

สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น

ศิราณี ศรีหาคาศ*, วชิรี อมรโรจน์วรุฒิ**, ณรงค์ คำอ่อน*,
พัฒน์ ศรีโษษฐี***, พลอยลดา ศรีหานู***, ทิพวรรณ ทับซ้าย***

รับบทความ: 27 กันยายน 2563
รับบทความที่แก้ไข: 5 มกราคม 2564
ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 8 มกราคม 2564

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากผู้สูงอายุจำนวน 4,989 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 308 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 7 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 64 คน และ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการจัดเวทีแลกเปลี่ยน จำนวน 28 ครั้ง ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ประเด็น และการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ 95% CI

ผลการศึกษาพบว่า 1) สถานการณ์ภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน พบผู้สูงอายุร้อยละ 66 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.16 โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมด ร้อยละ 1.88 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรง ร้อยละ 2.29 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 5.99 ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน พบความชุกประมาณร้อยละ 28.36 ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติและมีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 9.26 2) สถานการณ์ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นลูกสาว ร้อยละ 45 รองมาคือภรรยาเกือบร้อยละ 20 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุโดยร้อยละ 64 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและร้อยละ 11 มีความพิการ รวมทั้งพบว่าผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82 และพบว่าผู้ดูแลมีภาวะเครียดจากการดูแล 3) ภาระงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและความไม่เข้าใจและความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินของกองทุนระบบการดูแลระยะยาว เป็นอุปสรรคสำคัญของการขับเคลื่อนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระยะเปลี่ยนผ่าน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

** ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

Corresponding Author: ศิราณี ศรีหาคาศ Email: daosiam@mail.com

สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ซึ่งต้องอาศัยการสร้างความเข้าใจ ในการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การเป็นนโยบายสาธารณะภายใต้ความร่วมมือของภาคี เครือข่ายโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้เกิดระบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวที่สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ของชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

คำสำคัญ: ปัญหา; ความต้องการ; การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว; กองทุนระบบการดูแลระยะยาว

Problems and Needs of Long-Term Care for Elderly Community Dwellers Supported by Long Term Care Fund in Khon Kaen Province

Siranee Sihapark^{*}, Wacharee Amornrojanavaravutti^{**}, Narong Kam-on^{*},
Phatane Srioat^{***}, Ploylada Srihanoo^{***}, Thippawan Tupsai^{***}

Received: September 27, 2020

Revised: January 5, 2021

Accepted: January 8, 2021

Abstract

This research aimed to investigate the situations of problems and needs of long-term care for elderly community dwellers supported by the Long-Term Care Fund in Khon Kaen province to provide recommendations to national public health policy. Data were collected, from March to August 2017 using surveys, observations, in-depth interviews, focus groups and reviews of relevant documents from 4,989 elderly, 308 family caregivers, 8 care managers, 64 persons involved in the systems and 28 participated observations. Data were analyzed using thematic analyses, percentages and 95% CI.

The results showed that: 1) long-term dependency situation of the elderly in the community were found 66% of the elderly that had chronic illness. The prevalence of long-term dependence of the elderly was 10.16% which included 1.88% with total dependency, 2.29% with severe dependency, and 5.99% moderate dependency. Regarding the ability of the elderly to perform their essential activities of daily living (ADL), it was found that 28.36% of them had limitations to perform essential ADL and 9.26% of them had dementia. 2) In terms of the situation of long-term care for the family caregivers, it was found that most family caregivers were daughters (45%) followed by spouses with nearly 20%. Additionally, more than half of caregivers were also elderly persons and 64% of them had chronic illnesses and 11% of them had disabilities. Additionally, 82% of them had the overall quality of life at a moderate level. 3) The study found that care managers experienced long-term care as a due to lack of understanding of the system. Unclear

^{*} Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

^{**} Director, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

^{***} Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

Corresponding Author: Siranee Sihapark Email: daosiam@mail.com

guidelines on how to implement the long-term care fund made it a major obstacle to the development of community long-term care system for the elderly.

