



การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบ ระดับประคอง กรุงเทพมหานคร

เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง พ.บ.*

*รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

วันรับบทความ: 2 กุมภาพันธ์ 2564

วันแก้ไขบทความ: 27 พฤษภาคม 2564

วันตอบรับบทความ: 29 พฤษภาคม 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุหรือการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้เชี่ยวชาญ 6 กลุ่ม จำนวน 24 คน ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล นักวิชาการด้านผู้สูงอายุ นักวิชาการด้านการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ผลข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 1 สร้างเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของข้อคำถาม ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณทางสถิติโดยการหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และเพิ่มคำตอบตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณายืนยันคำตอบอีกครั้ง นำข้อมูลในรอบที่ 3 มาคำนวณหาค่ามัธยฐานที่มีค่ามากกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ที่น้อยกว่า 1.00 เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย: พบว่า ปัจจัยพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีปัจจัย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านนโยบาย ประกอบด้วย นโยบายระบบบริการ นโยบายพัฒนาบุคลากร และนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการ 2) ปัจจัยด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย โครงสร้างทางกายภาพ โครงสร้างการบริหาร และโครงสร้างบริการ 3) ปัจจัยด้านทรัพยากร งบประมาณ ควรได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและภาคประชาชน 4) ปัจจัยด้านพัฒนาบุคลากรมีแผนพัฒนาบุคลากรทั้งระยะสั้นและระยะยาว 5) ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีระบบประเมินบริการตามมาตรฐานนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย 6) ปัจจัยด้านความร่วมมือของชุมชน มีการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



บทความวิจัย

Research Article

การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบ ระดับประคอง กรุงเทพมหานคร

เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง พ.บ.*

*รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

วันรับบทความ: 2 กุมภาพันธ์ 2564

วันแก้ไขบทความ: 27 พฤษภาคม 2564

วันตอบรับบทความ: 29 พฤษภาคม 2564

บทคัดย่อ (ต่อ)

สรุป: ปัจจัยพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง กรุงเทพมหานคร รวมถึงการกำหนดนโยบาย หรือยุทธศาสตร์เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง



Developing the model hospital of geriatric and palliative care in Bangkok

Lertluck Leelaruangsang MD*

* Deputy Director General, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration

Received: February 2, 2021

Revised: May 27, 2021

Accepted: May 29, 2021

Abstract

Objective: The purpose of this research was to explore the factors to develop the model hospital of geriatric and palliative care in Bangkok.

Materials and Methods: This study was a qualitative study by apply in the Delphi technique. There were 6 groups of experts, totaling of 24 experts consisting of experts in health policy, hospital administrators, geriatric/palliative academics, geriatric doctors/nurses, and multidisciplinary professionals. The methodologies can be divided into 3 phases: 1) Interview the experts about the factors to develop the model hospital of geriatric and palliative care in Bangkok. 2) Construct a questionnaire based on the results of the interview so that the experts can rank the importance of the questions. 3) Analyse the data by using the median, quartile range and adding the answers obtained from the second phase, so that each expert can go through the answers one more time. The information obtained from the third phase was analyzed. Information with a median greater than 3.50 and interquartile range less than 1.00 was included in this study.

Results: It was found that there are 6 factors in developing the model hospital of geriatric and palliative care. 1) Policy factors consist of service system, human resource development and accessibility to health services policy. 2) Structural factors consist of physical, management and service structure. 3) Resource and financial factors which should be supported by the government and the public. 4) Human resource and development factors which involve short-term and long-term plans to develop the skills for taking care of the elderly. 5) Health service factors which involve take care of patients holistically through a multidisciplinary team. A standardized service system should include evaluation, technology applications, and patient-centered services in order to improve elderly's quality of life. 6) Community participation factors which concern cooperation between hospital and public health center for the patient's continuous care.

Conclusions: Factors for developing the model hospital as per the results of this study can be used for the hospital administrators to set up health service of geriatric and palliative care in Bangkok. Nevertheless, the government can formulate a national geriatric and palliative care strategy or a policy framework to shape the health service for the elderly's quality of life.

