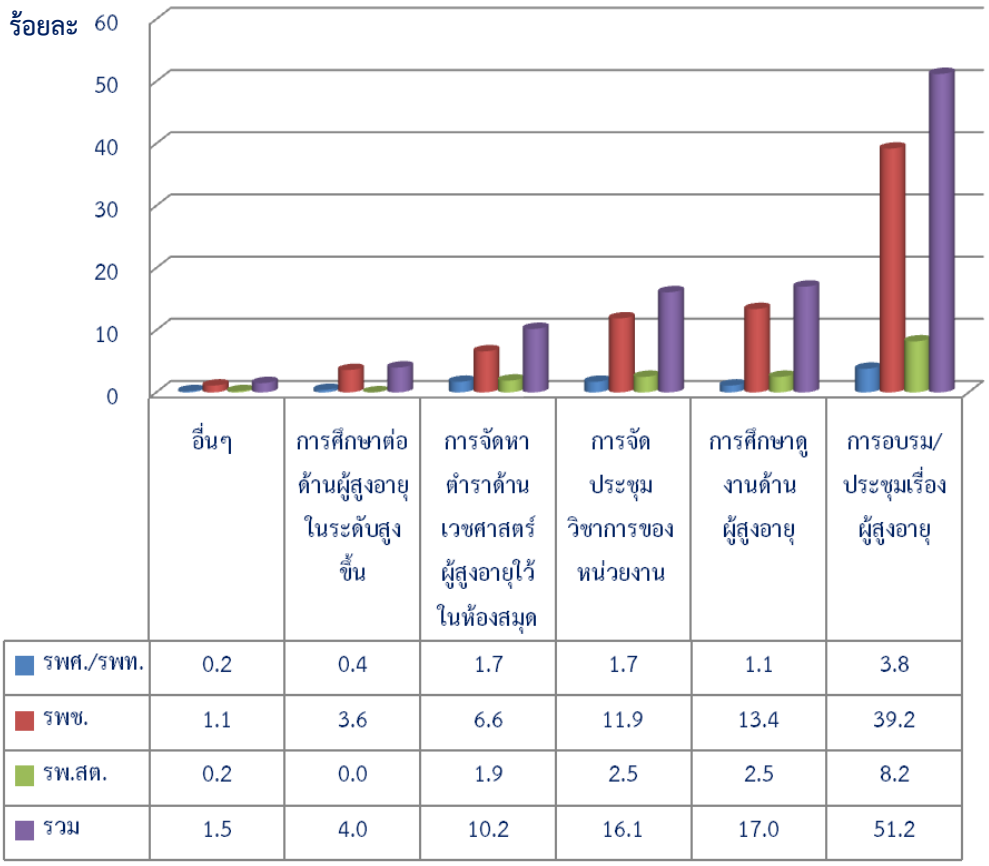
ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละการพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ให้บริการในระยะสามปีที่ผ่านมาจำแนกตามระดับสถานบริการ

ระดับสถานบริการ	การพัฒนาศักยภาพ		รวม	P-value
	มี (%)	ไม่มี (%)		
รพศ./รพท.	10 (2.4)	24 (5.8)	34 (8.3)	0.653
รพช.	85 (20.7)	236 (57.4)	321 (78.1)	
รพ.สต.	12 (2.9)	44 (10.7)	56 (13.6)	
รวม	**107 (26.0)**	**304 (74.0)**	**411 (100.0)**	

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในกลุ่มผู้ให้บริการ พบว่า ร้อยละ 51.2 เป็นการอบรมหรือประชุมเรื่องผู้สูงอายุ รองลงมาคือ การศึกษาดูงานด้านผู้สูงอายุ ร้อยละ 17, การจัดประชุมวิชาการของหน่วยงาน ร้อยละ 16.1, การจัดหาตำราด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไว้ในห้องสมุด ร้อยละ 10.2 และการศึกษาต่อด้านผู้สูงอายุในระดับสูงขึ้น ร้อยละ 4 ตามลำดับ (รูปภาพที่ 17)

กลุ่มผู้ให้บริการส่วนใหญ่ร้อยละ 64.2 เห็นว่าสถานบริการไม่มีความพร้อมในการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และเห็นว่ามีความพร้อมเพียงร้อยละ 35.8 (ตารางที่ 20)

รูปภาพที่ 17 ร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ให้บริการ



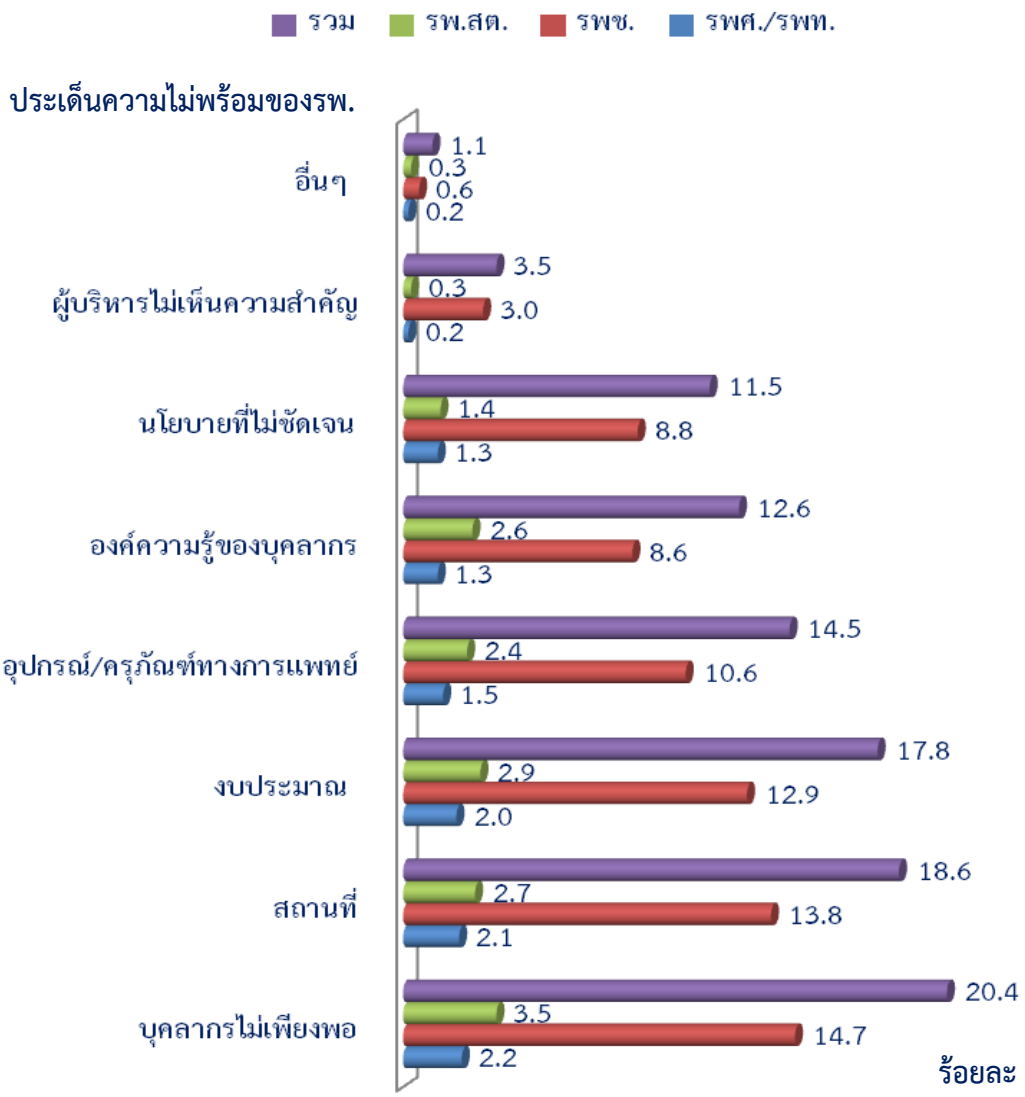
ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละความพร้อมของโรงพยาบาลในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ระดับสถานบริการ	ความพร้อมของสถานบริการ		รวม	P-value
	มี (%)	ไม่มี (%)		
รพศ./รพท.	9 (2.2)	25 (6.1)	34 (8.2)	0.279
รพช.	122 (29.5)	201 (48.7)	323 (78.2)	
รพ.สต.	17 (4.1)	39 (9.4)	56 (13.6)	
รวม	**148 (35.8)**	**265 (64.2)**	**413 (100.0)**	

ความไม่พร้อมของสถานบริการในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ให้บริการมองว่าอันดับแรกคือ บุคลากรไม่เพียงพอ ร้อยละ 20.4 รองลงมาคือ สถานที่ ร้อยละ 18.6, งบประมาณ ร้อยละ 17.8, อุปกรณ์/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 14.5, องค์ความรู้ของบุคลากร ร้อยละ 12.6, นโยบายที่ไม่ชัดเจน ร้อยละ 11.5 และผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ ร้อยละ 3.5 ตามลำดับ (รูปภาพที่ 18)

รูปแบบการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ให้บริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.028) พบว่าสถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (ตารางที่ 21)

รูปภาพที่ 18 ร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามประเด็นความไม่พร้อมของโรงพยาบาลในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ



ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่จัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันจำแนกตามรูปแบบการดูแล

รูปแบบการดูแล	ระดับสถานบริการ						รวม	P-value
	รพศ./รพท. (%)		รพช. (%)		รพ.สต. (%)			
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี		
การดูแลกลางวันแบบไปเช้า-เย็นกลับ	4 (0.1)	30 (0.7)	42 (1.0)	282 (6.8)	3 (0.1)	53 (1.3)	414 (10.0)	0.266
สถานบริบาล	1 (0.0)	33 (0.8)	15 (0.4)	309 (7.5)	0 (0.0)	56 (1.4)	414 (10.0)	0.242
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	17 (0.4)	17 (0.4)	168 (4.1)	156 (3.8)	20 (0.5)	36 (0.9)	414 (10.0)	0.083
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน	30 (0.7)	4 (0.1)	256 (6.2)	68 (1.6)	52 (1.3)	4 (0.1)	414 (10.0)	0.028
การดูแลผู้ป่วยชั่วคราวให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น	1 (0.0)	33 (0.8)	33 (0.8)	291 (7.0)	8 (0.2)	48 (1.2)	414 (10.0)	0.224
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ	13 (0.3)	21 (0.5)	97 (2.3)	227 (5.5)	12 (0.3)	44 (1.1)	414 (10.0)	0.219
บริการดูแลสุขภาพฟันเฉพาะวัน	6 (0.1)	28 (0.7)	91 (2.2)	233 (5.6)	18 (0.4)	38 (0.9)	414 (10.0)	0.319
บริการให้เช่า/ยืมอุปกรณ์เช่น รถเข็น ถังออกซิเจน เตียงนอน	15 (0.4)	19 (0.5)	197 (4.8)	127 (3.1)	30 (0.7)	26 (0.6)	414 (10.0)	0.125
ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	3 (0.1)	31 (0.7)	7 (0.2)	317 (7.7)	2 (0.0)	54 (1.3)	414 (10.0)	0.084
อื่นๆ	3 (0.1)	31 (0.7)	16 (0.4)	308 (7.4)	3 (0.1)	53 (1.3)	414 (10.0)	0.630
รวม	**93 (2.2)**	**247 (6.0)**	**922 (22.3)**	**2,318 (56.0)**	**148 (3.6)**	**412 (10.0)**	**4,140 (100.0)**	

ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของสถานบริการ กลุ่มผู้ให้บริการเห็นว่า Home Health care มีความพร้อมมากที่สุด ระดับคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52±0.91 รองลงมาคือ End of life care ระดับคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01±1.01 และ Hospic care 2.48±1.02 และรูปแบบการดูแลที่ไม่พร้อมมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ Respite care ระดับคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.93±0.96 รองลงมาคือ Day care คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.05±1.09, Nursing home คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12±1.09 (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละระดับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจำแนกตามรูปแบบการจัดบริการ

รูปแบบการดูแล	ระดับความพร้อม					ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ ± SD
	1	2	3	4	5	
Home Health care	11 (2.7)	27 (6.6)	168 (41.1)	146 (35.7)	57 (13.9)	**3.52±0.91**
Day care	163 (41.0)	107 (26.9)	83 (20.9)	36 (9.0)	9 (2.3)	**2.05±1.09**
Day hospital	139 (35.4)	94 (23.9)	107 (27.2)	44 (11.2)	9 (2.3)	**2.21±1.11**
Sub-acute care	105 (26.8)	89 (22.7)	151 (38.5)	38 (9.7)	9 (2.3)	**2.38±1.05**
Respite care	164 (41.9)	119 (30.4)	82 (21.0)	24 (6.1)	2 (0.5)	**1.93±0.96**
Long term care	66 (16.7)	97 (24.6)	159 (40.3)	66 (16.7)	7 (1.8)	**2.62±1.01**
Rehabilitation	41 (10.4)	82 (20.7)	157 (39.6)	94 (23.7)	22 (5.6)	**2.93±1.04**
Nursing home	151 (38.8)	95 (24.4)	96 (24.7)	40 (10.3)	7 (1.8)	**2.12±1.09**
Palliative care						
Hospice care	29 (22.5)	31 (24.0)	50 (38.8)	16 (12.4)	3 (2.3)	**2.487±1.05**
End of life care	32 (8.1)	78 (19.7)	165 (41.8)	96 (24.3)	24 (6.1)	**3.01±1.01**

หมายเหตุ : หมายเลข 1 = มีความพร้อมน้อยที่สุด 2 = มีความพร้อมน้อย 3 = มีความพร้อมปานกลาง, 4 = มีความพร้อมระดับมาก 5 = มีความพร้อมมากที่สุด

เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างคะแนนค่าเฉลี่ยของสถานบริการแต่ละระดับกับระดับความพร้อมของสถานบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาว (p=0.192) (ตารางที่ 23) และเมื่อพิจารณาตามรูปแบบการดูแล พบว่าทุกระดับสถานบริการมีความพร้อมในการจัดบริการ Home Health care สูงสุดในระดับความพร้อม 4 โดยระดับรพศ./รพท. มีความพร้อมในการจัดบริการ Home Health care และ Rehabilitation มากที่สุด (ระดับความพร้อม 4) และสถานบริการทุกระดับมีความพร้อมในการจัดบริการ Nursing home และ Respite care อยู่ในระดับความพร้อม 1-2 ในขณะที่ความพร้อมในการจัดบริการ Long term care สถานบริการระดับรพศ./รพท.และรพช. มีความพร้อมระดับ 3 และระดับรพ.สต. มีความพร้อมระดับ 2 (ตารางที่ 24)

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละความพร้อมของสถานบริการในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามสถานบริการ

ระดับสถานบริการ	ความพร้อมของสถานบริการเพื่อรองรับการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ					รวม	$\bar{x}$ ± SD	P-value
	1	2	3	4	5			
รพศ./รพท.	1 (0.8)	2 (1.7)	2 (1.7)	1 (0.8)	0 (0.0)	6 (5.0)	2.50±1.05	0.192
รพช.	15 (12.5)	45 (37.5)	27 (22.5)	9 (7.5)	1 (0.8)	97 (80.8)	2.34±0.89	
รพ.สต.	5 (4.2)	8 (6.7)	4 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (14.2)	1.94±0.74	
รวม	**21 (17.5)**	**50 (45.9)**	**33 (27.5)**	**10 (8.3)**	**1 (0.8)**	**120 (100.0)**	**2.29±0.88**	

ตารางที่ 24 คะแนนและระดับความพร้อมของสถานบริการจำแนกตามรูปแบบการดูแล

รูปแบบการดูแล	ระดับสถานบริการ						P-value
	รพศ./รพท.		รพช.		รพ.สต.		
	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความพร้อม	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความพร้อม	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความพร้อม	
Home Health care	3.74±0.93	4	3.49±0.91	4	3.49±0.89	4	0.326
Day care	2.79±1.34	3	2.03±1.06	2	1.73±0.94	2	0.000
Day hospital	2.85±1.17	3	2.28±1.09	2	1.47±0.90	1	0.000
Sub-acute care	3.00±0.92	3	2.45±1.02	2	1.63±0.96	1	0.001
Respite care	1.90±1.10	2	2.00±0.95	2	1.47±0.78	1	0.467
Long term care	2.78±1.12	3	2.63±1.00	3	2.49±0.95	2	0.000
Rehabilitation	3.64±0.91	4	2.97±0.99	3	2.27±1.08	2	0.029
Nursing home	2.07±1.24	2	2.18±1.09	2	1.75±0.98	1	0.000
Palliative care							
Hospice care	2.00±1.10	2	2.56±1.01	2	2.48±1.05	2	0.000
End of life care	3.31±1.06	3	3.06±0.97	3	2.43±1.02	2	0.000

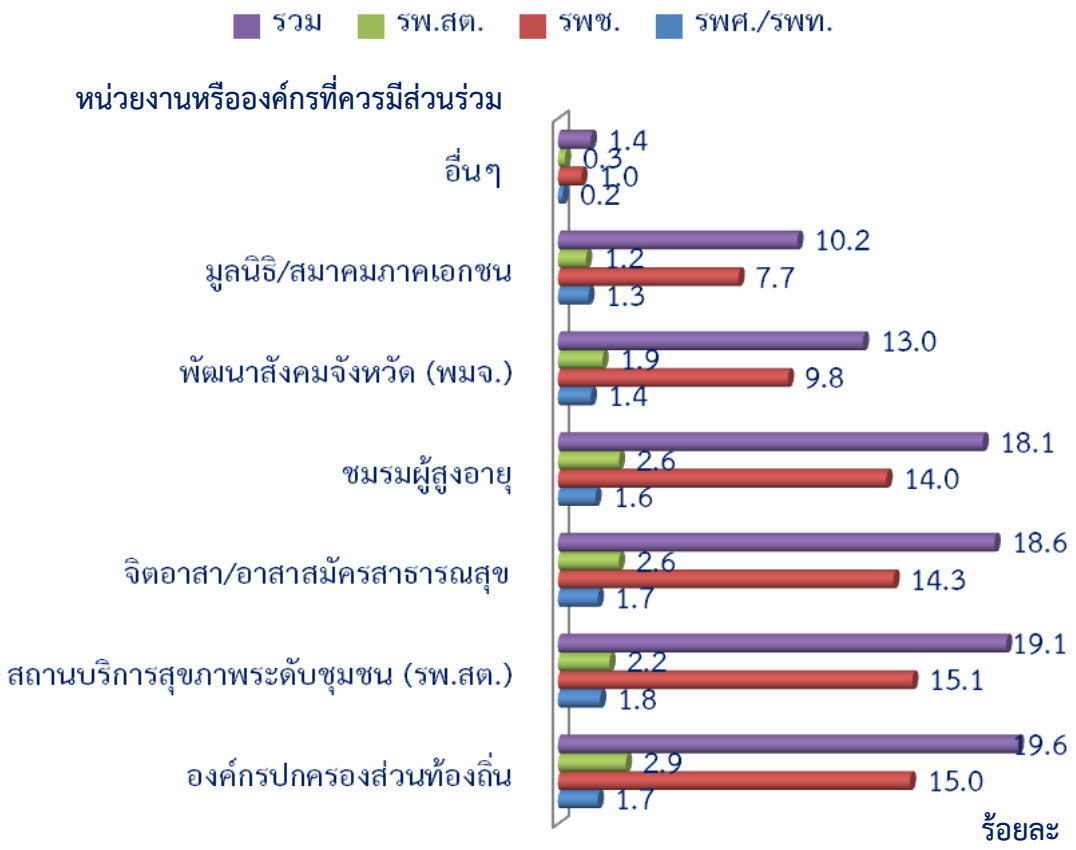
หมายเหตุ: คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ความพร้อมระดับ 1
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ความพร้อมระดับ 2
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ความพร้อมระดับ 3
คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ความพร้อมระดับ 4
คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ความพร้อมระดับ 5

การมีส่วนร่วมขององค์กรหรือหน่วยงานอื่นๆ กลุ่มผู้ให้บริการเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมากที่สุด ร้อยละ 19.5 รองลงมาคือ สถานบริการสุขภาพระดับชุมชน (รพ.สต.) ร้อยละ 19.1, จิตอาสา/อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 18.6, ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.2, พัฒนาสังคมจังหวัด (พมจ.) ร้อยละ 13 และมูลนิธิ/สมาคมภาคเอกชนร้อยละ 10.1 ตามลำดับ (รูปภาพที่ 19)

เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่ามีกลุ่มผู้ให้บริการในสถานบริการระดับรพศ./รพท.และรพช. เห็นว่าสถานบริการสุขภาพระดับชุมชน (รพ.สต.) ควรมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมากที่สุด (ร้อยละ 1.8 และ 15.1 ตามลำดับ) รองลงมาคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 1.7 และ 15 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มผู้ให้บริการในสถานบริการระดับรพ.สต. เห็นว่าควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการ

จัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับโรงพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 2.9) รองลงมาคือ จิตอาสา/อาสาสมัครสาธารณสุข และชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.9 และพบว่ามีความแตกต่างระหว่างมูลนิธิ/สมาคมเอกชนและสถานบริการสุขภาพระดับชุมชน (รพ.สต.) กับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.009, p=0.002) โดยสถานบริการทุกระดับจะมีความร่วมมือหรือบูรณาการกับสถานบริการสุขภาพระดับชุมชนค่อนข้างมาก ขณะที่มูลนิธิ/สมาคมภาคเอกชนมีความร่วมมือกันค่อนข้างน้อย (ตารางที่ 25)

รูปภาพที่ 19 ร้อยละหน่วยงานหรือองค์กรที่ควรมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาลในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว



ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละหน่วยงานหรือองค์กรที่ควรมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาลในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำแนกตามระดับสถานบริการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

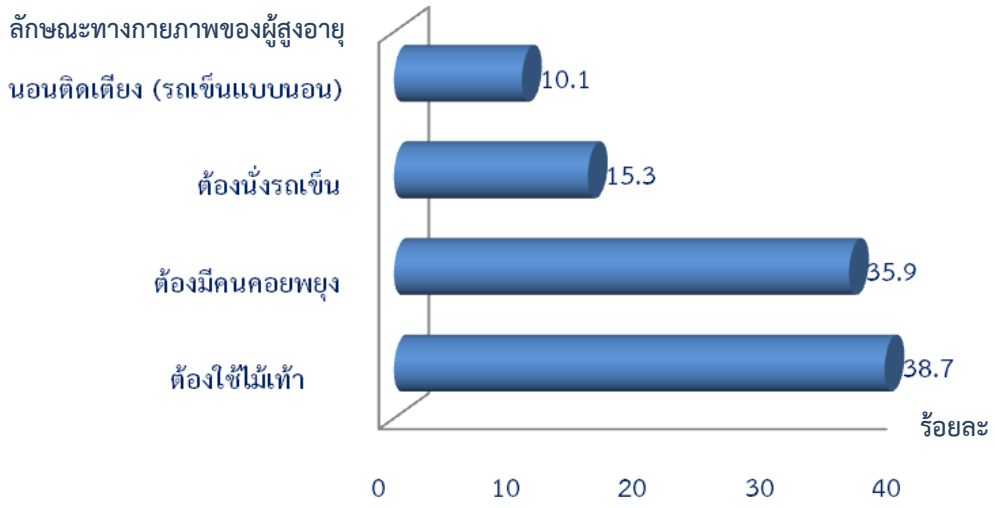
หน่วยงาน/องค์กร	ระดับสถานบริการ			รวม	P-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	32 (1.7)	281 (15.0)	54 (2.9)	367 (19.6)	0.062
มูลนิธิ/สมาคมภาคเอกชน	24 (1.3)	145 (7.7)	22 (1.2)	191 (10.2)	0.009
สถานบริการสุขภาพระดับชุมชน (รพ.สต.)	33 (1.8)	284 (15.1)	41 (2.2)	358 (19.1)	0.002
พัฒนาสังคมจังหวัด (พมจ.)	26 (1.4)	183 (9.8)	35 (1.9)	244 (13.0)	0.067
ชมรมผู้สูงอายุ	30 (1.6)	262 (14.0)	48 (2.6)	340 (18.1)	0.426
จิตอาสา/อาสาสมัครสาธารณสุข	32 (1.7)	269 (14.3)	48 (2.6)	349 (18.6)	0.228
อื่นๆ	3 (0.2)	18 (1.0)	5 (0.3)	26 (1.4)	-
รวม	**180 (9.6)**	**1,442 (76.9)**	**253 (13.5)**	**1,875 (100.0)**	

ตอนที่ 4 ผลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุต่อการจัดระบบการดูแลระยะยาวในสถานบริการ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 และ 3 ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3,346 คน เมื่อแบ่งตามลักษณะทางกายภาพ พบว่า ร้อยละ 38.7 ต้องใช้ไม้เท้ามากที่สุด รองลงมาคือ ต้องมีคนคอยพยุงร้อยละ 35.9, ต้องนั่งรถเข็น ร้อยละ 15.3 และนอนติดเตียง (รถเข็นแบบนอน) ร้อยละ 10.1 (รูปภาพที่ 20)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์ไม่พบความแตกต่างกัน เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 61.8 และเพศชาย ร้อยละ 38.2 เมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุพบกลุ่มอายุ 70-79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 31 และกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 30.1 ตามลำดับ (ตารางที่26) และไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศกับลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุ ณ วันสัมภาษณ์ (p=0.518) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงและชายพบลักษณะทางกายภาพต้องใช้ไม้เท้าสูงสุด (ร้อยละ 23.9 และ 14.7 ตามลำดับ) (ตารางที่ 27) แต่พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุของผู้สูงอายุกับลักษณะทางกายของผู้สูงอายุ ณ วันสัมภาษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยกลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องใช้ไม้เท้ามากที่สุด (ร้อยละ 15.7 และ 13.5 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มอายุ 60-69 ปี ต้องมีคนคอยพยุงมากที่สุด (ร้อยละ 12) (ตารางที่ 28)

รูปภาพที่ 20 ร้อยละลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุ ณ วันที่สัมภาษณ์



ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	เพศ		รวม	P-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
60-69 ปี	462 (12.0)	698 (18.1)	1,160 (30.1)	0.072
70-79 ปี	587 (15.2)	914 (23.7)	1,501 (38.9)	
80 ปี ขึ้นไป	425 (11.0)	769 (19.9)	1,194 (31.0)	
รวม	**1,474 (38.2)**	**2,381 (61.8)**	**3,855 (100.0)**	

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามเพศและลักษณะทางกายภาพ

ลักษณะทางกายภาพ	เพศ		รวม	P-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
ต้องมีคนคอยพยุง	462 (13.9)	736 (22.1)	1,198 (35.9)	0.518
ต้องใช้ไม้เท้า	491 (14.7)	798 (23.9)	1,289 (38.7)	
ต้องนั่งรถเข็น	180 (5.4)	329 (9.9)	509 (15.3)	
นอนติดเตียง (รถเข็นแบบนอน)	135 (4.0)	202 (6.1)	337 (10.1)	
รวม	**1,268 (38.0)**	**2,065 (62.0)**	**3,333 (100.0)**	

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุและลักษณะทางกายภาพ

ลักษณะทางกายภาพ	อายุ			รวม	P-value
	60-69 ปี (%)	70-79 ปี (%)	80 ปีขึ้นไป (%)		
ต้องมีคนคอยพยุง	400 (12.0)	483 (14.4)	319 (9.5)	1,202 (35.9)	0.000
ต้องใช้ไม้เท้า	317 (9.5)	524 (15.7)	453 (13.5)	1,294 (38.7)	
ต้องนั่งรถเข็น	124 (3.7)	181 (5.4)	207 (6.2)	512 (15.3)	
นอนติดเตียง (รถเข็นแบบนอน)	66 (2.0)	112 (3.3)	160 (4.8)	338 (10.1)	
รวม	**907 (27.1)**	**1,300 (38.9)**	**1,139 (34.0)**	**3,346 (100.0)**	

พบว่ามีความแตกต่างระหว่างสถานภาพกับเพศและกลุ่มอายุของผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.4 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 43.5 โสด ร้อยละ 2.9 และหย่า/แยก ร้อยละ 1.2 และพบว่ากลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้ายสูงสุด ร้อยละ 19.9

ระดับการศึกษา พบว่ามีความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษากับเพศและกลุ่มอายุของผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) ผู้สูงอายุจบประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 58.9 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียน ร้อยละ 18.1, ไม่จบประถมศึกษา ร้อยละ 17.8, มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 2.9, อนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 1.2 และปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 1.1 ตามลำดับและผู้สูงอายุทุกกลุ่มส่วนใหญ่อายุจบการศึกษาประถมศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 55.8 และในเขตเทศบาล ร้อยละ 44.2 พบว่านับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 94.7 (ตารางที่ 29,30)

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละข้อมูลของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์จำแนกตามเพศ

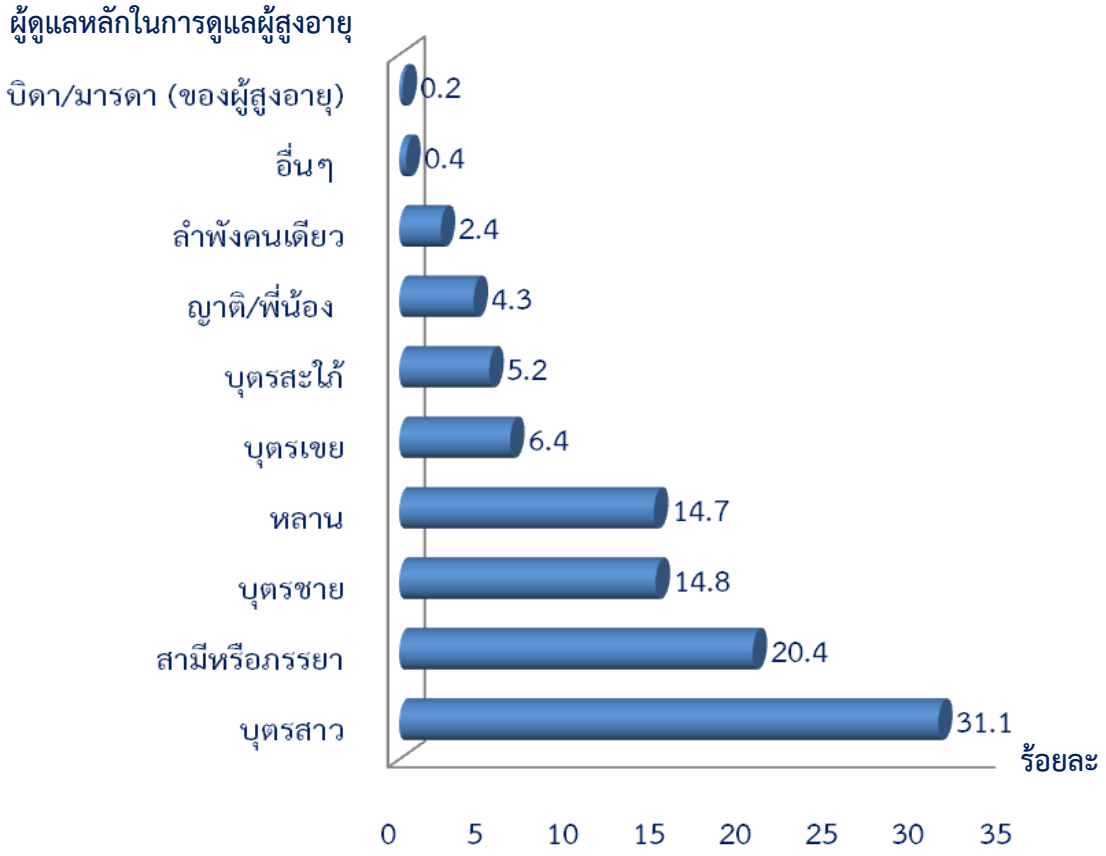
ข้อมูลผู้สูงอายุ	เพศ		รวม	P-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
สถานภาพ				
สมรส	1,027 (26.9)	974 (25.5)	2,001 (52.4)	0.000
หม้าย	388 (10.2)	1,276 (33.4)	1,664 (43.5)	
หย่า/แยก	12 (0.3)	35 (0.9)	47 (1.2)	
โสด	32 (0.8)	77 (2.0)	109 (2.9)	
รวม	**1,459 (38.2)**	**2,362 (61.8)**	**3,821 (100.0)**	
ศาสนา				
พุทธ	1,387 (36.3)	2,233 (58.4)	3,620 (94.7)	0.859
คริสต์	9 (0.2)	18 (0.5)	27 (0.7)	
อิสลาม	68 (1.8)	107 (2.8)	175 (4.6)	
รวม	**1,464 (38.3)**	**2,358 (61.7)**	**3,822 (100.0)**	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	173 (4.6)	510 (13.5)	683 (18.1)	0.000
ไม่จบประถมศึกษา	250 (6.6)	422 (11.2)	672 (17.8)	
ประถมศึกษา	899 (23.8)	1,329 (35.1)	2,228 (58.9)	
มัธยมศึกษา/ปวช.	78 (2.1)	33 (0.9)	111 (2.9)	
อนุปริญญา/ปวส.	22 (0.6)	23 (0.6)	45 (1.2)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	28 (0.7)	14 (0.4)	42 (1.1)	
รวม	**1,450 (38.3)**	**2,331 (61.7)**	**3,781 (100.0)**	
สถานที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล	639 (17.0)	1,020 (27.2)	1,659 (44.2)	0.973
นอกเขตเทศบาล	804 (21.4)	1,288 (34.3)	2,092 (55.8)	
รวม	**1,443 (38.5)**	**2,308 (61.5)**	**3,751 (100.0)**	

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละข้อมูลของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ

ข้อมูลผู้สูงอายุ	กลุ่มอายุ			รวม	P-value
	60-69 ปี (%)	70-79 ปี (%)	80 ปีขึ้นไป (%)		
สถานภาพ					
สมรส	811 (21.2)	802 (20.9)	391 (10.2)	2,004 (52.3)	0.000
หม้าย	283 (7.4)	624 (16.3)	764 (19.9)	1,671 (43.6)	
หย่า/แยก	15 (0.4)	20 (0.5)	12 (0.3)	47 (1.2)	
โสด	45 (1.2)	45 (1.2)	20 (0.5)	110 (2.9)	
รวม	**1,154 (30.1)**	**1,491 (38.9)**	**1,187 (31.0)**	**3,832 (100.0)**	
ศาสนา					
พุทธ	1,106 (28.8)	1,413 (36.9)	1,112 (29.0)	3,631 (94.7)	0.010
คริสต์	8 (0.2)	13 (0.3)	6 (0.2)	27 (0.7)	
อิสลาม	40 (1.0)	61 (1.6)	75 (2.0)	176 (4.6)	
รวม	**1,154 (30.1)**	**1,487 (38.8)**	**1,193 (31.1)**	**3,834 (100.0)**	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	121 (3.2)	247 (6.5)	318 (8.4)	686 (18.1)	0.000
ไม่จบประถมศึกษา	164 (4.3)	279 (7.4)	230 (6.1)	673 (17.8)	
ประถมศึกษา	774 (20.4)	876 (23.1)	583 (15.4)	2,233 (58.9)	
มัธยมศึกษา/ปวช.	49 (1.3)	32 (0.8)	30 (0.8)	111 (2.9)	
อนุปริญญา/ปวส.	14 (0.4)	20 (0.5)	11 (0.3)	45 (1.2)	
ปริญญาตรี/ สูงกว่า	18 (0.5)	18 (0.5)	6 (0.2)	42 (1.1)	
รวม	**1,140 (30.1)**	**1,472 (38.8)**	**1,178 (31.1)**	**3,790 (100.0)**	
สถานที่อยู่อาศัย					
ในเขตเทศบาล	544 (14.5)	646 (17.2)	471 (12.5)	1,661 (44.2)	0.007
นอกเขตเทศบาล	600 (16.0)	821 (21.8)	678 (18.0)	2,099 (55.8)	
รวม	**1,144 (30.4)**	**1,467 (39.0)**	**1,149 (30.6)**	**3,760 (100.0)**	

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าเป็นลูกสาวสูงสุด ร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ สามีหรือภรรยา ร้อยละ 20.4, บุตรชาย ร้อยละ 14.8, หลาน ร้อยละ 14.7 และบุตรเขย ร้อยละ 6.4 ตามลำดับ ขณะที่ผู้สูงอายุอยู่ลำพังคนเดียว ร้อยละ 2.4 (รูปภาพที่ 21)

รูปภาพที่ 21 ร้อยละผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุ



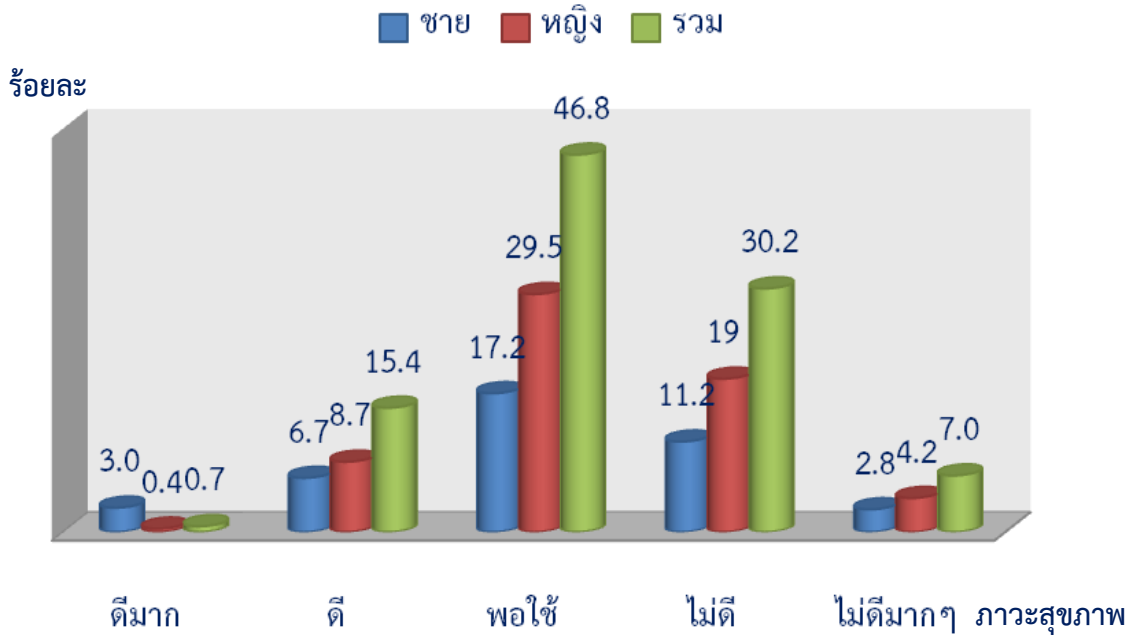
การใช้ชีวิตอยู่คนเดียวของผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างกับเพศและกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่คนเดียวที่บ้านได้ ร้อยละ 52.5 ไม่สามารถอยู่บ้านคนเดียวได้ ร้อยละ 47.5 โดยเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 33 และ 19 ตามลำดับ) และกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่บ้านคนเดียวมากที่สุด ร้อยละ 18.5 (ตารางที่ 31)

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละความสามารถในการใช้ชีวิตอยู่คนเดียวที่บ้านของผู้สูงอายุ