Problems and needs of long-term care for the elderly community dwellers were likely to increase. To develop the community long term care system for the elderly, it was essential to advocate the long-term care policy as a public policy with supports from partnerships especially from local governments and health sectors to create a long-term care system that fit to the community's contexts and situations as well as supporting the elderly society in the future.

Keywords: Problems; Needs, Long-term care for elderly, Long-term care fund

บทนำ

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.0 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.0⁽¹⁾ และโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ⁽²⁾ ทำให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาว⁽³⁾ ในขณะที่โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวมีอยู่อย่างจำกัด บุตรที่ทำหน้าที่ดูแลบิดามารดา มีจำนวนน้อยลงอัตราส่วนเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง^(4,5) ในขณะที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสภาพความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย โดยเกือบ 2 ใน 3 อยู่ในวัยสูงอายุ และมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวมทั้งส่วนใหญ่ต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง การดูแลจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ มากกว่า 1 ใน 4 และพบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีปัญหาการดูแลด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว⁽⁶⁾

มาตรการเกี่ยวกับครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวให้ยาวนานที่สุด และส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ และมติข้อเสนอการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว⁽⁸⁾ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การคัดกรองผู้สูงอายุ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน การพัฒนาการจัดบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน การดูแล และฟื้นฟู ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริการ การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์ การพัฒนากำลังคน การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล และ การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบ และการบริหารจัดการ⁽⁹⁾

ในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลประกาศนโยบายตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 1,000 ตำบล เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 10 ประมาณ 100,000 ราย โดยทำบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ สมาคมองค์กรการ

บริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ผ่านงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีเป้าหมายดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งประเทศในปีงบประมาณ 2561⁽⁹⁾

จังหวัดขอนแก่น เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองของประเทศ จำนวน 292,217 คน งบประมาณร้อยละ 16 ของประชากร⁽⁵⁾ และจากการประมาณการดัชนีการสูงวัยพบว่าในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดขอนแก่นจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Completed aged Society) ซึ่งการศึกษาในเขตชนบทจังหวัดขอนแก่น พบผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงและต้องการการดูแลระยะยาว เกือบร้อยละ 12 และพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว เกือบร้อยละ 10⁽¹⁰⁾ สถานการณ์ความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนมีเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับชุมชน ในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดขอนแก่น มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข สมัครเข้าร่วมดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนาร่อง จำนวน 44 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือประมาณร้อยละ 20 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจะมีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาว จำนวน 4,997 คน⁽¹¹⁾

แนวโน้มในอนาคตขนาดของปัญหาจะมากขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ภาระการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้น จึงมีความต้องการระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน⁽⁶⁾ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาว รวมทั้งสถานการณ์กองทุนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และวัฒนธรรมการดูแลของผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น อย่างไรก็ตามพบว่าข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา มีข้อจำกัดเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินสถานการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับนโยบายและความทันสมัยของข้อมูล การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการขับเคลื่อนทางนโยบายและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้วัฒนธรรมของชุมชน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งจะนำมาสู่กระบวนการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจของชุมชนในการนำนโยบายภาครัฐสู่การขับเคลื่อนเป็นนโยบายสาธารณะ ทำให้เกิดจัดการกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ข้อมูลของชุมชนด้วยตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และนำไปสู่การสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนและจัดการปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลระยะยาว และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาศถานการณ์ปัญหา และความต้องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสำรวจและการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และ การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคม – สิงหาคม 2560

พื้นที่ศึกษาและประชากรเป้าหมาย

จังหวัดขอนแก่น มีพื้นที่ครอบคลุม 26 อำเภอ 199 ตำบล และ 2,331 หมู่บ้าน เมืองครุฑปกครอง ส่วนท้องถิ่นจำนวน 228 แห่ง และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 292,217 คน เป็นเพศชาย 133,524 คน เพศหญิง 158,693 คน⁽⁵⁾ การคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัย มีเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่วิจัยตามระยะการวิจัย ดังนี้