Keywords: the elderly, geriatric care, palliative care, the model hospital of geriatric and palliative care

บทนำ

ปัจจุบันประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มปริมาณสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทั้งขนาดและสัดส่วน ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ในปี พ.ศ. 2548 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมด จำนวนประชากร ปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุจำนวน 11.63 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.6 เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ จำนวน 66.18 ล้านคน¹ ขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้าลง เพียงร้อยละ 0.7 ต่อปี แต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ทำให้ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ หรือ aged society (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14) ภายใน ปี พ.ศ. 2564 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด หรือ super-aged society (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 20) ในปี พ.ศ. 2574²

การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุมีผลกระทบโดยตรงต่อนโยบายและแผนงานด้านสาธารณสุขของประเทศ เพราะผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพมากเนื่องจากมีความเสื่อมและความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557 พบว่า กลุ่มประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 13.3

โรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 7.0³ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคที่พบในผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรัง เกิดจากสภาพร่างกายและความเสื่อมตามวัย โรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เป็นโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาความรุนแรงได้ และพบกลุ่มอาการที่เกิดในผู้สูงอายุ เรียกว่า geriatric syndrome ส่งผลต่อคุณภาพการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 7.8 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 11.2 เดินลำบากและเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 12.3 ภาวะเครียดและขาดคุณค่าในตนเอง ร้อยละ 6.3⁴ ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลหรือมีภาวะพึ่งพิงในการดูแลตนเอง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยก็ไม่สามารถช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้จึงมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพื่อกองไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายของชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองเป็นองค์ความรู้ที่กำลังทวีความสำคัญและจำเป็นมากขึ้นตามลำดับในสังคมโลก เนื่องจากเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย การดูแลเพื่อบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ให้ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอัน ได้แก่ การดูแลด้านกาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย จึงถือได้ว่าเป็นการดูแลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง โดยมีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างมีคุณค่าหรือเป็นการตายอย่างสงบ⁵

สำหรับกรุงเทพมหานครได้เตรียมพร้อมรับมือเพื่อก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557 - 2560) และแผนปัจจุบัน ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2561 - 2564) มีวิสัยทัศน์ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า และมีความสุข แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมทุกช่วงวัยเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ระบบคุ้มครองสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการแบบบูรณาการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริมและพัฒนางานวิจัยระบบข้อมูล เทคโนโลยี และนวัตกรรม

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ มีภารกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยนำนโยบายและแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ที่ 4 มาพัฒนารูปแบบบริการผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง เบาหวาน โรคไต อัมพาต ปอดอักเสบ รวมถึงโรคที่เกิดจากภาวะความเปราะบางของร่างกายในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค มีปัญหาสุขภาพหลายอย่าง ต้องได้รับการดูแลและรักษาจากแพทย์หลายสาขา ใช้เวลารับบริการยาวนานในโรงพยาบาล ทำให้เกิดภาพรวมความล่าช้าในการรับบริการ บางรายต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง มีปัญหาค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการเดินทางมาโรงพยาบาล จึงมีหลากหลายแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุและผู้ป่วยระดับประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก ได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ

มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ดังนั้น เพื่อให้กรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองเป็นรูปแบบที่ถูกต้องเหมาะสม และตอบสนองต่อแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและยุทธศาสตร์ของกรุงเทพมหานคร เสริมสร้างคุณภาพชีวิต คุณค่าและความสุขของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ตามวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง โดยใช้การวิจัยแบบ Delphi technique เพื่อนำผลการวิจัยมาสู่การเสนอแนวทางพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง ตามนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

คำถามการวิจัย

โรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง ในกรุงเทพมหานคร ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง

2. เพื่อเสนอแนวทางพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองตามนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique analysis) ซึ่งเป็นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ใช้ศึกษาปัญหาที่เป็นปัญหาร่วมสมัย และปัญหาในอนาคต เน้นความคิดและการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก มีวิวัฒนาการมากกว่า 60 ปี ซึ่งเป็นเทคนิควิธีที่ได้รับความนิยมมากทั้งด้านธุรกิจ การเมือง การทหาร เศรษฐกิจ สาธารณสุข การศึกษา และอื่น ๆ^{6,7}

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุหรือการดูแลผู้ป่วย ประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติ โดยเริ่มต้นค้นหาข้อมูลผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคองโดยศึกษาจากประวัติ ผลงาน ที่ปรากฏในหนังสือและงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จนครบ 6 กลุ่ม จำนวน 24 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มีความเหมาะสมกับเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย และสอดคล้องตามการศึกษาของ Heiko A⁸ กล่าวว่า ควรมีผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราความคลาดเคลื่อนจะยิ่งน้อยมาก ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

- 1) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหาร โรงพยาบาล จำนวน 7 ท่าน
- 2) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการ/ อาจารย์ ด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน
- 3) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนักวิชาการ/ อาจารย์ ด้านการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 3 ท่าน
- 4) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มแพทย์ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 4 ท่าน

5) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 4 ท่าน

6) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มสหสาขาวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 3 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามถึงโครงสร้างใช้คำถามปลายเปิด (open-end questionnaire) ชุดที่ 2 แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ชุดที่ 3 แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เพิ่มค่ามัธยฐาน (median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range) และแสดงตำแหน่งคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบในรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและยืนยันคำตอบอีกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ รวมทั้งสิ้น 125 วัน