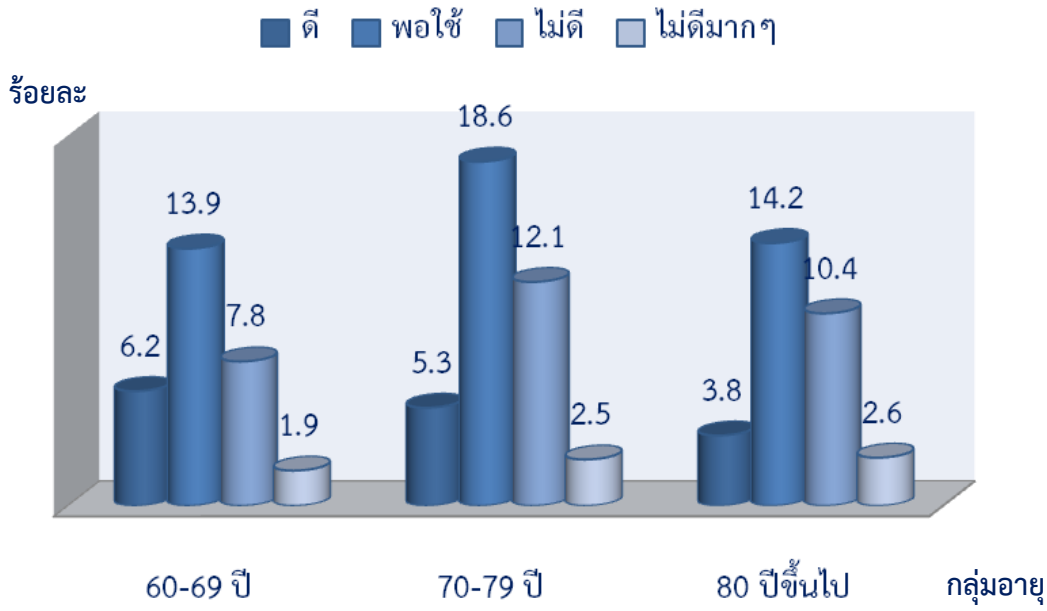
ข้อมูลผู้สูงอายุ	การใช้ชีวิตอยู่คนเดียว		รวม	P-value
	ได้	ไม่ได้		
เพศ				
ชาย	719 (19.6)	685 (18.6)	1,404 (38.2)	0.209
หญิง	1,212 (33.0)	1,060 (28.8)	2,272 (61.8)	
รวม	**1,931 (52.5)**	**1,745 (47.5)**	**3,676 (100.0)**	
กลุ่มอายุ				
60-69 ปี	589 (16.0)	521 (14.1)	1,110 (30.1)	0.844
70-79 ปี	755 (20.5)	682 (18.5)	1,437 (39.0)	
80 ปีขึ้นไป	591 (16.0)	549 (14.9)	1,140 (30.9)	
รวม	**1,935 (52.5)**	**1,752 (47.5)**	**3,687 (100.0)**	

ผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพ ณ วันสัมภาษณ์ประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 46.8 รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 30.2, ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 15.4, ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 7 และภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 0.7 (รูปภาพที่ 22) โดยกลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมากๆ สูงสุด (ร้อยละ 12.1 และ 10.4, ร้อยละ 2.5 และ 2.6 ตามลำดับ) (รูปภาพที่ 23)

รูปภาพที่ 22 ร้อยละผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเอง ณ วันที่สัมภาษณ์ จำแนกตามเพศ



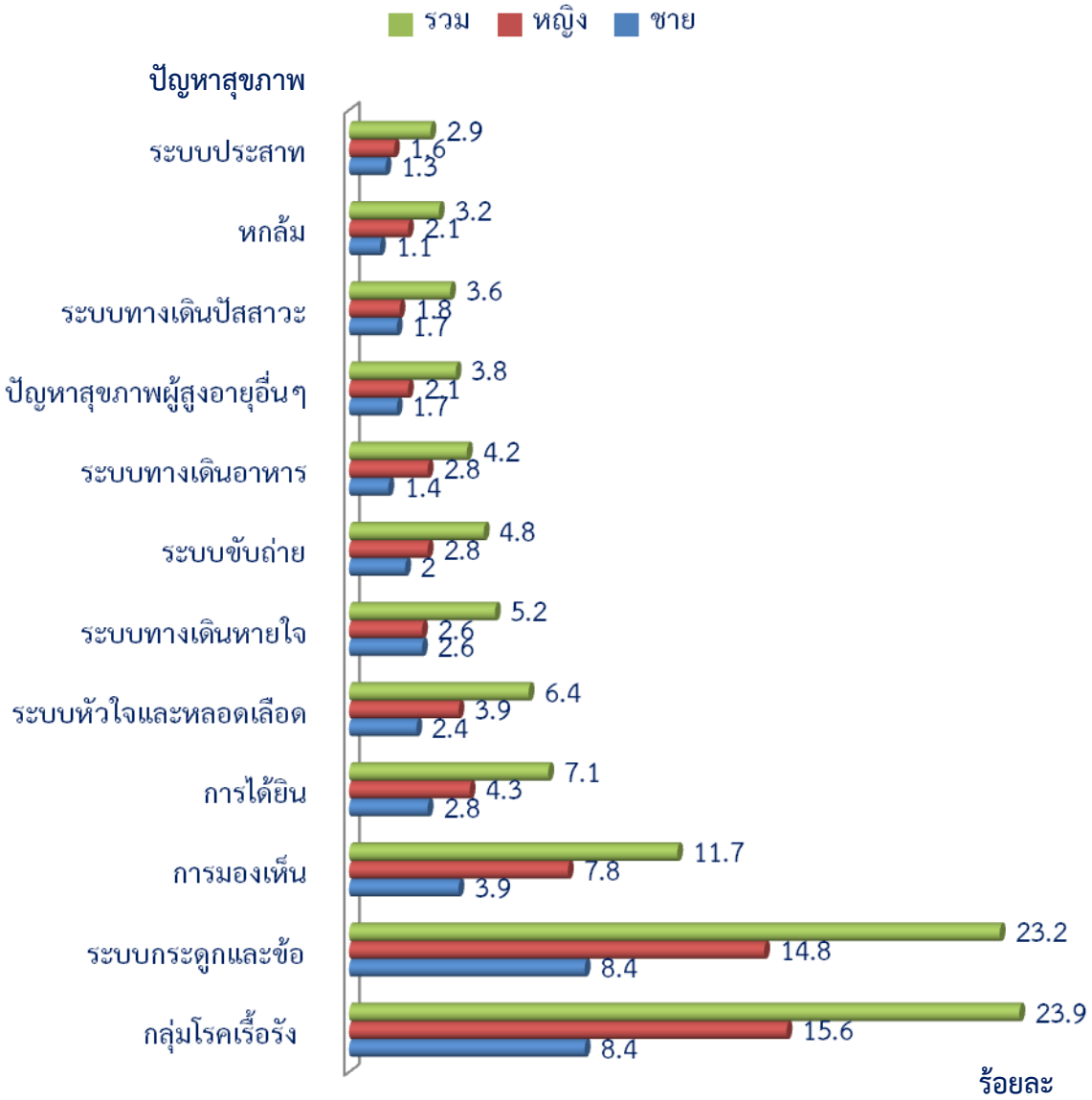
รูปภาพที่ 23 ร้อยละผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเอง ณ วันที่สัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ



พบปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมของผู้สูงอายุมากที่สุด คือกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน และโรคไต ร้อยละ 23.9 รองลงมาคือ ระบบกระดูกและข้อ ร้อยละ 23.2, การมองเห็น ร้อยละ 11.7, การได้ยิน ร้อยละ 7.4 และระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 6.4 (รูปภาพที่ 24)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบปัญหากลุ่มโรคเรื้อรังในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และกลุ่มอายุ 70-79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 7.4 และ 9.6 ตามลำดับ) ขณะที่กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบข้อและกระดูก ร้อยละ 7.8 และพบว่ามีความแตกต่างระหว่างปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกับกลุ่มอายุของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000, p=0.001, p=0003) พบปัญหาสุขภาพใน กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน สูงสุดในทุกกลุ่มอายุ ระบบกระดูกและข้อ การขับถ่าย การมองเห็น การได้ยิน และหกล้ม (ตารางที่ 32)

รูปภาพที่ 24 ร้อยละปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคมากที่สุดต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมจำแนกตามเพศ



ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคมากที่สุดต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมจำแนกตามกลุ่มอายุ

ปัญหาสุขภาพ	กลุ่มอายุ			รวม	P-value
	60-69 ปี (%)	70-79 ปี (%)	80 ปีขึ้นไป (%)		
ระบบกระดูกและข้อ	552 (6.3)	802 (9.1)	686 (7.8)	2,040 (23.2)	0.003
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	156 (1.8)	228 (2.6)	177 (2.0)	561 (6.4)	0.559
ระบบประสาท	68 (0.8)	112 (1.3)	77 (0.9)	257 (2.9)	0.245
ระบบทางเดินหายใจ	140 (1.6)	176 (2.0)	143 (1.6)	459 (5.2)	0.799
ระบบทางเดินอาหาร	112 (1.3)	149 (1.7)	109 (1.2)	370 (4.2)	0.522
ระบบทางเดินปัสสาวะ	90 (1.0)	114 (1.3)	109 (1.2)	313 (3.6)	0.524
ระบบขับถ่าย	106 (1.2)	142 (1.6)	171 (1.9)	419 (4.8)	0.000
กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต	650 (7.4)	844 (9.6)	617 (7.0)	2,111 (24.0)	0.000
การมองเห็น	226 (2.6)	412 (4.7)	392 (4.4)	1,030 (11.7)	0.000
การได้ยิน	104 (1.2)	213 (2.4)	313 (3.6)	630 (7.2)	0.000
หกล้ม	65 (0.7)	101 (1.1)	119 (1.4)	285 (3.2)	0.001
ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุอื่นๆ	105 (1.2)	110 (1.2)	121 (1.4)	336 (3.8)	0.058
รวม	**2,374 (26.9)**	**3,403 (38.6)**	**3,034 (34.4)**	**8,811 (100.0)**	

ผู้สูงอายุต้องการให้สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) มีการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 74.7 ไม่ต้องการ ร้อยละ 25.3 พบว่ากลุ่มอายุ 70-79 ปี ต้องการการดูแลระยะยาวมากที่สุด ร้อยละ 29.3 และไม่พบความแตกต่างระหว่างความต้องการให้สถานบริการจัดบริการดูแลระยะยาวกับเพศและกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 33) ขณะเดียวกันก็ไม่พบความแตกต่างระหว่างความพร้อมในการจัดบริการของสถานบริการกับเพศและกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเห็นว่าสถานบริการ (โรงพยาบาล) ที่ไปใช้บริการ ณ วันสัมภาษณ์มีความพร้อมในการจัดบริการ ร้อยละ 80.7 และไม่มีความพร้อม ร้อยละ 19.3 (ตารางที่ 34)

และกรณีที่สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) ที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการมีการจัดบริการดูแลแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day care) หรือแบบฝากเลี้ยงดู ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน โดยตอบว่าจะไปใช้บริการร้อยละ 52.3 และไม่ไปใช้บริการ ร้อยละ 46.2 และไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศของผู้สูงอายุกับการไปใช้บริการแบบฝากเลี้ยงไปเช้า-เย็นกลับ (p=0.996) แต่พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุของผู้สูงอายุกับการไปใช้บริการแบบฝากเลี้ยงไปเช้า-เย็นกลับในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) (ตารางที่ 35)

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละความต้องการให้โรงพยาบาลมีหรือจัดรูปแบบการดูแลระยะยาว จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ณ วันที่สัมภาษณ์

ข้อมูลผู้สูงอายุ	ความต้องการ		รวม	P-value
	ไม่ต้องการ (%)	ต้องการ (%)		
เพศ				
ชาย	364 (9.5)	1,101 (28.8)	1,465 (38.3)	0.593
หญิง	606 (15.8)	1,756 (45.9)	2,362 (61.7)	
รวม	**970 (25.3)**	**2,857 (74.7)**	**3,827 (100.0)**	
กลุ่มอายุ				
60-69 ปี	280 (7.3)	880 (22.9)	1,160 (30.2)	0.051
70-79 ปี	362 (9.4)	1,125 (29.3)	1,487 (38.7)	
80 ปี ขึ้นไป	334 (8.7)	861 (22.4)	1,195 (31.1)	
รวม	**976 (25.4)**	**2,866 (74.6)**	**3,842 (100.0)**	

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละความพร้อมของโรงพยาบาลในการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ ณ วันที่สัมภาษณ์

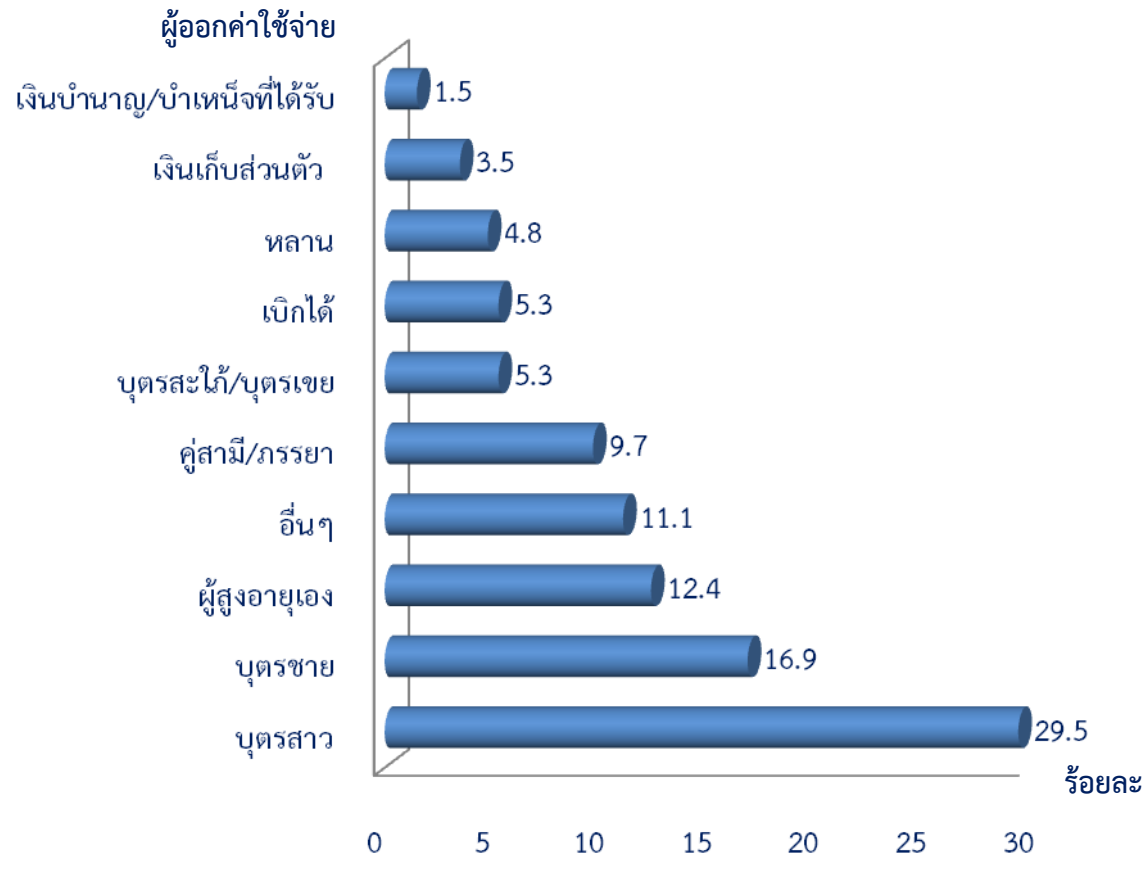
ข้อมูลผู้สูงอายุ	ความพร้อมในการบริการ		รวม	P-value
	ไม่มี (%)	มี (%)		
เพศ				
ชาย	303 (7.9)	1,154 (30.2)	1,457 (38.2)	0.063
หญิง	432 (11.3)	1,927 (50.5)	2,359 (61.8)	
รวม	**735 (19.3)**	**3,081 (80.7)**	**3,816 (100.0)**	
กลุ่มอายุ				
60-69 ปี	204 (5.3)	951 (24.8)	1,155 (30.2)	0.163
70-79 ปี	284 (7.4)	1,200 (31.3)	1,484 (38.7)	
80 ปี ขึ้นไป	247 (6.5)	943 (24.6)	1,190 (31.1)	
รวม	**735 (19.2)**	**3,094 (80.8)**	**3,829 (100.0)**	

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละการไปใช้บริการถ้าโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุใช้บริการอยู่มีการดูแลแบบฝากเลี้ยงไปเช้า-เย็นกลับ (Day care)

ข้อมูลผู้สูงอายุ	การบริการแบบฝากเลี้ยงไปเช้า-เย็นกลับ			รวม	P-value
	ไม่ใช่ (%)	ใช่ (%)	อื่นๆ (%)		
เพศ					
ชาย	673 (17.7)	761 (20.0)	22 (0.6)	1,456 (38.3)	0.996
หญิง	1,083 (28.5)	1,230 (32.3)	36 (0.9)	2,349 (61.7)	
รวม	**1,756 (46.2)**	**1,991 (52.3)**	**58 (1.5)**	**3,805 (100.0)**	
กลุ่มอายุ					
60-69 ปี	568 (14.9)	568 (14.9)	14 (0.4)	1,150 (30.1)	0.000
70-79 ปี	727 (19.0)	730 (19.1)	25 (0.7)	1,482 (38.8)	
80 ปี ขึ้นไป	469 (12.3)	699 (18.3)	19 (0.5)	1,187 (31.1)	
รวม	**1,764 (46.2)**	**1,997 (52.3)**	**58 (1.5)**	**3,819 (100.0)**	

เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปใช้บริการการดูแลระยะยาว พบว่าผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายให้กับผู้สูงอายุ คือ บุตรสาวมากที่สุด (ร้อยละ 29.5) รองลงมาคือ บุตรชาย ร้อยละ 16.9, ผู้สูงอายุเอง ร้อยละ 12.4, คู่สามี/ภรรยา ร้อยละ 9.7, บุตรสะใภ้/บุตรเขย และสามารถเบิกได้ ร้อยละ 5.3 และหลาน ร้อยละ 4.8 (รูปภาพที่ 25) และเหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการใช้บริการการการดูแลระยะยาว มากที่สุดคือ ไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน ร้อยละ 29.8 รองลงมาคือ คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย ร้อยละ 26,ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะญาติไม่สามารถดูแลได้ ร้อยละ 20.6 และที่บ้านไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 9.7 และไม่พบความแตกต่างของเหตุผลที่ต้องการใช้บริการการดูแลระยะยาวกับเพศของผู้สูงอายุ แต่พบความแตกต่างระหว่างเหตุผลที่ต้องการใช้บริการดูแลระยะยาวกับกลุ่มอายุของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.027, p=0.000) พบว่าผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุเห็นตรงกันที่ไม่ต้องการเป็นภาระของบุตรหลาน และต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะและญาติไม่สามารถดูแลได้ (ตารางที่36,37)

รูปภาพที่ 25 ร้อยละผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ถ้าผู้สูงอายุความต้องการใช้บริการการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล



ารางที่ 36 จำนวนและร้อยละเหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการใช้บริการดูแลระยะยาว จากโรงพยาบาลจำแนกตามเพศ

เหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการบริการ	เพศ		รวม	P-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
ที่บ้านไม่มีคนดูแล	123 (3.3)	238 (6.4)	361 (9.7)	0.081
คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย	389 (10.4)	584 (15.6)	973 (26.0)	0.204
ไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน	408 (10.9)	707 (18.9)	1,115 (29.8)	0.120
ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	180 (4.8)	259 (6.9)	439 (11.7)	0.219
ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะและญาติไม่สามารถให้การดูแลได้	305 (8.2)	464 (12.4)	769 (20.6)	0.383
อื่นๆ	35 (0.9)	49 (1.3)	84 (2.2)	0.569
รวม	**1,440 (38.5)**	**2,301 (61.5)**	**3,741 (100.0)**	

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละเหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการบริการดูแลระยะยาวจากโรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการบริการ	กลุ่มอายุ			รวม	P-value
	60-69 ปี (%)	70-79 ปี (%)	80 ปีขึ้นไป (%)		
ที่บ้านไม่มีคนดูแล	127 (3.4)	146 (3.9)	90 (2.4)	363 (9.7)	0.077
คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย	299 (8.0)	405 (10.8)	271 (7.2)	975 (26.0)	0.271
ไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน	366 (9.8)	455 (12.1)	297 (7.9)	1,118 (29.8)	0.027
ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	124 (3.3)	174 (4.6)	141 (3.8)	439 (11.7)	0.266
ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะและญาติไม่สามารถให้การดูแลได้	200 (5.3)	300 (8.0)	271 (7.2)	771 (20.5)	0.000
อื่นๆ	21 (0.6)	31 (0.8)	32 (0.9)	84 (2.3)	0.179
รวม	**1,137 (30.4)**	**1,511 (40.2)**	**1,102 (29.4)**	**3,750 (100.0)**	

รูปแบบการบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 23.5 รองลงมาคือ การบริการฟื้นฟูสุขภาพ ร้อยละ 16.6 และการบริการดูแลสุขภาพฟัน ร้อยละ 11.8 และผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุต้องการการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสูงสุด และไม่มีความแตกต่างระหว่างรูปแบบบริการการดูแลระยะยาวกับเพศและกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 38,39)

กิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความต้องการบริการเพื่อการดูแลระยะยาวมากที่สุดคือ การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.8±1.1 รองลงมาคือ การวางแผนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ การนัดหมายมาพบแพทย์ และการอบรมองค์ความรู้ให้กับญาติก่อนกลับบ้าน คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.7±1.1 ด้านภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความต้องการออกซิเจนในการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการทำแผล คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.5±1.5 การดูแลเรื่องอาหาร พบว่าต้องการดูแลจัดซื้อและทำอาหารให้ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8±1.4 (รูปภาพที่ 26) ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศของผู้สูงอายุกับความต้องการออกซิเจนในการดูแลสุขภาพที่บ้านและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000, p=0.009) พบว่าเพศชายมีความต้องการการใช้ออกซิเจนในการดูแลสุขภาพที่บ้านสูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่ความต้องการการดูแลสิ่งแวดล้อมไม่ต่างกัน (ตารางที่ 40,41)

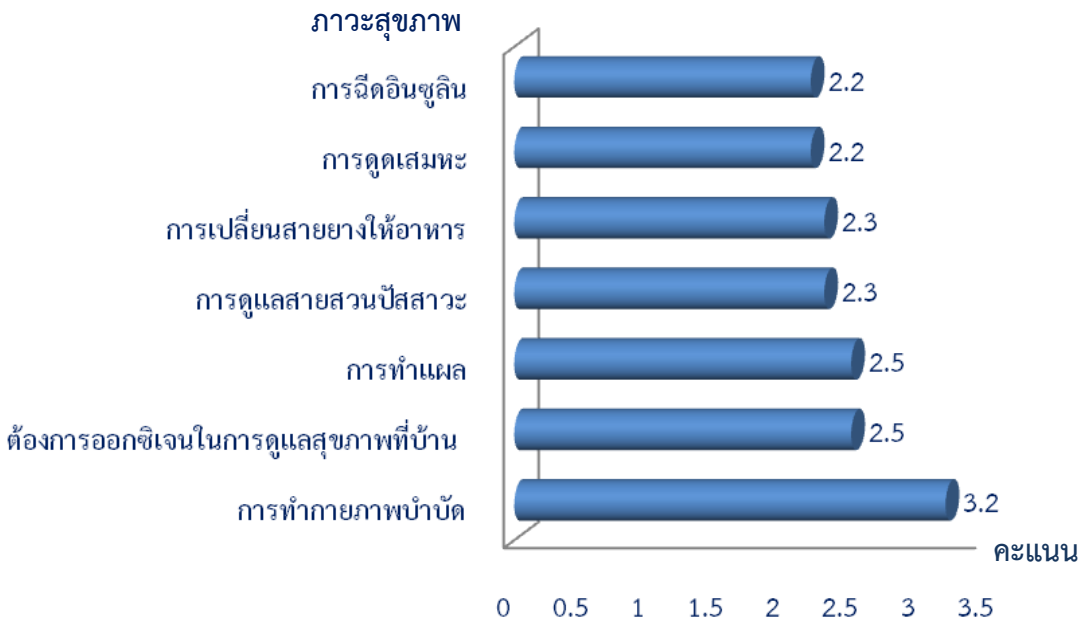
ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละรูปแบบการบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

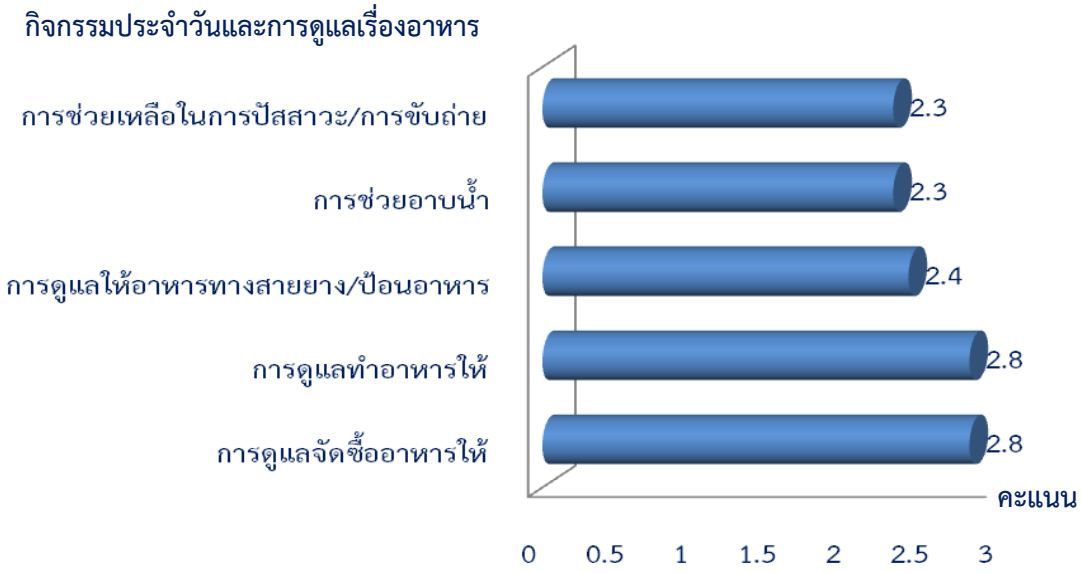
รูปแบบการบริการ	เพศ		รวม	P-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
การดูแลสุขภาพที่บ้าน	1,213 (8.9)	2,008 (14.7)	3,221 (23.5)	0.068
บริการดูแลกลางวัน	504 (3.7)	794 (5.8)	1,298 (9.5)	0.623
บริการการดูแลสุขภาพ	638 (4.7)	977 (7.1)	1,615 (11.8)	0.189
มีสถานบริบาลคนชรา	617 (4.5)	951 (7.0)	1,568 (11.5)	0.264
บริการฟื้นฟูสุขภาพ	892 (6.5)	1,374 (10.0)	2,266 (16.6)	0.104
บริการดูแลชั่วคราว	490 (3.6)	750 (5.5)	1,240 (9.1)	0.286
บริการดูแลระยะกลาง	446 (3.3)	655 (4.8)	1,101 (8.0)	0.078
บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	526 (3.8)	841 (6.1)	1,367 (10.0)	0.862
อื่นๆ	1 (0.0)	1 (0.0)	2 (0.0)	-
รวม	**5,327 (38.9)**	**8,351 (61.1)**	**13,678 (100.0)**	

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละรูปแบบการบริการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

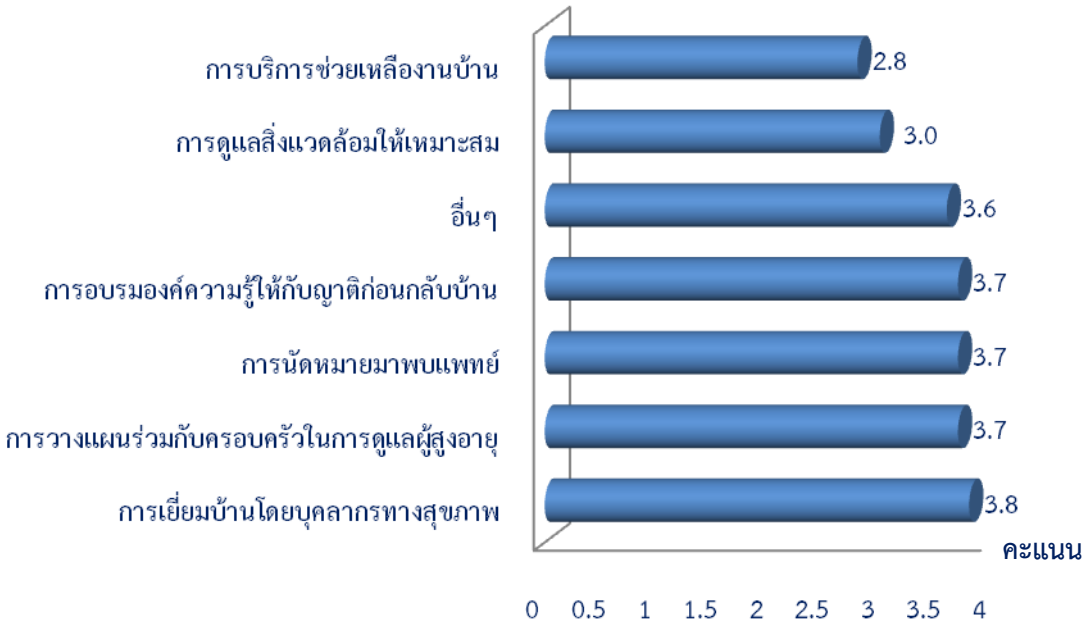
รูปแบบการบริการ	กลุ่มอายุ			รวม	P-value
	60-69 ปี (%)	70-79 ปี (%)	80 ปีขึ้นไป (%)		
การดูแลสุขภาพที่บ้าน	958 (7.0)	1,255 (9.1)	1,022 (7.4)	3,235 (23.6)	0.176
บริการดูแลกลางวัน	376 (2.7)	535 (3.9)	390 (2.8)	1,301 (9.5)	0.099
บริการการดูแลสุขภาพฟัน	482 (3.5)	650 (4.7)	487 (3.5)	1,619 (11.8)	0.293
มีสถานบริบาลคนชรา	483 (3.5)	615 (4.5)	474 (3.5)	1,572 (11.5)	0.558
บริการฟื้นฟูสุขภาพ	665 (4.8)	883 (6.4)	727 (5.3)	2,275 (16.5)	0.242
บริการดูแลชั่วคราว	372 (2.7)	492 (3.6)	385 (2.8)	1,249 (9.1)	0.855
บริการดูแลระยะกลาง	319 (2.3)	416 (3.0)	370 (2.7)	1,105 (8.0)	0.125
บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	422 (3.1)	506 (3.7)	443 (3.2)	1,371 (10.0)	0.203
อื่นๆ	0 (0.0)	1 (0.0)	1 (0.0)	2 (0.0)	-
รวม	**4,077 (29.7)**	**5,353 (39.0)**	**4,299 (31.3)**	**13,729 (100.0)**	

รูปภาพที่ 26 คะแนนและระดับความต้องการรูปแบบการบริการเพื่อดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ





ด้านอื่น ๆ


การบริการช่วยเหลืองานบ้าน
การดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม
อื่นๆ
การอบรมองค์ความรู้ให้กับญาติก่อนกลับบ้าน
การนัดหมายมาพบแพทย์
การวางแผนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ
การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางสุขภาพ
2.8
3.0
3.6
3.7
3.7
3.7
3.8
คะแนน
0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4

ตารางที่ 40 คะแนนและระดับความความต้องการการบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

ความต้องการการดูแล	เพศ				ค่าเฉลี่ย		T-test	
	ชาย		หญิง					
	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	t	P-value
ภาวะสุขภาพ								
การทำแผล	2.5±1.5	2	2.5±1.5	2	2.5±1.5	2	0.026	0.980
การดูดเสมหะ	2.3±1.4	2	2.2±1.4	2	2.2±1.4	2	1.635	0.102
การดูแลสายสวนปัสสาวะ	2.4±1.5	2	2.2±1.4	2	2.3±1.4	2	2.299	0.022
การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร	2.4±1.5	2	2.2±1.4	2	2.3±1.4	2	2.558	0.010
การทำกายภาพบำบัด	3.3±1.5	3	3.2±1.5	3	3.2±1.5	3	1.768	0.077
ต้องการออกซิเจนในการดูแลสุขภาพที่บ้าน	2.6±1.5	3	2.4±1.5	2	2.5±1.5	2	3.493	0.000
การฉีดอินซูลิน	2.3±1.4	2	2.2±1.4	2	2.2±1.4	2	1.231	0.218
กิจกรรมประจำวัน								
การช่วยอาบน้ำ	2.3±1.3	2	2.3±1.3	2	2.3±1.3	2	0.012	0.990
การช่วยเหลือในการปัสสาวะ/การขับถ่าย	2.3±1.3	2	2.3±1.3	2	2.3±1.3	2	0.371	0.710

ความต้องการการดูแล	เพศ				ค่าเฉลี่ย		T-test	
	ชาย		หญิง					
	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	t	P-value
การดูแลเรื่องอาหาร								
การดูแลให้อาหารทางสายยาง/ป้อนอาหาร	2.5±1.4	2	2.4±1.4	2	2.4±1.4	2	0.926	0.355
การดูแลจัดซื้ออาหารให้	2.7±1.4	3	2.8±1.4	3	2.8±1.4	3	0.840	0.401
การดูแลทำอาหารให้	2.8±1.4	3	2.8±1.4	3	2.8±1.4	3	0.165	0.869
ด้านอื่นๆ								
การบริการช่วยเหลืองานบ้าน	2.7±1.3	3	2.8±1.3	3	2.8±1.3	3	-1.785	0.074
การดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม	3.0±1.3	3	3.1±1.3	3	3.0±1.3	3	-2.614	0.009
การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางสุขภาพ	3.8±1.1	4	3.7±1.0	4	3.8±1.1	4	0.832	0.406
การวางแผนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	0.637	0.524
การนัดหมายมาพบแพทย์	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	1.737	0.083
การอบรมองค์ความรู้ให้กับญาติก่อนกลับบ้าน	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	0.094	0.366
อื่นๆ	3.9±0.7	4	3.4±1.2	4	3.6±1.1	4	0.821	0.420

หมายเหตุ: คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ความต้องการระดับ 1
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ความต้องการระดับ 2
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ความต้องการระดับ 3
คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ความต้องการระดับ 4
คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ความต้องการระดับ 5

ตารางที่ 41 คะแนนและระดับความต้องการด้านการบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

ความต้องการการดูแล	กลุ่มอายุ						ค่าเฉลี่ย		F-test P-value
	60-69 ปี		70-79 ปี		80 ปีขึ้นไป				
	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	
ภาวะสุขภาพ									
การทำแผล	2.5±1.5	2	2.5±1.5	2	2.4±1.4	2	2.5±1.5	2	0.012
การดูดเสมหะ	2.3±1.4	2	2.3±1.4	2	2.1±1.4	2	2.2±1.4	2	0.004
การดูแลสายสวนปัสสาวะ	2.4±1.5	2	2.3±1.4	2	2.2±1.4	2	2.3±1.4	2	0.002
การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร	2.4±1.5	2	2.3±1.5	2	2.1±1.4	2	2.3±1.4	2	0.002

ความต้องการการดูแล	กลุ่มอายุ						ค่าเฉลี่ย		F-test P-value
	60-69 ปี		70-79 ปี		80 ปีขึ้นไป				
	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	
การทำกายภาพบำบัด	3.2±1.5	3	3.2±1.5	3	3.2±1.5	3	3.2±1.5	3	0.793
ต้องการออกซิเจนในการดูแลสุขภาพที่บ้าน	2.6±1.5	2	2.5±1.5	2	2.4±1.5	2	2.5±1.5	2	0.001
การฉีดอินซูลิน	2.3±1.4	2	2.3±1.4	2	2.0±1.3	2	2.2±1.4	2	0.000
กิจกรรมประจำวัน									
การช่วยอาบน้ำ	2.2±1.3	2	2.3±1.3	2	2.4±1.3	2	2.3±1.3	2	0.002
การช่วยเหลือในการปัสสาวะ/การขับถ่าย	2.2±1.3	2	2.3±1.3	2	2.4±1.3	2	2.3±1.3	2	0.029
การดูแลเรื่องอาหาร									
การดูแลให้อาหารทางสายยาง/ป้อนอาหาร	2.4±1.4	2	2.5±1.3	2	2.4±1.4	2	2.4±1.4	2	0.433
การดูแลจัดซื้ออาหารให้	2.7±1.4	3	2.8±1.4	3	2.8±1.4	3	2.8±1.4	3	0.005
การดูแลทำอาหารให้	2.7±1.4	3	2.8±1.3	3	2.9±1.4	3	2.8±1.4	3	0.004
ด้านอื่นๆ									

ความต้องการการดูแล	กลุ่มอายุ						ค่าเฉลี่ย		F-test P-value
	60-69 ปี		70-79 ปี		80 ปีขึ้นไป				
	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	$\bar{x}$ ± SD	ระดับความต้องการ	
การบริการช่วยเหลืองานบ้าน	2.7±1.3	3	2.8±1.3	3	2.8±1.4	3	2.8±1.3	3	0.019
การดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม	2.9±1.3	3	3.1±1.3	3	3.1±1.3	3	3.0±1.3	3	0.001
การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางสุขภาพ	3.7±1.1	4	3.8±1.1	4	3.8±1.1	4	3.8±1.1	4	0.002
การวางแผนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ	3.6±1.1	4	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	0.026
การนัดหมายมาพบแพทย์	3.7±1.1	4	3.7±1.0	4	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	0.087
การอบรมองค์ความรู้ให้กับญาติก่อนกลับบ้าน	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	3.7±1.1	4	0.157
อื่นๆ	3.3±0.6	3	3.7±0.9	4	3.5±1.4	4	3.6±1.1	4	0.866

หมายเหตุ: คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ความต้องการระดับ 1
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ความต้องการระดับ 2
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ความต้องการระดับ 3
คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ความต้องการระดับ 4
คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ความต้องการระดับ 5

เมื่อพิจารณาตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างระหว่างเพศและกลุ่มอายุของผู้สูงอายุกับระดับความต้องการการบริการเพื่อดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ (p=0.107, p=0.092) (ตารางที่ 42,43)

ตารางที่ 42 จำนวนและร้อยละระดับความต้องการการบริการเพื่อการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

เพศ	ระดับความต้องการ					รวม	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ ± SD	T-test	
	1	2	3	4	5			t	P-value
ชาย	198 (5.9)	316 (9.4)	433 (13.0)	232 (7.0)	89 (2.7)	1,268 (38.0)	2.76±1.13	1.613	0.107
หญิง	290 (8.7)	622 (18.7)	691 (20.7)	349 (10.5)	115 (3.4)	2,067 (62.0)	2.70±1.08		
รวม	**488 (14.6)**	**938 (28.1)**	**1,124 (33.7)**	**581 (17.5)**	**204 (6.1)**	**3,335 (100.0)**	**2.72±1.10**		

ตารางที่ 43 จำนวนและร้อยละระดับความต้องการการบริการเพื่อการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ระดับความต้องการ						ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ ± SD	F-test P-value
	1	2	3	4	5	รวม		
60-69 ปี	171 (5.1)	282 (8.4)	348 (10.4)	169 (5.0)	61 (1.8)	1,031 (30.7)	2.68±1.11	0.092
70-79 ปี	172 (5.1)	365 (10.9)	435 (13.0)	245 (7.3)	84 (2.5)	1,301 (38.8)	2.77±1.10	
80 ปีขึ้นไป	146 (4.4)	295 (8.8)	347 (10.4)	168 (5.1)	59 (1.8)	1,015 (30.5)	2.70±1.09	
รวม	**489 (14.6)**	**942 (28.1)**	**1,130 (33.8)**	**582 (17.4)**	**204 (6.1)**	**3,347 (100.0)**	**2.72±1.10**	

ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความพร้อมการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลดังนี้