1. แบ่งกลุ่มอำเภอในจังหวัดขอนแก่นตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ 3 โซน ได้แก่ โซนเหนือ โซนใต้ และโซนตะวันตก แล้วสุ่มโซนละ 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอซำสูง อำเภอชุมแพ และอำเภอพล
2. เป็นพื้นที่ที่เมืองครุฑปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในปีงบประมาณ 2559 – 2560
3. สุ่มพื้นที่วิจัยตามสัดส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดย อำเภอซำสูง มีจำนวน 1 ตำบล อำเภอพล มีจำนวน 2 ตำบล และอำเภอชุมแพ มีจำนวน 3 ตำบล
4. ผู้บริหารของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยินดีสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. ข้อมูลเชิงคุณภาพมีความอึดตัว

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการวิจัย มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ 1) ผู้สูงอายุ ทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งหมดที่มีรายชื่อตามทะเบียนข้อมูลรายงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่เป้าหมายของการวิจัย ณ วันที่สำรวจ และ 3) ผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักของครอบครัว ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่กำลังทำหน้าที่ในปัจจุบันทุกคน 2) ผู้สูงอายุที่ให้การดูแลอยู่ในภาวะความยากลำบาก มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ Barthel index พบมีภาวะพึ่งพิง (ต่ำกว่า 12 คะแนน) หรือ มีภาวะบกพร่องทางเชอว่ปัญญา ที่เรียกว่า ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ MMSE-Thai ที่มีค่าคะแนนสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม 3) อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ อาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ให้การดูแล ได้แก่ บุตร เขย/สะใภ้ คู่สมรส หลาน ญาติพี่น้อง ที่อาศัยอยู่ในครอบครัว หรือ ไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ให้การดูแล 4) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และ 5) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงกับการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังต่อไปนี้ 1) เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณีประจำสถานบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่จากหน่วยงาน 2) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรายกรณี หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย 3) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเลือกโดยวิธี Snowball sampling จากบุคคลที่ถูกกล่าวถึง โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่ได้รับการมอบหมายจากชุมชน หรือหน่วยงานในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครอื่นๆ

2) ผู้สูงอายุที่ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง หรือ มีภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา หรือ ภาวะสมองเสื่อม 3) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และ 4) สมัครใจ เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เลือกโดยวิธี Snowball sampling จากบุคคลที่ถูกกล่าวถึง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พระสงฆ์ บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เป็นต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค้การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

เครื่องมือการวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วยการประเมินดังต่อไปนี้

1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน

ใช้เครื่องมือ the Barthel index⁽¹²⁾ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและง่ายในการสื่อสารกับผู้ตอบ ประกอบด้วยการประเมิน 10 กิจกรรม เครื่องมือได้รับการแปลเป็นภาษาไทย⁽¹³⁾ โดยใช้เกณฑ์การตัดสินภาวะทุพพลภาพรุนแรง คือ น้อยกว่า 12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน^(13,14)

2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

ใช้เครื่องมือ Lowton Instrumental Activities of Daily Living Scale เครื่องมือนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการวางแผนและประเมินการรักษาหรือการปฏิบัติที่ใช้สำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในชุมชน มีจำนวน 8 ข้อ ใช้ระยะเวลา 5-10 นาที และมีค่า Test-retest เท่ากับ 0.93-0.96 และ Inter-rater เท่ากับ 0.87-0.91 เครื่องมือได้รับการแปลเป็นภาษาไทย^(13,15)

3) ภาวะสมองเสื่อม

ใช้เครื่องมือทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Mental State Examination⁽¹⁶⁾ ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในคลินิกและชุมชน และได้รับการแปลเป็นภาษาไทย มีคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้จุดตัดตามระดับการศึกษา โดยต่ำกว่าประถมศึกษา ใช้จุดตัดคะแนน ≤ 14 คะแนน ระดับการศึกษาชั้นประถม ใช้จุดตัดคะแนน ≤ 17 คะแนน และสูงกว่าประถมศึกษา ใช้จุดตัดคะแนน ≤ 23 คะแนน⁽¹⁷⁾

4) คุณภาพชีวิตผู้ดูแล

มีเป้าหมายเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เลือกใช้เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก จำนวนทั้งหมด 26 ข้อ และแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตดี คุณภาพชีวิตปานกลาง และคุณภาพชีวิตไม่ดี ซึ่งจากการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ⁽¹⁸⁾