รอบที่ 1 ตั้งแต่ 10 เมษายน พ.ศ. 2563 - 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ใช้เวลาทั้งสิ้น 50 วัน

รอบที่ 2 ตั้งแต่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2563 - 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ใช้เวลาทั้งสิ้น 45 วัน

รอบที่ 3 ตั้งแต่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2563 - 15 กันยายน พ.ศ. 2563 ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามรอบที่ 3 มาวิเคราะห์ โดยการคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำถามแต่ละข้อ และเรียงลำดับรายการ พบว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยประคับประคอง มีความสำคัญอยู่ในระดับ มาก

ถึงมากที่สุด มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 - 5.00 และมีความสอดคล้องกันทั้งหมด

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย เรื่อง การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบประคับประคองกรุงเทพมหานคร พบว่า โรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรมีปัจจัย 6 ด้าน 76 รายการ ประกอบด้วยรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 69 รายการ และระดับความสำคัญมาก 7 รายการ ดังนี้

ปัจจัยด้านนโยบาย มี 9 รายการ

1. นโยบายด้านระบบบริการ

1.1 นโยบายจากผู้บริหารโรงพยาบาลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการบริการด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

1.2 นโยบายวัฒนธรรมการเรียนรู้ ให้เข้าถึงบุคลากรทุกหน่วยงาน

1.3 นโยบายเชื่อมโยงการดูแล ตั้งแต่ระบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายทุกระดับ

1.4 นโยบายการจัดสถานที่ ระบบบริการคลินิก อย่างบูรณาการ

2. นโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรในการให้บริการ

2.1 ให้มีการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง สำหรับบุคลากรที่ให้บริการ

2.2 จัดอบรม ขึ้นพื้นฐาน เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยประคับประคอง ให้กับบุคลากรทั่วไป ทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมอาสาสมัคร

2.3 ส่งเสริมการทำวิจัยหรือพัฒนาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และผู้ป่วยประคับประคองให้เกิดเป็น best practice

3. นโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการ

3.1 งบประมาณในการสนับสนุนการจัดระบบบริการ ทั้งด้านสวัสดิการ สังคมสงเคราะห์ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

3.2 งบประมาณในการรักษาแบบผสมผสาน แพทย์ทางเลือก กิจกรรมบำบัด นวัตกรรมการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านโครงสร้าง มี 12 รายการ

1. โครงสร้างทางกายภาพของโรงพยาบาลต้นแบบ

1.1 คลินิกผู้สูงอายุ มีบริการแบบ one stop service ตั้งแต่ห้องตรวจ กิจกรรมบำบัด การให้คำปรึกษาด้านยา การประเมินสมรรถภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

1.2 มีหน่วยบริการเฉพาะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แบ่งเป็น OPD palliative มีพื้นที่กว้างสำหรับรถนั่ง รถนอน เป็นพื้นที่ที่เงียบสงบ เหมาะสำหรับการประชุมครอบครัว (family meeting)

2. โครงสร้างทางการบริหาร

2.1 แบ่งเป็นกลุ่มงานเฉพาะด้านผู้สูงอายุ และผู้ป่วยประคับประคอง มีแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพประจำหน่วยงาน

3. บริการดูแลแบบรายวัน (daily care service)

3.1 ปัจจุบัน มีสถานที่บริการน้อย ส่วนใหญ่เป็นบริการของภาคเอกชน ค่าใช้จ่ายสูง

3.2 ช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุได้ มีกิจกรรมเสริมคุณค่า ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ป้องกันสมองเสื่อม เหมาะสำหรับครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในช่วงกลางวัน

4. บริการสถานที่พักหรือบ้านพักหรือสถานที่รับดูแล (nursing home community based)

4.1 ควรมีหน่วยงานควบคุมมาตรฐานคุณภาพการดูแล และควบคุมค่าบริการ

4.2 ควรมีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากภาครัฐบาลเพื่อให้ครอบครัวที่มีรายได้น้อยมีโอกาสเข้าถึง

5. บริการสถานที่สำหรับฟื้นฟูสมรรถนะกายภาพบำบัด (rehabilitation center)

5.1 ช่วยชะลอความเสื่อม ภาวะทุพพลภาพได้

5.2 สามารถเกิดขึ้นได้ตามโครงสร้าง การบริหารจัดการ และความพร้อมของโรงพยาบาลนั้น ๆ

5.3 ปัจจุบันมีบริการน้อย มีค่าใช้จ่ายสูง

6. บริการสถานบริการดูแลระยะยาว (long term care institution based)