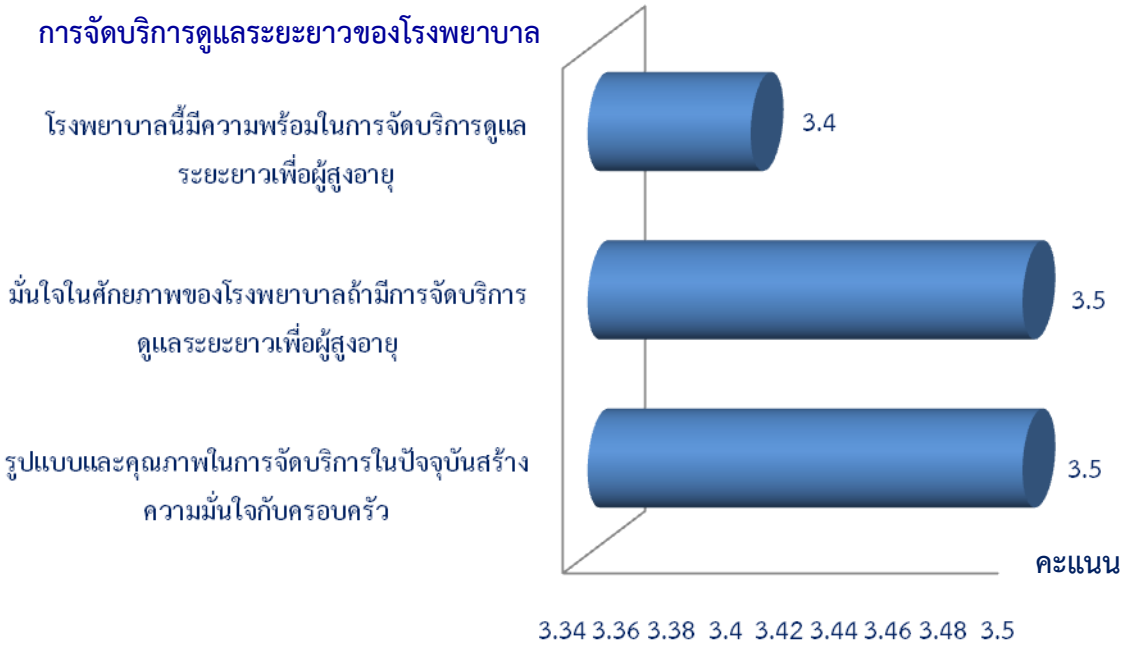
ด้านการจัดบริการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่ามีความพร้อมด้านรูปแบบและคุณภาพการจัดบริการในปัจจุบันและสร้างความมั่นใจกับครอบครัว และมั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลถ้ามีการจัดบริการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.5±0.8

ด้านสถานที่จัดบริการ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่ามีความพร้อมด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เช่นความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับ ที่นั่งรอ เหมาะสมและเพียงพอคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.4±0.8

ด้านบุคลากรทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่ามีความพร้อมคือเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ บริการด้วยท่าทีและคำพูดที่สุภาพเป็นกันเอง มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย และบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ให้การบริการต้องมีความรู้ในเรื่องการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.6±0.8

และ**ด้านอุปกรณ์ในการจัดบริการ** ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่ามีความพร้อมในอุปกรณ์ชุดทำแผล คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.9±1.3 รองลงมาคือ ไม้เท้า 2 และ 3 ขา, walker (โครงโลหะช่วยเดิน 4 ขา) คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8±1.2 และยาอินซูลิน คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.7±1.3 (รูปภาพที่ 27)

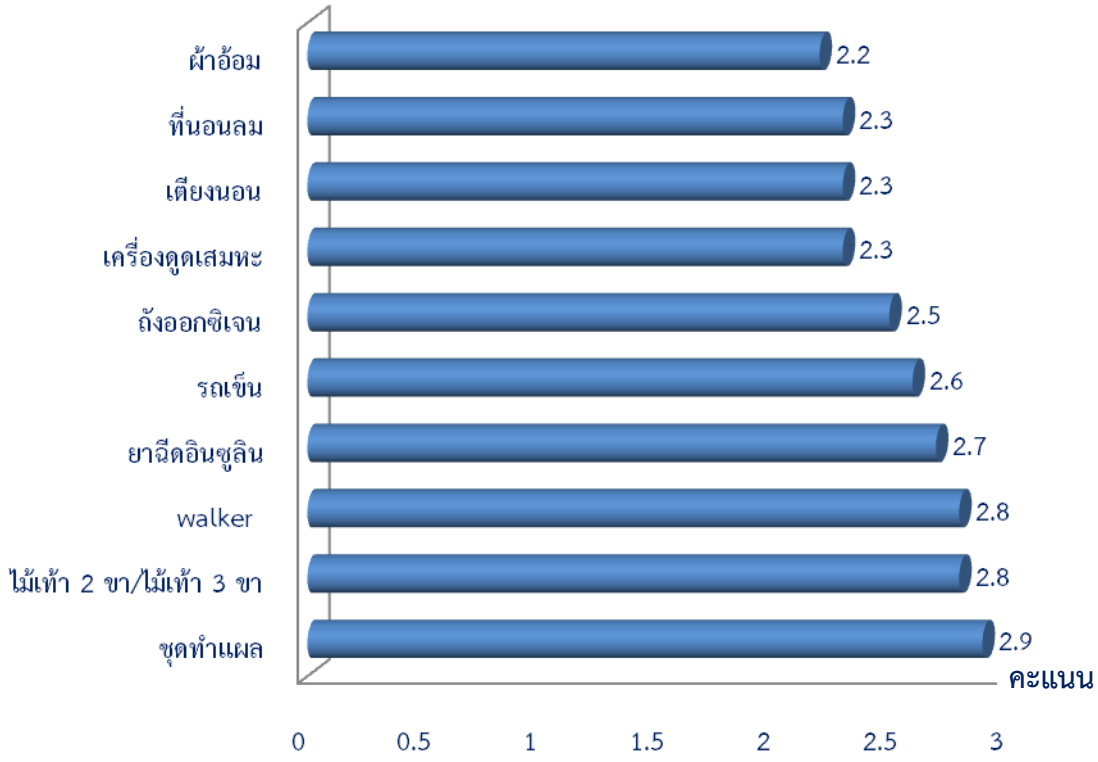
รูปภาพที่ 27 คะแนนความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความพร้อมการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล




สถานที่จัดบริการ
มีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องการจัดบริการรูปแบบการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาล
3.2
สถานที่ตั้งแยกเป็นสัดส่วนเพื่อจัดบริการที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก
3.3
สถานที่ในการจัดบริการรูปแบบการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุ ตั้งอยู่ใกล้บ้าน/ชุมชน
3.3
มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและเพียงพอ
3.4
คะแนน
3.1 3.15 3.2 3.25 3.3 3.35 3.4


บุคลากรทางด้านสุขภาพและอุปกรณ์ในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล
เจ้าหน้าที่มีจำนวนเพียงพอในการจัดบริการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาล
3.2
ความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์
3.2
บุคลากรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ให้การบริการต้องมีความรู้ในเรื่องการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุ
3.6
เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ บริการ ด้วยท่าทีและคำพูดที่สุภาพเป็นกันเอง มีความชัดเจน และเข้าใจง่าย
3.6
คะแนน
3 3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6

คลังอุปกรณ์/กายอุปกรณ์ และสามารถยืมไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน



ตอนที่ 5 ผลการศึกษาการสัมภาษณ์ความพร้อมและความต้องการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในกลุ่มครอบครัวของผู้สูงอายุ

จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามครอบครัวของผู้สูงอายุที่พาผู้สูงอายุมารับบริการที่สถานบริการ ณ วันสัมภาษณ์ พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 และเพศชาย ร้อยละ 23.3 เป็นช่วงอายุ 41-50 ปี สูงสุด ร้อยละ 32.6 ผู้สูงอายุประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 38 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 22.6, ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 13.8, ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 11.6, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 8.4 และข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 1.2 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ตอบว่าเพียงพอ ร้อยละ 71 (ตารางที่ 44)

ตารางที่ 44 จำนวนและร้อยละข้อมูลครอบครัวของผู้สูงอายุ ณ วันสัมภาษณ์

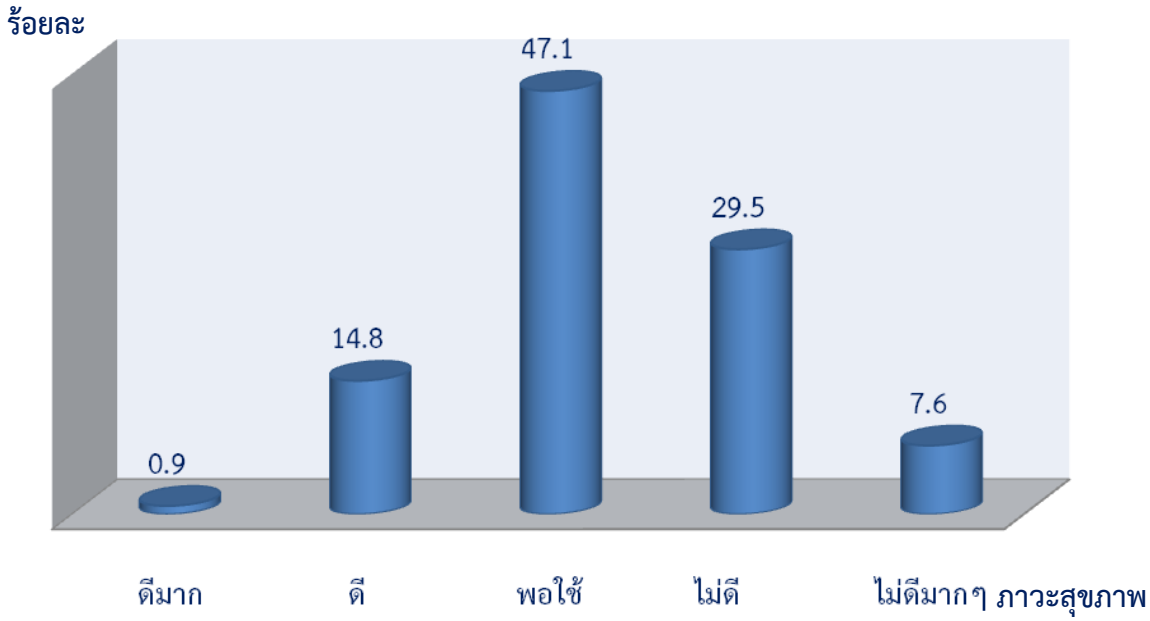
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	333	23.3
หญิง	1,097	76.7
รวม	**1,430**	**100**
ช่วงอายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	37	2.6
21-30 ปี	97	6.9
31-40 ปี	237	16.8
41-50 ปี	460	32.6
51-60 ปี	295	20.9
60 ปีขึ้นไป	286	20.3
รวม	**1,412**	**100.0**
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	197	13.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	120	8.4
ข้าราชการบำนาญ	17	1.2
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	166	11.6
รับจ้างทั่วไป	322	22.6
เกษตรกร	542	38.0
อื่นๆ	63	4.4
รวม	**1,427**	**100.0**

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
เป็นหนี้ (ไม่พอกินพอใช้)	312	21.9
เพียงพอ	1,010	71.0
เหลือเก็บ	100	7.0
รวม	**1,422**	**100.0**

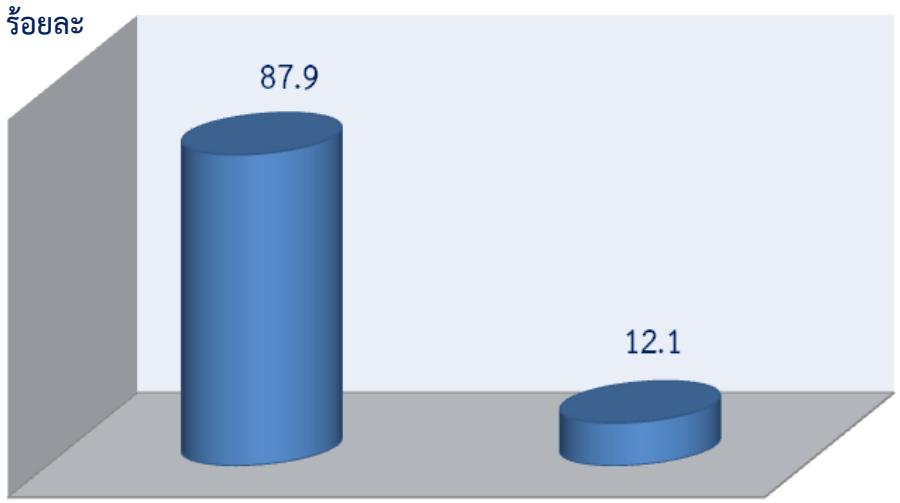
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวมีภาวะสุขภาพพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 47.1 รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 29.1, ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 14.8, ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 7.6 และภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 0.9 (รูปภาพที่ 28)

ลักษณะทางกายภาพ พบว่า ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนมากที่สุด ร้อยละ 87.9 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ร้อยละ 12.1 (รูปภาพที่ 29)

รูปภาพที่ 28 ร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว

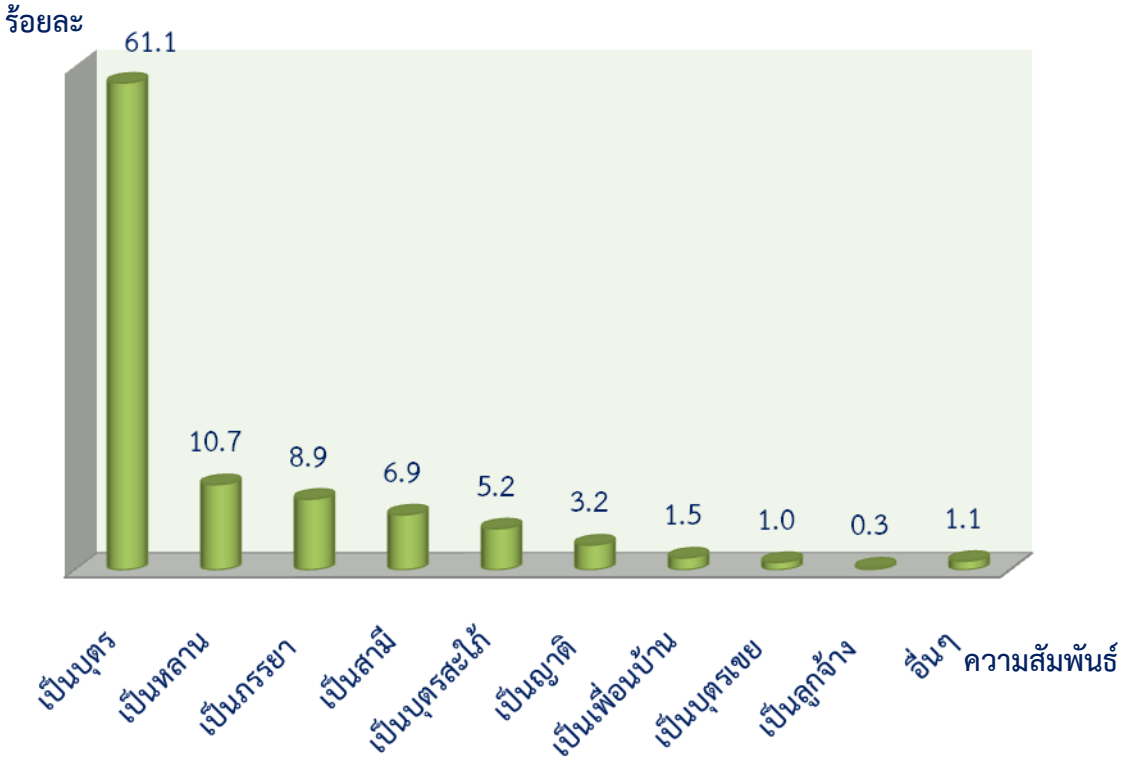


รูปภาพที่ 29 ร้อยละลักษณะทางกายภาพผู้สูงอายุที่ครอบครัวดูแล

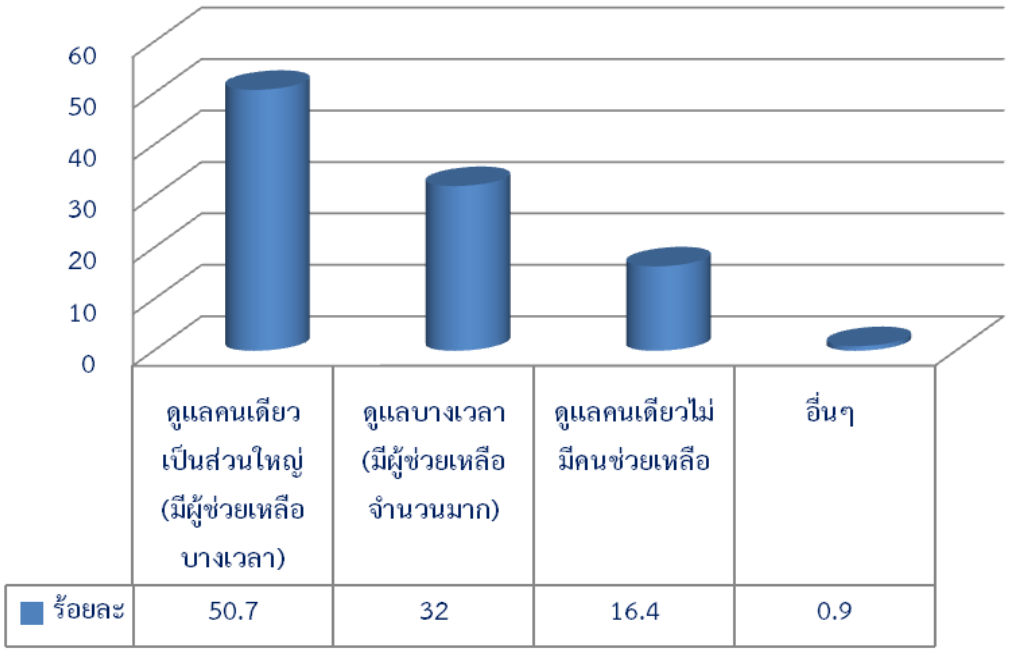


ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุจากการเก็บข้อมูล พบว่าเป็นบุตรสูงสุด ร้อยละ 61.1 รองลงมาคือ หลาน ร้อยละ 10.7, เป็นภรรยา ร้อยละ 8.9, เป็นสามี ร้อยละ 6.9 และเป็นบุตรสะใภ้ ร้อยละ 5.2 (รูปภาพที่ 30) พบว่าส่วนใหญ่ดูแลคนเดียว (มีผู้ช่วยเหลือบางเวลา) มากที่สุด ร้อยละ 50.7 รองลงมา คือ ดูแลบางเวลา (มีผู้ช่วยเหลือจำนวนมาก) ร้อยละ 32 และดูแลคนเดียวไม่มีคนช่วยเหลือ ร้อยละ 16.4 (รูปภาพที่ 31)

รูปภาพที่ 30 ร้อยละความสัมพันธ์ของผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ

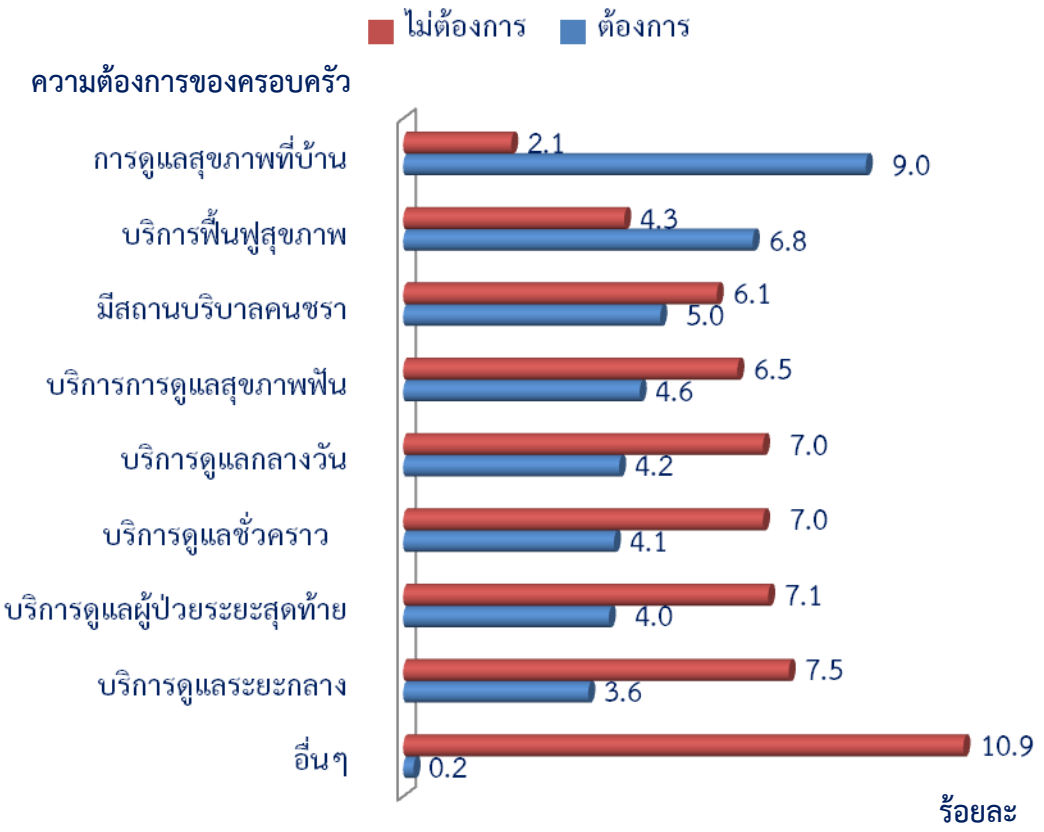


รูปภาพที่ 31 ร้อยละลักษณะการทำหน้าที่เพื่อดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว



ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการให้สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) จัดบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในรูปแบบการดูแลที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 9 รองลงมาคือ การบริการฟื้นฟูสุขภาพ ร้อยละ 6.8, มีสถานบริบาลคนชรา ร้อยละ 5 และการบริการดูแลสุขภาพฟัน ร้อยละ 4.6 (รูปภาพที่ 32)

รูปภาพที่ 32 ร้อยละความต้องของครอบครัวในการให้โรงพยาบาลจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว



ความต้องการให้สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) จัดบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะยาว พบว่า ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการและคิดว่าจะไปใช้บริการรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาว เช่น Day care หรือการฝากเลี้ยงดู ร้อยละ 10.1

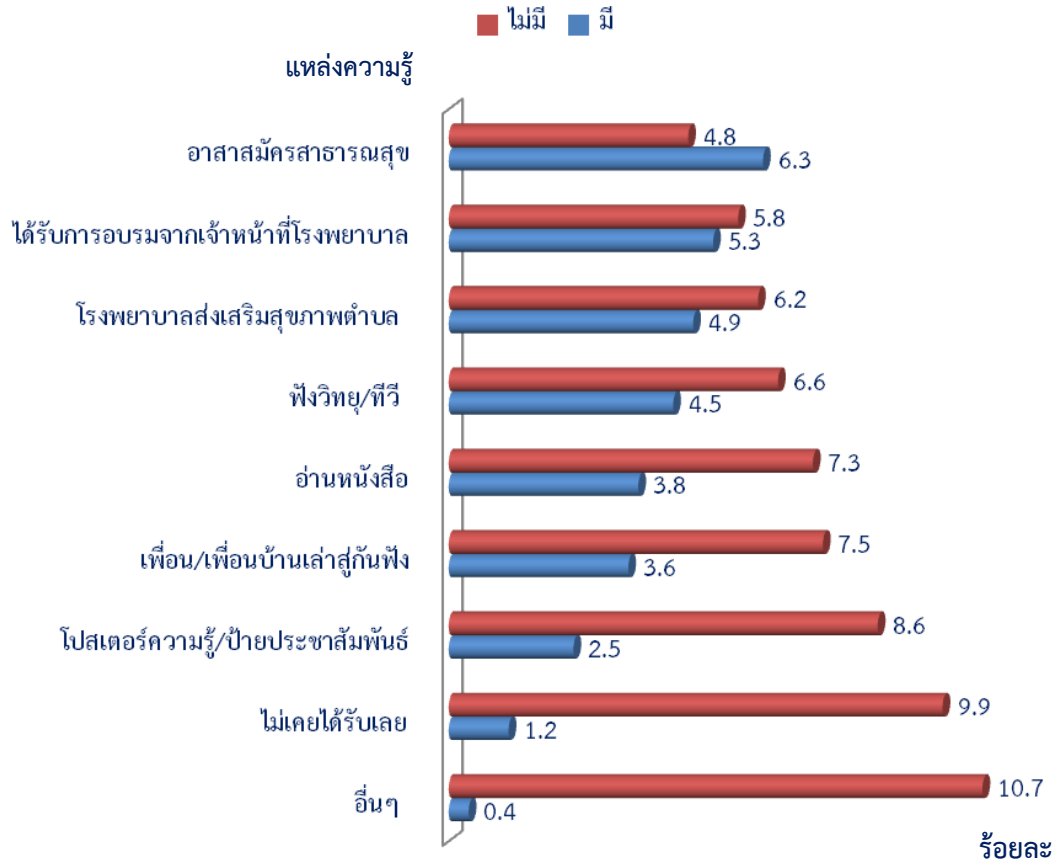
การจัดบริการให้ความรู้เรื่องการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้าน ผู้สูงอายุเห็นว่าควรมีและต้องการการจัดบริการ ร้อยละ 11 ด้านความพอใจต่อการจัดบริการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้านของสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) พบว่าครอบครัวมีความต้องการและพอใจต่อการจัดบริการร้อยละ 10.4 ในขณะที่ครอบครัวมีความต้องการรูปแบบการจัดบริการของสถานบริการ (โรงพยาบาล) และสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัว ร้อยละ 16.4 และองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าครอบครัวมีความต้องการและเพียงพอ ร้อยละ 9.3 ไม่เพียงพอและมีความต้องการร้อยละ 9.5 (ตารางที่ 45)

ตารางที่ 45 จำนวนและร้อยละรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวที่ต้องการจัดให้ผู้สูงอายุ

รูปแบบการจัดบริการ	ข้อคิดเห็น	ความต้องการ		รวม	P-value
		ไม่ต้องการ	ต้องการ		
รูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาว เช่นการดูแลแบบฝากเลี้ยงไปเช้า-เย็นกลับ (Day care)	ไม่ใช้บริการ	165 (2.7)	557 (8.8)	722 (11.5)	0.000
	ใช้บริการ	33 (0.5)	634 (10.1)	667 (10.6)	
	รวม	198 (3.2)	1,191 (18.9)	1,389 (22.1)	
การจัดบริการให้ความรู้เรื่องการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้าน	ไม่มี	98 (1.5)	482 (7.7)	580 (9.2)	0.009
	มี	93 (1.5)	695 (11.0)	788 (12.5)	
	รวม	191 (3.0)	1,177 (18.7)	1,368 (21.7)	
ความพอใจกับการจัดบริการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาล	ไม่พอใจ	4 (0.1)	25 (0.4)	29 (0.5)	0.768
	พอใจ	88 (1.4)	658 (10.4)	746 (11.8)	
	รวม	92 (1.5)	683 (10.8)	775 (12.3)	
รูปแบบและคุณภาพในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของสถานบริการสร้างความมั่นใจกับครอบครัวของท่าน	ไม่	42 (0.7)	147 (2.3)	189 (3.0)	0.002
	ใช่	156 (2.4)	1,030 (16.4)	1,186 (18.8)	
	รวม	198 (3.1)	1,177 (18.7)	1,375 (21.8)	
องค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลระยะยาวที่ท่านมีอยู่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	73 (1.2)	598 (9.5)	671 (10.7)	0.000
	เพียงพอ	133 (2.1)	585 (9.3)	718 (11.4)	
	รวม	206 (3.3)	1,183 (18.8)	1,389 (22.1)	
รวมทั้งหมด		885 (14.1)	5,411 (85.9)	6,296 (100)	

ครอบครัวผู้สูงอายุได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มากที่สุด ร้อยละ 6.3 รองลงมาคือ ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ร้อยละ 5.3, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 4.9, ฟังวิทยุ/ทีวี ร้อยละ 4.5 และอ่านหนังสือ ร้อยละ 3.8 (รูปภาพที่ 33)

รูปภาพที่ 33 ร้อยละแหล่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ



ความคิดเห็นของครอบครัวผู้สูงอายุต่อความพร้อมการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล ดังนี้

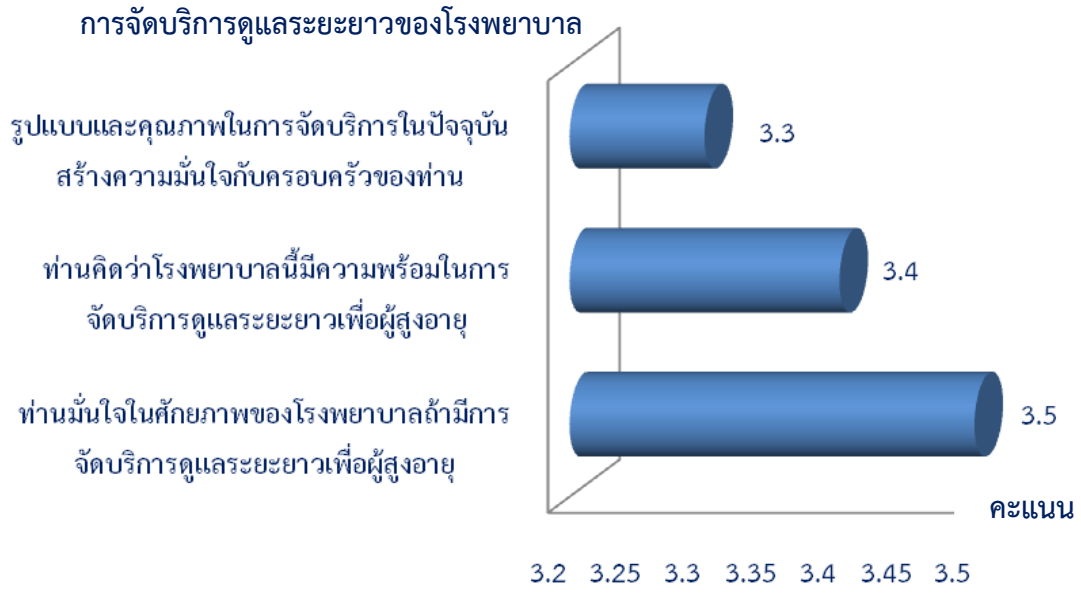
ด้านการจัดบริการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล ครอบครัวตอบว่ามั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลถ้ามีการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.5±0.74

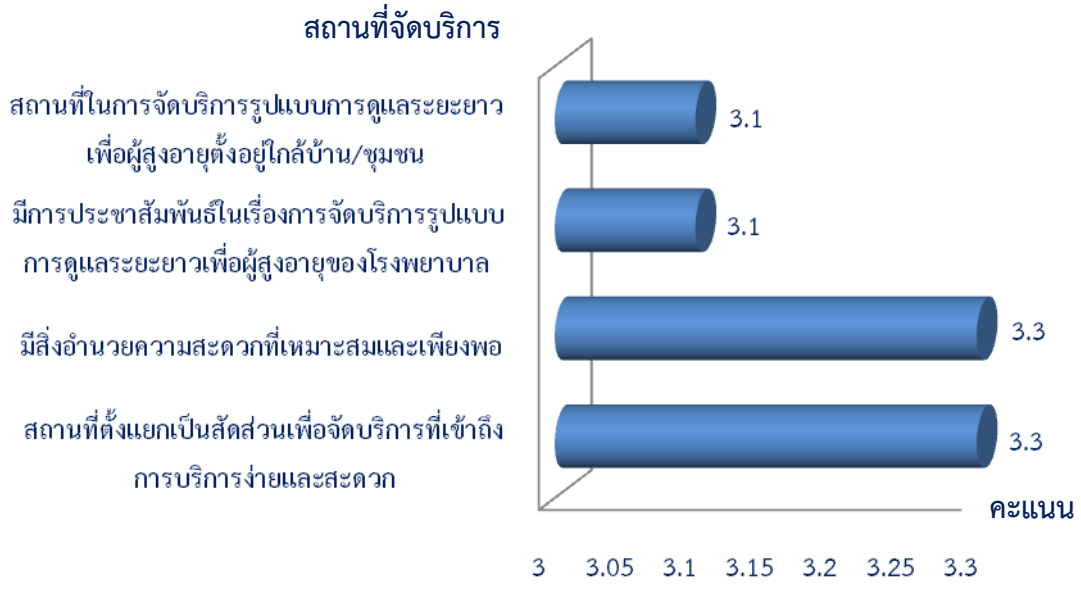
สถานที่จัดบริการ ครอบครัวตอบว่าสถานที่ตั้งควรแยกเป็นสัดส่วนเพื่อจัดบริการที่เข้าถึงง่ายและสะดวก คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.3±0.85

ด้านบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัวตอบว่า บุคลากรและเจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ในเรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำบริการด้วยท่าทีและคำพูดที่สุภาพเป็นกันเอง มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.5±0.80

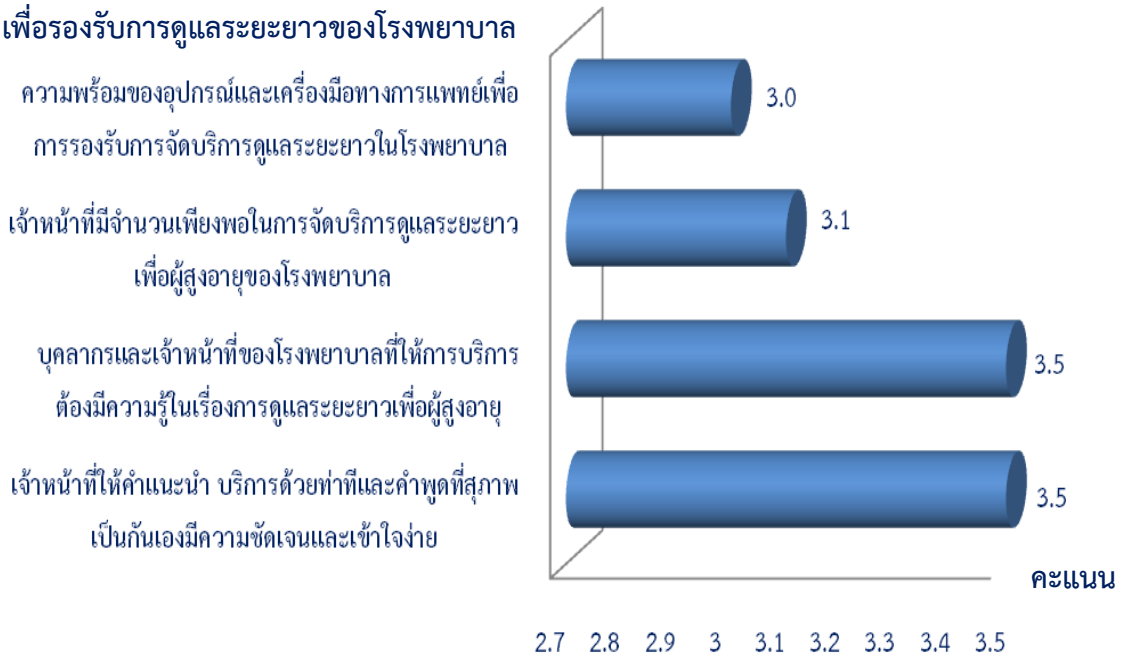
และ**ด้านอุปกรณ์ในการจัดบริการ** ครอบครัวตอบว่าต้องการชุดทำแผลมากที่สุด 2.8±1.20 ยาฉีดอินซูลินสูงสุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.7±1.22, walker มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.7±1.14 และไม้เท้า 2 ขา/ 3 ขา มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.7±1.12 (รูปภาพที่ 34)

รูปภาพที่ 34 คะแนนความคิดเห็นของครอบครัวผู้สูงอายุต่อความพร้อมการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล

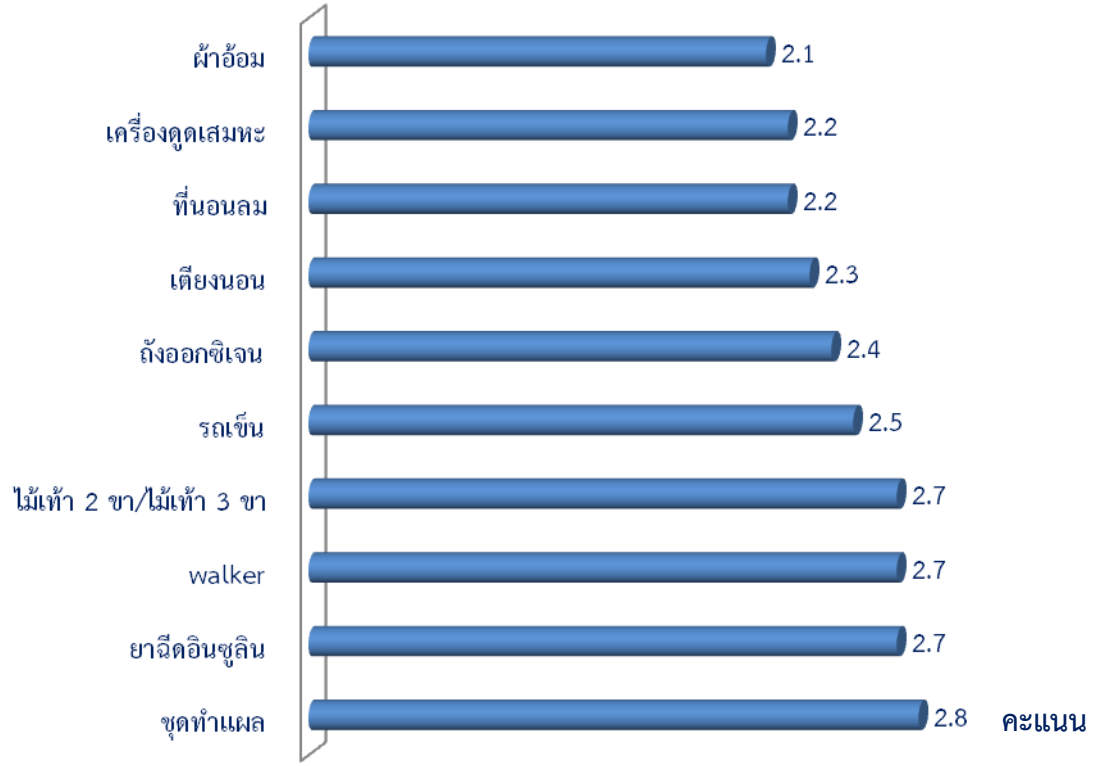




บุคลากรทางด้านสุขภาพและอุปกรณ์ในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล



คลังอุปกรณ์/กายอุปกรณ์ และสามารถยืมไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน



ตอนที่ 6 การระดมความคิดเห็นจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

จากกระบวนการทำ Focus group ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น อ่างทอง และกระบี่ ในกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สรุปประเด็นที่ได้จากการทำกระบวนการ focus group ดังต่อไปนี้

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน

1. คลินิกผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานในสถานบริการที่มีความพร้อม รูปแบบการจัดบริการ 1) เป็นคลินิกพิเศษที่แยกออกมาจัดให้บริการ และ 2) การจัดบริการที่บูรณาการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่สถานบริการสุขภาพจะจัดบริการในรูปแบบที่สอง ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน พบตั้งแต่การรับนโยบายและนำสู่การปฏิบัติไม่มีความชัดเจนในการจัดบริการและการให้ความสำคัญในงานของผู้บริหาร ความไม่พร้อมด้านบุคลากร สถานที่ และงบประมาณ ในสถานบริการบางแห่งยังพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุไม่มีใครพามา ทำให้การดำเนินงานในรูปแบบคลินิกไม่สามารถดำเนินการและมีความยั่งยืนได้

2. แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค มีการดำเนินงานในสถานบริการเกือบทุกระดับ เช่น คลินิกความดันโลหิต เบาหวาน และหอบหืด เป็นต้น ลักษณะการจัดบริการให้บริการทุกกลุ่มอายุไม่มีการแยกเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคือความไม่เพียงพอด้านบุคลากรทางสุขภาพ และสถานที่

3. แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถานบริการสุขภาพได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือการจัดบริการ 70 ปี ไม่มีคิวและจัดบริการช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนการจัดบริการแผนกผู้ป่วยในพบว่ายังไม่มีการจัดบริการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ (หอผู้ป่วยสูงอายุ) มีบางสถานบริการสุขภาพที่จัดหรือแยกโซนสำหรับผู้สูงอายุในการให้บริการอย่างใกล้ชิด เช่น จัดโซนไว้หน้าเคาเตอร์พยาบาล ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน คือ ความไม่เพียงพอด้านบุคลากรและสถานที่ นโยบายของผู้บริหารไม่ชัดเจน องค์ความรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพ และความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ เช่น ผู้สูงอายุที่มารับบริการไม่ให้ความร่วมมือในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากเสียเวลาพบแพทย์และต้องรีบกลับบ้าน

4. หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ สถานบริการทุกระดับจัดให้บริการสุขภาพเคลื่อนที่ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้บริการทุกกลุ่มวัย จำนวนครั้งการออกให้บริการขึ้นกับความพร้อมของพื้นที่ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ความไม่เพียงพอของเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ อัตรากำลังในการออกให้บริการและการเบิกจ่ายงบประมาณในการออกให้บริการสุขภาพเคลื่อนที่ และขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนจากหน่วยงานอื่นๆ

5. การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge planning) และ Home Health Care สถานบริการส่วนใหญ่มีการดำเนินงาน โดยเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่หอผู้ป่วยในทุกรายไม่มีการแยกดำเนินการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ มีการส่งข้อมูลผ่านระบบการส่งต่อให้รพ.สต.รับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และมีทีม HHC ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับอสม.ในพื้นที่ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ด้านบุคลากรทางสุขภาพ พบว่าความไม่เพียงพอและองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ด้านการบริการ พบว่าการให้บริการยังไม่ครอบคลุมทุกราย การเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่องครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ และขาดการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในการออกเยี่ยมบ้าน ด้านข้อมูล ขาดการประสานงานเอกสารการส่งตัวผู้ป่วยกลับทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ การตอบกลับข้อมูลระหว่างสถานบริการสุขภาพไม่สมบูรณ์ครบถ้วน และแบบฟอร์มไม่เหมือนกันทำให้การส่งข้อมูลของผู้สูงอายุไม่ครบถ้วน

6. ระบบการส่งต่อ มีการดำเนินงานในทุกสถานบริการสุขภาพ เช่น ใช้ระบบการส่งต่อผ่านศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย ผ่านระบบ Internet refer lick ระบบส่งต่อตามแนวทาง cup ของสถานบริการ ใช้ใบส่งต่อผ่านระบบ 1669 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ขาดการประสานงานในการส่งข้อมูลกลับมาในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

รูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาว

1. ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation center) มีการดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อม ให้บริการทุกกลุ่มวัยไม่มีการแยกเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ บางสถานบริการจัดให้บริการเน้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท เช่น ผู้ป่วย stroke การดำเนินงานในอนาคตเห็นควรให้มีการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฯ ในชุมชน มีการสนับสนุนงบประมาณและอัตรากำลังโดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด

2. Day hospital และ Day care ไม่มีการดำเนินการดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินการในสถานบริการระดับ เช่น Day care ควรดำเนินการในชุมชนในเมืองเนื่องจากญาติหรือลูกหลานต้องไปทำงาน และมีระบบรถรับส่งที่บ้าน ส่วน Day hospital สถานบริการยังไม่มีความพร้อมในการดำเนินงานทั้งด้านบุคลากร สถานที่ และงบประมาณ และการดำเนินงานควรให้อปท.เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนงบประมาณ

3. บริการดูแลสุขภาพฟันเฉพาะวัน (Dental care) มีการจัดให้บริการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ไม่มีการแยกให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุ ในระดับรพ.สต. มีการอบรมแกนนำ/ผู้ดูแลช่องปากและฟันผู้สูงอายุ ในสถานบริการที่มีความพร้อมจะให้บริการร่วมในคลินิกผู้สูงอายุ การดำเนินการในอนาคตควรมีการดำเนินงานแยกเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และจัดให้บริการเชิงรุกในชุมชนโดยที่ผู้สูงอายุไม่ต้องเดินทางมารับบริการ และการเพิ่มกรอบอัตรากำลังในสาขาวิชาชีพที่ขาด เช่น ทันตภิบาลในรพ.สต.