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสาร ซึ่งมีแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ดัดแปลงจากเครื่องมือการวิจัยเรื่อง ภาวะและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย⁽⁶⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสาร จะถูกนำมาวิเคราะห์โดย ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลหลังการเก็บข้อมูลทุกครั้ง และข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาจัดพิมพ์ลงในแบบฟอร์มบันทึกการลงข้อมูลโดยใช้ตารางโปรแกรม Excel วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การตีความ (Interpretation) และ วิเคราะห์ตามลำดับชั้นของข้อมูล และนำไปสู่การสร้างบทสรุปย่อ แล้วจึงสร้างเป็นบทสรุปของการศึกษาแต่ละประเด็น (Thematic analysis) ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับ สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ภาวะพึ่งพา ระยะยาวผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ภาวะสมองเสื่อม และคุณภาพชีวิต การวิเคราะห์และนำเสนอผลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ตามระดับการวัดตัวแปร ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนระดับความรุนแรงของภาวะพึ่งพา ระยะยาว คุณภาพชีวิต ภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ด้วย Prevalence rate, 95%CI

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหา และ ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ 6 ตำบล ของจังหวัดขอนแก่น มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทางประชากรผู้สูงอายุในชุมชน

พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 70.23 ปี ร้อยละ 66 ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคที่พบบ่อยอันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง รองมา ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม และต่อกระจาก ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 5 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 ชนิด มีความพิการ ร้อยละ 3 ในขณะที่ครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย และพบผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 5 ไม่มีคนดูแล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ (n=4,989 คน)

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	1,907	44.71
หญิง	2,758	55.28
2. อายุ (อายุเฉลี่ย 70.23 ปี, SD=7.78 ปี)		
60-69 ปี	2,648	53.08
70-79 ปี	1,667	33.41
80 ปีขึ้นไป	674	13.51
3. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	1,690	33.87
มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	3,299	66.13
1) โรคประจำตัวรวมมากกว่า 1 โรค	1,080	21.65
2) โรคความดันโลหิตสูง	1,205	24.15
3) โรคเบาหวาน	692	13.87
4) โรคข้อเสื่อม	325	6.51
5) ต้อกระจก	167	3.35
6) ไทรอยด์	163	3.27
7) โรคมะเร็ง	157	3.15
8) โรคหัวใจ	124	2.165
3. มีความพิการ	161	3.23
4. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	2,931	58.75
ครอบครัวขยาย	2,058	41.25
5. ผู้ดูแลหลักในการทำกิจวัตรประจำวัน		
ไม่มีผู้ดูแล	245	4.91
มีผู้ดูแล	4,744	95.09

2. สถานการณ์ปัญหาภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ผลการประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมซึ่งทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาว ร้อยละ 10.16 (95% CI 9.3–11.0) โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมด ร้อยละ 1.88 มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรง ประมาณร้อยละ 2.29 และมีภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 5.99 ซึ่งกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ มากที่สุดได้แก่ การกลั้นปัสสาวะ พบเกือบร้อยละ 16 รองมา ได้แก่ การใช้ห้องสุขา การลุกนั่งจากที่นอน จากเตียงไปเก้าอี้ การกลั้นอุจจาระ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การรับประทานอาหาร และการสวมใส่เสื้อผ้า นอกจากนี้พบว่า

ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ประมาณร้อยละ 28 และมีภาวะสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 9 (95% CI 8.5–10.1) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ (n=4,989 คน)

การปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานชีวิต	จำนวน (คน)	ความชุก (ร้อยละ)	95%CI
1. ความชุกการพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุ			
1) ไม่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (12-20 คะแนน)	4,482	89.84	89.0–90.7
2) มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (0-11 คะแนน)	507	10.16	9.3–11.0
Moderately severe dependence (8-11 คะแนน)	299	5.99	
Severe dependence (5-7 คะแนน)	114	2.29	
Total dependence (0-4 คะแนน)	94	1.88	
3) ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานชีวิต			
3.1) การรับประทานอาหาร	672	13.47	
3.2) ล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด	204	4.09	
3.3) ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	710	14.23	
3.4) การใช้ห้องสุขา	747	14.97	
3.5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	673	13.49	
3.6) การสวมใส่เสื้อผ้า	615	12.33	
3.7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	479	9.60	
3.8) การอาบน้ำ	171	3.43	
3.9) การกลืนถ่ายอุจจาระ	680	13.63	
3.10) การกลืนปัสสาวะ	785	15.73	
2. ความชุกการพึ่งพิงผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน			
1) ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ (7–8 คะแนน)	3574	71.64	70.4–72.9
2) พึ่งพิงผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ (0–6 คะแนน)	1415	28.36	27.1–29.6
3. ความชุกภาวะสมองเสื่อม			
1) ไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม	4527	90.74	89.9–91.5
2) สงสัยภาวะสมองเสื่อม	462	9.26	8.5–10.1

3. สถานการณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัว

ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักในครอบครัว มีจำนวน 440 คน และสามารถให้ข้อมูล จำนวน 308 คน อัตราการตอบกลับ (Respond rate) ร้อยละ 70 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัว เกือบร้อยละ 78 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และยังคงประกอบอาชีพ และมีอายุเฉลี่ย 56 ปี ส่วนใหญ่เป็นลูกสาวมากที่สุด พบถึงร้อยละ 45

รองมาคือ ภรรยา ลูกสะใภ้ และพี่น้อง ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าเกือบร้อยละ 8 ผู้ดูแลหลัก คือ ผู้ดูแลในระบบกองทุนการดูแลระยะยาว ในขณะที่พบว่าผู้ดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ และมีความต้องการการพึ่งพิงด้านสุขภาพเช่นกัน โดยพบร้อยละ 64 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและร้อยละ 11 มีความพิการ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=308 คน)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	69	22.40
หญิง	239	77.60
2. อายุ (อายุเฉลี่ย 66.09 ปี, SD=15.69 ปี)		
น้อยกว่า 50 ปี	79	25.65
50-59 ปี	59	19.16
60-69 ปี	64	20.78
70-79 ปี	69	22.40
80 ปีขึ้นไป	37	12.01
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	243	78.90
มัธยมศึกษา	60	19.48
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	1.62
4. อาชีพปัจจุบัน		
หยุดประกอบอาชีพ	146	47.40
ยังประกอบอาชีพอยู่	162	52.60
5. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้สูงอายุ		
ลูกสาว	139	45.13
ภรรยา	61	19.81
ลูกสะใภ้	38	12.34
พี่น้อง	22	7.14
ผู้ดูแลในระบบกองทุนการดูแลระยะยาว	24	7.79
ลูกชาย	13	4.22
แม่ หลาน	7	2.27
เพื่อนบ้าน	4	1.30

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=308 คน)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
6. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล		
สุขภาพปกติ	110	35.71
มีโรคเรื้อรัง	198	64.29
โรคกระดูกและข้อ ได้แก่ ข้อเสื่อม เกาต์ ปวดเข่า	82	26.62
ความดันโลหิตสูง	66	21.43
เบาหวาน	45	14.61
หัวใจ	14	4.55
โรคไต	8	2.60
โรคอื่นๆ ได้แก่ มะเร็ง นิ้ว ติดเชื้อ	6	1.95
มีความพิการ	35	11.36

ด้านผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82 รองมาคือ คุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 12 และคุณภาพชีวิตไม่ดี เกือบร้อยละ 6 และเมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า องค์ประกอบที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบมีคุณภาพชีวิตไม่ดีเกือบร้อยละ 20 รองมาคือ ด้านสุขภาพกาย พบเกือบร้อยละ 16 ส่วนองค์ประกอบด้านจิตใจ พบมีคุณภาพชีวิตดี มากที่สุด ร้อยละ 30.2 รองมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 18.8 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน (n=308)

ผลการประเมินคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี	95% CI
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. คุณภาพชีวิตโดยรวม (26-130 คะแนน)	17 (5.5)	253 (82.1)	38 (12.3)	80.9278-83.7995
2. คุณภาพชีวิตรายด้าน				
2.1 ด้านสุขภาพกาย (7-35 คะแนน)	49 (15.9)	244 (79.2)	15 (4.9)	19.8191-20.7532
2.2 ด้านจิตใจ (6-30 คะแนน)	13 (4.2)	202 (65.6)	93 (30.2)	20.3499-21.1509
2.3 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3-15 คะแนน)	61 (19.8)	220 (71.4)	27 (8.8)	8.7565-9.2134
2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (8-40 คะแนน)	16 (5.2)	234 (76.0)	58 (18.8)	25.5588-26.5697

จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวทำให้มีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพกาย ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียด นอนไม่หลับ และบางครั้งนำมาซึ่งการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลตกกิจกรรมในสังคม และบางกรณีสูญเสียรายได้จากการลาออกจากงานเพื่อทำหน้าที่ผู้ดูแล ดังเช่นกรณีศึกษาต่อไปนี้

กรณีศึกษาตา ก.

ผู้สูงอายุชาย วัย 74 ปี โรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถช่วยตนเองได้นอนอยู่บนเตียง และไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล เดิมมีภรรยาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนเดียวมานาน 10 ปี ตั้งแต่การอาบน้ำเช็ดตัว การป้อนอาหาร การขับถ่าย การแต่งกาย จนภรรยาเข้าสู่วัยสูงอายุ สุขภาพไม่แข็งแรงเหมือนเดิมและมีความเครียด จนไม่สามารถดูแลเองเพียงลำพัง ทำให้ลูกสาวซึ่งทำงานบริษัทที่กรุงเทพมหานครต้องลาออกจากงานเพื่อมาช่วยมารดาดูแลบิดา และต้องประกอบอาชีพใหม่ (IDI-PL-AG1-12 เมษายน 60)

กรณีศึกษาตา ส.

ผู้สูงอายุชาย วัย 82 ปี ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้นอนอยู่บนเตียง มา 4 ปี มีภรรยาซึ่งเป็นผู้สูงอายุวัย 68 ปี ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลซึ่งทั้งคู่มักทะเลาะกันเป็นประจำ มีเหตุการณ์หนึ่งที่ทะเลาะกันแล้วพูดทำทนายว่าตายเลยตีโหม ภรรยาจึงถ่มมีดมาจะแทง ซึ่งภรรยาวัยสูงอายุบอกว่าการดูแลสามีที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทำให้รู้สึกเครียด นอนไม่หลับ เนื่องจากผู้ป่วยจู้จี้หงุดหงิด และมักแสดงอารมณ์ร้ายใส่ และทั้งคู่มีความสัมพันธ์ไม่ดีในอดีตเนื่องจากปัญหาความเจ้าชู้ของผู้ป่วย (IDI-PL-AG2-2 มีนาคม 60)

4. ภาระงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

จากการศึกษาข้อมูลการดำเนินงานของพื้นที่วิจัย ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมดตามรายงาน จำนวน 301 คน และมีผู้จัดการดูแลจำนวน 6 คน ส่วนในปี พ.ศ.2560 พบว่าผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมดตามรายงาน จำนวน 460 คน โดยจำแนกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 4 กลุ่มตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่ม 1 จำนวน 379 คน กลุ่ม 2 จำนวน 38 คน กลุ่ม 3 จำนวน 36 คน และกลุ่ม 4 จำนวน 14 คน โดยมีผู้จัดการดูแล 8 คน พบว่ามีภาระงานการดูแลผู้สูงอายุเกินมาตรฐานที่กำหนด นอกจากนี้พบว่าผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุยังคงรับผิดชอบภาระงานในหน่วยงาน ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก การตรวจคัดกรองโรค การให้บริการต่างๆ ในหน่วยงาน ซึ่งทำให้ผู้จัดการดูแลทุกคนยังคงต้องรับภาระงานเดิมและต้องเพิ่มภาระงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กและไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขโดยตรง การดำเนินงานเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองหนุนทั้งหมดต้องอาศัยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ

“อบต.ไม่มีคนรับผิดชอบโดยตรง อบต.บอกก็ให้คุณหมอทำก็แล้วกัน CM จึงต้องทำหน้าที่ทั้งหมดทั้งการอบรมผู้ดูแล สํารวจ จัดทำแผนการดูแล เยี่ยมบ้าน และทำเรื่องเบิกจ่าย รวมทั้งจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิต ก็ต้องทำเองทั้งหมด จัดทำรายงานเอกสารทุกอย่าง ทำเองหมด” (IDI-NR-CM1-21 ธันวาคม 2559)

“เป็นพยาบาลคนเดียวอยู่ในรพสต. ตรวจรักษาก็เรา คัดกรองก็เรา หมอครอบครัวก็เรา รายงานข้อมูลก็เรา ทำเองทั้งหมดทุกอย่าง แล้วยังต้องเป็น CM เยี่ยมคนไข้ก็เรา อบรม CG แล้วไม่มีเงินให้เขาก็ไม่กล้าใช้เขา ทุกวันนี้ทำงานจนได้รับรางวัลมาหลายอย่าง แต่ยังไม่เบิกไม่ได้ขอ. ไม่เข้าใจก็เบิกไม่ได้” (IDI-KR-CM1-7 มิถุนายน 2560)

“อบรมมาปั๊บที่ยังไม่มี CG ที่ไปทำcare plan ไร้รอยเลย ปวดหัวมากทำไปไม่เป็นเลย พออบรม CG ก็เรารู้สึกเรากับ สสอ. คนทั้ง CUP เราจัดอบรม 70 ชั่วโมงให้ CG ตามหลักสูตรของกรมอนามัย พออบรม CG เสร็จปั๊บที่ลงเลยเพราะที่ทำcare plan ที่เสร็จ เลยได้ทำงานอยู่ 2 เดือน แต่พวกเราโชคดีเพราะว่าเป็นนโยบายผู้บริหารเน้นเรื่องนี้อยู่แล้วท่านให้ความสำคัญ” (FGD-PL-CM1-10 มิถุนายน 2560)

5. ความไม่เข้าใจและไม่ชัดเจนเกี่ยวกับระเบียบการดำเนินงานของกองทุนระบบการดูแลระยะยาว

ประเด็นนี้เป็นอุปสรรคสำคัญของการขับเคลื่อนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระยะเปลี่ยนผ่าน จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่วิจัย 6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าข้อจำกัดและความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ ทำให้เกิดจากความไม่พร้อมของการขับเคลื่อนนโยบายจากส่วนกลางลงสู่พื้นที่ปฏิบัติการโดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น ซึ่งพบว่าหลังการประกาศนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในช่วงปี.ศ. 2559 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข สมัครเข้าร่วมตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนาร่อง (Long-term care) จำนวน 44 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองและจะได้รับการดูแลระยะยาว ในปี 2559 จำนวน 4,997 คน⁽¹¹⁾ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ดำเนินงานด้านนโยบาย ได้ดำเนินการประชุมชี้แจงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงการดำเนินงานกองทุนระบบการดูแลระยะยาวให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการสะท้อนว่าข้อมูลแนวทางปฏิบัติยังไม่เพียงพอต่อความเข้าใจในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระเบียบการเงินและพัสดุ โดยเฉพาะความชัดเจนของระเบียบงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ไม่มีระเบียบข้อบังคับที่ชัดเจนในการดำเนินงานของหน่วยงาน และไม่เข้าใจแนวทางในการดำเนินงานที่มองไม่เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน ทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติตาม โดยเฉพาะโครงสร้างการจัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่เป็นรากฐานดำเนินการกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งพื้นที่ส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไม่สามารถจัดตั้งศูนย์พัฒนาฯ ได้เนื่องจากขาดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับศูนย์พัฒนาฯ ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกประกาศหลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ พ.ศ. 2560 เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2560 ตามมาหลังจากการปฏิบัติงาน 1 ปี