6.1 เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วย ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ชุมชนช่วยกันดูแล โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล

6.2 ข้อจำกัด เรื่อง ระบบบริหารจัดการงบประมาณ รัฐบาลต้องช่วยเหลือ และมีโรงพยาบาลใกล้เคียง ติดตามผลการดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยด้านทรัพยากรงบประมาณ มี 9 รายการ

1. แหล่งที่มาของเงินทุนค่าใช้จ่าย ในการจัดตั้งโรงพยาบาลต้นแบบ

1.1 ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐบาล สปสช. ในการลงทุนจัดตั้งโรงพยาบาล

1.2 เงินบริจาค สนับสนุนจากภาคเอกชน ประชาชน

2. รายได้ของโรงพยาบาลต้นแบบ และการกำหนดค่าบริการ

2.1 กำหนดจากระเบียบการของ สปสช. ค่ารักษาพยาบาลเบิกจ่ายตามสิทธิการรักษา

2.2 ผู้ป่วยร่วมจ่ายในส่วนที่ไม่ครอบคลุมการเบิกจากสิทธิการรักษา

3. อัตราค่าจ้าง/ค่าตอบแทน ที่เหมาะสม แต่ละกลุ่มวิชาชีพ

3.1 เพิ่มค่าความเชี่ยวชาญพิเศษ ตามวุฒิการศึกษาเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ ด้าน

การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง ในทุกสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3.2 ตามระเบียบราชการ

3.3 เพิ่มค่าภาระงาน (work load)

4. วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม

4.1 ควรอ้างอิงตามมาตรฐานวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขยึดหลัก safety universal design

4.2 ควรอ้างอิงตามมาตรฐาน ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ สมาคมพฤฒาวิทยา

ปัจจัยด้านพัฒนาบุคลากร มี 15 รายการ

1. บุคลากรวิชาชีพ/สหสาขาวิชาชีพ

1.1 แพทย์และพยาบาล เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุและหรือการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง

1.2 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

1.3 เกษตรกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด

1.4 นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ

1.5 ผู้ช่วยเหลือคนไข้/ผู้ช่วยพยาบาล

1.6 อาสาสมัคร ผู้นำศาสนา

2. แผนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร

2.1 แผนระยะสั้น พัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยการจัดฝึกอบรมพื้นฐานความรู้ เพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.2 แผนระยะสั้น จัดการศึกษาดูงานหรือส่งไปแลกเปลี่ยนในสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และด้านการดูแลแบบประคับประคองภายในประเทศ

2.3 แผนระยะยาว จัดทำโครงการวิจัย / KM / เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับสถาบันภายนอก

2.4 แผนระยะยาว กำหนดการส่งบุคลากรศึกษาต่อ หลักสูตรเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ และ

การดูแลแบบประคับประคอง สำหรับแพทย์ พยาบาล
สาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3. ทักษะของบุคลากร

3.1 มีความเข้าใจอย่างแท้จริงในการดูแล
ผู้สูงอายุและผู้ป่วยประคับประคอง

3.2 มีจิตบริการ (service mind) ยิ้มแย้ม
แจ่มใส มีการสื่อสารที่ดี มีทัศนคติในเชิงบวก มี
ความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วย ญาติ และ
เพื่อนร่วมงาน

3.3 ทำงานเป็นทีม มีความยืดหยุ่นใน
การปฏิบัติงาน

4. การพัฒนาบุคลากร ด้านอื่น ๆ

4.1 ด้านทักษะการสื่อสาร

4.2 ด้านวิชาการ การแสวงหาความรู้ ใช้
เทคโนโลยี นวัตกรรมและการวิจัย

ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการ มี 19 รายการ

1. การจัดระบบบริการในโรงพยาบาลต้นแบบ

1.1 การดูแลแบบองค์รวมและบูรณาการ
ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

1.2 จัดระบบบริการแบบครบวงจร one
stop service และมีการเชื่อมโยงการดูแลของผู้ป่วย
นอก ผู้ป่วยใน กระบวนการจำหน่าย การเยี่ยมบ้าน
และการติดตามผู้ป่วย มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน

1.3 มีการจัดกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ ที่เหมาะสม

1.4 มีการจัดฝึกอบรมให้แก่ผู้ดูแล (caregiver)
หรืออาสาสมัคร

2. ตัวชี้วัด การติดตามและปรับปรุงขั้นตอน
ดำเนินการ

2.1 ตัวชี้วัดระดับปฏิบัติการ เช่น (1) การประเมิน
คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องช่วยเหลือ (2) อัตรา
การเสื่อมถอยของผู้ป่วย (3) อัตราการเกิดภาวะ
แทรกซ้อน (4) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ
ผู้ดูแล (5) ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยตาม advance care
plan (6) อัตราการได้รับยากลุ่ม opioid

3. การเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อ
การเข้าถึงบริการ

3.1 การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม
ได้แก่ ระบบขนส่งสาธารณะเข้าถึงได้ง่าย สะอาด
เรียบร้อย ปลอดภัย มีขั้นตอนไม่ซับซ้อน age -
friendly environments

3.2 มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์การให้
ข้อมูล ให้ความช่วยเหลือ บุคลากรผู้ให้บริการมีท่าที
เป็นมิตร เอื้ออาทรต่อผู้ป่วยและครอบครัว

4. การใช้เทคโนโลยีในการเพิ่มประสิทธิภาพ
ของการเข้าถึงบริการเชิงรุก

4.1 มีเว็บไซต์ของโรงพยาบาลที่เข้าถึงได้
ง่าย มีข้อมูลเกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย

4.2 การประชาสัมพันธ์ application line ,
facebook สำหรับการให้ข้อมูล

4.3 ทำ QR code เพื่อสื่อสารข้อมูล การดูแล
ผู้ป่วย การใช้จ่าย

4.4 ระบบปรึกษาแพทย์และบุคลากร จาก
ที่บ้าน ผ่านทางระบบ teleconference /VDO call
เพื่อให้แพทย์เห็นอาการผู้ป่วยจากที่บ้าน และให้
คำแนะนำได้ทันที

5. การบริการโดยการยึดผู้ป่วยและครอบครัว
เป็นศูนย์กลาง

5.1 การให้บริการ ให้คำแนะนำ พิจารณา
จากบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติ ทีมดูแล
เข้าใจ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

5.2 การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม
วางแผนการดูแลรักษา เคารพการตัดสินใจ บนพื้นฐาน
ของข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ตามความต้องการของ
ผู้ป่วยและครอบครัว

6. การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทา
ความทุกข์ทรมานในทุกด้าน

6.1 การดูแลที่ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย
จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุและผู้ป่วย

ประทับใจประทับใจ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น การประเมินทางกาย จัดการปัญหา อาการรบกวนต่าง ๆ ด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถนะ การทำกายภาพบำบัด ชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย

- การประเมินทางจิตใจ ความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า ให้การดูแลสนับสนุนให้กำลังใจ การเสริมพลังบวก เป็นต้น

- การประเมินด้านสังคม ครอบครัว ความพร้อมของผู้ดูแล การเงิน อุปกรณ์ที่จำเป็น

- การประเมินด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ความหวัง สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ประารณาสุดท้าย (last wish) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติหรือทำในสิ่งที่ต้องการตามความเชื่อโดยไม่ขัดกับการดูแลสุขภาพ สนับสนุนครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

7. เป้าหมายการดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

7.1 การสื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการจัดการโรคของผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสม

7.2 มีการจัดระบบการดูแล ที่ครอบคลุมปัญหาทั้งทางกาย จิต สังคม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว

8. ระบบจัดบริการอื่น ๆ

8.1 ระบบบริการ EMS, delivery ยาและเวชภัณฑ์

8.2 hospice care สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรมีให้เพียงพอ

8.3 การจัดรถรับส่งในรายผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยประคับประคองที่มีปัญหาทางการเงิน

ปัจจัยด้านความร่วมมือของชุมชน มี 12 รายการ

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

1.1 การมีส่วนร่วม โดยให้ผู้นำชุมชนเข้าร่วมกับกิจกรรม

1.2 จัดโครงการธนาคารอุปกรณ์ของชุมชน มีสถานที่เก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้คนในชุมชนยืม/คืนเพื่อความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย

1.3 ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (ทำงานเชื่อมโยงกับ intermediate care ของโรงพยาบาล) มีสถานที่รับดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่มีภาวะพึ่งพา โดยคนในชุมชน

2. การดูแลต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาล บ้าน ชุมชน

2.1 เชื่อมโยงเครือข่ายกับศูนย์บริการสาธารณสุข รับส่งข้อมูลการดูแลผู้ป่วย โดยมีทีมอาสาสมัครชุมชนเป็นแกนนำ

2.2 ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน สปสช.

2.3 จัดเวทีกิจกรรมให้คนในชุมชนมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ และแสดงผลงาน

3. การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล

3.1 ได้รับงบประมาณจากภาคีรัฐ ส่วนกลาง กระทรวงพัฒนาสังคมฯ สนับสนุนร่วม โดยมีศูนย์กลางในแต่ละชุมชน หรือ ระดับเขตเป็นผู้บริหารจัดการ

3.2 การใช้งบประมาณ long-term care ของ สปสช.