4. การดูแลระยะกลาง ยังไม่มีการจัดบริการที่ชัดเจนในสถานบริการสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพบางแห่งมีการจัดบริการแทรกในบริการที่มีอยู่แต่ไม่มีการจัดให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ การดำเนินงานในอนาคตควรสนับสนุนให้มีการจัดบริการในสถานบริการระดับรพศ./รพท. ที่มีความพร้อม เช่น จัดบริการหอผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะ (Geriatric ward) หรือการแบ่งโซนในการจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุ เป็นต้น

5. ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ยังไม่มีการดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพ ในอนาคตควรสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ฯ และปัจจุบันเอกชนมีการจัดบริการในส่วนนี้

6. การดูแลชั่วคราว (Respite care) ยังไม่มีการดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพ ควรมีการสนับสนุนให้มีการจัดบริการในสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อม

7. Nursing home ยังไม่มีการดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพ ในอนาคตมองว่าควรจัดให้บริการโดยอปท. และปัจจุบันเอกชนมีการจัดบริการในส่วนนี้

8. Palliative care, Hospice care และ end of life care มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม ในอนาคตควรสนับสนุนให้มีการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพ

9. บริการเช่ายืมอุปกรณ์ มีการให้บริการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ แต่ยังพบปัญหาการยืมอุปกรณ์บางชนิด เช่น การใช้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่ต้องใช้ในระยะยาว มีจำนวนไม่เพียงพอและค่าใช้จ่ายในการเติมออกซิเจน ในอนาคตควรมีแผนงานการสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น เกณฑ์พิจารณาและผู้รับผิดชอบ การตั้งศูนย์กายอุปกรณ์ การส่งเสริมนวัตกรรมกายอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

ความต้องการของสถานบริการเพื่อรองรับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1. ความชัดเจนด้านนโยบาย สถานบริการสุขภาพทุกระดับต้องการความชัดเจนในนโยบายระดับกระทรวง การกำหนดตัวชี้วัด และการติดตามการดำเนินงานจากส่วนกลาง ร่วมถึงการบูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น อปท.

2. งบประมาณในการดำเนินงาน สถานบริการสุขภาพทุกระดับต้องการงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ หรือการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนของผู้สูงอายุและภาวะการดูแล

3. อัตรากำลังบุคลากรสุขภาพด้านผู้สูงอายุ ต้องการบุคลากรในการปฏิบัติงานเพิ่มในสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น และควรมีการกำหนดกรอบอัตรากำลังในการรองรับการจัดบริการ

4. องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ บุคลากรทางด้านสุขภาพต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุทุกระดับสถานบริการสุขภาพ

5. สถานที่ มีความต้องการสถานที่ในการจัดบริการที่แยกเป็นสัดส่วน

6. อุปกรณ์ มีสื่อและอุปกรณ์ทางการแพทย์สนับสนุนการดำเนินงานเพียงพอ

กระบวนการดูแลขั้นพื้นฐานของสถานบริการเพื่อการดูแลระยะยาว

1. การประเมินสุขภาพทั่วไปนอกเหนือจากโรคที่มารักษา มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม เช่น การประเมิน ADL ผู้สูงอายุทุกราย, การประเมินภาวะโภชนาการ BMI, การตรวจสุขภาพฟัน เป็นต้น

2. การประเมิน ADL ผู้สูงอายุที่เปราะบางทุกคน มีการจัดบริการในสถานบริการระดับรพศ./รพท., รพช. และรพ.สต. มีการประเมิน ADL ผู้สูงอายุทุกคนและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม

3. การประเมินภาวะโภชนาการ มีการดำเนินการในสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อม เช่น การประเมิน BMI ภาวะโภชนาการ มีปัญหาส่งปรึกษานักโภชนาการ แต่ไม่ได้มีการประเมินทุกราย

4. การประเมินการหกล้ม มีการดำเนินการในสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อม เช่น การซักประวัติการหกล้ม มีป้ายระมัดระวังในผู้สูงอายุที่รักษาตัวในหอผู้ป่วย กรณีมีปัญหาส่งปรึกษาแพทย์และนักกายภาพบำบัด

5. การประเมินภาวะ Fecal impaction และ Incontinence มีการดำเนินการในสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อม เช่น การซักประวัติและประเมินร่วมกับแบบประเมิน ADL มีปัญหาส่งปรึกษาตามระบบ

6. การฟื้นฟูสภาพร่างกายในหอผู้ป่วย มีการดำเนินการในสถานบริการระดับรพศ. รพท. และรพช. มีการจัดบริการในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ มีการประสานงานกับนักกายภาพบำบัดในการดูแลร่วมกันและการสอนผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสุขภาพ

7. การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน มีการดำเนินการในสถานบริการระดับรพศ. รพท. และรพช. มีการดำเนินการในทุกราย ไม่มีการแยกเฉพาะผู้สูงอายุ ในสถานบริการบางแห่งมีการจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะโรคเป็นรายและมีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีม HHC

8. การส่งต่ออย่างเป็นระบบ และ HHC ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีการดำเนินการในสถานบริการระดับรพศ. รพท. และรพช. มีการจัดบริการ เช่น สอนผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน การเตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ การเตรียมบ้านของผู้ป่วย และมีการส่งข้อมูลกลับไปยังรพ.สต. เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

9. มีระบบการประเมินการบริการ สถานบริการสุขภาพทุกระดับจะมีการประเมินความพอใจของผู้ที่มารับบริการและผู้ให้บริการ

10. มีญาติร่วมดูแลและให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล ในสถานบริการทุกระดับจะให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การสอนญาติในการดูแลผู้สูงอายุ การแนะนำการใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

11. ยอมรับวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาในกระบวนการรักษา มีการดำเนินการในสถานบริการระดับรพศ. รพท. และรพช. สถานบริการสุขภาพจะอนุญาตให้ญาติประกอบพิธีกรรมทางศาสนาให้กับผู้ป่วย และความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมที่ไม่ขัดต่อการรักษา

ความพร้อมเชิงระบบของสถานบริการในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1. นโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงาน ทุกสถานบริการมีการดำเนินงานตามนโยบายแต่การนำสู่การปฏิบัติยังไม่ชัดเจน และมอบหมายงานให้มีผู้รับผิดชอบ

2. การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน (แผนกผู้สูงอายุ) ยังไม่มีการดำเนินงานเป็นแผนกผู้สูงอายุโดยตรง แต่มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงาน จัดบริการตามศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. กรอบอัตรากำลังของบุคลากรสุขภาพด้านผู้สูงอายุ มีปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรในการจัดบริการ ปัจจุบันใช้วิธีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานหรือการเกลี่ยอัตรากำลังตามภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง

4. อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ มีการบูรณาการใช้อุปกรณ์ร่วมกันไม่แยกเฉพาะผู้สูงอายุ และมีระบบการเช่า/ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์

5. สถานที่ในการจัดบริการ ใช้สถานที่ในการจัดบริการร่วมกับคลินิกอื่นๆ และมีการปรับปรุงสถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำมีราวจับและพื้นกันลื่น ทางลาด เป็นต้น

6. องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของบุคลากรทางสุขภาพ บุคลากรยังขาดองค์ความรู้และต้องมีการพัฒนาศักยภาพ เช่น การอบรม การศึกษาต่อ และควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

7. ระบบข้อมูล/สารสนเทศในการจัดบริการ สถานบริการทุกระดับมีระบบข้อมูลของหน่วยงานและพบปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

8. การจัดบริการ OPD มีการจัดบริการ 70 ปีไม่มีคิวตามนโยบายของกระทรวง และจัดให้บริการร่วมกับกลุ่มอายุอื่น ไม่มีการแยกจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุ

9. การจัดบริการ IPD ยังไม่มีการจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุรวมไว้กับการจัดบริการอื่นๆ

10. งบประมาณในการดำเนินงาน มีการจัดทำแผนงาน/โครงการผู้สูงอายุ และขอสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาล และของบสนับสนุนจากสปสช./อปท.และกองทุนสุขภาพตำบล

11. ระบบยา มีการจัดบริการร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ และในสถานบริการที่มีความพร้อมได้แยกระบบยาโดยมีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ ในรายที่มีปัญหามีห้องให้คำปรึกษาสำหรับญาติและผู้ป่วยโดยเฉพาะ

12. ระบบส่งต่อ มีระบบการส่งต่อในระหว่างสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ

13. ระบบ HHC มีการจัดบริการในสถานบริการแต่ไม่ได้แยกเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ มีการตอบกลับข้อมูลระหว่างสถานบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วย และในสถานบริการที่มีศักยภาพจะมีระบบ case manager

14. Discharge Planning มีการจัดบริการในสถานบริการแต่ไม่ได้แยกเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและพบปัญหาการส่งข้อมูลผู้ป่วย

ปัจจัยความสำเร็จในการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1. นโยบายด้านผู้สูงอายุต้องชัดเจนหรือทำให้เป็นวาระแห่งชาติ
2. ผู้บริหารในสถานบริการระดับต่างๆ ให้ความสำคัญและผลักดันให้เกิดการดำเนินงานจริง
3. ความพร้อมและความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
4. งบประมาณในการดำเนินงาน
5. ภาคีเครือข่ายและชุมชนเข้มแข็ง (เช่น วัด,โรงเรียน,ชมรมผู้สูงอายุ,อปท.,พม.)
6. การสนับสนุนและความพร้อมของชุมชนเช่น การอบรมความรู้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) และผู้สูงอายุ
7. การพัฒนาและเพิ่มองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในกลุ่มบุคลากรและเจ้าหน้าที่
8. การประชุมหรือมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสถานบริการระดับต่างๆ
9. การสร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจของผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ เช่น การจัดหรือสนับสนุนค่าตอบแทนอย่างเหมาะสมกรณีต้องออกปฏิบัติงานในพื้นที่
10. การติดตามและนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง

ทุนทางสังคมที่เอื้อและสนับสนุนในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1. วัฒนธรรมพื้นบ้านอันดีงามที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ
2. แหล่งทุนสนับสนุน
3. มีภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อปท./พมจ./อสม./ชมรมผู้สูงอายุ
4. แกนนำชุมชน/อสม./ผู้นำศาสนา/ปราชญ์ชาวบ้าน/ผู้มีเศรษฐฐานะดี
5. ผู้ให้บริการมีใจในการทำงานด้านผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. นโยบายภาครัฐ : การบูรณาการร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
2. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่าย
3. การสร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ

บทที่ 5
สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล

จากการศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยการส่งแบบสอบถามไปที่สถานบริการระดับต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการที่ดูแลหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงานในสถานบริการระดับต่างๆ และข้อมูลจากการทำกระบวนการ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น อ่างทอง และกระบี่ โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไป การศึกษาความพร้อมและความต้องการของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อการจัดบริการเพื่อการสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวและวัตถุประสงค์เฉพาะ 1) การศึกษาสถานการณ์ความพร้อมและความต้องการในการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2) การศึกษาความต้องการในการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของผู้สูงอายุและครอบครัว

จากการศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.5 เป็นหอผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยใน (IPD) รองลงมาคือ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรคและศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.4, คลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.6, หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ ร้อยละ 12.2, หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge Planning) ร้อยละ 7.9 และระบบส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 6.4 ตามลำดับ พิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่า รพศ.,รพท.และรพช. มีการจัดบริการหอผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยใน (IPD) มากที่สุด ร้อยละ 0.8, 1.8 และ 16.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของถาวร สกุลพาณิชย์ และคณะ (2553) พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ประมาณสองเท่าตัว และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ จากข้อมูลปีงบประมาณ 2549 จนถึงปีงบประมาณ 2552 กลุ่มอายุ 70-79 ปี มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ โดยโรคที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุใช้บริการแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคติดเชื้อ เป็นต้น ลักษณะการจัดบริการหรือหน่วยบริการพิเศษ พบว่าเป็นการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านมากที่สุด

ร้อยละ 23.8 รองลงมาคือ บริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์ ร้อยละ 21.4, จิตอาสาร้อยละ 13.9, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 12.6, ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ร้อยละ 9.1 และบริการสุขภาพฟัน ร้อยละ 8.8 ตามลำดับ พบว่าสถานบริการระดับรพท.และรพช. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 2.1 และ 16.6 ตามลำดับ) สถานบริการระดับรพ.สต. จัดบริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์มากที่สุด ร้อยละ 16 ส่วนสถานบริการระดับรพศ. จัดบริการจิตอาสามากที่สุด ร้อยละ 0.8 และพบว่าสถานบริการแต่ละระดับสามารถจัดกระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยเรียงลำดับตามความสำคัญพบว่าอันดับหนึ่งคือ การประเมินสุขภาพนอกเหนือจากโรคที่มารักษา ร้อยละ 11.4 รองลงมาคือ มีญาติร่วมดูแลและให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล ร้อยละ 10.5, การส่งต่ออย่างเป็นระบบ และ Home Health Care ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ร้อยละ 9.9, การประเมิน ADL ผู้สูงอายุที่เปราะบางทุกคน ร้อยละ 9.8 และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Rehabilitation) ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย ร้อยละ 9.4 ในขณะที่จากการศึกษาของสัมฤทธิ์ และคณะ (2553) รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย พบว่าเป้าหมายเน้นการดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นหลัก แต่ก็มีความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน เพราะยังมีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลที่บ้านได้ จำเป็นต้องมีมาตรฐานและการกระจายอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม โดยแนวทางการพัฒนาในสถาบันสำหรับประเทศไทยควรดำเนินการในสองเรื่องใหญ่ๆ คือ 1) กำหนดแนวทางการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ 2) การกำหนดมาตรฐานสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการรองรับผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีการกำหนด และจากการศึกษาของศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2552) ได้ศึกษาสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าประเทศไทยมีสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุหลากหลายรูปแบบที่จัดบริการโดยหน่วยงานต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมไปถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร โดยสามารถจำแนกสถานบริการต่างๆ เหล่านี้ตามระดับความต้องการ ดังนี้ 1) บ้านพักคนชรา (Residential home) หรือ ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted living setting) เป็นสถานที่พักอาศัยสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอายุหรือความพิการที่ต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง 3) สถานบริบาล (Nursing home) หมายถึง เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากนัก แต่ผู้ป่วยยังต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ 4) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term care hospital) หมายถึง สถานที่ให้การรักษาพยาบาลทั่วไปและ 5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care) หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บป่วย หรืออาการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบาย

จากการศึกษาของสัมฤทธิ์ และคณะ (2553) ประเด็นใครเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย มองว่าควรให้ความสำคัญอันดับแรกที่ระบบการบริการให้เกิดขึ้นเพื่อรองรับความจำเป็นด้านสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ และประเด็นระบบการคลังระบบการดูแลระยะยาวไม่ใช่ประเด็นหลัก เนื่องจากประชาชนไทยทุกคนได้รับการคุ้มครองจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่แล้ว ทั้งบริการในโรงพยาบาลและในชุมชน ในขณะที่การศึกษาพบว่าความต้องการของสถานบริการสุขภาพเพื่อรองรับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ งบประมาณในการดำเนินการ อัตรากำลังของบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และนโยบายที่ชัดเจน (ร้อยละ 19.5, 19.4 และ 19.3 ตามลำดับ) รองลงมาคือ องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และสถานที่ (ร้อยละ 15.3 และ 15.2 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่าในสถานบริการระดับรพศ.และรพท. มีความต้องการอันดับที่หนึ่งคือ นโยบายที่ชัดเจน รองลงมาคือ อัตรากำลังของบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ในขณะที่สถานบริการระดับรพช.และรพ.สต. อันดับที่หนึ่งคือ งบประมาณในการดำเนินการ โดยงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเงินบำรุงของโรงพยาบาล ร้อยละ 30.7 รองลงมาคือ งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ 25.3, งบประมาณจากสปสช. ร้อยละ 19.5, งบประมาณประจำปีโรงพยาบาล ร้อยละ 12 และงบประมาณจากการบริจาค/ภาคเอกชน ร้อยละ 6.2 เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่าสถานบริการระดับรพศ., รพท. และรพช. (ร้อยละ 1.1, 2.5 และ 24.8 ตามลำดับ) ใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงาน ในขณะที่รพ.สต. ได้รับงบสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากที่สุด (ร้อยละ 5.7) และหน่วยงานหรือองค์กรที่จะสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อจัดบริการ ได้แก่ จิตอาสามากที่สุดร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 31, อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 27.8 และชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.6 ตามลำดับ

ความพร้อมเชิงระบบในการจัดบริการสุขภาพของสถานบริการมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ระบบ Home Health Care (HHC) มากที่สุด คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.3±0.8 รองลงมาคือ ระบบรับ-ส่งต่อ (Refer) คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.2±0.8 และระบบยา คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.1±0.9 และความพร้อมเชิงระบบน้อยที่สุด 3 อันดับแรกคือ กรอบอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.0±0.9 รองลงมาคือ งบประมาณในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.3±0.9 และสถานที่ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.4±1.0 สอดคล้องกับข้อมูลจากการทำกระบวนการ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในพื้นที่ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น อ่างทอง และกระบี่ สรุปว่าการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวยังไม่มีความพร้อมในด้านบุคลากร งบประมาณ และสถานที่รวมทั้งการขาดแรงจูงใจของบุคลากรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเช่นเดียวกับการศึกษาพบว่าไม่มีการสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ให้บริการที่ทำงานด้านผู้สูงอายุพบร้อยละ 48.3 เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการพบว่าสถานบริการระดับรพช. ไม่มีการสร้างแรงจูงใจสูงสุด ร้อยละ 40 รองลงมาคือ รพ.สต. ร้อยละ 4.6 และ รพศ./รพท. ร้อยละ 3.6 ตามลำดับ

จากข้อมูลการทำกระบวนการ focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในพื้นที่ทั้ง 4 จังหวัดที่ทำการศึกษา พบว่าผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย และบุคลากรที่จบการศึกษามาด้านผู้สูงอายุไม่ได้ปฏิบัติงานในด้านนี้ และจากการศึกษาพบว่า

ทุกระดับสถานบริการ**พยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีบทบาทมากที่สุด** ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด รองลงมาคือ 3-5 ปี ร้อยละ 23.6, 1-2 ปี ร้อยละ 20, พึ่งมารับงานใหม่ๆ ร้อยละ 18.3, 6-9 ปี ร้อยละ 7.7 และน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 0.5 เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่า สถานบริการระดับรพศ./รพท. ผู้ให้บริการส่วนใหญ่พึ่งมารับงานใหม่ๆ มากที่สุด ร้อยละ 2.4 รองลงมาคือ 3-5 ปี ร้อยละ 1.9 ในขณะที่สถานบริการระดับรพศ./รพท.และรพช. ผู้ให้บริการมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 10 ปี ขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 22.7 และ 5.8 ตามลำดับ) ด้านการพัฒนาศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ให้บริการในระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา พบว่าไม่มีการพัฒนาศักยภาพ ร้อยละ 74 และมีการพัฒนาศักยภาพ ร้อยละ 26 และสถานบริการระดับรพช. ไม่มีการพัฒนาศักยภาพสูงสุด ร้อยละ 57.4 รองลงมาคือ รพ.สต. ร้อยละ 10.7 รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในกลุ่มผู้ให้บริการพบว่าร้อยละ 51.2 เป็นการอบรมหรือประชุมเรื่องผู้สูงอายุรองลงมาคือ การศึกษาดูงานด้านผู้สูงอายุ ร้อยละ 17, การจัดประชุมวิชาการของหน่วยงาน ร้อยละ 16.1, การจัดหาตำรา ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไว้ในห้องสมุด ร้อยละ 10.2 และการศึกษาต่อด้านผู้สูงอายุในระดับสูงขึ้น ร้อยละ 4 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของสัมฤทธิ์ และคณะ (2553) พบว่าจำเป็นต้องมีการเตรียมกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณ การกระจายและทักษะ ในการกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพต้องครอบคลุมทั้งกำลังคนภาคไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ให้บริการในภาคทางการ ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักจิตวิทยา

ผลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวในด้านความพร้อมและความต้องการการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 และ 3 และครอบครัวผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อแบ่งตามลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการ พบว่า ร้อยละ 38.7 ต้องใช้ไม้เท้ามากที่สุด รองลงมาคือ ต้องมีคนคอยพยุงร้อยละ 35.9, ต้องนั่งรถเข็นร้อยละ 15.3 และนอนติดเตียง (รถเข็นแบบนอน) ร้อยละ 10.1 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงและชายพบลักษณะทางกายภาพต้องใช้ไม้เท้าสูงสุด (ร้อยละ 23.9 และ 14.7 ตามลำดับ) และกลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องใช้ไม้เท้ามากที่สุด (ร้อยละ 15.7 และ 13.5 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มอายุ 60-69 ปี ต้องมีคนคอยพยุงมากที่สุด ร้อยละ 12 โดยผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่คนเดียวที่บ้านได้ ร้อยละ 52.5 และอยู่ไม่ได้ ร้อยละ 47.5 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 33 และ 19.6) และกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีปัญหาการใช้ชีวิตอยู่บ้านคนเดียวมากที่สุด (ร้อยละ 18.5) **ด้านภาวะสุขภาพ** พบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพ ณ วันสัมภาษณ์ประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 46.8 รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 30.2, ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 15.4, ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 7 และภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 0.7 โดยกลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมากๆ สูงสุด (ร้อยละ 12.1 และ10.4, ร้อยละ 2.5 และ 2.6 ตามลำดับ) และปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมของผู้สูงอายุมากที่สุด คือกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน และโรคไตร้อยละ 23.9

รองลงมาคือ ระบบกระดูกและข้อ ร้อยละ 23.2, การมองเห็น ร้อยละ 11.7, การได้ยิน ร้อยละ 7.4 และระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 6.4 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบปัญหากลุ่มโรคเรื้อรังในกลุ่มอายุ 60-69 ปีและกลุ่มอายุ 70-79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 7.4 และ 9.6 ตามลำดับ) ขณะที่กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบข้อและกระดูก ร้อยละ 7.8

และข้อมูลจากครอบครัวผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวมีภาวะสุขภาพพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 47.1 รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพ ไม่ดี ร้อยละ 29.1, ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 14.8, ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 7.6 และภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 0.9 ลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุที่ดูแลคือ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนมากที่สุด ร้อยละ 87.9 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ร้อยละ 12.1 และครอบครัวผู้สูงอายุตอบว่าส่วนใหญ่ดูแลคนเดียว (มีผู้ช่วยเหลือบางเวลา) มากที่สุด ร้อยละ 50.7 รองลงมาคือ ดูแลบางเวลา (มีผู้ช่วยเหลือจำนวนมาก) ร้อยละ 32 และดูแลคนเดียวไม่มีคนช่วยเหลือ ร้อยละ 16.4 ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการให้สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) จัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะยาวในรูปแบบการดูแลที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 9 รองลงมาคือ การบริการฟื้นฟูสุขภาพ ร้อยละ 6.8, มีสถานบริบาลคนชรา ร้อยละ 5 และบริการดูแลสุขภาพฟัน ร้อยละ 4.6 สอดคล้องกับการศึกษาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นการลดอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมถึงเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และตัวผู้ป่วย ซึ่งการดูแลในลักษณะดังกล่าวนี้จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายที่รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าเสียโอกาสของญาติและผู้ดูแล อีกทั้งลดจำนวนเตียงผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นการหมุนเวียนของอัตราเตียงว่างเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินอีกด้วย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2548)

ผู้สูงอายุต้องการให้สถานบริการสุขภาพมีการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 74.7 ไม่ต้องการ ร้อยละ 25.3 โดยกลุ่มอายุ 70-79 ปี ต้องการการดูแลระยะยาวมากที่สุด ร้อยละ 29.3 และผู้สูงอายุให้ความคิดเห็นว่าสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) ที่ไปใช้บริการ ณ วันสัมภาษณ์มีความพร้อมในการจัดบริการ ร้อยละ 80.7 และไม่มีความพร้อม ร้อยละ 19.3 พบว่าผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายให้กับผู้สูงอายุเป็นบุตรสาวมากที่สุด ร้อยละ 29.5 รองลงมาคือ บุตรชาย ร้อยละ 16.9, ผู้สูงอายุเอง ร้อยละ 12.4, คู่สามี/ภรรยา ร้อยละ 9.7, บุตรสะใภ้/บุตรเขยและสามารถเบิกได้ ร้อยละ 5.3 และหลาน ร้อยละ 4.8 พบว่าเหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการบริการดูแลระยะยาวจากสถานบริการสุขภาพมากที่สุดคือ ไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน ร้อยละ 29.8 รองลงมาคือ คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย ร้อยละ 26, ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะและญาติไม่สามารถดูแลได้ ร้อยละ 20.6 และที่บ้านไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 9.7 และทุกกลุ่มอายุเห็นตรงกันที่ไม่ต้องการเป็นภาระของบุตรหลาน ในขณะที่พบว่าครอบครัวผู้สูงอายุต้องการรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาว เช่น Day care หรือดูแลแบบฝากเลี้ยงร้อยละ 20 และคิดว่าจะไปใช้บริการ ร้อยละ 10.4 ไม่ไปใช้บริการ ร้อยละ 11.5 การจัดบริการให้ความรู้เรื่องการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้านครอบครัวมีความต้องการ ร้อยละ 20.1 และสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) ควรมีการจัดบริการ ร้อยละ 12.1 ด้านความพอใจต่อการจัดบริการดูแลระยะยาวต่อเนื่องที่บ้านของ

สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) มีความต้องการ ร้อยละ 10.7 และพอใจต่อการจัดบริการ ร้อยละ 11.5 และพบว่าร้อยละ 18 ครอบครัวตอบว่าใช่ในเรื่องรูปแบบและคุณภาพการจัดบริการของสถานบริการที่สร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวและองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าครอบครัวมีความต้องการ ร้อยละ 20.1 และคิดว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 12.5 และเพียงพอ ร้อยละ 9.5 จากข้อมูลพบว่าครอบครัวได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 6.3 รองลงมาคือ ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ร้อยละ 5.3, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 4.9, ฟังวิทยุ/ทีวี ร้อยละ 4.5 และอ่านหนังสือ ร้อยละ 3.8 และจากมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 ได้เห็นชอบในหลักการว่า รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและให้การรับรองหลักการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลักโดยการดูแลในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชนจะเป็นส่วนสนับสนุนให้มีบทบาทที่เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างใกล้ชิดไม่แยกส่วนจากกัน

รูปแบบการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 23.5 รองลงมาคือ การบริการฟื้นฟูสุขภาพ ร้อยละ 16.6 และบริการดูแลสุขภาพฟัน ร้อยละ 11.8 และทุกกลุ่มอายุต้องการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสูงสุด **ด้านกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความต้องการเพื่อดูแลระยะยาว**คือ การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.8±1.1 รองลงมาคือ การวางแผนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ, การนัดหมายมาพบแพทย์ และการอบรมองค์ความรู้ให้กับญาติก่อนกลับบ้าน คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.7±1.1 **ด้านภาวะสุขภาพ** ผู้สูงอายุต้องการออกซิเจนในการดูแลสุขภาพที่บ้านและการทำแผลมากที่สุด คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.5±1.5 **การดูแลเรื่องอาหาร** พบว่าต้องการดูแลจัดซื้อและทำอาหารให้มากที่สุด คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.8±1.4 โดยผู้สูงอายุเพศชายมีความต้องการบริการเพื่อดูแลระยะยาวสูงกว่าเพศหญิง คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76±1.13 เป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี สูงสุด คะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77±1.10 สอดคล้องกับรายงานของโรงพยาบาลลำปางซึ่งสถานบริการภาครัฐได้มีการจัดพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยได้กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 13 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการดูแลงานผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดลำปาง รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว มีระบบความเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครบวงจรจากโรงพยาบาลลำปางสู่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสู่ชุมชน และเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมด้านสุขภาพและด้านจิตวิทยาสังคม การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม รวม 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 มีสุขภาพดีและอยู่ตามลำพัง ได้มีการจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและจรรโลงภาวะสุขภาพดีให้คงอยู่ได้ตามอายุโดยอิสระ กลุ่มที่ 2 ต้องการผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน และการเฝ้าระวังทางสุขภาพ และกลุ่มที่ 3 ต้องการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ เวชปฏิบัติ ฟื้นฟู รักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคม (สวท.ลำปาง, 2555) ในส่วนภาคเอกชน เช่น โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 ได้จัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการดูแลระยะยาวที่นี่

จะได้รับบริการอย่างครบวงจรโดยมีทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยนอกจากแพทย์แล้วยังมีทีมฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด รวมทั้งนักโภชนากร เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และพนักงานผู้ช่วย ที่คอยให้บริการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ รูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุสามารถเลือกรับบริการได้ตามความต้องการโดยมีบริการทั้งแบบรายวัน รายเดือน หรือไปเช้าเย็นกลับ หรือมาพักระยะสั้นในช่วงวันหยุดตามเทศกาลต่างๆ เป็นต้น

จากการศึกษาครั้งนี้จะได้ข้อมูลในด้านความพร้อมและความต้องการการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากสถานบริการ (โรงพยาบาล) ผู้ให้บริการ และผู้บริหาร และความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดรูปแบบบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของสถานบริการแต่ละระดับ และสามารถตอบสนองกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว แต่การดำเนินงานผู้สูงอายุในปัจจุบันพบว่ายังขาดการบูรณาการร่วมกันระหว่างกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และระหว่างกระทรวงที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สับสนเนื่องจากการดำเนินงานไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมและต้องตามความต้องการที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดการทำงานด้านผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงเพื่อให้การดำเนินการเกิดการขับเคลื่อนในเชิงด้านนโยบาย

2. การบูรณาการทำงานระหว่างกรมต่างๆ ในระดับกระทรวงสาธารณสุข และระดับกระทรวงต่างๆ ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3. การสร้างความร่วมมือกับท้องถิ่นในการทำงานด้านผู้สูงอายุ เช่น อบต.

4. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพ โดยการกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุต้องผ่านการอบรมด้านผู้สูงอายุ หรือจบการศึกษาเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ

5. การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุและสร้างแกนนำในชุมชนให้เข็มแข็ง เช่น จิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุข และชมรมผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

Australian Institute of Health and Welfare. (2011). Pathways in Aged Care: program use after assessment. *Data Linkage Series Number 10.* CSI 10.Canberra: AIHW.

Bull World Health Organ. (2012). Defusing the demographic "time-bomb" in Germany. *News, 90*(1): 6-7.

Choon, C.N., Shi'en, S.L., & Chan, A. (2008). Feminization of Ageing and Long Term Care Financing in Singapore. SCAPE Working Paper Series Pare No. 2008. Department of Economics, National University of Singapore. Retrieved 06 March, 2008, from: http://nt2.fas.nus.edu.sg/ecs/pub/wp-scape/0806.pdf

Comas-Herrera, A., Pickard, L., Wittenberg, R., Malley, J., & King, D. (2010). Assessing Needs of Care in European Nations: The Long-Term Care System For the Elderly in England. European Network of Economic Policy Institutes (ENEPRI). ENEPRI Research Report No.74.

Ergas, H., & Paolucci, F. (2010). The Geneva Association: Providing and financing aged care in Australia. *Think Tank.* The Geneva Association.

Fernández, J.L., Forder, J., Truckeschitz, B., Rokosova, M., & McDaid, D. (2009), How canEuropean states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? *Policy Brief No. 11, World Health Organization Europe:* Copenhagen.

Garber, A.M. (1989). Long-Term Care, Wealth, and Health of the Disabled Elderly Living in the Community. In: Wise, D.A. editor. *The Economics of Aging*. University of Chicago Press.
http://region3.prd.go.th/ct/news/viewnews.php?ID=121030160523

Ihara, K. (n.d.). Japan's Policies on Long-Term Care for the Aged: The Gold Plan and the Long-Term Care Insurance Program. International Longevity Center: New York.

Ikegami, N., & Campbell, J.C. (2002). Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems. *Social Policy and Administration, 36(*7): 719-734.

Improving Hong Kong's Health Care System: Why and for whom? Long-Term Care Services Position Statement. (2000). *Journal of the Hong Kong Geriatrics Society, 10(1): 39-40.*

Koff, T.H. (1982). Long-Term Care an Approach to Serving the Frail Elderly. Canada: Little, Brown & Company. IN: ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบท.

Liu, E., & Yue, S.Y. (1999). Health Care Expenditure and Financing in Singapore. Research and Library Services Division Legislative Council Secretariat: Hong Kong.

McCall, N. (2001). Long Term Care: Definition, Demand, Cost and Financing. *Who Will Pay for Long Term Care*.

Mitchell, O.S., Piggott, J., & Shimizutani, S. (2008). An Empirical Analysis of Patterns in the Japanese Long-Term Care Insurance System. *The Geneva Papers, 33*: 694-709.

Nadash, P. & Ahrens, J. (2005). Long-term care: an overview. *Policy Brief (Center Home Care Policy Res), 22*: 1-9.

National Alliance for Caregiving (NAC) and American Association of Retired Persons (AARP). (1997). Family Caregiving in the U. S. Washington DC: NAC and AARP.

Pickard. L. (2001). "Carer Break or Carer Blind? Policies for Informal Carers in the UK". *Social Policy and Administration, 35*(4): 441-458.

Piriyapan, P. (Development Guideline and Model of Health Management in Elderly and Chronic patients. *The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine, 1*(2)*,* 13-21.

Shryock, H.S. (2004). The Methods and Materials of Demography. อ้างถึงใน: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (มส.ผส.) (2555). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553, หน้า 9.

Simizutani, S., & Inakura, N. (2007). Japan's Public Long-term Care Insurance and the Financial Condition of Insurers: Evidence from Municipality Level Data. *Government Auditing Review, 14:* 27-40.

Stone, R.I. (2000). Long-Term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century. Milbank Memorial Fund. New York.

Tamlya, N. et al., (2011). Japan: Universal Health Care at 50 years 4. *"Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. The Lancet, 378:* 1183-1192.

The Hong Kong Council of Social Service. (2009). Elderly Services in Hong Kong. Retrieved n.d., 2009, from: http://www.hkcss.org.hk/download/folder/el/el_eng.htm

Wiener, J.M., & Stevenson, D. G. (1977). Long-Term Care for the Elderly and State Health Policy. *The Urban Institute: New Federalism Issues and Options for States Series A.* A-17.

World Health Organization (WHO). (2000). Report of a WHO Study group: Home-Based Long-Term Care. *WHO Technical Report Series 898.* World Health Organization, Geneva.

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. รามาธิบดีสาร. *14*(3): 358-398.

พรวิไล คารร์ และคณะ. (2555). รายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554 วันที่ 2-4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (มส.ผส.) (2555). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท. (2552). บริการดูแลผู้สูงอายุ. แหล่งที่มา: http://www.kluaynamthai.com/Medical-Service/geriatric.php

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวณิชย์ และธนิกานต์ ศักดาพร. (2552). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร: ร้าน J-Print 2.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์. โครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2552). Fact Sheet: มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 “การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง”. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552.

สวท.ลำปาง. (2555). จ.ลำปาง พัฒนามาตรฐานบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ปี 2556. สำนักประชาสัมพันธ์เขต 3 เชียงใหม่, แหล่งที่มา:

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2551-2). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. อ้างถึงใน: ศรีประภา ลุนละวงศ์, มองไปข้างหน้า ถึงเวลาเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society).

ภาคผนวก

สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการการนำเสนอผลการศึกษาวิจัยความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 9 กันยายน 2556

ณ โรงแรมทีเค พาเลส กรุงเทพมหานคร

การนำเสนอผลการศึกษาวิจัยความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพในสถานบริการระดับต่างๆ จำนวน 14 ท่าน สรุปผลการประชุมฯ ได้ดังนี้

ประเด็นงานด้านผู้สูงอายุ

งานผู้สูงอายุมีหลายหน่วยงานที่สนใจและทำงานลงในพื้นที่ และทุกจังหวัดให้ความสนใจในงานผู้สูงอายุ แต่ต้องการให้มีการบูรณาการงานร่วมกันเป็นไปในแนวทางเดียวกันเพื่อให้พื้นที่สามารถทำงานเป็นเนื้อเดียวกันได้

ในบางพื้นที่งานผู้สูงอายุเป็นนโยบายระดับจังหวัด และผู้ว่าราชการจังหวัดให้ความสำคัญในงานผู้สูงอายุและได้ถูกกำหนดไปไว้ในนโยบายของจังหวัด

การบูรณาการงานผู้สูงอายุกับหน่วยงานต่างกระทรวง เช่น อปท. พมจ. ได้แก่ การอบรมหมอน้อยดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดำเนินงาน และการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อเป็นเครือข่ายในการทำงาน

นโยบายด้านผู้สูงอายุมีความชัดเจนและให้ความสำคัญมากขึ้น

งานด้านผู้สูงอายุในสถานบริการระดับรพช. กลุ่มเวชปฏิบัติฯ จะเป็นผู้รับผิดชอบ แต่ถ้าเป็นงานคลินิกผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มการพยาบาลหรือไม่ก็กลุ่มเวชปฏิบัติขึ้นกับนโยบายของสถานบริการ

รพ.สต. ทำงานผู้สูงอายุจะอาศัยเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเป็นแกนช่วยในการทำงาน ได้แก่ การอบรมเครือข่ายสุขภาพ เช่น อสม. และสร้างความเข็มแข็งให้กับชมรมผู้สูงอายุ

ประเด็นงบประมาณในการดำเนินงาน

มองว่างบประมาณไม่ใช่ปัญหามีเพียงพอ โดยงบประมาณในการทำงานผู้สูงอายุสามารถของบประมาณได้จากกองทุนสุขภาพระดับตำบลที่สปสช.ให้ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณจากสสส. เป็นต้น

ประเด็นความพร้อมด้านสถานที่

สถานที่ไม่เพียงพอรองรับการจัดบริการเนื่องจากผู้สูงอายุที่มารับบริการจำนวนมาก

การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ประเด็น การพัฒนาศักยภาพและกรอบอัตราด้านบุคลากรทางสุขภาพ

ควรให้มีการเพิ่มพูนองค์ความรู้ทุกปี โดยเป็นบุคลากรที่ทำงานเดิมและบุคลากรกลุ่มใหม่ใน สหสาขาวิชาชีพที่ต้องทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาศักยภาพและสร้างบุคลากรในการทำงานในรุ่นต่อๆ ไป

เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงคนทำงานด้านผู้สูงอายุไม่ใช่ปัญหา มองว่าเป็นการเรียนรู้และพัฒนาคนในองค์กรให้มีศักยภาพด้านผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ภายใต้กรอบอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ มองว่าน่าจะสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดในการดำเนินงาน

ในสถานบริการเกือบทุกระดับยังมีปัญหาด้านบุคลากรทางสุขภาพไม่เพียงพอ

ประเด็นแหล่งความรู้สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว

ข้อมูลด้านสุขภาพให้ครอบครัวและผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทในการให้ความรู้กับครอบครัวและผู้สูงอายุในชุมชนเพราะเป็นบุคลากรที่อยู่ในพื้นที่และใกล้ชิดชุมชน

แนวทางเพื่อนำไปพัฒนางานผู้สูงอายุ

1. การสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นการดูแลที่บ้านเป็นหลัก
2. การเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุในเรื่ององค์ความรู้ในด้านสุขภาพ
3. พัฒนาระบบ Home Health Care และให้องค์ความรู้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และการพัฒนาหลักสูตร HHC ให้กับบุคลากรทางสุขภาพ
4. ผู้ดูแลและครอบครัวต้องมีองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ
5. การเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข และการดึงศักยภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 ที่ช่วยเหลือตนเองได้ มาเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพ เช่น โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน
6. การพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุจากสถานบริการสุขภาพไปชุมชน
7. กำหนดให้งานผู้สูงอายุไปอยู่ใน service plan จะทำให้การทำงานสะดวกและได้รับความร่วมมือกับทุกหน่วยงาน และมีการติดตามงานอย่างเป็นระบบ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการนำเสนอผลการศึกษาวิจัยความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 9 กันยายน 2556

ณ โรงแรมทีเค พาเลส กรุงเทพมหานคร

.....

1. นางดลฤดี หนูฉิม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พระนครศรีอยุธยา
2. นางสาวขันทอง บุญเสริม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สรรพยา จ.ชัยนาท
3. นางสมพร แสงเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บางปลาร้า
4. นางยุภาพร หอมจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.นครนายก
5. นางอนงค์ ภูมชาติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.กระบี่
6. นางสุจิตรา อาจิริยะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.ลำปาง
7. นางพจณี ไหลพนิชถาวร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แม่ทะ จ.ลำปาง
8. นางสุดารัตน์ บุญเอี่ยม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แสวงหา
9. นางสาวพัฒนา คล้ายพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ไชโย จ.อ่างทอง
10. นางศิรินันท์ เต็มสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.กระบี่
11. นางลำไพร แทนสา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เปื่อยน้อย
12. นางยุพา บุญหล่อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พล จ.ขอนแก่น
13. นางวิไลลักษณ์ เจริญยิ่งไพศาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ชุมแพ
14. นางมาลี เดชธิติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.นครนายก
15. ศ.นพ.ประเสริฐ อสสันตชัย	ศาตราจารย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
16. นางสาวอรวรรณ์ คูหา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรมการแพทย์

ข้อมูลเชิงปริมาณตารางจำนวนและร้อยละความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความพร้อมการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล

ความพร้อมของโรงพยาบาลในการจัดบริการดูแลระยะยาว	ระดับความความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ ± SD
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
การจัดบริการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล						
ท่านคิดว่ารูปแบบและคุณภาพในการจัดบริการในปัจจุบันสร้างความมั่นใจกับครอบครัวของท่าน	32 (0.8)	210 (5.5)	1,759 (46.1)	1,502 (39.4)	314 (8.2)	3.5±.8
ท่านมั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลถ้ามีการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ	27 (0.7)	196 (5.1)	1,646 (43.1)	1,576 (41.3)	371 (9.7)	3.5±.8
ท่านคิดว่าโรงพยาบาลนี้มีความพร้อมในการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ)เพื่อผู้สูงอายุ	53 (1.4)	309 (8.1)	1,758 (46.0)	1,435 (37.6)	264 (6.9)	3.4±.8
สถานที่จัดบริการ						
สถานที่ตั้งแยกเป็นสัดส่วนเพื่อจัดบริการที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก	93 (2.4)	400 (10.5)	1,679 (44.0)	1,391 (36.5)	253 (6.6)	3.3±.8
มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับที่นั่งรอ เหมาะสมและเพียงพอ	81 (2.1)	384 (10.1)	1,616 (42.3)	1,448 (37.9)	289 (7.6)	3.4±.8
มีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องการจัดบริการรูปแบบการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาล	147 (3.9)	566 (14.8)	1,648 (43.2)	1,209 (31.7)	245 (6.4)	3.2±.9
สถานที่ในการจัดบริการรูปแบบการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ ตั้งอยู่ใกล้บ้าน/ชุมชน	132 (3.5)	447 (11.7)	1,646 (43.2)	1,245 (32.7)	336 (8.8)	3.3±.9

ความพร้อมของโรงพยาบาลในการจัดบริการดูแลระยะยาว	ระดับความความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย $\bar{x} \pm SD$
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
บุคลากรทางด้านสุขภาพ						
เจ้าหน้าที่มีจำนวนเพียงพอในการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาล	183 (4.8)	635 (16.6)	1,605 (42.0)	1,156 (30.3)	240 (6.3)	3.2±.9
เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ บริการด้วยท่าทีและคำพูดที่สุภาพ เป็นกันเอง มีความชัดเจน และเข้าใจง่าย	57 (1.5)	232 (6.1)	1,360 (35.6)	1,735 (45.5)	431 (11.3)	3.6±.8
บุคลากรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ให้การบริการต้องมีความรู้ในเรื่องการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ	50 (1.3)	252 (6.6)	1,466 (38.4)	1,554 (40.7)	493 (12.9)	3.6±.8
อุปกรณ์ในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล						
ความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อการรองรับการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) ในโรงพยาบาล	148 (4.0)	559 (14.9)	1,789 (47.8)	1,008 (26.9)	239 (6.4)	3.2±.9
คลังอุปกรณ์/กายอุปกรณ์และสามารถยืมไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น						
เครื่องดูดเสมหะ	1,262 (34.6)	835 (22.9)	893 (24.5)	490 (13.4)	170 (4.7)	2.3±1.2
ถังออกซิเจน	1,056 (29.0)	863 (23.7)	919 (25.2)	577 (15.8)	228 (6.3)	2.5±1.2
เตียงนอน	1,183 (32.5)	878 (24.1)	906 (24.9)	492 (13.5)	182 (5.0)	2.3±1.2

ความพร้อมของโรงพยาบาลในการจัดบริการดูแลระยะยาว	ระดับความความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย $\bar{x} \pm SD$
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
ที่นอนลม	1,248 (34.2)	862 (23.6)	842 (23.1)	505 (13.8)	191 (5.2)	2.3±1.2
รถเข็น	834 (22.7)	913 (24.8)	1,013 (27.5)	649 (17.6)	271 (7.4)	2.6±1.2
ไม้เท้า 2 ขา/ไม้เท้า 3 ขา	629 (17.0)	842 (22.8)	1,119 (30.3)	772 (20.9)	336 (9.1)	2.8±1.2
walker (โครงโลหะช่วยเดิน 4 ขา)	681 (18.5)	882 (23.9)	1,076 (29.2)	746 (20.2)	305 (8.3)	2.8±1.2
ชุดทำแผล	687 (18.7)	654 (17.8)	1,051 (28.6)	897 (24.4)	390 (10.6)	2.9±1.3
ยาฉีดอินซูลิน	901 (24.7)	674 (18.5)	1,004 (27.5)	734 (20.1)	332 (9.1)	2.7±1.3
ผ้าอ้อม	1,572 (43.1)	691 (18.9)	699 (19.2)	464 (12.7)	221 (6.1)	2.2±1.3

ข้อมูลเชิงปริมาณตารางจำนวนและร้อยละความคิดเห็นของครอบครัวผู้สูงอายุต่อความพร้อมการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล

ความพร้อมของโรงพยาบาลในการจัดบริการดูแลระยะยาว	ระดับความความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย $\bar{x} \pm SD$
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
การจัดบริการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล						
ท่านคิดว่ารูปแบบและคุณภาพในการจัดบริการในปัจจุบันสร้างความมั่นใจกับครอบครัวของท่าน	13 (0.9)	93 (6.6)	703 (49.5)	546 (38.5)	60 (4.5)	3.3±0.72
ท่านมั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลถ้ามีการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ	11 (0.8)	98 (6.9)	623 (43.9)	605 (42.7)	81 (5.7)	3.5±0.74
ท่านคิดว่าโรงพยาบาลนี้มีความพร้อมในการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ	10 (0.7)	128 (9.1)	637 (45.2)	556 (39.5)	78 (5.5)	3.4±0.76
สถานที่จัดบริการ						
สถานที่ตั้งแยกเป็นสัดส่วนเพื่อจัดบริการที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก	44 (3.1)	159 (11.3)	630 (44.7)	501 (35.6)	75 (5.3)	3.3±0.85
มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับที่นั่งรอ เหมาะสมและเพียงพอ	36 (2.5)	173 (12.2)	603 (42.6)	530 (37.5)	72 (5.1)	3.3±0.84
มีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องการจัดบริการรูปแบบการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาล	66 (4.7)	252 (17.9)	649 (46.1)	396 (28.1)	44 (3.1)	3.1±0.88
สถานที่ในการจัดบริการรูปแบบการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุตั้งอยู่ใกล้บ้าน/ชุมชน	71 (5.0)	214 (15.1)	643 (45.5)	412 (29.2)	73 (5.2)	3.1±0.91

ความพร้อมของโรงพยาบาล ในการจัดบริการดูแลระยะยาว	ระดับความความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ ± SD
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
บุคลากรทางด้านสุขภาพ						
เจ้าหน้าที่มีจำนวนเพียงพอ ในการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาล	54 (3.8)	262 (18.5)	664 (46.9)	382 (27.0)	54 (3.8)	3.1±0.87
เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ บริการด้วยท่าทีและคำพูดที่สุภาพเป็นกันเอง มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย	20 (1.4)	104 (7.3)	547 (38.7)	631 (44.6)	113 (8.0)	3.5±0.80
บุคลากรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ให้การบริการต้องมีความรู้ในเรื่องการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ	15 (1.1)	101 (7.2)	574 (40.7)	591 (41.9)	128 (9.1)	3.5±0.80
อุปกรณ์ในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล						
ความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อการรองรับการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) ในโรงพยาบาล	74 (5.4)	222 (16.3)	701 (51.5)	315 (23.2)	48 (3.5)	3.0±0.87
คลังอุปกรณ์/กายอุปกรณ์ และสามารถยืมไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเช่น						
เครื่องดูดเสมหะ	479 (35.7)	334 (24.9)	340 (25.3)	154 (11.5)	35 (2.6)	2.2±1.12
ถังออกซิเจน	401 (29.8)	335 (24.9)	377 (28.1)	189 (14.1)	42 (3.1)	2.4±1.14
เตียงนอน	430 (32.1)	367 (27.4)	351 (26.2)	155 (11.6)	35 (2.6)	2.3±1.10
ที่นอนลม	462 (34.6)	358 (26.8)	344 (25.8)	142 (10.6)	28 (2.1)	2.2±1.09

ความพร้อมของโรงพยาบาลในการจัดบริการดูแลระยะยาว	ระดับความความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ ± SD
	น้อยที่สุด	**น้อย**	**ปานกลาง**	**มาก**	**มากที่สุด**	
รถเข็น	323 (24.1)	321 (23.9)	415 (30.9)	229 (17.1)	54 (4.0)	2.5±1.15
ไม้เท้า 2 ขา/ไม้เท้า 3 ขา	248 (18.5)	289 (21.5)	477 (35.5)	261 (19.4)	67 (5.0)	2.7±1.12
walker (โครงโลหะช่วยเดิน 4 ขา)	271 (20.3)	299 (22.3)	457 (34.2)	246 (18.4)	65 (4.9)	2.7±1.14
ชุดทำแผล	272 (20.4)	235 (17.6)	408 (30.6)	337 (25.3)	80 (6.0)	2.8±1.20
ยาฉีดอินซูลิน	309 (23.3)	235 (17.7)	412 (31.0)	291 (21.9)	82 (6.2)	2.7±1.22
ผ้าอ้อม	558 (42.2)	278 (21.0)	295 (22.3)	148 (11.2)	42 (3.2)	2.1±1.17

ตอนที่ 2 การระดมความคิดของกลุ่มผู้ให้บริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกระบวนการทำ Focus group ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ขอนแก่น อ่างทอง และกระบี่

2.1 ผลการระดมความคิดเห็นในกลุ่มผู้ให้บริการในสถานบริการระดับต่างๆ ของทางโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดลำปาง มีผู้เข้าร่วมทำ Focus group จำนวน 50 คน จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

2.1.1 การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน

รูปแบบการจัดบริการ	การจัดบริการ	จัดบริการหรือกระบวนการดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
คลินิกผู้สูงอายุ	จัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อมรพศ./รพช.	-จัดบริการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) -มีการจัดบริการแต่ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง	1) นโยบายผู้บริหารของโรงพยาบาล 2) ไม่มีช่วงเวลาระบุ 3) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโดยตรงที่ชัดเจน 4) กลุ่มเป้าหมายน้อย 5) ความร่วมมือของผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ) 6) ขาดสหสาขาวิชาชีพ (โดยเฉพาะรพ.สต.) 7) ไม่มีสถานที่เฉพาะ
แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค	จัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อมรพศ./รพช.	1) รพศ.; มีบริการคลินิกเฉพาะโรค 2) รพช.; จัดบริการรวมในทุกกลุ่มอายุในคลินิกพิเศษโรคเรื้อรัง (NCD) ตรวจโดยพยาบาลเวชปฏิบัติกรณีมีปัญหาปรึกษาแพทย์ กรณีมีปัญหาซับซ้อนหรือต้องการดูแลเฉพาะโรคส่งต่อรพ.แม่ข่าย (รพศ.) 3) รพ.สต.; มีทีมสนับสนุนจากรพช.มาช่วยในการให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง	1) ขาดแพทย์เฉพาะทาง 2) พยาบาลที่จบด้านเวชปฏิบัติไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมทุกรพ.สต.

รูปแบบการจัดบริการ	การจัดบริการ	จัดบริการหรือกระบวนการดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุ (OPD)	มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม	1) จัดให้บริการร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยอื่น ยังไม่ได้แยกเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ 2) บริการช่องทางด่วน 70 ปีไม่มีคิว/แยกคิวผู้สูงอายุ 3) กำหนดวันในการจัดบริการผู้สูงอายุ 4) มีคลินิกให้คำปรึกษาในกรณีรายที่มีปัญหา 5) อสม.ช่วยในการประเมิน ADL 6) การบริการ one stop service โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 7) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ทางลาด บริการรถเข็น ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ	1) ความชัดเจนของนโยบาย 2) ขาดองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 3) บุคลากรไม่เพียงพอ 4) การกำหนดกรอบความรับผิดชอบในงาน 5) ผู้สูงอายุที่มารับบริการไม่ให้ความร่วมมือในการประเมินผู้สูงอายุ เนื่องจากกลัวเสียเวลา ผู้สูงอายุจะมาเฉพาะคลินิกเฉพาะโรคพบแพทย์และรับยากลับบ้าน
หอผู้ป่วยผู้สูงอายุ (IPD)	ไม่มีการจัดบริการในสถานบริการรพศ./รพช./รพ.สต.	-ไม่มีการจัดบริการในหอผู้ป่วย -การจัดโซนผู้สูงอายุไว้ใกล้บริเวณเคาน์เตอร์	-
หน่วยบริการเคลื่อนที่	มีการจัดบริการในสถานบริการรพท./รพช./รพ.สต.	1) รพช.; จัดบริการเคลื่อนที่ให้บริการทุกกลุ่มอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับแพทย์ หรือทีมพยาบาล ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพไม่มีแพทย์ 2) รพ.สต.; จัดบริการสุขภาพเคลื่อนที่ ร่วมกับองค์กรปกครอง	- การจัดบริการเคลื่อนที่ควรจะแยกหน่วยบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะและกำหนดตารางทำงาน

รูปแบบการจัดบริการ	การจัดบริการ	จัดบริการหรือกระบวนการดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
		ส่วนท้องถิ่นให้บริการทุกกลุ่มอายุ และร่วมให้บริการกรณีที่รพช.จัดหน่วยแพทย์บริการในพื้นที่	
- หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge Planning) **- ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ**	มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม	-การเตรียมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน (IPD) มีการส่งข้อมูลผ่านระบบส่งต่อ และข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน -ศูนย์ประสานแต่ละที่จะรับข้อมูล และส่งต่อให้ทีมเยี่ยมบ้าน (HHC) เพื่อวางแผนติดตามดูแลต่อไป -ในสถานบริการที่ไม่มีศูนย์ฯ จะมีพยาบาลวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วย	-ศูนย์ประสานงานดำเนินงานในพื้นที่สามารถดำเนินการได้และบางแห่งดำเนินการที่อบต.หรือรพ.สต.เอง
Home Health Care	มีจัดบริการในสถานบริการรพศ./รพช./รพ.สต.	1) มีการส่งต่อการดูแล HHC จากรพ.ถึงรพ.สต. 2) พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักและมีเจ้าหน้าที่อื่นๆ สนับสนุนช่วยในทีม HHC 3) แผนการเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุม และต้องเลื่อนนัดไปก่อนเนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ 4) นำทีม HHC ทำงานร่วมกับ PCU และสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนดูแลร่วมกัน	1) การอบรมเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่แทนได้กรณีขาดแคลนพยาบาล 2) แผนการเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง ครอบคลุมและครบถ้วนตรงตามวันนัดเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	จัดบริการหรือ กระบวนการดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
ระบบส่งต่อ ผู้ป่วย	มีจัดบริการ ในสถานบริการรพศ./ รพช./รพ.สต.	1) รพช.และรพ.สต. ใช้ระบบการส่งต่อ-ตอบรับ ผู้ป่วยสูงอายุ ผ่าน โปรแกรม IT ส่งต่อผู้ป่วย สูงอายุของรพ.ลำปาง 2) ระบบส่งต่อตาม แนวทาง cup ของรพช. และรพศ.	-

2.1.2 การจัดบริการการดูแลระยะยาว (Long term care)

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
ศูนย์ฟื้นฟู สมรรถภาพทางกาย (Rehabilitation center)	มีการจัดบริการ ในสถานบริการที่มี ความพร้อม	-มีการจัดบริการใน โรงพยาบาลระดับ M2 คือ รพช.60 เตียง ที่มีบริการเฉพาะทางรับ Consult จากแผนกต่างๆ และให้บริการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากรพศ. และบริการต่อเนื่องที่บ้าน -รพ.สต.; ไม่มีบริการ จะให้การสนับสนุนรพช. กรณีที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ที่มีปัญหาเฉพาะทาง	- การมีศูนย์ฟื้นฟู สมรรถภาพทางกาย ในชุมชน - มีการสนับสนุน งบประมาณและ บุคลากร
การดูแลกลางวัน แบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day care)	ไม่มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพศ./รพช./รพ.สต.	-	ต้องมีนโยบาย สนับสนุนการ ดำเนินการ Day care
บริการดูแลสุขภาพฟัน เฉพาะวัน (Dental care)	มีการจัดบริการ ที่มีความพร้อม	-จัดบริการทุกกลุ่มวัย ไม่มีวันเฉพาะผู้สูงอายุ จะแทรกคิวกรณีที่มี ผู้สูงอายุมารับบริการ	-ควรจัดตั้งหน่วย บริการเฉพาะผู้สูงอายุ -การกำหนดนโยบาย งบประมาณการพัฒนา องค์ความรู้

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
		-การแยกดำเนินการ มีปัญหาในเรื่องบุคลากร สถานที่และอุปกรณ์	-ศูนย์ฯ ควรตั้งอยู่ ในชุมชน
-การดูแลระยะกลาง เมื่อฟื้นจากการ เจ็บป่วยเฉียบพลัน แต่ยังไม่สามารถ เดินทางกลับบ้านได้ (Sub Acute care) **-การดูแลผู้ป่วย ชั่วคราว (Respite care)** **-Hospice care**	ไม่มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพศ./รพช./รพ.สต.	-การดำเนินการไม่ชัดเจน -กรณีที่มีการดำเนินการ จะแทรกไปในการให้บริการ กลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ไม่ได้แยก เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ -มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยของรพ. ในรูปมูลนิธิ เพราะ การดูแลผู้ป่วยต้องใช้ ระยะเวลาในการดูแลและ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย	-นโยบายและการ นำลงไปสู่การปฏิบัติ ต้องมีความชัดเจน -การ training บุคลากร ในการดำเนินการ
การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health care)	มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพศ./รพช./รพ.สต.	-มีการจัดบริการเยี่ยมบ้าน ทั้งในระดับรพศ.,รพช. และรพ.สต. -การประเมินและวางแผน จำหน่ายตั้งแต่หอผู้ป่วย และส่งไป HHC แต่ละ พื้นที่	-พยาบาลทุกคนที่ดูแล ผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็น พยาบาล HHC ด้วย -การอบรมเจ้าหน้าที่ ทุกระดับที่ลงเยี่ยมบ้าน จริง เพื่อเพิ่มความ มั่นใจในการปฏิบัติงาน กรณีพยาบาลวิชาชีพ ไม่เพียงพอและไม่อยู่ -พยาบาลใน IPD ที่เป็น care manager ร่วมติดตามลงเยี่ยม ในพื้นที่ด้วย -พัฒนาระบบข้อมูล การส่งต่อให้ครบถ้วน สมบูรณ์

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
บริการให้ยืม/ เช่าอุปกรณ์	มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพศ./รพช./รพ.สต.	1) มีบริการให้ยืมอุปกรณ์ - ในบางแห่งมีค่ามัดจำ - ในบางแห่งให้เอกชนเข้า ร่วมในการดูแล 2) อุปกรณ์พวก walker, crutches ไม่มีปัญหา ในการบริการยืมอุปกรณ์ แต่พบปัญหาการใช้ ออกซิเจนระยะยาว ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน แท็งค์ไม่เพียงพอ และ ค่าใช้จ่ายในการ แลกเปลี่ยนแก๊ส ทำให้มี ปัญหาค่าใช้จ่าย	-ศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์ ต้องมีเกณฑ์พิจารณา และมีผู้รับผิดชอบ -คิดค่าบริการค่ามัดจำ -องค์กรภายนอก มีส่วนร่วมในการ จัดบริการ เช่น อบต./ เอกชน
Palliative care	มีการจัดบริการ ในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	-มีการดำเนินการ ในทุกระดับโรงพยาบาล ทั้งรพศ.,รพช.,รพ.สต. แต่ยังไม่ครอบคลุม ทุกพื้นที่ -เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ ไม่เพียงพอ (พยาบาล) -รพ.สต.; มีอสม./จิตอาสา ลงเยี่ยมบ้านร่วมกับ เจ้าหน้าที่	การดำเนินการควรเป็น แบบสหสาขาวิชาชีพ ที่ให้การดูแล แบบต่อเนื่อง
จิตอาสา	มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพศ./รพช./รพ.สต.	-ร่วมลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน -การอบรม อสม./จิตอาสา ในการติดตามเยี่ยมในเขต รับผิดชอบของตน	-การอบรมเพิ่ม ศักยภาพในอสม./ จิตอาสา
-Day hospital -Nursing Home	ยังไม่มีการ ดำเนินงาน ในสถานบริการ	-	-ต้องเตรียมความ พร้อมของคน/เงิน/ อุปกรณ์

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
Long term care	มีการดำเนินงาน ในสถานบริการที่มี ความพร้อม	-จัดบริการในรูปแบบ Home ward	-สร้างทีมที่มี ความพร้อมในการ ดำเนินงาน
End of life care	มีการดำเนินงาน ในสถานบริการที่มี ความพร้อม	-การจัดบริการที่หอผู้ป่วย -กรณีผู้ป่วยอยู่บ้าน มีการออกเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	

2.1.3 ความพร้อมและความต้องการของสถานบริการเพื่อรองรับการจัดบริการระยะยาว

ระดับ สถานบริการ	ความพร้อม	ความต้องการ
รพศ./รพท.	-ด้านความพร้อมบุคลากร: มีเฉพาะบางสาขา แต่การปฏิบัติยังขาดความชัดเจนและเพียงพอ -ด้านองค์ความรู้: บุคลากรขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ -ด้านองค์กร: ไม่มีการสนับสนุนการทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจัง	-ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโดยตรง -การพัฒนาองค์ความรู้บุคลากรเฉพาะทางผู้สูงอายุ เช่น แพทย์ประจำงานผู้สูงอายุ พยาบาลผู้สูงอายุ และสหสาขาวิชาชีพเฉพาะผู้สูงอายุ -มีหน่วยที่รับผิดชอบด้านสิ่งแวดล้อม/สิ่งอำนวยความสะดวก
รพช.	-มีความพร้อมเฉพาะสาขา เช่น พยาบาล	-แพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ -การอบรมพยาบาลด้านผู้สูงอายุให้ครบทุกแผนก -ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้สูงอายุ -การสนับสนุนอุปกรณ์ กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ที่บ้าน -เพิ่มอัตรากำลังให้เพียงพอ -ให้อปท. เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินการดูแลระยะยาว (LTC) -มีหน่วยที่รับผิดชอบด้านสิ่งแวดล้อม/สิ่งอำนวยความสะดวก
รพ.สต.	-ไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร -งบประมาณจัดสรรตามความ	-เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกระดับได้รับอบรมความรู้ด้านผู้สูงอายุ

ระดับ สถานบริการ	ความพร้อม	ความต้องการ
	ต้องการในการจัดบริการดูแลระยะยาว (LTC) โดยสำรวจว่าขาดอะไรและสนับสนุนตามนั้น	-แพทย์/นักกายภาพบำบัดประจำ รพ.สต. -เพิ่มอัตรากำลังให้เพียงพอ -อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น รถเข็น ไม้เท้า walker
รพศ./รพท./ รพ.สต.	**งบประมาณ** -ขาดการสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ จากนโยบายไม่ชัดเจน และเรื่องของผู้สูงอายุมักจะถูกพิจารณาเป็นประเด็นท้ายๆ -งบประมาณที่สถานบริการจะนำมาใช้ได้บางส่วน ได้แก่ งบประมาณจาก สปสช./อปท.	-ควรแยกงบประมาณดูแลผู้สูงอายุแยกออกจากกลุ่มอายุอื่น -ให้บรรจุไว้ในงบ services plan

2.1.4 ความพร้อมและความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยอื่นๆ ของสถานบริการ

ระดับ สถานบริการ	ความพร้อม	ความต้องการ
รพศ.	-มีความพร้อมในด้านของจิตอาสา/อสม./อบต./อปท. ชมรมผู้สูงอายุในระดับหนึ่ง เนื่องจากมีการผลักดันให้เกิดการทำงานด้านผู้สูงอายุมาเป็นระยะหนึ่ง รวมถึงมีองค์กรภาคเอกชนและสถานบริการของเอกชนร่วมให้การดูแลเนื่องจากเป็นเขตเมืองใหญ่	-ความต้องการของทุกที่ทั้งรพศ./รพช./รพ.สต. คือการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานสนับสนุนอื่นๆให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจังและต่อเนื่อง -อยากให้จิตอาสาดูแลด้านผู้สูงอายุมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น มีองค์ความรู้มีความเข้าใจในเรื่องของผู้สูงอายุ และทำงานให้เป็นภาพใหญ่ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน -หน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ มีความพร้อมในการจัดบริการเพื่อผู้สูงอายุในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากต่างคนต่างทำ ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการบริการที่มีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก และต้องดำเนินการต่อเนื่องระยะยาว ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ระดับสถานบริการ	ความพร้อม	ความต้องการ
รพช.	-มีความพร้อมรองลงมาในด้านของจิตอาสาและอสม. มีความร่วมมือของอบต.และชมรมผู้สูงอายุ แต่มักไม่พร้อมในด้านองค์กรภาคเอกชนต่างๆ รวมถึงสถานบริการที่เป็นของเอกชนที่ให้บริการด้านผู้สูงอายุ	-
รพ.สต.	-มีความพร้อมเป็นอันดับท้ายๆ เนื่องจากเป็นสถานบริการปฐมภูมิต้องมีภาระดูแลรอบด้านความพร้อมของอสม. จิตอาสา และความร่วมมือของอบต. ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละที่ บางที่ก็เข้มแข็ง บางที่ก็ยังดำเนินการได้ไม่ค่อยดี	-

2.1.5 กระบวนการพื้นฐานของสถานบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

กระบวนการดูแลพื้นฐาน	การจัดบริการ	กระบวนการดำเนินการ
การประเมินสุขภาพทั่วไปนอกเหนือจากโรคที่มารักษา	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพช./รพ.สต.	-การประเมินภาวะซึมเศร้า/Dementia -การประเมินภาวะโภชนาการ/สุขภาพฟัน
การประเมิน ADL ผู้สูงอายุที่เปราะบางทุกคน	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพช./รพ.สต.	-แบบประเมิน ADL
การประเมินภาวะโภชนาการ	มีการดำเนินการในสถานบริการที่มีความพร้อมรพศ./รพช./รพ.สต.	-ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง (BMI) -พบปัญหาส่งปรึกษา
การประเมินภาวะหกล้ม	มีการดำเนินการในสถานบริการที่มีความพร้อมรพศ./รพช.	-ซักประวัติการหกล้ม -ประเมินความเสี่ยงการหกล้ม
การประเมินภาวะ Fecal impaction และ Incontinence	มีการดำเนินการในสถานบริการที่มีความพร้อมรพศ./รพช.	-การซักประวัติ -แบบประเมินเดียวกับ ADL -มีปัญหาส่งต่อ
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Rehabilitation) ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย	มีการดำเนินการในสถานบริการที่มีความพร้อมรพศ./รพช.	-ประสานงานกับนักกายภาพบำบัด

กระบวนการดูแลพื้นฐาน	การจัดบริการ	กระบวนการดำเนินการ
การเตรียมตัวจำหน่าย	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพช.	-การให้คำแนะนำแก่ญาติ/ผู้ป่วย -การดูแลต่อเนื่อง -พยาบาลทำ Discharge plan
มีระบบการประเมินการบริการ	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพช./รพ.สต.	-ประเมินความพึงพอใจ
การส่งต่ออย่างเป็นระบบและ HHC ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพช.	-การส่งต่อ รพ.สต. ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน -การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ -การเตรียมบ้านของผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน
มีญาติร่วมดูแลและให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพช./รพ.สต.	-สอนญาติในการดูแลผู้สูงอายุ -แนะนำเรื่องยา/การจัดสิ่งแวดล้อม
ยอมรับวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาในกระบวนการรักษา	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพช./รพ.สต.	-ให้อนุญาตให้ทำพิธีกรรมทางศาสนาให้กับผู้ป่วย/ญาติ
อื่นๆ	มีการดำเนินการในสถานบริการที่มีความพร้อมรพศ./รพช./รพ.สต.	-การรักษาด้วยภูมิปัญญาชาวบ้าน -การรักษาด้วนสมุนไพร

2.1.6 ความพร้อมเชิงระบบในการจัดบริการระยะยาวของสถานบริการ

ความพร้อมของสถานบริการ	การจัดบริการ		กระบวนการดำเนินงานในปัจจุบัน
	มี	ไม่มี	
นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุของหน่วยงาน	✓		-รับนโยบายนำสู่การปฏิบัติ -มีการดำเนินการผลักดันให้เป็น 1 ใน 5 ยุทธศาสตร์ของจังหวัด -มีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน -ผู้บริหารรับทราบแต่ยังไม่มีการดำเนินการเป็นรูปธรรม

ความพร้อมของสถานบริการ	การจัดบริการ		กระบวนการดำเนินงานในปัจจุบัน
	มี	ไม่มี	
การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน/แผนกด้านผู้สูงอายุ	✓		-ดำเนินการตามศักยภาพแต่ละสถานบริการ -จัดบริการตามความพร้อมของบุคลากรที่มีอยู่ -มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมในการบริการ
กรอบอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ		✓	-ใช้การเกลี่ยอัตรากำลังตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น -การเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ
อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ	✓		-อุปกรณ์ไม่เพียงพอในบางชนิด เช่น ฟันเทียม -ระบบการยืมอุปกรณ์ -การสนับสนุนของอบต. เช่น แว่นตา
สถานที่ในการให้บริการด้านผู้สูงอายุ		✓	-ใช้ร่วมกับคลินิกทั่วไป
งบประมาณในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ		✓	-งบประมาณไม่เพียงพอดำเนินการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง
องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	✓		-ขึ้นกับการสนับสนุนของผู้บริหาร -ในกรณีต้องใช้งบของโรงพยาบาลไปเพิ่มศักยภาพอาจไม่ได้รับการสนับสนุน
ระบบข้อมูล/สารสนเทศในการจัดบริการ	✓		-มีระบบข้อมูล -รพ.สต.ใช้ระบบข้อมูล 50 แฟ้ม -มีโปรแกรม JHCIS (กลุ่มโรค) และ HostP (ลำดับโรค)
การจัดบริการ OPD		✓	-รวมการให้บริการกับบริการอื่น
การจัดบริการ IPD		✓	-รวมการให้บริการกับบริการอื่น
ระบบรับ-ส่ง (Refer)	✓		-Refer link
ระบบ Home Health Care	✓		-มีระบบ care manager -ข้อมูลการตอบกลับจาก รพ.สต. ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย
Discharge planning	✓		-

2.1.7 ความต้องการของสถานบริการเพื่อรองรับการจัดบริการการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

1. ความชัดเจนของนโยบาย งบประมาณ ด้านผู้สูงอายุเพื่อรองรับการจัดบริการ LTC ในสถานบริการระดับรพศ./รพท./รพช./รพ.สต.