3.3 การระดมภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ.สต. รพ.แม่ข่าย อสส.ชมรมผู้สูงอายุ

4. ความร่วมมือของชุมชนด้านอื่น ๆ

4.1 มีระบบคัดกรองค้นหาผู้สูงอายุและผู้ป่วยประคับประคองที่ต้องการความช่วยเหลือ

4.2 ด้านฐานข้อมูล การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยประคับประคองในชุมชนเป็นระยะ

4.3 ตั้งกองทุนช่วยเหลือ/กองทุนพิเศษในแต่ละชุมชน สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอ การอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบด้าน ผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านนโยบาย

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านนโยบาย สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ⁹ การสนับสนุนการบริหารจัดการ ระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย การกำหนดนโยบายเชิงบูรณาการด้านการดูแลผู้สูงอายุ ของประเทศไทยเพื่อสอดคล้องกับสถานการณ์ใน ปัจจุบันของประเทศ อภิปรายผลการวิจัยได้ว่า การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและ ผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีองค์ประกอบหลายอย่าง การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนจะทำให้สามารถดำเนินการ กิจกรรมได้อย่างครบถ้วน ผลการวิจัยงานเนตร เยี่ยมฯ¹⁰ พบว่า ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายบูรณาการ ด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย เป็น การใช้โอกาสจากนโยบาย medical hub เพื่อสร้าง รายได้เข้าสู่ประเทศ จากความเป็นจุดหมายปลายทาง ของการมาพักระยะยาวหรืออาศัยอยู่หลังเกษียณของ ผู้สูงอายุจากต่างประเทศ ได้แก่

1) การพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน ด้านผู้สูงอายุ การเพิ่มสวัสดิการและแรงจูงใจสำหรับ กลุ่มวิชาชีพด้าน สุขภาพและผู้ให้การดูแล (caregivers)

2) สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศใน การพัฒนามาตรฐานและจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ ต่างชาติในประเทศไทย รวมถึงความร่วมมือภาครัฐ และเอกชนด้านการลงทุนพัฒนาอุตสาหกรรม บริการสุขภาพและการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุ

3) ระบบการดูแลระยะยาวที่ทำให้ผู้สูงอายุ และคนพิการสามารถมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและ ดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีจนถึงวาระสุดท้าย ของชีวิต โดยเน้นการจัดทำระบบสิทธิประโยชน์ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเชิงบูรณาการ ด้วยการลงทุนภาครัฐในด้านโครงสร้างของระบบ บริการสุขภาพ เช่น การมีโรงพยาบาลผู้สูงอายุ สถานพยาบาลผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ศูนย์สุขภาพ ผู้สูงอายุชุมชน ที่มีความพร้อมด้านระบบปฏิบัติการ และบุคลากร รวมทั้ง เทคโนโลยีเพื่อการดูแล และฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบ การส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญทั้งการดูแลด้าน กายภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้ง ระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาว (Long Term Care Services and Supports : LTSS)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีการกำหนด นโยบายหลัก 3 รายการ ดังนี้

1) นโยบายด้านระบบบริการ ต้องมีการกำหนด จากผู้บริหารที่ชัดเจนเพื่อให้สามารถบูรณาการลงสู่ การปฏิบัติได้จริง โดยกำหนดการจัดรูปแบบสถานที่ ให้บริการที่ชัดเจน มีการเชื่อมโยงระบบบริการแบบ ไร้รอยต่อทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

2) นโยบายด้านการพัฒนาบุคลากร ด้าน ผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็น ศาสตร์เฉพาะทางที่มีความซับซ้อนและต้องการ ความร่วมมือของหลายภาคส่วนในการดูแล เพื่อให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี การกำหนดนโยบายแห่งการเรียนรู้ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ รวมทั้ง การส่งเสริมพัฒนาต่อยอดให้เกิดเป็นแนวปฏิบัติแห่ง ความเป็นเลิศ

3) นโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการ ทั้งงบประมาณ สวัสดิการ สังคมสงเคราะห์ การเข้าถึงศาสตร์แพทย์ทางเลือก สอดคล้องกับ

เบญจพร สุธรรมชัย และคณะ¹¹ ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ความชัดเจนของนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถนำลงสู่การปฏิบัติได้จริง เช่นเดียวกับแนวคิด Waterman RH, et al.¹² แนวคิด McKinsey 7's framework ตัวแปรความสำคัญต่อการบริหารองค์การเริ่มตั้งแต่การกำหนดนโยบาย กลยุทธ์องค์การเกี่ยวข้องกับการพิจารณาโครงสร้างองค์การและการกำหนดเป้าหมายขององค์การ

2. ปัจจัยด้านโครงสร้าง

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างมีความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ Harris-Wehling J, et al.¹³ พบว่า สถานการณ์ทั่วไปของการดูแลระยะยาวในสถานดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ (demand of long term care at place) การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ เป็นไปตามการบริหารจัดการประโยชน์เชิงนโยบายผู้สูงอายุของหน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบ อภิปรายผลการวิจัยได้ว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างที่สำคัญ มี 3 ส่วนประกอบ ได้แก่

โครงสร้างทางกายภาพสำหรับบริการในโรงพยาบาลต้นแบบ ต้องมีคลินิกเฉพาะด้านผู้สูงอายุ บริการแบบ one stop service ตั้งแต่ห้องตรวจ กิจกรรมบำบัด การให้คำปรึกษาด้านยา การประเมินสมรรถภาพผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ งามเนตร เอี่ยมนาละ¹⁰ กล่าวว่า ในปัจจุบันประเทศไทย มีหน่วยงานรัฐที่เปิดบริการเป็นโรงพยาบาลผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ มีเพียงแห่งเดียวในสังกัดกรุงเทพมหานคร คือ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน เป็นโรงพยาบาลขนาด 300 เตียง มีศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุอย่างครบวงจร รวมทั้ง หอผู้ป่วยผู้สูงอายุระยะกลาง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

โครงสร้างทางการบริหาร ควรตั้งกลุ่มงานเฉพาะด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยประทับประคอง มีแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพประจำหน่วยงาน สอดคล้องกับ Waterman RH, et al.¹² แนวคิด McKinsey 7's framework ลักษณะโครงสร้างขององค์การที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ การแบ่งโครงสร้างงานตามหน้าที่ ตามผลิตภัณฑ์ ตามลูกค้า ตามภูมิภาคได้อย่างเหมาะสม

โครงสร้างสำหรับบริการ แบ่งเป็น 4 ชนิด ได้แก่

- บริการดูแลรายวัน (daily care service)
- บริการบ้านพักหรือสถานที่รับดูแล (nursing home community based)
- บริการศูนย์ฟื้นฟูกายภาพบำบัด (rehabilitation center)
- บริการดูแลระยะยาว (long term care institution based) เหมาะกับผู้ป่วย ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ชุมชนช่วยกันดูแล โดยมีผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้แก่ผู้ดูแล และมีโรงพยาบาลใกล้เคียงชุมชนเป็นพี่เลี้ยง ซึ่งสอดคล้องกับ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, ยศ วัชรกุลปต์¹⁴

ปัจจุบันสถานดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริการโดยภาคเอกชนนั้น มีผู้ประกอบการ จดทะเบียน การประกอบกิจการ สถานดูแลผู้สูงอายุกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ มีจำนวนมากกว่า 800 ราย และส่วนใหญ่ให้บริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่ในการกำกับดูแลธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุยังไม่มีกฎหมายโดยเฉพาะและยังไม่มีหน่วยงานหลักที่ควบคุมโดยตรงในขณะที่สถานดูแลผู้สูงอายุทั้งของรัฐและเอกชน ยังมีจำนวนจำกัด ไม่สามารถรองรับความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นได้ การกำกับและควบคุมคุณภาพการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ เป็นความท้าทายความสามารถของประเทศ

ในการจัดบริการหรือสวัสดิการรองรับแบบแผนการดูแลระยะยาว (long term care model) ให้มีความสำคัญกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวทุกที่ ทุกเวลาของผู้สูงอายุทุกคน

3. ปัจจัยด้านทรัพยากร งบประมาณ

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านทรัพยากร งบประมาณ สอดคล้องกับแนวคิดของ Frank C, Wilson CR¹⁵ พบว่า long term care model การเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ มีหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม ไม่เป็นภาระต่อระบบการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น จึงสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด การจัดโรงพยาบาลต้นแบบด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรได้รับการสนับสนุนจาก ภาครัฐบาล และภาคประชาชน โดยใช้ระบบการร่วมจ่าย ในส่วนของค่าจ้าง ค่าตอบแทนเป็นไปตามระเบียบราชการ และตามภาระงาน

4. ปัจจัยด้านพัฒนาบุคลากร

จากผลการศึกษาพบว่า สอดคล้องกับแนวคิดของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ¹⁶ พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่กับระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (intermediate care) เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงของระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นหนักไปที่การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทสหสาขาวิชาชีพ เฉพาะด้านที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอภิปรายได้ว่า บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์และพยาบาล เฉพาะทางผู้สูงอายุ หรือด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกษตรกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