2. การกำหนดแนวทางและรูปแบบการจัดบริการ Long term care ในสถานบริการแต่ละระดับ

3. การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ

4. การเตรียมความพร้อมด้านกรอบอัตรากำลังให้เพียงพอกับการจัดบริการ Long term care

5. สนับสนุนให้เอกชนและองค์กรอิสระ มูลนิธิ มีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ

6. การสนับสนุนด้านอุปกรณ์เพื่อรองรับการกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้สูงอายุ

7. การสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมและความสะดวกต่างๆ ที่เอื้อต่อการจัดบริการ LTC สำหรับผู้สูงอายุ เช่น ทางลาด ห้องน้ำ เป็นต้น

2.1.8 ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการสำเร็จ

1. ผู้บริหารเห็นความสำคัญกำหนดเป็นนโยบายและตัวชี้วัดในการทำงานมีการดำเนินการในระดับจังหวัดและลดหลั่นกันไปตามลำดับความรับผิดชอบ

2. ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจน

3. บุคลากรมีใจรัก จิตอาสา และการเรียนรู้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

4. มีภาคีเครือข่าย แกนนำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนการดำเนินงาน

5. ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

6. ความพร้อมด้านบุคลากรและงบประมาณ

7. การบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

2.1.9 ทุนทางสังคมในการดำเนินงาน

1. วัฒนธรรมพื้นบ้านดีงามที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

2. การประสานงานกับ อปท./อปพร. การรับ-ส่งผู้สูงอายุ

3. ศาสนาเป็นศูนย์รวมทางสังคมที่มั่นคง

2.1.10 แนวคิดการพัฒนาระบบการบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม

1. การสร้างความตระหนัก ความเข้าใจของสังคมให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ

2. การเตรียมความพร้อมของบุคลากร

3. การจัดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

4. มีระบบการเยี่ยมบ้าน

5. มีระบบบริการฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

6. มีระบบรับ-ส่ง ในการไปรับบริการ

7. การปรับระบบบริการที่เอื้อต่อผู้สูงอายุตามบริบทของสถานบริการ

8. การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนในการดำเนินการร่วมกัน

9. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่เกษียณ การสร้างพลังในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มาเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเพื่อเป็นคลังสมองทางชุมชน

2.2 ผลการระดมความคิดเห็นในกลุ่มผู้ให้บริการในสถานบริการระดับต่างๆ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่จังหวัดกระบี่ มีผู้เข้าร่วมทำ Focus group จำนวน 60 คน จากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

2.2.1 การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน

รูปแบบการจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือกระบวนการดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
คลินิกผู้สูงอายุ	-มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต. ที่มีความพร้อม	-จัดการบริการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง -มีการประเมินภาวะสุขภาพหากพบปัญหาส่งต่อแพทย์ -รพ.สต. ไม่มีการจัดบริการแต่จะเป็นการร่วมออกตรวจสุขภาพกับเทศบาล	-การจัดบริการ 70 ปี ไม่มีคิวทำไม่ได้เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ -ไม่มีช่องทางการส่งต่อกรณีพบปัญหา -ผู้บริหารของสถานบริการยังไม่เห็นความสำคัญในงาน -บุคลากรไม่เพียงพอ -ผู้มารับบริการ (ผู้สูงอายุ) ไม่มีใครพามารับบริการที่โรงพยาบาล/ไม่มาตามนัดทำให้จำนวนผู้ป่วยน้อยจัดตั้งเป็นคลินิกไม่ได้
แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต. ที่มีความพร้อม	-จัดบริการคลินิก HT DM หอบหืด โดยไม่แยกกลุ่มอายุให้บริการ -มีรพช. (รพ.คลองทับ) สามารถจัดบริการคลินิก DM,HT เฉพาะผู้สูงอายุแบบ one stop services -รพ.สต. ไม่มีการจัดบริการ	-บุคลากรไม่เพียงพอ -การจัดบริการไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีการบูรณาการงานในสหสาขาวิชาชีพและมีผู้มารับบริการน้อยลง

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือกระบวน การดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
แผนกผู้ป่วยนอก สำหรับผู้สูงอายุ (OPD)	ไม่มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-จัดบริการ 70 ปีไม่มีคิว	-บุคลากรไม่เพียงพอ -สถานที่
แผนกผู้ป่วยใน (IPD)	ไม่มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-จัดบริการร่วมกับผู้ป่วยอื่น ไม่ได้แยกเฉพาะผู้สูงอายุ -การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น Dementia,2Q,9Q	-บุคลากรไม่เพียงพอ -สถานที่ -งบประมาณ -องค์ความรู้เฉพาะทาง -ญาติไม่ยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน/ห้องไม่พอให้บริการ ผู้สูงอายุนอนเตียงเสริม
หอผู้ป่วยสูงอายุ	ไม่มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-	-
หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่	มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม	-การออกหน่วยให้บริการร่วมกับอปท.	-
หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge Planning)	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช.	-การเตรียมผู้ป่วยเป็นรายๆ ในกลุ่มโรคเรื้อรัง -การเตรียมญาติในการดูแลผู้ป่วย -ประสานงานกับหน่วยส่งต่อมาดูที่หอผู้ป่วย (เตรียมผู้ป่วย) เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน	-ขาดการประสานงานด้านเอกสารส่งกลับในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่
Home Health Care	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	1) จัดบริการ HHC ร่วมกับกลุ่มโรคเรื้อรัง ไม่มี HHC เฉพาะผู้สูงอายุ ดำเนินการเยี่ยมบ้านร่วมกับกลุ่มอื่นๆ 2) กลุ่มเวชปฏิบัติออกเยี่ยมบ้านกับสหสาขาวิชาชีพ 3) รพ.สต.ร่วมกับอสม.	-

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือกระบวน การดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
		ออกเยี่ยมบ้านในการส่งต่อจากรพช. 4) มีการประเมินและโทรศัพท์ติดตามการเยี่ยม	
ระบบส่งต่อผู้ป่วย	การจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-มีใบส่งต่อและผ่านระบบ 1669 -กรณีมีปัญหาด้านกายภาพหรือโภชนาการ มีทีมงานเฉพาะลงไปช่วยดูแลในพื้นที่	-ขาดการประสานงานในการส่งข้อมูลกลับมาในพื้นที่ เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

2.2.2 ลักษณะการจัดบริการการดูแลระยะยาว Long term care

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือกระบวน การดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย (Rehabilitation center)	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต. ที่มีความพร้อมในการจัดบริการ	1) รพท.; เน้นให้บริการกลุ่มผู้ป่วย stroke ปรึกษานักกายภาพบำบัดสอนญาติในการดูแลผู้ป่วยมีปัญหา -รพช.; นัดผู้ป่วยมารับยาที่รพ. เนื่องจากนักกายภาพบำบัดไม่เพียงพอ -รพ.สต.: บางแห่งมีการตั้งศูนย์ภายใต้โครงการ LTC ของกรมอนามัย : การขอสนับสนุนงบประมาณจากอบต. ในการจัดตั้งศูนย์ฯ พร้อมอุปกรณ์ : จัดหาจิตอาสา	-ควรให้มีการจัดตั้งศูนย์ฯในชุมชน

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือกระบวน การดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
Day hospital	ไม่มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-	-ควรจะมี การจัดบริการแต่ยัง ไม่มีความพร้อม ด้านบุคลากร/ สถานที่/งบประมาณ
การดูแลกลางวัน แบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day care)	ไม่มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-	-ควรมีการ ดำเนินการ ใน สถานบริการ ทุกระดับ -ให้อปท.เข้ามามี ส่วนร่วมในการ ดำเนินงานและ สนับสนุนงบประมาณ
บริการดูแล สุขภาพฟันเฉพาะวัน (Dental care)	มีการจัดบริการ ในสถานบริการที่มี ความพร้อม	รพท.; จัดบริการร่วมกับ กลุ่มอื่นๆ ไม่มี การจัดบริการเฉพาะ ผู้สูงอายุ รพช.; ไม่มีวันเฉพาะ แต่จะส่งไปรับบริการ ในวันที่มีคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 วัน บางรพช. มีตรวจ สุขภาพฟันที่ PCU โดยทันตแพทย์ รพ.สต.; อบรม/แกนนำ/ผู้ดูแล เรื่องช่องปากและฟัน ผู้สูงอายุ กรณีพบปัญหา นัดให้มารับบริการที่ รพ.สต./รพช. หรือ Refer ไปรพช.	-

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือกระบวน การดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
การดูแลระยะกลาง (sub-acute care)	ไม่มีการจัดบริการ ในสถานบริการ	-การจัดบริการ ไม่สามารถแยกบริการได้	-ควรมีการ ดำเนินการหอผู้ป่วย ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ หรือมีการแบ่งโซน เฉพาะผู้สูงอายุ ในหอผู้ป่วย
ศูนย์ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม (Home for Dementia Patients)	ยังไม่มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-	-ควรมีการคัดกรอง ภาวะสมองเสื่อม และการส่งต่อเพื่อ แก้ไขปัญหา -การอบรมรู้ให้กับ บุคลากรทาง การแพทย์และ สาธารณสุข -ควรมีการจัดการ ศูนย์และมี แพทย์เฉพาะทาง ประจำศูนย์
การดูแลผู้ป่วย ชั่วคราว (Respite care)	ยังไม่มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-	-ให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการจัดบริการ
บริการให้ยืม/ เช่าอุปกรณ์	มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-มีค่ามัดจำในการยืม อุปกรณ์และทำสัญญา 3 เดือน เช่น Mobile suction -ประสานให้ซื้ออุปกรณ์ ในราคาที่ต่ำ -รับบริจาคไม้เท้า/ รถเข็น จากผู้ป่วยเก่า	-งบประมาณ ด้านผู้สูงอายุควร จัดสรรงบให้ซื้อ อุปกรณ์
Palliative care	มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-รพท.; มี care manager ในการดูแล palliative care	-

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือกระบวน การดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
		-มีทีมดูแลและเชื่อมโยง การทำงานใน รพท./รพช./รพ.สต. -มีบริการในผู้ป่วยมะเร็ง -การดำเนินการ ที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนา เช่น อ่านหนังสือธรรมะ -ดำเนินการควบคู่ไปกับ การเยี่ยมบ้าน -การอบรมองค์ความรู้ ให้บุคลากรและ เจ้าหน้าที่	
Nursing Home	ไม่มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-	-ควรมีเอกชน มาร่วมในการ จัดบริการ -ควรมีการจัดบริการ ในสถานบริการ ระดับรพช.
-Hospice care **-การดูแลผู้ป่วยระยะ** **สุดท้าย**	มีการจัดบริการ ในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-จัดให้มีบริการดูแล ผู้ป่วยให้เหมาะสมและ ตามศาสนาของผู้ป่วย โดยทีม Palliative care -ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ถ้าญาติและผู้ป่วย ต้องการกลับไปดูแลต่อ ที่บ้าน	-
End of life care	จัดบริการในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	-การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายของชีวิต เปิดเทป ธรรมะ เชิญพระมาเทศน์ หรือตามพิธีกรรมทาง ศาสนาของผู้ป่วย	-

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือกระบวน การดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
		-ส่งผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อดูแลระยะสุดท้าย ที่บ้าน	

2.2.3 ความต้องการของสถานบริการเพื่อรองรับการจัดบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

ประเด็น ความต้องการ	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
ความชัดเจน ด้านนโยบาย	-นโยบายของสถานบริการ ต้องสอดคล้องกับ นโยบายของกระทรวง -กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน	-นโยบายควรมีการ บูรณาการให้ไป ในทิศทางเดียวกัน เช่น คลินิกผู้สูงอายุและ LTC -การกำหนดตัวชี้วัด ที่ชัดเจน -ควรมีนโยบายระดับ รพ./ชุมชน/ท้องถิ่น	-นโยบายควรเน้นเป็น เรื่องๆและมีความ ชัดเจนในส่วนของ กระทรวงสาธารณสุข และในส่วนของอปท. -นโยบายควรดำเนินไป ในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้บริหาร สนับสนุนให้ปฏิบัติ หน้าที่ได้เต็มที่
งบประมาณใน การดำเนินงาน	-จัดสรรงบประมาณจาก สปสช.	-กำหนดกรอบงาน ผู้สูงอายุให้ชัดเจน -กำหนดงบ UC ว่า สามารถเบิกจ่ายได้ ส่วนใดบ้าง -งบประมาณสนับสนุน ต่อเนื่องในการดำเนินงาน	-จัดสรรงบประมาณ ตรงกับสถานบริการ ไม่ต้องผ่าน อปท.
อัตรากำลังของ บุคลากรด้าน ผู้สูงอายุ	-ต้องการแพทย์ เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ -เพิ่มกรอบอัตรากำลัง ทางทีมสหสาขาวิชาชีพ	-มีผู้รับผิดชอบงาน โดยตรงและทำงาน ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ -เพิ่มอัตรากำลังของ บุคลากร	-ต้องการบุคลากร ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด
องค์ความรู้ ด้านเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ	1) การพัฒนาและเพิ่ม ศักยภาพของบุคลากร และเจ้าหน้าที่	1) การจัดอบรม องค์ความรู้สำหรับ บุคลากร	1) การอบรมพัฒนา องค์ความรู้ 2) การศึกษาดูงาน

ประเด็นความต้องการ	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
	-ศึกษาต่อระดับป.โท -ศึกษาต่อ 4 เดือน -การอบรมองค์ความรู้ 2) หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยเฉพาะสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) การศึกษาดูงานในรพ.ที่ดำเนินการได้ดี	2) การศึกษาดูงาน 3) สนับสนุนการศึกษาต่อของผู้ปฏิบัติงาน 4) การอบรมเพิ่มในกลุ่มผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ/อสม.	
สถานที่ในการจัดบริการ	✓	✓	✓
อุปกรณ์	✓	✓	✓
ด้านอื่นๆ	-ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่/พยาบาลเฉพาะทาง/จิตอาสา -ค่าเวชภัณฑ์ที่ใช่และไม่ใช่ยาที่สามารถเบิกได้	-	-

2.2.4 การดูแลขั้นพื้นฐานของสถานบริการเพื่อการดูแลขั้นพื้นฐานเพื่อการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

กระบวนการดูแลขั้นพื้นฐาน	การจัดบริการ	กระบวนการดำเนินการ
การประเมินสุขภาพทั่วไปนอกเหนือจากโรคที่มารักษา	มีการดำเนินการในสถานบริการที่มีความพร้อม รพท./รพช./รพ.สต.	-การประเมิน ADL ผู้สูงอายุทุกราย -ประเมิน Geriatric Syndrome -ประเมินภาวะโภชนาการ,BMI -ภาวะซึมเศร้า,Dementia -ตรวจสุขภาพฟัน -การตรวจสุขภาพร่างกายและความเสื่อมตามวัยเบื้องต้นที่ OPD แต่ยังไม่ครอบคลุม เพราะเจ้าหน้าที่มีน้อย -การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุร่วมกับ อบต.

กระบวนการดูแลขั้นพื้นฐาน	การจัดบริการ	กระบวนการดำเนินการ
การประเมิน ADL ผู้สูงอายุที่เปราะบางทุกคน	จัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต. ที่มีความพร้อม	-ประเมิน ADL ในผู้สูงอายุทุกคน แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม
การประเมินภาวะโภชนาการ	จัดให้บริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-มีการประเมินแต่ไม่ได้ทำทุกราย -ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง -มีปัญหาประสานนักโภชนาการ
การประเมินภาวะหกล้ม	จัดให้บริการในสถานบริการ รพท./รพช.	-การซักประวัติการหกล้ม -มีป้ายลักษณะระวังในผู้สูงอายุที่มารับบริการ (admit) -กรณีผู้ป่วยมีปัญหาส่งพบแพทย์ -มีปัญหาประสานนักกายภาพ
การประเมินภาวะ Fecal impaction และ Incontinence	จัดให้บริการในสถานบริการที่มีความพร้อม รพท./รพช./รพ.สต.	-ประเมินโดยการซักประวัติ -การประเมินในแบบฟอร์ม ADL
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Rehabilitation) ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย	มีการจัดให้บริการในสถานบริการ รพท./รพช.	-กรณีมีปัญหาประสานงานนักกายภาพในการดูแลร่วมกัน -การสอนผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสุขภาพ
การเตรียมตัวจำหน่าย	มีการจัดให้บริการในสถานบริการ รพท./รพช.	-เตรียม Discharge plan ผู้ป่วยออกจำหน่ายจากรพ.
การส่งต่ออย่างเป็นระบบและ HHC ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	มีการจัดให้บริการในสถานบริการ รพท./รพช.	-การสอนญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อ Discharge กลับบ้านโดยพยาบาล -มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต. ให้ไปดูแลต่อที่บ้าน -การนัด Follow up -การไปเตรียมบ้านเพื่อรับผู้ป่วยกลับบ้าน
มีระบบการประเมินการบริการ	มีการจัดให้บริการในสถานบริการ รพท./รพช.	-การประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยที่มารับบริการ -การประเมินเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ

กระบวนการดูแลขั้นพื้นฐาน	การจัดบริการ	กระบวนการดำเนินการ
มีญาติร่วมดูแลและให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูผู้ป่วย -แนะนำการรับประทานยา การปฏิบัติตัวที่บ้าน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน
ยอมรับวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาในกระบวนการรักษา	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช.	-ใช้ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมที่ไม่ขัดต่อการรักษาของแพทย์ -นับถือศาสนาอิสลามสามารถนั่งเก้าอี้ในเวลาทำละหมาดได้

2.2.5 ความพร้อมเชิงระบบของสถานบริการในการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ความพร้อมของสถานบริการ	ความพร้อมในการจัดบริการ		กระบวนการดำเนินงานในปัจจุบัน
	มี	ไม่มี	
นโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงาน	✓		-ทุกสถานบริการดำเนินงานตามนโยบายและตัวชี้วัด -ผู้บริหารรับทราบการดำเนินงานแต่ภาระงานของผู้รับผิดชอบมีมาก
การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน/แผนกด้านผู้สูงอายุ	✓		-มีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ
กรอบอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ		✓	-แพทย์เป็นที่ปรึกษา -บุคลากรมีไม่เพียงพอ
อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ	✓		-มีอุปกรณ์ให้ยืม/บริการสำหรับผู้สูงอายุไม่แยกเฉพาะ เนื่องจากอุปกรณ์มีจำนวนจำกัดต้องใช้ร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น
สถานที่ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ	✓		-สถานที่ให้บริการใช้ร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่น -มีการปรับสถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อผู้สูงอายุ เช่น ราวจับในห้องน้ำ -รพ.สต.มีการปรับปรุงในบางส่วน เช่น มีราวจับในห้องน้ำ/พื้นกันลื่น

ความพร้อมของสถานบริการ	ความพร้อมในการจัดบริการ		กระบวนการดำเนินงานในปัจจุบัน
	มี	ไม่มี	
องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข		✓	-บุคลากรที่รับผิดชอบงานผ่านการอบรม Advance Basic ทุกคนในสถานบริการที่มีความพร้อม -การอบรมเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในสถานบริการระดับต่างๆ
ระบบข้อมูล/สารสนเทศในการจัดบริการ	✓		-มีระบบการจัดเก็บข้อมูล
การจัดบริการ OPD	✓		-จัดบริการร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ
การจัดบริการ IPD			-ไม่มีการจัดบริการแยกสำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากสถานที่ไม่เพียงพอ
งบประมาณในการดำเนินงาน	✓		-มีการจัดทำแผนงาน/โครงการผู้สูงอายุ -งบประมาณสนับสนุนจากรพ. -ของบสนับสนุนจากสปสช./เทศบาล/อบต.และกองทุนสุขภาพตำบล
ระบบยา	✓		-บริการช่องยาสำหรับผู้สูงอายุ -มีการให้คำแนะนำจากเภสัชกร -รพ.มีระบบการตรวจสอบข้อบ่งใช้ยาที่ต้องระมัดระวัง (Intersection alert) ก่อนจ่ายผู้ป่วยและแนะนำผู้ป่วยทุกราย -รพ.สต.ยังไม่มีระบบการตรวจสอบข้อบ่งใช้ยา
ระบบรับ-ส่งต่อ (Refer)	✓		-มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยในสถานบริการแต่ละระดับ
ระบบ Home Health care (HHC)		✓	-บริการ HHC ของรพ.และรพ.สต. มีการให้บริการแต่ยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน
Discharge Planning	✓		-ปัญหาการส่งข้อมูลใน Refer ส่งแล้ว

2.2.6 ปัจจัยความสำเร็จในการจัดบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

1. นโยบายของหน่วยงาน ผู้บริหารมีความตระหนักและให้การสนับสนุน
2. มีกรอบอัตราบุคลากรเพียงพอในการปฏิบัติงาน
3. องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
4. งบประมาณในการดำเนินงาน
5. บุคลากรมีทัศนคติและใจรักในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ
6. การสร้างขวัญ/กำลังใจและแรงจูงใจของผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ
7. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) /ผู้สูงอายุมีความรู้
8. ชุมชนมีศูนย์บริการภายในชุมชน
9. ชุมชนให้ความร่วมมือและมีความเข้มแข็ง

2.2.7 ทุนทางสังคมในการดำเนินงาน

1. มีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน
2. ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อปท.,ชมรมผู้สูงอายุ,อสม.

2.2.8 ข้อเสนอแนะ

1. ผู้รับผิดชอบหลัก 1 งานต่อ 1 คน
2. ความชัดเจนของนโยบาย
3. ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาว (Long term care)
5. ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งมูลนิธิ

2.2.9 แนวคิดและการพัฒนาระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม

ระดับสถานบริการ	แนวคิดและการพัฒนา	ทุนทางสังคม	หน่วยงานสนับสนุน
รพศ./รพท.	-การสร้างความพร้อมทุกด้าน ตั้งแต่ระดับนโยบาย/อัตรากำลัง/องค์ความรู้/สถานที่ -ให้องค์ความรู้กับชุมชน -จัดระบบรับ-ส่งผู้ป่วยที่มารับบริการที่รพ. (ไม่มีญาติพามารพ.)	-มี care manager -อายุรแพทย์ (ปรึกษา/ดูแล)	-พมจ./อปท./เหล่ากาชาด
รพช.	-การพัฒนาระบบรับ-ส่งผู้ป่วยในการมาร่วมกิจกรรม -ระบบการเยี่ยมบ้านกลุ่ม 2/3 -ระบบบริการฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ -หน่วยสนับสนุนด้านอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า รถเข็น	-	-

ระดับสถานบริการ	แนวคิดและการพัฒนา	ทุนทางสังคม	หน่วยงานสนับสนุน
	-จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในพื้นที่การคมนาคมไม่สะดวก -จัดบริการให้อสม. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่อย่างทั่วถึง -การประชาสัมพันธ์การให้บริการของรพ. ให้ชุมชนได้ทราบถึงการบริการของรพ.		
รพ.สต.	-การสร้างความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุให้ญาติและผู้สูงอายุ -มีบริการรถรับ-ส่ง ผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงบริการได้	-	-

2.3 ผลการระดมความคิดเห็นในกลุ่มผู้ให้บริการในสถานบริการระดับต่างๆ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่จังหวัดอ่างทอง มีผู้เข้าร่วมทำ Focus group จำนวน 40 คน จากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

2.3.1 การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน

รูปแบบการจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือกระบวนการดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
คลินิกผู้สูงอายุ	ยังไม่มีการดำเนินการในรพท./รพช./รพ.สต.	1) จัดบริการช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ 2) จัดบริการ 70 ปี ไม่มีคิว (green channel) 3) จัดบริการร่วมกับกลุ่มอายุอื่น ไม่ได้แยกเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ	1) การนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติยังไม่จริงจัง 2) การจัดบริการซ้ำซ้อนกับคลินิกที่มีการจัดบริการอยู่แล้ว เช่น DM, HT 3) บุคลากรขาดความรู้รูปแบบ และความชัดเจนในการดำเนินการ 4) บุคลากรไม่เพียงพอ 5) สถานที่ 6) งบประมาณ

รูปแบบการจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือกระบวนการดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค	มีการดำเนินการในรพท./รพช./รพ.สต.	1) รพท./รพช. มีการจัดบริการเฉพาะโรคตามกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น DM,HT,กระดูกและข้อ และมีบางโรคดำเนินการเดือนละ 1 ครั้ง เช่น หอบหืด 2) รพ.สต. มีการดำเนินการคลินิกโรคเรื้อรังเดือนละ 1 ครั้ง โดยแพทย์/พยาบาล (NP) และบางแห่งก็ยังไม่มีการดำเนินการ	-การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านยังไม่ครอบคลุม -บุคลากรไม่เพียงพอโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล (NP) -นโยบายผู้บริหารระดับเครือข่ายให้ความสำคัญในการจัดบริการต่างกัน
แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุ (OPD)	ยังไม่มีการดำเนินการในรพท./รพช./รพ.สต.	-จัดบริการร่วมกับกลุ่มอายุอื่นๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุอยู่แล้ว	1) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติยังไม่มีการดำเนินการ 2) บุคลากรไม่เพียงพอ 3) สถานที่ 4) งบประมาณ 5) การบริการช่องทางด่วนไม่สามารถปฏิบัติได้จริงยังต้องเรียกร้องตามอายุและความรุนแรงของโรค
แผนกผู้ป่วยใน (IPD)	ยังไม่มีการดำเนินการในรพท./รพช.	-ไม่มีการจัดบริการเฉพาะแต่มีการจัดบริการแยกกลุ่มเฉพาะโรค	-
หอผู้ป่วยสูงอายุ	ยังไม่มีการดำเนินการในรพท./รพช./รพ.สต.	-ไม่มีการจัดบริการเฉพาะแต่มีการจัดบริการแยกกลุ่มเฉพาะโรค	-

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
หน่วยบริการ สุขภาพเคลื่อนที่	มีการจัดบริการ ในรพท./รพช./รพ.สต.	1) จัดให้บริการทุกกลุ่มวัย 2 ครั้ง/เดือน (ตามความพร้อมของพื้นที่) 2) การจัดบริการร่วมกับ หน่วยงานอื่น เช่น สภากาชาด/เทศบาล/ อบต.	1) ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ทางการแพทย์ 2) ขาดอัตรากำลัง ในการออกให้บริการ สุขภาพเคลื่อนที่ 3) การเบิกจ่าย งบประมาณ ในการออกหน่วย
หน่วยเตรียม ผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge Planning)	มีการจัดบริการ ในรพท./รพช.	1) รพท./รพช. มีการดำเนินการทุก case แต่ไม่มีการดำเนินการ แยกเฉพาะเป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุ 2) รพ.สต. รับดูแล ต่อเนื่องจากรพท./รพช. เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน	-บุคลากรไม่เพียงพอ -การดำเนินการ ไม่ครอบคลุม
Home Health Care	มีการดำเนินการ ในรพท./รพช./รพ.สต.	1) รพท. มีหน่วยเวชกรรม สังคมร่วมกับ กลุ่มการพยาบาล เยี่ยมทุก case กรณี care ที่มี ปัญหาซับซ้อน ออกเยี่ยม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) รพช. มีแพทย์เป็น หัวหน้าทีมออกบริการ เดือนละ 1 ครั้ง และ เป็นสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาล ลงอาทิตย์ละ 2 ครั้ง 3) รพ.สต. พยาบาล ร่วมกับ อสม. ออกเยี่ยม บ้าน	-การให้บริการ ไม่ครอบคลุมทุก case -ขาดอัตรากำลัง -การเตรียมทีมงาน -พาหนะเดินทาง

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
		4) ในกรณีผู้ป่วยที่ซับซ้อนโรงพยาบาลจะออกเยี่ยมร่วมกับรพ.สต. ในบางพื้นที่มีอปท. ร่วมด้วย -กรณีผู้ป่วยไม่ซับซ้อน รพ.สต.จะออกเยี่ยมเอง	
ระบบส่งต่อผู้ป่วย	มีการดำเนินงานในรพท./รพช./รพ.สต.	1) รพท.มีศูนย์ Refer ผู้ป่วยโดยเฉพาะ 2) รพช.มีระบบ Refer 3) รพ.สต.มีระบบ Refer ไว้ใน บส.08	-จำนวน case มาก จะให้บริการในกรณี case มีปัญหาและซับซ้อนมากๆ -กรณีรพช.ส่งตัวมาจะไม่ผ่านศูนย์จะส่งไปที่ OPD แทน -การส่งข้อมูลกลับมาที่รพ.สต. (ซึ่งปัจจุบันไม่มีการส่งกลับข้อมูล)

2.3.2 ลักษณะการจัดบริการดูแลระยะยาว (Long team care)

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation center)	มีการจัดบริการในรพท./รพช.	1) รพท.; จัดให้บริการทุกกลุ่มอายุ โดยผ่านแพทย์ตรวจ และไม่ผ่านแพทย์โดยใช้ระบบ UC 2) รพช.; จัดบริการทุกกลุ่มวัย ผ่านการตรวจของแพทย์ทุกราย	-มีศูนย์บริการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะ -การจัดหาอุปกรณ์เพิ่มกรอบอัตรากำลังและสถานที่ในการจัดบริการ -รพ.สต.; มีนักกายภาพบำบัดจัดให้บริการทั้งใน/นอกสถานที่

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
Day hospital	ไม่มีการจัดบริการ ในรพท./รพช./ รพ.สต.	-ยังไม่มีความพร้อม ในการจัดบริการ	-ควรจัดให้มีบริการ ในรพท./รพช. -มีกรอบอัตรากำลังและ สถานที่เพื่อ การดำเนินงาน
การดูแลกลางวัน แบบไปเช้า-เย็น กลับ (Day case)	ยังไม่มีการจัดบริการ	-	-ควรให้มีการจัดบริการ ในรพท./รพช. ส่วนรพ.สต. ยังขาดปัจจัยสำคัญคือ คน เงิน ของ -ประสานงานกับอปท. ผลักดันให้มีการจัดตั้ง
บริการดูแล สุขภาพฟัน เฉพาะกลางวัน (Dental care)	มีการจัดบริการ ในรพท./รพช./รพ.สต.	-จัดบริการทุกกลุ่มอายุ ไม่มีแยกเฉพาะผู้สูงอายุ กรณีมีผู้สูงอายุมารับ บริการให้จัดบริการ ให้ก่อน -กลุ่มผู้สูงอายุจะเน้น บริการรากฟันดี -จัดบริการตรวจสุขภาพฟัน ปีละ 1 ครั้ง	-จัดบริการเชิงรุก ในชมรมผู้สูงอายุและ ในชุมชน โดยไม่ต้อง เดินทางมารับบริการ ที่รพ. -รพ.สต.; ต้องการ ทันตแพทย์/ทันตภิบาล ในหน่วยงาน
การดูแลระยะกลาง (sub-acute care)	ยังไม่มีการจัดบริการ ในรพท./รพช./รพ.สต.	-มีการจัดให้บริการ ในแต่ละแผนก (หอผู้ป่วย) ไม่ได้มีการแยก เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ	-ยังไม่มีการแยก บริการเฉพาะและ บุคลากรไม่มีความพร้อม
การดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้าน (Home Health care)	มีการดำเนินงาน ในรพท./รพช./รพ.สต.	1) รพท./รพช.; มีการเยี่ยมโดยฝ่าย เวชกรรมสังคม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไม่ได้ แยกเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ 2) รพ.สต.; มีการเยี่ยม กลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะ 3 เดือน/ครั้ง	-จัดบริการเฉพาะ ในกลุ่มผู้สูงอายุ -ให้มีทีมสหสาขาวิชา ร่วมดำเนินการด้วย ทุก case ที่ส่งต่อมาจาก รพท./รพช.

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Home for Dementia Patients)	ยังไม่มีการดำเนินการในรพท./รพช./รพ.สต.	-	-ควรมีการจัดตั้งศูนย์ฯ ในทุกอำเภอ และในรพท. -การเตรียมความพร้อมของการจัดตั้งศูนย์ และความพร้อมของบุคลากร -ควรให้เอกชนดำเนินการ (ครอบครัวขยายยังมีการเกื้อกูลกันอยู่)
การดูแลชั่วคราว (Respite care)	ยังไม่มีการดำเนินการ	-	-ควรมี Pubic Private Partner -ให้ครอบครัว/ญาติมาช่วยในการดูแล -เตรียมงบประมาณ
บริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์	มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม	-มีการให้บริการในอุปกรณ์ รถเข็น ไม้เท้า ไม้เท้า 4 ขา (walker) เตียงลม เครื่องดูดเสมหะ	-จัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์ในรพท./รพช./รพ.สต. -มีแผนงานการสนับสนุนอุปกรณ์ -การเพิ่มอุปกรณ์ในการให้บริการ เช่น เครื่องออกซิเจน -ส่งเสริมการจัดทำนวัตกรรมกายอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุ
Palliative care	มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม	-รพท.มีหน่วยงานดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย -การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและแนะนำญาติในการดูแล -การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ	-ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง -การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของบุคลากร -รพ.สต.; อบรมให้มีองค์ความรู้ในการดูแลและลักษณะ case Palliative

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
Nursing Home	ยังไม่มีการจัดบริการ ในรพท./รพช./รพ.สต.	-	-ประสานงานกับ อปท. ให้ดำเนินการจัดตั้ง/ การเตรียมบุคลากร -การจัดตั้งกองทุนของ ชุมชน -นโยบายการดำเนินการ จากส่วนกลาง
Hospice care **(การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย)**	มีการจัดบริการ ในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	1) ให้บริการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย/การดูแล ด้านจิตใจ เช่น ฟังเทป ธรรมะ 2) รพช./รพ.สต.; จัดบริการดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน 3) มีศูนย์ระงับ ความเจ็บปวดของผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	-จัดสถานที่เฉพาะ -การดำเนินการต่อเนื่อง
End of life care	มีการจัดบริการ ในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	1) ผู้ป่วยและญาติ เลือกกลับไปดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน 2) ให้บริการดูแลด้าน จิตใจกับผู้ป่วยและญาติ	-

2.3.3 ความต้องการของสถานบริการเพื่อรองรับการจัดบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

ประเด็น ความต้องการ	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
ด้านนโยบาย ที่ชัดเจน	-ความชัดเจนของ นโยบาย -การติดตาม การดำเนินงาน จากส่วนกลาง	-ความชัดเจนและ เป็นรูปธรรม	-นโยบายที่ลงสู่ การปฏิบัติได้จริง

ประเด็นความต้องการ	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
งบประมาณ	-สนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอและต่อเนื่อง -งบลงทุนด้วยการสร้าง/ปรับปรุงอาคาร/วัสดุ/อุปกรณ์/บุคลากร	-งบการปรับปรุงสถานที่เพื่อจัดบริการ -งบด้านบุคลากร	-งบการปรับปรุงสถานที่ -งบด้านบุคลากร
อัตรากำลังของบุคลากรด้านผู้สูงอายุ	-แพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ -จิตแพทย์ *เพิ่มอัตรากำลังตามภาระงาน	-แพทย์เฉพาะทาง -พยาบาลเฉพาะทาง -นักสังคมสงเคราะห์	-พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ -ทันตภิบาล ประจำ -นักกายภาพ ประจำ -นักจิตวิทยา -ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	-การจัดอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง	-การจัดอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง	-การจัดอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง
สถานที่	-สถานที่แยกเป็นสัดส่วน	-สถานที่แยกเป็นสัดส่วน	-สถานที่แยกเป็นสัดส่วน
อุปกรณ์	✓	✓	✓

2.3.4 กระบวนการดูแลขั้นพื้นฐานของสถานบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

กระบวนการดูแลขั้นพื้นฐาน	การจัดบริการ	กระบวนการดำเนินการ
การประเมินสุขภาพทั่วไป (นอกเหนือจากโรคที่มารักษา)	มีการจัดบริการในรพท./รพช./รพ.สต.	-การประเมินภาวะซึมเศร้าใน case ที่ admit -รพ.สต.มีประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ทุกราย
การประเมิน ADL (ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางทุกคน)	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-รพท.ประเมิน ADL ใน case ที่เป็น CVA -รพช.ประเมิน ADL ทุก case -รพ.สต.ประเมิน ADL ทุก case เพื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

กระบวนการดูแล ขั้นพื้นฐาน	การจัดบริการ	กระบวนการดำเนินการ
การประเมินภาวะ โภชนาการ	มีการจัดบริการในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	-ประเมินเฉพาะในรายที่ผิดปกติ เช่น ผอม
การประเมินภาวะหกล้ม	มีการจัดบริการในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	-ไม่ได้ประเมินทุกราย เฉพาะที่แพทย์ สั่งมาโดยดูประเด็นของโรคเป็นหลัก
การประเมินภาวะ Fecal impaction และ Incontinence (ท้องผูก และกลั้นปัสสาวะไม่ได้)	มีการจัดบริการในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	-ไม่มีแบบประเมินเฉพาะใช้อ้างอิง กับคำถามใน ADL
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Rehabilitation) ขณะอยู่หอผู้ป่วย	มีการจัดบริการในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	-ในรายที่มีข้อบ่งชี้ -ผู้ป่วย CVA ทุก case -ตามคำสั่งของแพทย์ ซึ่งจะสั่งให้ทำ Rehabilitation ในกลุ่มผู้สูงอายุ
การเตรียมตัวจำหน่าย	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-ดำเนินการทุกราย
การส่งต่ออย่างเป็นระบบ และ Home Health Care ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-ยังไม่ครอบคลุมทุกราย
มีระบบการประเมิน การบริการ	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-การประเมินความพึงพอใจ
มีญาติร่วมดูแลและ ให้ความรู้แก่ญาติ ในการดูแล	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-แนะนำ/สอนญาติในการดูแลต่อ ผู้ป่วยที่บ้าน และในรายที่ต้อง ใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์กลับบ้าน ต้องมีการสาธิตและให้ญาติฝึก -เภสัชแนะนำญาติ/ผู้ป่วยทุกราย
การยอมรับวัฒนธรรมและ ความเชื่อทางศาสนา ในกระบวนการรักษา	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพท./รพช./รพ.สต.	-พิธีกรรมทางศาสนา

2.3.5 ความพร้อมเชิงระบบของสถานบริการในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ความพร้อมของสถานบริการ	ความพร้อมในการจัดบริการ		กระบวนการดำเนินงานในปัจจุบัน
	มี	ไม่มี	
นโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงาน	✓		-มีการนำนโยบายส่งสู่การปฏิบัติแต่ไม่ครอบคลุม -มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัด -นโยบายบางประเด็นไม่ชัดเจนเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ
การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน/แผนกด้านผู้สูงอายุ	✓		-มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจนในสถานบริการที่มีความพร้อม -กรณีไม่มีความชัดเจนในงานจะมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้รับผิดชอบก่อน -ยังไม่มีแผนกผู้สูงอายุโดยตรง
กรอบอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ		✓	-ใช้ระบบการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานขาดความไม่ต่อเนื่องของงาน -ขาดบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ด้านผู้สูงอายุ
อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ	✓		-ใช้อุปกรณ์ร่วมกับการบริการด้านอื่นๆ ไม่ได้แยกเฉพาะผู้สูงอายุ -อุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ
งบประมาณ		✓	-ใช้งบประมาณร่วมกับงบอื่นๆ ในการจัดกิจกรรม -ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท./สปสช./สสส./พม./และการบริจาค
สถานที่ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ	✓		-ใช้ร่วมกับคลินิกอื่นๆ
องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข		✓	-บุคลากรยังขาดองค์ความรู้ในการให้บริการการดูแลระยะยาว (Long term care)
ระบบข้อมูล/สารสนเทศในการจัดบริการ	✓		-แบบประเมิน ADL -ระบบ Skype (*มีปัญหาอินเตอร์เน็ตล่ม)
การจัดบริการ OPD		✓	-จัดให้บริการร่วมกับกลุ่มอายุอื่นๆ -ให้บริการตามนโยบาย 70 ปีไม่มีคิว

ความพร้อมของสถานบริการ	ความพร้อมในการจัดบริการ		กระบวนการดำเนินงานในปัจจุบัน
	มี	ไม่มี	
การจัดบริการ IPD		✓	-จัดให้บริการร่วมกับกลุ่มอายุอื่นๆ -ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ
ระบบยา	✓		-รพท.จัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ -จัดบริการร่วมกับกลุ่มอายุอื่นๆ โดยมีเภสัชแนะนำ (รพช.) -ในรายที่มีปัญหามีห้องปรึกษาสำหรับญาติโดยเฉพาะ -หน่วยสวัสดิการในการดูแลเรื่องยาเพื่อออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน
ระบบรับ-ส่งต่อ (Refer)	✓		-มีศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วยกรณีศูนย์ใหญ่: จะเลือกเฉพาะ case ใหญ่ ควรมีหน่วยเฉพาะแยกมาจากศูนย์ใหญ่เพื่อดูแลรายที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน
ระบบ Home Health care (HHC)	✓		-จัดบริการให้ไม่ได้แยกกลุ่มอายุ
การจำหน่ายผู้ป่วย Discharge Planning	✓		-ไม่แยกกลุ่มอายุในการให้บริการ

2.3.6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ

1. นโยบายด้านผู้สูงอายุต้องชัดเจนหรือทำให้เป็นวาระแห่งชาติ
2. ผู้บริหารในสถานบริการระดับต่างๆให้ความสำคัญและผลักดันให้เกิดการดำเนินงานจริง
3. ความพร้อมและความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
4. ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง (วัด,โรงเรียน,ชมรมผู้สูงอายุ,อปท.,พม.)
5. การสนับสนุนและความพร้อมของชุมชน
6. การพัฒนาจะเพิ่มองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในกลุ่มบุคลากรและเจ้าหน้าที่
7. การประชุม/เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสถานบริการระดับต่างๆ
8. การจัด/สนับสนุนค่าตอบแทนอย่างเหมาะสมกรณีต้องออกปฏิบัติงานในพื้นที่
9. การติดตามและนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง

2.3.7 ทุนทางสังคมที่เอื้อและสนับสนุนในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1. อสม./จิตอาสา
2. แหล่งทุนสนับสนุน
3. มีภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น เช่น อบต./เทศบาล/พมจ.
4. แกนนำชุมชน/อสม./ผู้นำศาสนา/ปราชญ์ชาวบ้าน/ผู้มีเศรษฐฐานะดี
5. ผู้ให้บริการมีใจในการทำงานด้านผู้สูงอายุ

2.3.8 ข้อเสนอแนะ

1. นโยบายภาครัฐการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง
2. การส่งเสริมการมีส่วนของชุมชนภาคีเครือข่าย
3. การสร้างขวัญกำลังใจแรงจูงใจในผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ

2.3.9 แนวคิดและการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการได้อย่างครอบคลุม

สถานบริการ	แนวคิดและการพัฒนา	ทุนทางสังคม	หน่วยงานสนับสนุน
รพศ./รพท.	-การจัดบริการแบบ One stop services สำหรับผู้สูงอายุ -จัดระบบการคัดกรองและส่งต่อเข้มแข็ง	-มีบุคลากร อุปกรณ์และวัสดุพอที่จะสนับสนุนการดำเนินงาน	-เทศบาล (อปท.)
รพช.	-การจัดบริการเชิงรุกในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดภาระการมาโรงพยาลบาล -ทำงานร่วมกับ PCU ที่รับผิดชอบในพื้นที่ในการคัดกรองและเพิ่มศักยภาพของอสม. -การจัดบริการช่องทางด่วนและการบริการที่ตอบสนองให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ	-	-อปท.
รพ.สต.	-จัดบริการเชิงรุก -ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ -การประสานงาน/ร่วมทำงานกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่	-แกนนำชุมชน/อสม./วัด/อบต./เอกชน/ผู้มีเศรษฐฐานะดี	-องค์การภาครัฐและเอกชน

2.4 ผลการระดมความคิดเห็นในกลุ่มผู้ให้บริการในสถานบริการระดับต่างๆ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น มีผู้เข้าร่วมทำ Focus group จำนวน 50 คน จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

2.4.1 การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน

รูปแบบการจัดบริการ	**การจัดบริการ**	**ลักษณะหรือกระบวนการดำเนินการ**	**ปัญหาและอุปสรรค**
คลินิกผู้สูงอายุ	มีการดำเนินการในสถานบริการที่มีความพร้อม รพศ./รพท./รพช.	-ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุโดยบูรณาในคลินิกอื่นๆ -บริการให้คำปรึกษาสุขภาพ -บริการการตรวจสุขภาพ -รพ.สต.ไม่จำเป็นต้องมีคลินิกผู้สูงอายุ	-ผู้บริการให้ความสำคัญน้อย -นโยบายไม่ชัดเจนในการดำเนินงาน -การขาดสถานที่, บุคลากร -ขาดบุคลากรรับผิดชอบงานโดยตรง
คลินิกเฉพาะโรค	มีการดำเนินงานในสถานบริการ รพศ./รพท./รพช.	-มีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ Green Chanel -จัดบริการกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกับกลุ่มอายุอื่นไม่แยกเฉพาะ -บริการตรวจสุขภาพ -ประเมินภาวะสุขภาพ เช่น ภาวะซึมเศร้า -จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในคลินิก เช่น การออกกำลังกาย	
แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)	มีการดำเนินการในสถานบริการที่มีความพร้อม	-จัดบริการช่องทางพิเศษ 70 ปี ไม่มีคิว	-กรณีที่ผู้มาบริการเป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมารับบริการการให้บริการไม่รวดเร็วจริง

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการ ดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
แผนกผู้ป่วยใน (IPD)	ยังไม่มีการดำเนินการในสถานบริการ รพศ./รพท./รพช.	-จัดให้บริการแยกตามลักษณะโรคไม่มีแยกกลุ่มเฉพาะผู้สูงอายุ -การจัดบริการมีการกำหนดโซนเฉพาะผู้สูงอายุ -ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	1) นโยบายไม่ต่อเนื่องตามตัวชี้วัด 2) ผู้บริหารยังไม่เห็นความสำคัญ 3) ขาดบุคลากร/งบประมาณ/อุปกรณ์ 4) การเปลี่ยนบุคลากรรับผิดชอบขาดการทำงานอย่างต่อเนื่อง
หอผู้ป่วยผู้สูงอายุ	ยังไม่มีการดำเนินการในรพศ./รพท./รพช.	-	-
หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่	มีการดำเนินการในรพศ./รพท./รพช.	1) การจัดบริการร่วมกับ อปท./อบต. ในการออกหน่วยบริการสุขภาพ เช่น การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิต 2) การจัดบริการออกหน่วยร่วมกับอำเภอเพื่อออกให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง 3) การออกหน่วยคัดกรองต้อกระจกร่วมกับ รพ.ศรีนครินทร์ (มข.)	-ขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของหน่วยงานอื่นๆ
การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน	มีการดำเนินการในรพศ./รพท./รพช.	-การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านตั้งแต่ในแผนกผู้ป่วยใน (IPD)	-การดำเนินการแยกเฉพาะโรคไม่มีเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ -เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้เรื่องการเตรียม

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการ ดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
			ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเฉพาะแบบฟอร์ม
Home Health Care	มีการจัดบริการในสถานบริการรพศ./รพท./รพช./รพ.สต.	-การจัดทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านและประเมินผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านใดบ้าง เช่น สุขภาพฟัน ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสุขภาพ -มีการออกเยี่ยมบ้านกับทีมสุขภาพตำบล (จิตอาสา) /เทศบาล/อบต. โดยส่วนของเทศบาลช่วยดูแลในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ -มีกลุ่มผู้สูงอายุออกเยี่ยมกันเอง (จิตอาสา/อสม.) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้	-การตอบกลับข้อมูลระหว่างรพช.และรพ.สต. ยังไม่สมบูรณ์ -ขาดการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพออกไปเยี่ยมไม่ครบทีม -แบบฟอร์มของแต่ละที่ไม่เหมือนกันส่งผลให้ข้อมูลการดูแลไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้สูงอายุ
ระบบการส่งต่อ	มีการจัดบริการในสถานบริการรพศ./รพท./รพช./รพ.สต.	1) มีระบบการส่งต่อไปรพศ.ผ่านระบบ Internet Refer link 2) มีศูนย์ประสานงานส่งต่อไปรพ.สต.โดยมีระบบติดตามผลการดูแลกลับมาที่รพช. กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาจะให้รพ.สต.โทรศัพท์	-ขาดการตอบกลับข้อมูลส่งต่อ

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการ ดำเนินการ	ปัญหาและอุปสรรค
		โดยตรงมาที่รพช. 3) งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนรับผิดชอบในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังรพ.สต.และติดตามผลต่อเนื่อง 4) รพ.สต.ใช้บส.08 (ใบส่งต่อผู้ป่วย)	

2.4.2 ลักษณะการจัดบริการการดูแลระยะยาว (Long Term Care)

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการ ดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation center)	มีการจัดบริการในสถานบริการรพศ./รพท./รพช.	-มีการจัดบริการร่วมกับคลินิกอื่น ยังไม่แยกบริการเฉพาะผู้สูงอายุ -ให้บริการทุกวันให้กับจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการ -มีการบูรณาการแพทย์แผนไทยร่วมกับการทำกายภาพบำบัด	-เพิ่มอัตรากำลังนักกายภาพบำบัด -ควรจัดให้มีบริการเฉพาะสัปดาห์ละ 1 วัน
Day hospital	ยังไม่มีการดำเนินการในสถานบริการ	-	-ในอนาคตควรจะมีการดำเนินการและอปท.ควรจะมีบทบาทร่วมในการดำเนินการและงบประมาณ

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการ ดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
Day Care	ยังไม่มีการดำเนินการ ในสถานบริการ	-	-ควรมีการ ดำเนินการในชุมชน เมืองเนื่องจากญาติ ต้องไปทำงาน -ควรมีบริการรถ รับ-ส่งที่บ้าน
การดูแลสุขภาพฟัน	มีการจัดบริการ ในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	-จัดบริการร่วมกับ กลุ่มอายุอื่น ในสถาน บริการที่มีความพร้อม จะให้บริการร่วมใน คลินิกผู้สูงอายุ -รพ.สต.มีทันตภิบาล ให้บริการสุขภาพฟัน	-ควรจะมีการแยก ให้บริการผู้สูงอายุ โดยตรง
Sub-acute care (การดูแลระยะกลาง)	ยังไม่มีการดำเนินการ ในสถานบริการ	-	-ควรดำเนินการ ในรพศ./รพช. ที่มีความพร้อม
- ศูนย์ดูแลสมองเสื่อม - Respite care	ยังไม่มีการจัดบริการ ในสถานบริการ	-	-ควรดำเนินการ ในรพศ./รพช. ที่มีความพร้อม
การดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้าน (HHC)	มีการดำเนินงาน ในรพศ./รพท./รพช./ รพ.สต.	-จัดบริการออกเยี่ยมบ้าน ตามกลุ่มวัย	มีการดำเนินการ ทุกแห่ง
บริการยืมอุปกรณ์	มีการให้บริการ ในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	-มีบริการให้ยืมอุปกรณ์ ทางการแพทย์ เช่น เตียง ถังออกซิเจน walker เครื่องดูดเสมหะ	-การพัฒนาและ ขยายศูนย์ให้บริการ -ควรมีทุกสถาน บริการ
Palliative care	มีการให้บริการ ในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	-มีการประสานศูนย์ ส่งต่อและมีการประเมิน และให้การดูแลตาม ความต้องการของญาติ	-เพิ่มศักยภาพของ บุคลากรให้มี ความรู้เฉพาะทาง -มีนโยบายชัดเจน เพื่อให้การ ดำเนินงานต่อเนื่อง

รูปแบบ การจัดบริการ	การจัดบริการ	ลักษณะหรือ กระบวนการ ดำเนินการ	การดำเนินการ ในอนาคต
Nursing Home	ยังไม่มีการดำเนินงาน ในสถานบริการ	-	-ควรมีการ ดำเนินการอย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง -มีการบูรณาการ ของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง
End of life care	มีการให้บริการ ในสถานบริการ ที่มีความพร้อม	-มีการประสานศูนย์ ส่งต่อและมีการประเมิน และให้การดูแลตาม ความต้องการของญาติ	-จัดอบรมบุคลากร ให้มีความรู้และ เชี่ยวชาญ

2.4.3 ความต้องการด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

บุคลากร	รพศ./รพท.		รพช.		รพ.สต.	
	พร้อม	ต้องการ	พร้อม	ต้องการ	พร้อม	ต้องการ
แพทย์	✓		✓	✓		✓
พยาบาล	✓		✓	✓*	✓	✓*เพิ่ม
นักกายภาพบำบัด	✓		✓	✓		✓
นักโภชนาการ	✓		✓	✓		✓
นักจิตวิทยา	✓			✓		✓
นักสังคมสงเคราะห์	✓			✓		
นักอาชีวะบำบัด	✓			✓		
นักกิจกรรมบำบัด	✓			✓		
ผู้ช่วยพยาบาล	✓				✓ แพทย์แผนไทย	✓
ทันตแพทย์/ทันตภิบาล	✓					✓
นักวิชาการสาธารณสุข					✓ จพ.สสธ.	
เภสัช	✓					

*ในแต่ละพื้นที่ต้องการแตกต่างกันตามบริบทของสถานบริการแต่ละระดับ

2.4.4 ความต้องการของสถานบริการเพื่อรองรับการจัดบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

ประเด็นความต้องการ	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
ด้านนโยบาย	ความชัดเจนของนโยบาย	ให้ความสำคัญในระดับต้นๆ	
งบประมาณ	งบประมาณสนับสนุนตามจำนวนของผู้สูงอายุและภาระการดูแล	-	-
อัตรากำลังบุคลากรด้านผู้สูงอายุ	แยกอัตรากำลังออกมาในการจัดบริการ	-เพิ่มกรอบอัตรากำลัง -มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงาน	-ไม่มีผู้รับผิดชอบงานเฉพาะ
องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์	-	-การอบรมและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมทั้งการศึกษาดูงาน	-การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และศึกษาดูงาน -งบการฝึกอบรมมีจำกัด
สถานที่	-	-มีสถานบริการแยกเป็นสัดส่วน	-ควรมีสถานแยกเป็นสัดส่วน
อุปกรณ์	-	-กายอุปกรณ์ -สื่อประชาสัมพันธ์เรื่องผู้สูงอายุ -คู่มือการดูแลผู้สูงอายุเป็นมาตรฐานเดียวกัน	-มีเพียงพอ

2.4.5 กระบวนการดูแลขั้นพื้นฐานของสถานบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

กระบวนการดูแลขั้นพื้นฐาน	การจัดบริการ	กระบวนการดำเนินการ
การประเมินสุขภาพทั่วไป (นอกเหนือจากโรคที่มารักษา)	มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม	-การประเมินตอนแรกรับผู้ป่วย
การประเมิน ADL (ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง)	มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม	-ประเมิน ADL ผู้สูงอายุในชุมชน
การประเมินภาวะโภชนาการ	มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม	-มีการติดตามประเมินที่บ้าน -มีนักโภชนาการเข้ามาประเมินร่วมกันที่ IPD

กระบวนการดูแลขั้นพื้นฐาน	การจัดบริการ	กระบวนการดำเนินการ
การประเมินภาวะหกล้ม	มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม	-พยาบาลทำการประเมิน
การประเมินภาวะ Fecal impaction และ Incontinence (ท้องผูกและกลั้นปัสสาวะไม่ได้)	มีการจัดบริการในสถานบริการที่มีความพร้อม	-
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Rehabilitation ขณะอยู่หอผู้ป่วย)	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.	-
การเตรียมตัวจำหน่าย	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพท./รพช.	-มีการจำหน่วยผู้ป่วยเฉพาะโรค/เป็นรายมีการติดตามต่อเนื่องโดยทีม HHC
การส่งต่ออย่างเป็นระบบและ HHC ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.	-
มีระบบการประเมินการบริการ	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.	-การประเมินความพึงพอใจ
มีญาติร่วมดูแลและให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.	-ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล
การยอมรับวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาในกระบวนการรักษา	มีการจัดบริการในสถานบริการ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.	-กิจกรรมการทำพิธีต่ออายุโดยการสวดมนต์

2.4.6 ความพร้อมเชิงระบบของสถานบริการในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

ความพร้อมของสถานบริการ	ความพร้อมในการจัดบริการ		กระบวนการดำเนินงานในปัจจุบัน
	มี	ไม่มี	
นโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงาน	✓		-จัดบริการ 70 ปี ไม่มีคิว -มีนโยบายแต่ขาดการปฏิบัติที่ชัดเจน -มีผลงานแต่ไม่มีประสิทธิภาพจะมีการปฏิบัติก็ต่อเมื่อมีการประเมิน
การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน/แผนกด้านผู้สูงอายุ		✓	-มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ แต่มีการปรับหรือ

ความพร้อมของสถานบริการ	ความพร้อมในการจัดบริการ		กระบวนการดำเนินงานในปัจจุบัน
	มี	ไม่มี	
			เปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบบ่อย ทำให้การดำเนินการไม่ต่อเนื่อง -บางสถานบริการมีบุคลากรจบด้านผู้สูงอายุแต่ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านนี้ -การให้ความสำคัญของงานด้านผู้สูงอายุยังอยู่ในลำดับท้ายๆ ของงาน
กรอบอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ		✓	-ควรมีการตั้งกรอบอัตรากำลังแพทย์ด้านผู้สูงอายุ
อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ	✓		-การประสานงานจัดหาอุปกรณ์ภายใน CUP -อุปกรณ์ทางแพทย์จะบูรณาการใช้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้พิการ -รพ.สต.บางแห่งอาจจะไม่มีอุปกรณ์ -ไม่มีสถานที่แยกเฉพาะ ใช้ร่วมกับกลุ่มวัยอื่น
งบประมาณ		✓	-ดำเนินกิจกรรมตาม KPI -งบประมาณไม่เพียงพอ -ไม่มีงบประมาณเฉพาะผู้สูงอายุ
องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข		✓	-การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง -การอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง -การศึกษาดูงานในหน่วยงาน/องค์กรที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน
ระบบข้อมูล/สารสนเทศในการจัดบริการ	✓		-การดึงข้อมูลของผู้สูงอายุมาใช้จาก 43 แฟ้ม -ระบบข้อมูลยังไม่มีความเชื่อมโยง -พัฒนาโปรแกรมในงานแต่ละอย่างเพื่อโยงต่อการรายงานให้กับส่วนกลาง -มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ความพร้อมของสถานบริการ	ความพร้อมในการจัดบริการ		กระบวนการดำเนินงานในปัจจุบัน
	มี	ไม่มี	
			-ระบบ Internet บางแห่งยังมีปัญหาในการใช้
การจัดบริการ OPD	✓		-มีระบบช่องทางด่วนสำหรับ 70 ปี ไม่มีคิว
การจัดบริการ IPD		✓	-มีการจัดบริการรวมกับบริการอื่นๆ ไม่มีแยกเฉพาะกลุ่ม
ระบบยา		✓	-ไม่มีระบบแยกเฉพาะผู้สูงอายุ
ระบบส่งต่อ	✓		-ไม่ได้แยกกลุ่มในการให้บริการ
HHC	✓		-
Discharge plan	✓		-

2.4.7 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ

- นโยบายต้องชัดเจน : วาระแห่งชาติ/กระทรวง/จังหวัด
- งบประมาณ : บริหารจัดการ/ค่าตอบแทน
- บุคลากร : องค์ความรู้/อัตรากำลัง
- ความร่วมมือจากชุมชน : อปท./หน่วยงานรัฐอื่นๆ /เอกชน/อื่นๆ
- เทคโนโลยี : เครื่องมืออำนวยความสะดวก IT ฐานข้อมูล/ระบบการจัดการข้อมูล

2.4.8 ทุนทางสังคม

: ปราชญ์ชาวบ้าน, พระ โรงเรียน

: จิตอาสา/อสม./อผส./ชมรมผู้สูงอายุ

: ภาคีเครือข่าย และองค์กรภาคเอกชนในพื้นที่

: วัฒนธรรมประเพณีในพื้นที่

2.4.9ข้อเสนอแนะ

1) นำเสนอให้ผู้บริการเห็นความสำคัญของงานผู้สูงอายุ

2) สร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังให้ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้

3) ปรับทรัพยากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน : คน/งบประมาณ/สถานที่/อุปกรณ์

และพัฒนาต่อยอดงานเดิม

2.4.10 แนวคิดพัฒนาระบบบริการเพื่อให้เข้าถึงบริการครอบคลุม

1) การสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ และเพื่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

2) การบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) มีระบบรับ-ส่ง ไปกลับถึงบ้าน โดยมีอปท. เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ

4) การพัฒนาให้รพ.สต. มีการรับผู้ป่วย และคลินิกผู้สูงอายุ โดยงบประมาณจากส่วนกลาง

5) พัฒนาและเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

6) การจัดหาค่าตอบแทนให้กับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)

7) การจัดเวทีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8) สร้างความตระหนักให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุให้เห็นความสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุ

9) การประชาสัมพันธ์ด้านการบริการและรับฟังข้อคิดเห็นของผู้รับบริการเพื่อให้เข้าถึงบริการได้ครอบคลุม

10) การปรับรูปแบบการจัดบริการความต้องการของผู้รับบริการ/ผู้ดูแล เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ

11) พัฒนารพช.เป็นโรงพยาบาลผู้สูงอายุ

ทีมงานวิจัยในพื้นที่

จังหวัดอ่างทอง

1.	นายสมยศ แสงหิ่งห้อย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
2.	นางชมพูนุท ประทุมวัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลอ่างทอง
3.	นางสาวสิริกานต์ พ้นภัยพาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ
4.	นางสุภางค์ ทองมั่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลโพธิ์ทอง
5.	นางวิภา ปั้นงาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลป่าโมก
6.	นางสุดารัตน์ บุญเอี่ยม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลแสวงหา
7.	นางสาวพัฒนา คล้ายพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลไชโย
8.	นางสาววัชโรบล แววนกยูง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสามโก้
9.	นางสาวคะนึง ชมพูนุช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสามโก้

จังหวัดลำปาง

1.	นางสุจิตรา อาจิริยะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
2.	นางพจนี ไหลพานิชถาวร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลแม่ทะ
3.	นางรัชนี ศรเจียงคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำปาง
4.	นางวรรณพร สุวรรณเนตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำปาง

จังหวัดกระบี่

1.	นางอนงค์ ภูมชาติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
2.	นางสาวศิรินันท์ เต็มสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลกระบี่
3.	นางสาวสุวิชญา ไสไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลอ่าวลึก
4.	นางวีณา กรเจริญพรพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลปลายพระยา
5.	นางฉัตรกมล เจริญวิภาดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลคลองท่อม
6.	นางสาวธิดารัตน์ ช่วยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำทับ
7.	นางอัจฉราพร กิ่งเล็ก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเหนือคลอง
8.	นางสาวผ่องศรี จีนหนู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเขาพนม
9.	นางสาวดวงนภา พรมทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเกาะลันตา

จังหวัดขอนแก่น

1.	นางวีระวรรณ เหล่าวิทวัส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
2.	นางภวรัญชน์ จินดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการจังหวัดขอนแก่น	สำนักงานสาธารณสุข
3.	นางสาวตันหยง ปานเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลขอนแก่น
4.	นางกิ่งกาญจนา เมืองโคตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลบ้านฝาง
5.	นางนิรมัย แสนสุทธวิจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระยืน
6.	นางปรีดา เจริญโภคทรัพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพระยุพราชกระนวน	โรงพยาบาลสมเด็จ
7.	นางลำไพร แทนสา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเปือยน้อย
8.	นางวรรณา สมบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพล
9.	คุณวิไลลักษณ์ เจริญยิ่งไพศาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลชุมแพ
10.	นางพิลัยวัณย์ พิศุทธิสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลแวงใหญ่
11.	นางกานต์เกษม พันนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลแวงน้อย
12.	นางยุภาพร ใจสูง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลหนองสองห้อง
13.	นางอมรา ดวงเตชะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลภูเวียง
14.	นางรัชฎา ใสวารี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลชนบท
15.	นางน้ำฝน แสนสูง	จพ.สส.	โรงพยาบาลซำสูง

รายชื่อผู้เข้าร่วมทำ Focus group

ในวันที่ 25 มีนาคม 2556 ณ ห้องประชุมโรงแรมเอเชีย ลำปาง จังหวัดลำปาง

1.	นางสุจิตรา อาจิริยะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
2.	นางรัชนี ศรเจียงคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำปาง
3.	นางวรรณพร สุวรรณเนตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำปาง
4.	นางนงพะงา เรือนฟ้างาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ปงป่าป๋อ อ.เสริมงาม
5.	นางอำไพ จงถนอม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านน้ำจำ
6.	นางอัจฉราภรณ์ วงค์บุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านพร้าว
7.	นางพจณีย์ ไหลพาณิชยถาวร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลแม่ทะ
8.	นางสาวอรพินท์ อุดม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.นากวาง อ.แม่ทะ
9.	นางรานี เขยกัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เถิน
10.	นางสาวภัทรามาส สอนปะละ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.แจ้ซ้อนเหนือ อ.เมืองปาน
11.	นางสุกัลยา กล้าจริง	จพ.สาธารณสุขปฏิบัติการ	รพ.สต.ทุ่งข่วง อ.เมืองปาน
12.	นางเพ็ญศรี จักรทิพย์	จพ.สาธารณสุขอาวุโส	รพ.สต.ยางอ้อย อ.ห้างฉัตร
13.	นายวิทยาคม พรหมเถาว์	จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน	รพ.สต.ป่าไคร้ อ.ห้างฉัตร
14.	นางสนธยา ดาวนุไร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านเด่นชัย
15.	นางบุษบง สาลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.นิคมเขต 7
16.	นางกัญจนา เทพา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ร่องเคาะ
17.	นางสาวยุพา ฟูชื่น	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บ้านเอื้อม
18.	นายสมเกียรติ เย็นสำราญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.นิคม 16
19.	นางนัยนา อินทรวง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เสริมงาม
20.	นางสาวกรุณา ทิพย์วงศ์เมฆ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.วังเหนือ
21.	นางวิไลวรรณ กาวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.ทุ่งฮัว อ.วังเหนือ
22.	นางสาวเยาว์เรศ เครือเพลา	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	รพ.เมืองปาน
23.	นางบุษราภรณ์ มณีวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านต้นหมื่น
24.	นางรัฏฐิรา วงศ์อ้ายตาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.สะเลียมหวาน อ.เถิน
25.	นายบุญเรือง ศรีวงศ์ชนาการ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บ้านน้ำล้อม อ.เกาะคา
26.	นางสุพิน อุปวัฒนานันท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บ้านปงดอง อ.เมือง

27. นายสมเกียรติ ศอลปสมบูรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.ลำปางหลาง อ.เกาะคา
28. นางสาวเรื่องอุไร สินเปียง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.เกาะคา
29. นางจำเนียร วรรณรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.ศรีหมวดเกล้า
30. นางสาวลักขณา จัตุรัส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.แม่ทะ
31. นางมุทิตา ชมพูศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สบปราบ
32. นางสาวผกาพันธ์ แก้วเมืองมูล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต. นายาง อ.สบปราบ
33. นางสาวธณกมล สีหมากสุก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.จัวเหนือ อ.สบปราบ
34. นางวัชรี คำภิระปาวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.แม่เมาะ
35. นางศศิธร ศรีวิลัยนุรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.ใหม่รัตนโกสินทร์ อ.แม่เมาะ
36. นางสาวสุภิญญา ตื้อยศ จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน รพ.สต.ท่าสี อ.แม่เมาะ
37. นายบุญธรรม ปินตาปลูก นักวิชาการสาธารณสุข ผอ.รพ.สต.บ้านผาปัง อ.แม่พริก
38. นางปัทมา เตชะพลี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.แม่พริก
39. นางเกสร ลัทธิสิทธิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.แม่พริก
40. นายสุรินทร์ ถวิลวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.งาว
41. นางรุ่งทิวา มานะสุคนธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.งาว
42. นางสาวนันทริกา เลิศเชวงกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.แจ้ห่ม
43. นางสุพิน ตามสัตย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผอ.รพ.สต.บ้านปงดอน อ.แจ้ห่ม
44. นายวิสันต์ วินิวรรณ เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส ผอ.รพ.สต.บ้านแม่สุก อ.แจ้ห่ม
45. นางสาวขนิษฐา เสาร์แก้ว จพ.ทันตสาธารณสุขชำนาญงาน รพ.สต.ท่าโป่ง อ.เสริมงาม
46. นางเทียนจรัส จันทร์มะโน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ห้างฉัตร
47. นางอุดมพร สุทธิพรมณีวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.ท่าบัว

รายชื่อผู้เข้าร่วมทำ Focus group

ในวันที่ 1 เมษายน 2556 ณ ห้องประชุมโรงแรมกระบี่ รอยัล จังหวัดกระบี่

1.	นางวิภาวรรณ บัวเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
2.	นางสาวศิริขวัญ แซ่เฮ่า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
3.	นางสาวจุติมาศ เม่งซ่วย	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
4.	นางสาวอุทัยอรรณ ร่วมทอง	จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน	รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ
5.	นางสาวนีรนุช ชายชาติ	นักวิชาการสาธารณสุข	รพ.สต.บ้านทุ่งครก
6.	นางสาวอุมาพร ทองเกลี้ยง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สสอ.คลองท่อม
7.	นายสุขุมพงศ์ แสวงการ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสอ.ปลายพระยา
8.	นางจุฑาพร สิทธิจินดา	นักวิชาการสาธารณสุข	รพ.สต.บ้านตัวอย่าง
9.	นางสาวชวนพิศ ด้วงเกลี้ยง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านช่องแบก
10.	นายธีระพงศ์ มีแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บ้านคลองปัญญา
11.	นางถาวร มีแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บ้านบางเหลียว
12.	นางณัฐกฤตา เพชราภรณ์	จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน	รพ.สต.บ้านโคกแซะ
13.	นางอาภาพัชร ฉิมเกื้อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.กระบี่
14.	นางพรศรี สิงห์ชู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ลำทับ
15.	นางธิญารัตน์ ช่วยรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ลำทับ
16.	นางอุทัย หนูศิริ	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.ลำทับ
17.	นายเอกรินทร์ รัฐปฐมวงศ์	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ	รพ.ลำทับ
18.	นางเกศรา เม่าน้ำพราย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านทุ่ง
19.	นางนันท์นภัส ชูเพ็ชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านไสไทย
20.	นางอรวรรณ มารยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านไสไทย
21.	นางฉัตรกมล เจริญวิภาดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.คลองท่อม
22.	นางบูยสม คันธานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.คลองท่อม
23.	นายนัยนา ชนะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.คลองท่อม
24.	นางสาวสุวิชญา ไสไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อ่าวลึก
25.	นางสาวอัจฉรา นิลละออ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.อ่าวลึก
26.	นางสาวขวัญตา ซื่อตรง	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.เกาะลันตา
27.	นายธนา นีวรรณ์	จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน	รพ.สต.บ้านเพลา
28.	นางประภา จ๊ะโส้	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านเกาะกลาง
29.	นางสาวธิดาพร จิตรเที่ยง	นักวิชาการสาธารณสุข	สสอ.อ่าวลึก

30. นางสาวอัสมี อาหลัง นักวิชาการสาธารณสุข รพ.สต.บ้านนาเหนือ
31. นางจอมขวัญ คู่สาย จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน สสอ.ลำทับ
32. นางสาวรัตติกาล ขาวล้วน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ รพ.สต.บ้านสะพานพน
33. นางสาวเกศกนก จงรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุข รพ.สต.บ้านเสม็ดจวน
34. นางสาวช่อทิพย์ เพ็ชรเรือนทอง
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ รพ.สต.บ้านเขาไว้ขาว
35. นางสาวผ่องศรี หนูจีน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.เขาพนม
36. นางสาวลัดดาวัลย์ จุลิรัชนีกร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.เขาพนม
37. นางวีณา กรเจริญพรพงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ปลายพระยา
38. นางอมรรัตน์ ภานุวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ปลายพระยา
39. นางสาวพิมพ์กานต์ บานชื่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.เขาพนม
40. นางสาวสุนิษา บุตรสมัน จพ.สาธารณสุขปฏิบัติงาน รพ.สต.บ้านคลองโตนด
41. นางสาวซัลมา สง่าหวัง จพ.สาธารณสุขปฏิบัติงาน รพ.สต.บ้านปากคลอง
42. นางสาวสุภาพร น้ำใส นักวิชาการสาธารณสุข สสอ.เกาะลันตา
43. นางศิรินันท์ เต็มสวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.กระบี่
44. นายอรรถพงศ์ เฮ่งฉ้วน เภสัชกรปฏิบัติการ รพ.กระบี่
45. นางแจ่มจรัส โกยตัน จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน รพ.สต.บ้านน้ำจาน
46. นางชวนพิศ สุวรรณสิงห์ จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน สสจ.กระบี่
47. นางสาวสุนิสา เสดสิน พยาบาลวิชาชีพ รพ.เหนือคลอง
48. นางสาวขนิษฐา จิตต์พรหม นักโภชนาการชำนาญการ รพ.กระบี่
49. นางสุมาลา คงพูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.กระบี่
50. ทันตแพทย์กิตติ อำพลจันทร์ ทันตแพทย์ชำนาญการ รพ.กระบี่
51. นางพรรณี จันทวี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.ในสระ
52. นายวุฒิศาล จริยหัตถะกิจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.บ้านนา
53. นางทัศนีย์ บูรระเพ็ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.
54. นางสาวกิตติยา เพ็ชรร่วง จพ.ทันตสาธารณสุข รพ.สต.บ้านคลองเลี่ยด
55. นางสาวดวงนภา พรมทิพย์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รพ.เกาะลันตา
56. นพ.ณรงค์ ยอดสนิท นายแพทย์ชำนาญการ รพ.กระบี่
57. นางสาวยมาภรณ์ ทักษิณ นักวิชาการสาธารณสุข รพ.สต.บ้านทา

รายชื่อผู้เข้าร่วมทำ Focus group

ในวันที่ 23 เมษายน 2556 ณ ห้องประชุมชั้น 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

1.	นายธนภณ พรมยม	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	รพ.อ่างทอง
2.	นางจรวยพร ฉิมฉวี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อ่างทอง
3.	นางเนาวรัตน์ จันทร์ไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อ่างทอง
4.	นางชมพูนุท ประทุมวัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อ่างทอง
5.	นางสาวสุมนา ชูใจ	นักโภชนาการ	รพ.อ่างทอง
6.	นายนภัทร์ ปั้นแพทย์	เภสัชกร	รพ.อ่างทอง
7.	นางสาวถีรนันท์ มีนิล	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน	รพ.อ่างทอง
8.	นายวิโรจน์ เอี่ยมระหงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.วิเศษชัยชาญ
9.	นางสาวสิริกานต์ พ้นภัยพาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.วิเศษชัยชาญ
10.	นางสุภางค์ ทองมั่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.โพธิ์ทอง
11.	นางสถาพร ศุภนัตร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.โพธิ์ทอง
12.	นางสุนทร วิเศษสิทธิ์โชค	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.ป่าโมก
13.	นางประคอง รอดพิพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ป่าโมก
14.	นางสาวสุฑารัตน์ ชูรส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แสวงหา
15.	นางสุดารัตน์ บุญเอี่ยม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แสวงหา
15.	นางวัชรี ค้าสุวรรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.ไชโย
16.	นางพัฒนา คล้ายพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ไชโย
17.	นางสาววัชชโรบล แววนกยูง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สามโก้
18.	นางสุมณฑา วสุนาถ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านอิฐ
19.	นางสาวยุพิน ชื่นอารมณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ป่างิ้ว
20.	นางสาวสุกัญญา อโณทัยวัฒนะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.มหาดไทย
21.	นางจารุวรรณ หอมส่งกลิ่น	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.ท่าช้าง
22.	นางราตรี ศรีเงินยวง	เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส	รพ.สต.ม่วงเตี้ย
23.	นางบุปผา เขียวหวาน	เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส	รพ.สต.ไผ่จำศีล
24.	นางภัชฌา มีเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.โคกพุทรา
25.	นางนงนุช คล้ายพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ทางพระ
26.	นางณัฏสินี ทองคำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บางเจ้าฉ่า
27.	นางสุนัน พงษ์แตง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.โรงช้าง
28.	นางนวลอนงค์ ชาติทรัพย์สิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.นรสิงห์
29.	นางวันเพ็ญ สมจิตต์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บ้านเลน
30.	นางนทรัชญา เทียมทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บ้านพราน
31.	นางวรัทยา ติยะจามร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.จำลอง

32.	นางสาวกิตติวฒนา แก้วมณี	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	รพ.สต.ศรีพราน
33.	นางวาสนา ศรีแจ่ม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.เทวราช
34.	นางสาวเกศินี รักเกาะ	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	รพ.สต.ชัยฤทธิ์
35.	นางสาวขวัญฤทัย เหมือนฤทธิ์	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	รพ.สต.จรเข้ร้อง
36.	นายยุทธชัย มีมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บ้านสามโก้
37.	นางวรรณา ปภาพจน์	เจ้าพนักงานอาวุโส	รพ.สต.โพธิ์ม่วงพันธ์
38.	นายนิวัต ครองบุญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.มงคลธรรมนิมิต

รายชื่อผู้เข้าร่วมทำ Focus group

ในวันที่ 23 พฤษภาคม 2556 ณ ห้องประชุมโรงแรมโฆษะ จังหวัดขอนแก่น

1.	นางสาวกนิษฐา ผาทรง	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	รพ.ขอนแก่น
2.	นางกนกทิพย์ กาฬกว้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ขอนแก่น
3.	นางดวงใจ มาสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บ้านฝาง
4.	นางสกาวเดือน สำรวย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พระยืน
5.	นางกงใจ โสแสนน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.หนองเรือ
6.	นางวิไลลักษณ์ เจริญยิ่งไพศาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ชุมแพ
7.	นางปรีดา เจริญโภคทรัพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระยุพราชกระนวน
8.	นางลำไพร แทนสา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เปือยน้อย
9.	นางภารดี อุบลพันธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พล
10.	นางกรนิกา พละสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แวงใหญ่
11.	นางกานต์เกษม พันนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.แวงน้อย
12.	นางสาวณัฐยาน์ ยรรยง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.หนองสองห้อง
13.	นางอมรา ดวงเตชะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ภูเวียง
14.	นางรัชฎา ไสวารี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ชนบท
15.	นางปรีดา เจริญโภคทรัพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.กระนวน
16.	นางศศิธรณ์ นนทะโมลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.กระนวน
17.	นางจีนทอง ศรีคิรินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.มัญจาคีรี
18.	นางสาวศรัณยา เพิ่มศิลป์	กายภาพบำบัดปฏิบัติการ	รพ.อุบลรัตน์
19.	นางรักสงบ ภูหัตถการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บ้านไผ่
20.	นางชุตินาถ นาคศรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสอ.เขาสวนกวาง
21.	นางเบญจมาศ หล้าตุ้ย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.กระนวน อ.อุบลรัตน์
22.	นางวิไล อ้วนเต็ม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสอ.บ้านฝาง
23.	นางภราดร ดังยางหวาย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสอ.บ้านแฮด
24.	นายพนัส เหลาเวียง	จพ.สาธารณสุขอาวุโส	รพ.สต.บ้านโคก อ.หนองนาคำ
25.	นางดวงรัตน์ จรัสพันธ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.สำราญ อ.เมือง
26.	นายธนยศ ผึ่งฉิมพลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บ้านหนองโอง อ.กระนวน
27.	นางนุชนารถ วชีรปราณี	จพ.สาธารณสุข	รพ.สต.หนองเสาเล้า อ.ชุมแพ
28.	นางดวงจันทร์ โทหล้า	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.กุดเพียขอม อ.ชนบท
29.	นางสร้อยสุดา ชาติพร้อมพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.หนองมะเขือ อ.พล
30.	นางสาววนิดา พลเชียงสา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.หนองแวง อ.พระยืน
31.	นางสุดารัตน์ โครตธนู	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.ท่าศาลา

32. นางอังคณา อึ้งปิติมานะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสอ.ซำสูง
33. นางอนงรัก สุดงาม จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน รพ.สต.สระแก้ว อ.เปือยน้อย
34. นางสุภาพร ทิพรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ภูผาม่าน
35. นางจินตนา อินทรสงเคราะห์ จพ.สาธารณสุขอาวุโส สสอ.ภูผาม่าน
36. นางกิ่งกาญจนา เมืองโคตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ PCU บ้านฝาง
37. นางเกสร เสียงเพราะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.หนองกุงเชิน
38. นายสุภาพ ศิริประภานนทีสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.เฉลิมพระกียรติฯ
39. นายโสดา ขุนศรี ประธานอสม.ต.เมืองใต้ รพ.สต.เฉลิมพระกียรติฯ
40. นางนฤมล ผิวผาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.เปือยน้อย
41. นางปารณา มูลสรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.น้ำพอง
42. นางกรกช ละแมนชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสอ.แวงน้อย
43. นางพรพิมล กองจันทา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสอ.หนองนาคำ
44. นางจันทร์หอม ศรีคุณแสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
45. นางสุกัญญาสุรารักษา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
46. นางธุวทอง วัชรนุกูลเกียรติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
47. นางสุจิรา ทาวสง พนักงานอนามัย สสจ.ขอนแก่น
48. นางศิริดา ทิ้งโคตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
49. นางสาวจิรัฐิกาล นาศอก นักวิชาการสาธารณสุข สสจ.ขอนแก่น

รายนามผู้สัมภาษณ์ระดับผู้บริหาร

1. นพ.วีรวัฒน์ ยอแสงรัตน	ผอ.รพ.กระบี่
2. นพ.ประเสริฐ เสถียรกิจการชัย	ผอ.รพ.สามโก้
3. นพ.ทวีโชค โรจนอารัมภ์กุล	ผอ.รพ.ไชโย
4. นพ.ณัทกร ไพศาลศัลยลักษณ์	ผอ.รพ.แสวงหา
5. นพ.พรพล เหล่าวิทวัส	ผอ.รพ.แวงใหญ่
6. นพ.บุญชัย ตระกูลขจรศักดิ์	ผอ.รพ.บ้านฝาง
7. นพ.พิสฤษฎ์ พิทักษ์	ผอ.รพ.ชนบท
8. นพ.สิทธิกร สองคำชุม	ผอ.รพ.เกาะคา
9. นพ.สราวุธ แสงทอง	ผอ.รพ.เถิน
10. นพ.วรินทร์เทพ เชื้อสำราญ	ผอ.รพ.แจ้ห่ม
11. นพ.กฤตพงษ์ โรจนวิภาดา	ผอ.รพ.เสริมงาม
12. นพ.ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์	ผอ.รพ.แม่เมาะ
13. พญ.จุไรรัตน์ สงหะโยม	ผอ.รพ.อ่าวลึก
14. พญ.กาญจนา โก๊ยอุดย์	ผอ.รพ.เกาะลันตา
15. นพ.ณัฐพล เหมทานนท์	ผอ.รพ.คลองเหนือ
16. พญ.รัชนีกร พรหมเมศว์	ผอ.รพ.โพธิ์ทอง
17. นพ.ณัชพงษ์ ดูง่าม	ผอ.รพ.ปลายพระยา
18. นพ.สุพจน์ ภูเก้าล้วน	รอง ผอ.ฝ่ายการแพทย์ รพ.กระบี่
19. นพ.ประเสริฐ หาญประสานกิจ	ผอ.รพ.ลำทับ
20. พญ.สุภาพรรณ ชุณหการกิจ	ผอ.รพ.สบปราบ
21. พญ.วนาพร วัฒนกุล	นายแพทย์ชำนาญการ ฝ่ายเวชกรรมสังคม

รายนามผู้สัมภาษณ์ระดับหัวหน้างาน

1. คุณจันทิพา เทพขจร	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.เกาะลันตา
2. คุณสายพิมพ์ คงคุ้ม	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.อ่าวลึก
3. คุณจรีภรณ์ อื้อวังใส	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.เขาพนม
4. คุณพจนีย์ ศาลวาณิชย์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.เหนือคลอง
5. คุณพัชรา วิชัยดิษฎ์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.ปลายพระยา
6. คุณจันทรวรรณ เหล็นเรือง	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.ลำทับ
7. คุณมณฑินา ลูกอินทร์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.คลองท่อม
8. คุณมัลลิกา คุณชื่น	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.หนองสองห้อง
9. คุณรพีพรรณ สิงขรอาสน์	หัวหน้ากลุ่มการสาธารณสุขชุมชน	รพ.หนองสองห้อง
10. คุณรุ่งอรุณ จันทร	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยนอก	
11. คุณจิตรา มณีวงษ์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.ชนบท
12. คุณเสถียร เอกอุเวชกุล	หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว	รพ.ชนบท
13. คุณชัยธัช นามมา	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.เปือยน้อย
14. คุณดวงจันทร์ บังคำ	หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน	รพ.อุบลรัตน์
15. คุณศศิธร ศุภรมย์	หัวหน้างานผู้ป่วยใน	
16. คุณรัตนาภรณ์ สาครทัย	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.ภูเวียง
17. คุณราตรี เหมวงษ์	หัวหน้างานผู้ป่วยในชาย	
18. คุณศุภรัสมิ์ แก้วคำดี	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.เกาะคา
19. คุณอมรรัตน์ ญาณทักษะ	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.เถิน
20. คุณวัลนิภา แก้วกำพล	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.แม่เมาะ
21. คุณสมศรี จันทร์เทวี	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.เสริมงาม
22. คุณทองใบ มีคุณ	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.แจ้ห่ม
23. คุณอัจฉรา สุทธิพรมณีวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.เมืองปาน
24. คุณลำดวน ผลดี	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.แม่พริก
25. คุณมุทิตา ชมพูศรี	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.สบปราบ
26. คุณเชาวนี คำสวัสดิ์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.แสวงหา
27. คุณอัญชลี ครองบุญ	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.สามโก้
28. คุณจันทรา ภิรมย์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.โพธิ์ทอง
29. คุณวัชรี ค้าสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	รพ.ไชโย
30. นายนิวัติ เสนไสย	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์	
31. คุณวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ	รองหัวหน้าพยาบาล	
32. คุณวิโรจน์ พูลพันธ์	ผอ.รพ.สต.วังน้ำเย็น	
33. คุณนิวัต ครองบุญ	ผอ.รพ.สต.มงคลธรรมนิมิต	
34. คุณสมจิตร์ ขุนสุข	ผอ.รพ.สต.บ้านจัก	

35. คุณเรืองฤทธิ์ ปิ่นทับทิม ผอ.รพ.สต.ไผ่วง
36. คุณสุนัน พงษ์แตง ผอ.รพ.สต.โรงช้าง
37. คุณมนัญชยา พวงเกตุ ผอ.รพ.สต.โผงเผง
38. คุณผกามาศ เพ็งศรี ผอ.รพ.สต.จรเข้ร้อง
39. คุณศิวนาถ รุ่งกำจัด ผอ.รพ.สต.สีบัวทอง
40. คุณณัฐสินี ทองคำ ผอ.รพ.สต.บ้านเจ้งฉ่า
41. คุณรุ่งเรือง แก้วไพรำ ผอ.รพ.สต.ทางพระ
42. คุณวนิดา นาเจริญ ผอ.รพ.สต.
43. คุณรัน เพ็ชรร่น ผอ.รพ.สต.บ้านเสม็ดอวน
44. คุณขวัญยืน บุตรครุช ผอ.รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯบ้านคลองพน
45. คุณแจ่มจรัส โดนต้น ผอ.รพ.สต.บ้านน้ำจาน
46. คุณยุพา พูชื่น ผอ.รพ.สต.บ้านเอื้อม
47. คุณสมเกียรติ เย็นสำราญ ผอ.รพ.สต.นิคมเขต 16
48. คุณวสันต์ วินิวรรณ ผอ.รพ.สต.แม่สุก
49. คุณกัญจนา เทพา ผอ.รพ.สต.ร่องเคาะ
50. คุณวิไลวรรณ กาวงศ์ ผอ.รพ.สต.ทุ่งขั้ว
51. คุณสุพิน ความสัตย์ ผอ.รพ.สต.ปงคอน
52. คุณบุญธรรม ปันตาปลูก ผอ.รพ.สต.ผาบังกลาง
53. คุณอรพินท์ อุดม ผอ.รพ.สต.บ้านนากลาง
54. คุณอนันต์ ลูเกียง สสอ.เขาพนม
55. คุณนิภา ไทโส รพ.อุบลรัตน์
56. คุณวรรณา สมบูรณ์ รพ.พล

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

รหัสโรงพยาบาล ☐☐☐

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสถานบริการแต่ละระดับสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับโรงพยาบาล

หน่วยงาน .....
ชื่อผู้ให้ข้อมูล .....
ที่อยู่ติดต่อสะดวก .....
เบอร์โทรศัพท์ ..... **มือถือ** .....