นักโภชนาการ ผู้ช่วยเหลือคนไข้/ผู้ช่วยพยาบาล อาสาสมัคร ผู้นำศาสนา ต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยมีแผนพัฒนาบุคลากรทั้งระยะสั้นและระยะยาว ให้มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วย ประคับประคองอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ควรพัฒนาทักษะการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม และการวิจัยควบคู่ไปด้วย รวมทั้งการสร้างเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยประคับประคอง

5. ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการ

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการจัดระบบบริการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Waterman RH, et al.¹² ตามแนวคิด McKinsey 7's framework กระบวนการและลำดับขั้นการปฏิบัติงานจัดให้เป็นระบบต่อเนื่องสอดคล้องประสานกันทุกระดับ ซึ่งอภิปรายได้ว่า การจัดระบบบริการในโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เป็นการจัดบริการดูแลแบบองค์รวมและบูรณาการระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เป็นระบบบริการแบบครบวงจร one stop service มีการเชื่อมโยงการดูแลของผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน มีแผนการรักษาที่ชัดเจนตามมาตรฐาน โดยเป้าหมายหลักเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ เบญจพร สุธรรมชัย และคณะ¹¹ ศึกษาการสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า ในประเทศไทย มี 2 รูปแบบ คือ 1) การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เน้นการดูแลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย จากทีมบุคลากรทางสาธารณสุข และ 2) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญา ศิลปวัฒนธรรม เพื่อสร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ

6. ปัจจัยด้านความร่วมมือของชุมชน

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความร่วมมือของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 'ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของบุคคลผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากความชราภาพ มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือประสบอุบัติเหตุทุพพลภาพต่าง ๆ โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุข และสังคม) และไม่เป็นทางการโดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนเพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อบ่มุ่เน้นในด้านการฟื้นฟูบำบัด ส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งอภิปรายได้ว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว ชุมชน เริ่มได้ด้วยผู้นำชุมชน ทีมอาสาสมัคร มาทำกิจกรรมร่วมกัน นอกจากนี้ชุมชนยังสามารถจัดธนาคารอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เตียง เครื่องผลิตออกซิเจน สำหรับบริการในชุมชน และมีการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพ ศูนย์สาธารณสุข เพื่อบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำผลการศึกษาที่ได้สร้างมาตรฐานการจัดระบบบริการของโรงพยาบาลด้านผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระดับประเทศ โดยนำไปปรับใช้ในแต่ละบริบทของโรงพยาบาลตาม

ความเหมาะสม และเสริมด้วยพลังการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการจัดระบบบริการผู้สูงอายุและผู้ป่วยระดับประเทศ ในระดับประเทศ โดยบูรณาการความร่วมมือจากสถานพยาบาลทุกระดับ ทั้งตติยภูมิ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิ รวมทั้งภาคเศรษฐกิจสังคม เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนของระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระบบของโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานสากล เช่น สิงคโปร์ ญี่ปุ่น ประเทศในยุโรป หรือสหรัฐอเมริกา เพื่อวางแผนทางพัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/th/know/ side/1/1/335; 2563>.
2. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. การสูงวัยของประชากรไทยในสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2559. หน้า 24-5.
3. วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.

4. กลุ่มสถิติประชากร สำนักงานสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557. หน้า 60-91.
5. World Health Organization. WHO definition of palliative care. [Internet]. 2012 [cited 2019 Oct 24] Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
6. จุมพล พูนภักตร์ชีวิน. การวิจัยแบบอนาคต EDFA. ใน: ประพันธ์ จำปาไทย, บรรณาธิการ. รวมบทความวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: รุ่งสาสน์การพิมพ์; 2530. หน้า 38 - 44.
7. บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเออนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด; 2550.
8. Heiko A. Consensus measurement in Delphi studies: review and implications for future quality assurance. Technol Forecast Soc Change 2012; 79: 1525-36.
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). ก่อนจะถึงวันสุดท้าย. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2554.
10. งามเนตร เอี่ยมนาคะ. นโยบายบูรณาการด้านการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของประเทศไทย: Integrated policy of long term care for the elderly in Thailand. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
11. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, นภัส แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558; 24: 1017-29.
12. Waterman RH, Peters TJ, Phillips JR. The 7-S framework. Chapter; 1980. p.309-14.
13. Harris-Wehling J, Feasley JC, Estes CL. Real people, real problems: An evaluation of the long-term care Ombudsman programs of the older Americans act. Washington DC: National Academies; 1995.
14. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, ยส วัชรกุลปต์. ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2560.
15. Frank C, Wilson CR. Models of primary care for frail patients. Can Fam Physician 2015; 61: 601- 6.
16. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ที คิว พี; 2553.