1. ระดับโรงพยาบาล ○ โรงพยาบาลศูนย์ ○ โรงพยาบาลทั่วไป ○ โรงพยาบาลชุมชน
   ○ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2555 (ม.ค.-ธ.ค.) IPD ..... คน OPD ..... คน

3. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**
   - ○ คลินิกผู้สูงอายุ ○ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค
   - ○ แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ (OPD) ○ หอผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยใน (IPD)
   - ○ ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ ○ หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่
   - ○ Home Health Care ○ หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge Planning)
   - ○ ระบบส่งต่อผู้ป่วย ○ อื่น ๆ .....

4. ลักษณะบริการที่มีการจัดบริการหรือมีหน่วยบริการพิเศษ (Special care unite) **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

○ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย (Rehabilitation center)	○ การดูแลกลางวันแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day care)
○ บริการดูแลสุขภาพฟัน เฉพาะวัน (Dental care)	○ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care
○ การดูแลระยะกลาง (sub-acute care) การดูแลเมื่อฟื้นจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันแต่ยังไม่สามารถกลับบ้านได้	○ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health care)
○ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Home for Dementia Patients)	○ บริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์เช่น บริการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือสำหรับผู้ไร้ความสามารถหรือทุพพลภาพให้สามารถพึ่งตนเองและเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน
○ การดูแลผู้ป่วยชั่วคราว (Respite care) ให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุชั่วคราวในระยะสั้นเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ชั่วคราว หรือเพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักหรือเวลาเป็นส่วนตัว	○ จิตอาสา ○ อื่นๆ .....

5. จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงาน/รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ

○ แพทย์	..... คน	○ พยาบาลวิชาชีพ	..... คน
○ นักกายภาพบำบัด	..... คน	○ นักโภชนาการ	..... คน
○ นักจิตวิทยา	..... คน	○ นักสังคมสงเคราะห์	..... คน
○ นักอาชีวบำบัด	..... คน	○ ผู้ช่วยพยาบาล	..... คน
○ นักกิจกรรมบำบัด	..... คน	○ อื่น ๆ ระบุ.....	

6. งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุ **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

○ งบประมาณประจำปีโรงพยาบาล ○ งบเงินบำรุงของโรงพยาบาล
○ งบประมาณจากสปสช. ○ งบประมาณจากบริจาค/ภาคเอกชน
○ งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ○ องค์กรระหว่างประเทศ
○ อื่น ๆ .....

7. หน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ ในการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวของสถานบริการ

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

○ จิตอาสา ○ อาสาสมัครสาธารณสุข ○ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
○ ชมรมผู้สูงอายุ ○ สถานบริบาลของเอกชน ○ องค์กรภาคเอกชน เช่น มูลนิธิต่างๆ
○ อื่น ๆ .....

8. ความต้องการของโรงพยาบาลในการรองรับการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ

ให้ใส่หมายเลขที่หน่วยงานต้องการมากที่สุดตามลำดับ 1 ถึง 7

○ นโยบายที่ชัดเจน ○ งบประมาณในการดำเนินการ
○ อัตรากำลังของบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ○ องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
○ สถานที่ในการจัดบริการ ○ อุปกรณ์
○ อื่น ๆ .....

9. โรงพยาบาลของท่านมีกระบวนการการดูแลขั้นพื้นฐานเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเรื่องใดบ้าง (กรณีผู้ป่วยใน เมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน (Acute phase) แล้ว) **และหน่วยงานท่านให้ความสำคัญกับกระบวนการไหนมากที่สุด โดยเรียงจากลำดับ 1 ถึง 10 (จากลำดับมากไปหาลำดับน้อย)**

กระบวนการขั้นพื้นฐาน	กระบวนการ		ระดับความสำคัญของกระบวนการ
	มี	ไม่มี	
1. การประเมินสุขภาพ นอกเหนือจากโรคที่มารักษา			
2. การประเมิน ADL ผู้สูงอายุที่เปราะบางทุกคน			
3. การประเมินภาวะโภชนาการ			
4. การประเมินภาวะหกล้ม			
5. การประเมินภาวะ Fecal impaction และ Incontinence			
6. การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Rehabilitation) ขณะอยู่ในหอผู้ป่วย			

กระบวนการขั้นพื้นฐาน	กระบวนการ		ระดับความสำคัญของกระบวนการ
	มี	ไม่มี	
7. การประเมินระบบบริการผู้สูงอายุ			
8. การเตรียมตัวจำหน่าย			
9. การส่งต่ออย่างเป็นระบบ และ Home Health Care ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้			
10. มีระบบการประเมินการบริการ			
11. มีญาติร่วมดูแล และให้ความรู้แก่ญาติในการดูแล			
12. ยอมรับวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาในกระบวนการรักษา			

10. ความพร้อมเชิงระบบในการบริการสุขภาพของหน่วยให้บริการในสถานบริการ

โดย: หมายเลข 1 = มีความพร้อมน้อยที่สุด, 2 = มีความพร้อมน้อย, 3 = มีความพร้อมปานกลาง หมายเลข 4 = มีความพร้อมระดับมาก และ 5 = มีความพร้อมมากที่สุด

ความพร้อม	ระดับความพร้อม				
	1	2	3	4	5
นโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงาน					
การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน/แผนกด้านผู้สูงอายุ					
กรอบอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ					
อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ					
สถานที่ในการจัดบริการด้านผู้สูงอายุ					
งบประมาณในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ					
องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข					
ระบบข้อมูล/สารสนเทศในการจัดบริการ					
การจัดบริการOPD					
การจัดบริการ IPD					
ระบบยา					
ระบบรับ-ส่งต่อ (Refer)					
ระบบ Home Health Care (HHC)					
Discharge Planning					

11. การจัดบริการพิเศษให้ผู้สูงอายุขณะที่อยู่หอผู้ป่วยเช่น การดูแลแบบ Case manager

○ มี ระบุ ..... ○ ไม่มี

12. การจัดบริการ Sub-acute care **สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ**

○ มี ระบุ ..... ○ ไม่มี

13. การจัดบริการ Home Health care **สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ**

○ มี ระบุ ..... ○ ไม่มี

14. การจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพ(Rehabilitation)**สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการ**

○ มี ระบุ ..... ○ ไม่มี

15. การจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพ(Rehabilitation)**สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุนอกสถานบริการ (Home Program)**

○ มี ระบุ ..... ○ ไม่มี

16. การจัดบริการ**จำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบวงจร** (Comprehensive discharge planning)

○ มี ระบุ ..... ○ ไม่มี

ความหมาย

1. Comprehensive discharge planning หมายถึง การเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยกลับบ้านอย่างครบวงจรตั้งแต่เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ในการปฏิบัติตน เช่น การกินยา การมาตามนัดของแพทย์อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนวันนัด เป็นต้น
2. การจัดบริการพิเศษ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค หรือมีผู้จัดการ (พยาบาล) ดูแลเฉพาะโรคตั้งแต่มารับบริการจนผู้ป่วยกลับบ้าน

17. ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาวในสถานบริการ

โดย : หมายเลข 1 = มีความพร้อมน้อยที่สุด, 2 = มีความพร้อมน้อย, 3 = มีความพร้อมปานกลาง หมายเลข 4 = มีความพร้อมระดับมาก และ 5 = มีความพร้อมมากที่สุด

ชนิดของการดูแล	**ระดับความพร้อมในการดูแล**					**มีแผนงาน/นโยบายด้านผู้สูงอายุ**	
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**มี**	**ไม่มี**
Day care							
Day hospital							
Home Health Care							
Sub-acute care							
Respite care							
Long term care							
Rehabilitation							
Nursing home							

ชนิดของการดูแล	ระดับความพร้อมในการดูแล					มีแผนงาน/นโยบายด้านผู้สูงอายุ	
	1	2	3	4	5	มี	ไม่มี
Palliative care							
Hospice care							
End of life care							

ความหมาย:

1) Home Health Care หมายถึง การดูแลที่จัดให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ยังมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพที่บ้าน เช่น การทำแผลเรื้อรัง การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การฟื้นฟูบำบัด การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
2) Day care หมายถึง การจัดกิจกรรมทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม นันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ โดยเป็น บริการช่วงกลางวัน มาเช้ากลับบ่าย เป็นต้น
3) Day hospital หมายถึง การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยทักษะ การดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพแบบเช้าไปเย็นกลับ ที่ไม่สามารถให้บริการแบบ day care ได้ เช่น การดูแลแผลกดทับที่ซับซ้อน การฉีดอินซูลิน การให้การฟื้นฟูบำบัด
4) Sub-acute care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน แต่สุขภาพยังไม่แข็งแรงพอที่จะไปใช้ชีวิตที่บ้านได้
5) Respite care หมายถึง การให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น แบบพักค้างชั่วคราว เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ชั่วคราวหรือเพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักหรือเวลาเป็นส่วนตัว (Respite care หรือ Short-term stay Service)
6) Long term care หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทั้งในสถานบริการ ในชุมชน หรือที่บ้าน
7) Rehabilitation หมายถึง เป็นหน่วยบริการที่ช่วยฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกาย
8) Nursing home หมายถึง สถานบริบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถอาศัยอยู่ในบ้านได้อย่างปลอดภัยที่บ้านที่เดิมเคยอยู่ โดยมีพยาบาลหรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ
9) Hospice care หมายถึง สถานที่ดูแลผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บป่วยหรือความทรมานอื่นๆ โดยใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และยังสามารถให้การดูแลในระยะ 48 ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิตที่เน้นการดูแลจิตวิญญาณ (End of life care)



สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้บริหารในสถานบริการแต่ละระดับ

ชื่อผู้บริหาร(นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่งในสถานบริการ.....
ที่อยู่ติดต่อสะดวก .....**.....**
เบอร์โทรศัพท์ ..... **มือถือ** .....**.....**

1. ท่านเห็นอย่างไรกับ**นโยบายให้สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดบริการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุในสถานบริการ**

.....

.....

2. ท่านคิดว่านโยบาย **ประเด็น การดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุในสถานบริการของท่านเป็นอย่างไร** และสำหรับสถานบริการระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร

หน่วยงานของท่าน...

.....

.....

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป...

.....

.....

โรงพยาบาลชุมชน...

.....

.....

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล...

.....

.....

3. หน่วยงานของท่านจัดลำดับความสำคัญในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ **<u>อยู่ระดับที่เท่าไรใน 10 อันดับของหน่วยงานท่าน</u>**

.....

.....

4. ท่านคิดว่าสถานบริการระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขมีศักยภาพและความพร้อมเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อย่างไร

ความพร้อมการจัดบริการสุขภาพ...

.....

.....

การเข้าถึงบริการและความเป็นธรรม...

.....

.....

ประสิทธิภาพของระบบบริการ...

.....

.....

ระบบข้อมูลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว...

.....

.....

รูปแบบที่ตอบสนองต่อผู้สูงอายุ และครอบครัว...

.....

.....

คุณภาพและการยอมรับการบริการ...

.....

.....

4. ท่านมอง **ประเด็น ศักยภาพและความพร้อม ในการจัดบริการของในสถานบริการแต่ละระดับ** ควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป...

.....

.....

โรงพยาบาลชุมชน...

.....

.....

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล...

.....

.....

5. ท่านคิดว่า **รูปแบบการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุของ**สถานบริการแต่ละระดับควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป...

.....

.....

โรงพยาบาลชุมชน...

.....

.....

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล...

.....

.....

6. ท่านคิดว่าอะไรเป็น**ปัจจัยที่จะทำให้การจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุของสถานบริการประสบความสำเร็จ**

.....

.....

7. ท่านมองว่าการดำเนินงานของสถานบริการระดับต่างๆ เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุใน**บริบทของประเทศไทย** ควรเป็นอย่างไร

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป...

.....

.....

โรงพยาบาลชุมชน...

.....

.....

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล...

.....

.....

ความหมาย:

1) Home Health Care หมายถึง การดูแลที่จัดให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ยังมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพที่บ้าน เช่น การทำแผลเรื้อรัง การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การฟื้นฟูบำบัด การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
2) Day care หมายถึง การจัดกิจกรรมทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม นันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ โดยเป็นบริการช่วงกลางวัน มาเช้ากลับบ่าย เป็นต้น

3) Day hospital หมายถึง การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยทักษะการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพแบบเช้าไปเย็นกลับที่ไม่สามารถให้บริการแบบ day care ได้ เช่น การดูแลแผลกดทับที่ซับซ้อน การฉีดอินซูลิน การให้การฟื้นฟูบำบัด
4) Sub-acute care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน แต่สุขภาพยังไม่แข็งแรงพอที่จะไปใช้ชีวิตที่บ้านได้
5) Respite care หมายถึง การให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น แบบพักค้างชั่วคราว เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ชั่วคราวหรือเพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักหรือเวลาเป็นส่วนตัว (Respite care หรือ Short-term stay Service)
6) Long term care หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทั้งในสถานบริการ ในชุมชน หรือที่บ้าน
7) Rehabilitation หมายถึง เป็นหน่วยบริการที่ช่วยฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกาย
8) Nursing home หมายถึง สถานบริบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถอาศัยอยู่ในบ้านได้อย่างปลอดภัยที่บ้านที่เดิมเคยอยู่ โดยมีพยาบาลหรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ
9) Hospice care หมายถึง สถานที่ดูแลผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บป่วยหรือความทรมานอื่นๆ โดยใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และยังสามารถให้การดูแลในระยะ 48 ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิตที่เน้นการดูแลจิตวิญญาณ (End of life care)



สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชุดที่ 3 **<u>แบบสอบถามผู้ให้บริการ (บุคลากรทางสุขภาพ) ที่ดูแลหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล</u>**

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....
หน่วยงาน/แผนก.....
ที่อยู่ติดต่อสะดวก .....
เบอร์โทรศัพท์ ..... **มือถือ** .....

ระดับสถานบริการ ○ รพศ. ○ รพท. ○ รพช. ○ รพ.สต.

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ○ ชาย ○ หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ..... ปี
4. ระดับการศึกษา
   - ○ ปริญญาตรี (แพทย์) ○ ปริญญาตรี (พยาบาล) ○ ปริญญาตรี สาขา .....
   - ○ ปริญญาโท สาขา ..... ○ ปริญญาเอก สาขา .....
   - ○ ประกาศนียบัตรผู้ช่วย.....
   - ○ ประกาศนียบัตรชั้นสูงหรือวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางสาขา .....
   - ○ อื่น ๆ ระบุ .....
5. ตำแหน่ง
   - ○ แพทย์ ○ ทันตแพทย์ ○ พยาบาล
   - ○ เภสัชกร ○ นักกายภาพบำบัด ○ นักโภชนาการ
   - ○ นักอาชีวบำบัด ○ นักกิจกรรมบำบัด
   - ○ นักสังคมสงเคราะห์ ○ อื่น ๆ ระบุ .....
6. หน่วยงานท่านมีการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุหรือไม่
   - ○ ไม่มี ○ มี

7. หน่วยงานของท่านสนับสนุนให้ท่านเพิ่มศักยภาพความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างไร **<u>ใน 3 ปีที่ผ่าน</u>**

○ ไม่มี ○ มีระบุ **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- ○ การอบรม/ประชุมเรื่องผู้สูงอายุ
- ○ การศึกษาดูงานด้านผู้สูงอายุ
- ○ การจัดประชุมวิชาการของหน่วยงาน
- ○ การจัดหาตำราด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไว้ในห้องสมุด
- ○ การศึกษาต่อด้านผู้สูงอายุในระดับ .....
- ○ อื่นๆ .....

8. ท่านคิดว่าปัจจุบันโรงพยาบาลของท่านมีความพร้อมในการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) หรือไม่

○ มีความพร้อม ○ ไม่มีความพร้อม **ระบุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- ○ นโยบายที่ไม่ชัดเจน ○ ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ
- ○ บุคลากรไม่เพียงพอ ○ องค์ความรู้ของบุคลากร
- ○ สถานที่ ○ อุปกรณ์/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์
- ○ งบประมาณ ○ อื่นๆ .....

9. โรงพยาบาลของท่าน**มีการจัดบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน**ด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ○ การดูแลกลางวันแบบไปเช้า-เย็นกลับ (Day care)
- ○ สถานบริบาล (Nursing Home)
- ○ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care)
- ○ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health care)
- ○ การดูแลผู้ป่วยชั่วคราว ให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น (Respite care หรือ Short-term stay Service)
- ○ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation center)
- ○ บริการดูแลสุขภาพฟัน เฉพาะวัน (Dental care)
- ○ บริการให้เช่า/ยืมอุปกรณ์เช่น รถเข็น ถังออกซิเจน เตียงนอน
- ○ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Home for Dementia Patients)
- ○ อื่นๆ .....

10. ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) ของโรงพยาบาล

โดยแบ่งตามระดับการจัดบริการ**โดย: หมายเลข 1 = มีความพร้อมน้อยที่สุด, 2 = มีความพร้อมน้อย 3 = มีความพร้อมปานกลาง, 4 = มีความพร้อมระดับมาก และ 5 = มีความพร้อมมากที่สุด**

ชนิดการดูแล	ระดับความพร้อม				
	1	2	3	4	5
Home Health care					
Day care					
Day hospital					
Sub-acute care					
Respite care					
Long term care					
Rehabilitation					
Nursing home					
Hospice care					
- Palliative care					
- End of life care					

11. ท่านคิดว่าหน่วยงานหรือองค์กรใดที่ควรมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาลในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- ○ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ○ มูลนิธิ/สมาคมภาคเอกชน
- ○ สถานบริการสุขภาพระดับชุมชน (รพ.สต.)
- ○ พัฒนาสังคมจังหวัด (พมจ.)
- ○ ชมรมผู้สูงอายุ
- ○ จิตอาสา/อาสาสมัครสาธารณสุข
- ○ อื่นๆ .....

<u>ความหมาย:</u>

1) **Home Health Care** หมายถึง การดูแลที่จัดให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ยังมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพที่บ้าน เช่น การทำแผลเรื้อรัง การเปลี่ยนสายสวน ปัสสาวะ การฟื้นฟูบำบัด การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
2) **Day care** หมายถึง การจัดกิจกรรมทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม นันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ โดยเป็นบริการช่วงกลางวัน มาเช้ากลับบ่าย เป็นต้น
3) **Day hospital** หมายถึง การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยทักษะการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพแบบเช้าไปเย็นกลับ ที่ไม่สามารถให้บริการแบบ day care ได้ เช่น การดูแลแผลกดทับที่ซับซ้อน การฉีดอินซูลินการให้การฟื้นฟูบำบัด

4) **Sub-acute care** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน แต่สุขภาพยังไม่แข็งแรงพอที่จะไปใช้ชีวิตที่บ้านได้
5) **Respite care** หมายถึง การให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น แบบพักค้างชั่วคราว เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ชั่วคราวหรือเพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักหรือเวลาเป็นส่วนตัว (Respite care หรือ Short-term stay Service)
6) **Long term care** หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทั้งในสถานบริการ ในชุมชน หรือที่บ้าน
7) **Rehabilitation** หมายถึง เป็นหน่วยบริการที่ช่วยฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกาย
8) **Nursing home** หมายถึง สถานบริบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถอาศัยอยู่ในบ้านได้อย่างปลอดภัยที่บ้านที่เดิมเคยอยู่ โดยมีพยาบาลหรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ
9) **Hospice care** หมายถึง สถานที่ดูแลผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บป่วยหรือความทรมานอื่นๆ โดยใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และยังสามารถให้การดูแลในระยะ 48 ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิตที่เน้นการดูแลจิตวิญญาณ (End of life care)



สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชุดที่ 4 <u>แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มที่ 2) และผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย (กลุ่มที่ 3) มารับบริการในโรงพยาบาล โดยผู้สูงอายุต้องมีความจำดี และสามารถสื่อสารได้ดี</u>

ชื่อผู้สูงอายุ(นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ติดต่อสะดวก .....เบอร์โทรศัพท์ ..... มือถือ .....

<u>ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ</u>

1. ลักษณะสภาพทางกายภาพของผู้สูงอายุในวันที่สัมภาษณ์

○ ต้องมีคนคอยพยุง ○ ต้องใช้ไม้เท้า ○ ต้องนั่งรถเข็น ○ นอนติดเตียง (รถเข็นแบบนอน)

2. อายุ (ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปกรณีอายุเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี) ..... ปี

3. เพศ ○ ชาย ○ หญิง

4. สถานภาพสมรส ○ สมรส ○ หม้าย ○ หย่า/แยก ○ โสด

5. สถานที่อยู่อาศัย ○ ในเขตเทศบาล ○ นอกเขตเทศบาล

6. ศาสนา ○ พุทธ ○ คริสต์ ○ อิสลาม ○ อื่น ๆระบุ.....

7. ท่านเรียนหนังสือจบในระดับไหน

○ ไม่ได้เรียน ○ ไม่จบประถมศึกษา ○ ประถมศึกษา
○ มัธยมศึกษา/ปวช. ○ อนุปริญญา/ปวส. ○ ปริญญาตรี/สูงกว่า

8. ใครเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุ **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

○ ลำพังคนเดียว ○ สามีหรือภรรยา ○ บุตรสาว ○ บุตรชาย
○ บุตรสะใภ้ ○ บุตรเขย ○ หลาน ○ บิดา/มารดา (ของผู้สูงอายุ)
○ ญาติ/พี่น้อง ○ อื่น ๆ ระบุ.....

9. ท่านสามารถใช้ชีวิตอยู่คนเดียวที่บ้านได้หรือไม่

○ ได้ ○ ไม่ได้ เพราะเมื่อเจ็บป่วยไม่มีคนดูแล ○ อื่นๆ .....

<u>ภาวะสุขภาพ</u>

10. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่ามีภาวะสุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

○ ไม่ดีมาก ๆ ○ ไม่ดี ○ พอใช้ ○ ดี ○ ดีมาก

11. ท่านมีปัญหาสุขภาพ**ที่เป็นอุปสรรคมากที่สุดต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรมหรือไม่**

○ ไม่มี ○ มี **โดยระบุ <u>ลำดับที่ 1 มีผลมากที่สุด, และลำดับที่ 3 มีผลน้อย</u>**

○ ระบบกระดูกและข้อ ○ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ○ ระบบประสาท

○ ระบบทางเดินหายใจ ○ ระบบทางเดินอาหาร ○ ระบบทางเดินปัสสาวะ

○ ระบบขับถ่าย ○ กลุ่มโรคเรื้อรังเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไต

○ การมองเห็น ○ การได้ยิน ○ หกล้ม

○ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุอื่นๆ ระบุ .....

<u>ความต้องการการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของสถานบริการ</u>

12. ท่านมีความต้องการให้โรงพยาบาลมีหรือจัดรูปแบบการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง/ทุพพลภาพ)เช่น เมื่อท่านเจ็บป่วยอยู่โรงพยาบาล แต่ท่านยังรู้สึกว่าไม่แข็งแรง ท่านต้องการการดูแลต่อหรือไม่

○ ไม่ต้องการ ○ ต้องการ

13. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลที่ท่านไปใช้บริการอยู่มีความพร้อมในการจัดบริการดูแลระยะยาว อยู่หรือไม่

○ ไม่มี ○ มี

14. ถ้าโรงพยาบาลที่ท่านใช้บริการอยู่มีการดูแลแบบฝากเลี้ยงไปเช้า-เย็นกลับ (Day care) ท่านจะไปใช้บริการหรือไม่

○ ไม่ไป ○ ไป ○ อื่นๆ .....

15. ถ้าท่านต้องการใช้บริการการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) ในโรงพยาบาลที่จัดให้บริการ **ใครจะเป็นคนออกค่าใช้จ่ายให้(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

○ ผู้สูงอายุเอง ○ คู่สามี/ภรรยา ○ บุตรสาว ○ บุตรชาย

○ บุตรสะใภ้/บุตรเขย ○ หลาน ○ เบิกได้ ○ เงินบำนาญ/บำเหน็จที่ได้รับ

○ เงินเก็บส่วนตัว ○ อื่นๆ .....

16. เหตุผลที่ท่าน**ต้องการบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) จากโรงพยาบาล ถ้าในข้อ 12 <u>ท่านตอบไม่ต้องการ</u> ท่านไม่ต้องตอบข้อนี้ข้ามไปตอบข้อที่ 17**

○ ที่บ้านไม่มีคนดูแล ○ คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย

○ ไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน

○ ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

○ ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ ญาติไม่สามารถให้การดูแลได้

○ อื่นๆ .....

17. ท่านต้องการให้โรงพยาบาลมีหรือจัดบริการรูปแบบการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) อย่างไร **(ตอบได้มากกว่า1ข้อ)**

○ **การดูแลสุขภาพที่บ้าน** ให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน เช่น กิจกรรมรักษาพยาบาลเบื้องต้น

○ **บริการดูแลกลางวัน** ให้บริการและฟื้นฟูสภาพ โดยหากิจกรรมทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม นันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุ บริการช่วงกลางวัน ไม่รับดูแล 24 ชม.

○ **บริการการดูแลสุขภาพฟัน** มีวันเฉพาะเพื่อจัดให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ

○ **มีสถานบริบาลคนชรา** สถานบริบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้ที่บ้าน มีพยาบาลหรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ

○ **บริการฟื้นฟูสุขภาพ**ให้บริการฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกาย

○ **บริการดูแลชั่วคราว** การให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น แบบพักค้างชั่วคราว เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ชั่วคราวหรือเพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักหรือเวลาเป็นส่วนตัว

○ **บริการดูแลระยะกลาง** การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและพักรักษาตัวในสถานบริการ เช่น การฟื้นฟูสภาพเข้มข้น

○ **บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** ให้บริการสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ

○ อื่นๆ .....

18. ท่านต้องการบริการเพื่อการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) ในกิจกรรมรูปแบบใดบ้าง **ให้จัดลำดับความต้องการของท่าน โดย: หมายเลข 1 = มีความต้องการน้อยที่สุด, หมายเลข 2 = มีความต้องการน้อย, 3 = มีความต้องการปานกลาง, 4 = มีความต้องการมาก และ 5 = มีความต้องมากที่สุด**

กิจกรรมการดูแลระยะยาว	ระดับความต้องการ				
	1	2	3	4	5
ภาวะสุขภาพ ระบุ.....					
1. การทำแผล					
2. การดูดเสมหะ					
3. การดูแลสายสวนปัสสาวะ					
4. การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร					
5. การทำกายภาพบำบัด					
6. ต้องการออกซิเจนในการดูแลสุขภาพที่บ้าน					
7. การฉีดอินซูลิน					
กิจกรรมประจำวัน					
1. การช่วยอาบน้ำ					
2. การช่วยเหลือในการปัสสาวะ/การขับถ่าย					
3. การดูแลเรื่องอาหาร					

กิจกรรมการดูแลระยะยาว	ระดับความต้องการ				
	1	2	3	4	5
3.1 การดูแลให้อาหารทางสายยาง/ป้อนอาหาร					
3.2 การดูแลจัดซื้ออาหารให้					
3.3 การดูแลทำอาหารให้					
4. การบริการช่วยเหลืองานบ้าน					
5. การดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม					
การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางสุขภาพ					
การวางแผนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ					
การนัดหมายมาพบแพทย์					
การอบรมองค์ความรู้ให้กับญาติก่อนกลับบ้าน					
อื่นๆ.....					

ความพร้อมการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล

ความพร้อมของโรงพยาบาล ในการจัดบริการดูแลระยะยาว	ระดับความความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การจัดบริการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล					
19. ท่านคิดว่ารูปแบบและคุณภาพในการจัดบริการในปัจจุบันสร้างความมั่นใจกับครอบครัวของท่าน					
20. ท่านมั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลถ้ามีการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ)เพื่อผู้สูงอายุ					
21. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลนี้มีความพร้อมในการจัดบริการดูแลระยะยาว(เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ					
สถานที่จัดบริการ					
22. สถานที่ตั้งแยกเป็นสัดส่วนเพื่อจัดบริการที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก					
23. มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับ ที่นั่งรอ เหมาะสมและเพียงพอ					
24. มีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องการจัดบริการรูปแบบการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาล					

ความพร้อมของโรงพยาบาล ในการจัดบริการดูแลระยะยาว	ระดับความความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
25. สถานที่ในการจัดบริการรูปแบบการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุตั้งอยู่ใกล้บ้าน/ชุมชน					
บุคลากรทางด้านสุขภาพ					
26. เจ้าหน้าที่มีจำนวนเพียงพอในการจัดบริการดูแลระยะยาว(เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาล					
27. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ บริการ ด้วยท่าทีและคำพูดที่สุภาพ เป็นกันเอง มีความชัดเจน และเข้าใจง่าย					
28. บุคลากรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ให้การบริการต้องมีความรู้ในเรื่องการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ					
อุปกรณ์ในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล					
29. ความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อการรองรับการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) ในโรงพยาบาล					
30. มีคลังอุปกรณ์/กายอุปกรณ์ และสามารถยืมไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเช่น					
1. เครื่องดูดเสมหะ					
2. ถังออกซิเจน					
3. เตียงนอน					
4. ที่นอนลม					
5. รถเข็น					
6. ไม้เท้า 2 ขา/ไม้เท้า 3 ขา					
7. walker (โครงโลหะช่วยเดิน 4 ขา)					
8. ชุดทำแผล					
9. ยาฉีดอินซูลิน					
10. ผ้าอ้อม					
11. อื่นๆ					

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชุดที่ 5 <u>แบบสัมภาษณ์ครอบครัวของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (กลุ่มที่ 2) และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย (กลุ่มที่ 3) ที่มารับบริการในโรงพยาบาล</u>

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ติดต่อสะดวก .....
เบอร์โทรศัพท์ ..... **มือถือ** .....

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ○ ชาย ○ หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. อาชีพ
   ○ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ○ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ○ ข้าราชการบำนาญ
   ○ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ○ รับจ้างทั่วไป ○ เกษตรกร
   ○ อื่นๆ.....
4. รายได้ต่อเดือน
   ○ เป็นหนี้ (ไม่พอกินพอใช้) ○ เพียงพอ ○ เหลือเก็บ
5. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ในปัจจุบันมีสุขภาพอย่างไร
   ○ ไม่ดีมากๆ ○ ไม่ดี ○ พอใช้ ○ ดี ○ ดีมาก
6. ลักษณะทางกายภาพผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่
   ○ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ○ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย
7. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่**ท่านดูแลอยู่**คือ
   ○ เป็นสามี ○ เป็นภรรยา ○ เป็นบุตร
   ○ เป็นบุตรสะใภ้ ○ เป็นบุตรเขย ○ หลาน
   ○ เพื่อนบ้าน ○ เป็นญาติ ○ ลูกจ้าง
   ○ อื่นๆ.....

8. ลักษณะ**การทำหน้าที่เพื่อดูแลผู้สูงอายุของท่าน**เป็นอย่างไร

- ○ ดูแลคนเดียวไม่มีคนช่วยเหลือ
- ○ ดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ (มีผู้ช่วยเหลือบางเวลา)
- ○ ดูแลบางเวลา (มีผู้ช่วยเหลือจำนวนมาก)
- ○ อื่นๆ .....

9. ท่านต้องการให้โรงพยาบาลจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) ในโรงพยาบาลหรือไม่

- ○ ไม่ต้องการ
- ○ ต้องการ**ระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**
  - ○ **การดูแลสุขภาพที่บ้าน** ให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน เช่น กิจกรรมรักษาพยาบาลเบื้องต้น
  - ○ **บริการดูแลกลางวัน** ให้บริการและฟื้นฟูสภาพ โดยหากิจกรรมทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม นันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุ บริการช่วงกลางวัน ไม่รับดูแล 24 ชม.
  - ○ **บริการการดูแลสุขภาพฟัน** มีวันเฉพาะเพื่อจัดให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ
  - ○ **มีสถานบริบาลคนชรา** สถานบริบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้ที่บ้าน มีพยาบาลหรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ
  - ○ **บริการฟื้นฟูสุขภาพ**ให้บริการฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกาย
  - ○ **บริการดูแลชั่วคราว** การให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น แบบพักค้างชั่วคราวเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ชั่วคราว หรือเพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักหรือเวลาเป็นส่วนตัว
  - ○ **บริการดูแลระยะกลาง** การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและพักรักษาตัวในสถานบริการ เช่น การฟื้นฟูสภาพเข้มข้น
  - ○ **บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** ให้บริการสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อช่วยในการดูแลเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ
  - ○ อื่นๆ .....

10. ถ้าโรงพยาบาลมีรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เช่น การดูแลแบบฝากเลี้ยงไปเช้า-เย็นกลับ (Day care) ท่านจะให้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมาใช้บริการหรือไม่

○ ไม่ใช้บริการ ระบุ..... ○ ใช้บริการระบุ.....

11. โรงพยาบาลมีการจัดบริการให้ความรู้เรื่องการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) ต่อเนื่องที่บ้านหรือไม่ **(ถ้ามี..ตอบข้อที่ 12 ถ้าไม่มี..ข้ามไปตอบข้อที่ 13)**

○ ไม่มี ○ มี

12. ท่านพอใจกับการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) ต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลหรือไม่

○ ไม่พอใจ ○ พอใจ

13. รูปแบบและคุณภาพในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของสถานบริการ**สร้างความมั่นใจกับครอบครัวของท่าน**หรือไม่

○ ไม่ ○ ใช่

14. ท่านคิดว่าความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) ที่ท่านมีอยู่เพียงพอหรือไม่

○ ไม่เพียงพอ ระบุ..... ○ เพียงพอ

15. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากที่ใดบ้าง **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

○ ไม่เคยได้รับเลย ○ อ่านหนังสือ
○ ฟังวิทยุ/ทีวี ○ โปสเตอร์ความรู้/ป้ายประชาสัมพันธ์
○ ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ○ เพื่อน/เพื่อนบ้านเล่าสู่กันฟัง
○ อาสาสมัครสาธารณสุข ○ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สพ.สต)
○ อื่นๆ.....

ความพร้อมการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล

ความพร้อมของโรงพยาบาล ในการจัดบริการดูแลระยะยาว	ระดับความความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การจัดบริการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล					
16. ท่านคิดว่ารูปแบบและคุณภาพในการจัดบริการในปัจจุบันสร้างความมั่นใจกับครอบครัวของท่าน					
17. ท่านมั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลถ้ามีการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ					
18. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลนี้มีความพร้อมในการจัดบริการดูแลระยะยาว(เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ					
สถานที่จัดบริการ					
19. สถานที่ตั้งแยกเป็นสัดส่วนเพื่อจัดบริการที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก					
20. มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับ ที่นั่งรอ เหมาะสมและเพียงพอ					
21. มีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องการจัดบริการรูปแบบการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาล					

ความพร้อมของโรงพยาบาล ในการจัดบริการดูแลระยะยาว	ระดับความความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
22. สถานที่ในการจัดบริการรูปแบบการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ ตั้งอยู่ใกล้บ้าน/ชุมชน					
บุคลากรทางด้านสุขภาพ					
23. เจ้าหน้าที่มีจำนวนเพียงพอในการจัดบริการดูแลระยะยาว(เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาล					
24. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ บริการ ด้วยท่าทีและคำพูดที่สุภาพ เป็นกันเอง มีความชัดเจน และเข้าใจง่าย					
25. บุคลากรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ให้การบริการต้องมีความรู้ในเรื่องการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) เพื่อผู้สูงอายุ					
อุปกรณ์ในการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาล					
26. ความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อการรองรับการจัดบริการดูแลระยะยาว (เจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) ในโรงพยาบาล					
27. มีคลังอุปกรณ์/กายอุปกรณ์ และสามารถยืมไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเช่น					
1. เครื่องดูดเสมหะ					
2. ถังออกซิเจน					
3. เตียงนอน					
4. ที่นอนลม					
5. รถเข็น					
6. ไม้เท้า 2 ขา/ไม้เท้า 3 ขา					
7. walker (โครงโลหะช่วยเดิน 4 ขา)					
8. ชุดทำแผล					
9. ยาฉีดอินซูลิน					
10. ผ้าอ้อม					
11. อื่นๆ					