“เขาโอนเงินมาแล้วแต่ไม่รู้จะทำอย่างไรเหมือนกันไปฟังชี้แจงก็ไม่เข้าใจนะคะว่าจะให้ทำอย่างไร ไม่รู้จะทำอย่างไร คงต้องรอให้คุณหมอมามาทำ ตอนนี้ก็จะขยายโรงเรียนผู้สูงอายุเพิ่มอีก 1-2 หมู่บ้านจะเป็นความต้องการของชุมชน ใช้งบกองทุนสุขภาพตำบล” (IDI-WL-Lead-วันที่ 9 เมษายน 2560)

“...อีกสายหนึ่งสายตัวที่สปสข. ออกแบบก็คือตัวเงินที่จะลงมาเขาต้องการให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมก็เลยส่งมาที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ มันเลยกลายเป็นว่าสาธารณสุขก็ทำเตรียมความพร้อมซึ่งก็พร้อมแล้วนะครับแต่ พอเงินมาที่ท้องถิ่น ท้องถิ่นก็พร้อมแบบไม่รู้โอ้หน้อโอ้เห่ ผมยังจำภาพของตัวเองได้ ณ เดือนมกรา กุมภาพันธ์ ปี 59 ได้ มีหนังสือมาฉบับเดียวแล้วก็เอกสารประกอบก็คือหนังสือขอเชิญเข้าร่วมจัดระบบระยะยาวด้านสาธารณสุข ให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนคน 77 คนของผม เป็นเงิน 3 แสน 5 หมื่นบาทจะต้องเซ็นตีในใบบันทึก ข้อตกลงจะต้องตั้งอนุ LTC จะต้องเปิดบัญชีหลังจากนั้นเมื่อทำเสร็จส่งกลับไป สปสข. จากนั้นส่งไปจังหวัด ด้วยเพื่อที่จะโอนเงินมาให้ อารามดีใจเนาะมีเงินมาช่วยเหลือผู้สูงอายุพอมานับตั้งอนุ LTC ตรงนั้น CM ยังไม่ มีนะยังไม่ผ่านการอบรมสะด้วยซ้ำ เขาบอกว่าไปบอกว่าจะเอาใครก็เอาคนนั้นมาเป็นกรรมการก่อน แล้ว CG ละ CG ก็ยังไม่มิกะว่าจะเอาใครเอาคนนั้นมาเป็นกรรมการก่อน ผมก็โอเคก็เลยได้เงินมาส่งกลับคืนไป หลังจากนั้นมาทาง สปสข. ในจังหวัดก็มีการจัดประชุมมาเป็นระยะๆว่าจะทำอะไรยังไงๆ สุดท้ายแบบนี้ละ ครับจนมาถึงปัจจุบันก็ยังเป็นวิธีนี้อยู่ ก็คือนายกท้องถิ่นเซ็นตีใบบันทึกข้อตกลงโดยไม่รู้ตัวและไม่รู้ว่าพร้อมที่ แท้จริงอย่างไร เลยทำให้พอส่งไปปั๊บเงินมา บางทีพอเงินมาแล้วที่นี้ทำไม่เบิกเงินให้ผมเพราะว่า CM พร้อม แล้ว CG ก็พร้อมแล้วนะครับ มันเลยเป็นปัญหาผลพวงมาตอนนี้” (IDI-PL-Lead2-12 เมษายน 2560)

ทำให้พบว่าพื้นที่เข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ นำร่องในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 4 แห่ง มีเพียง 2 พื้นที่ ที่สามารถดำเนินการได้ในปีงบประมาณเดียวกัน ส่วนอีก 2 พื้นที่ดำเนินการเบิกจากตาม ระเบียบได้หลังสิ้นปีงบประมาณ 2560 ส่วนพื้นที่เข้าร่วมในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 2 แห่ง พบว่าไม่สามารถดำเนินการดูแลระยะยาวได้ จำนวน 2 พื้นที่ อย่างไรก็ตามพบว่ามีพื้นที่วิจัย 2 แห่ง มีผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว 2 คน ซึ่งเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คนทำหน้าที่ในการ บริหารจัดการกองทุน และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานสาธารณสุข 1 คน ทำหน้าที่พัฒนาระบบการ ดูแลผู้สูงอายุถูกพัฒนา จนเป็นพื้นที่ต้นแบบของการเรียนรู้และศึกษาดูงานในระดับเขตสุขภาพ และ ระดับประเทศ

“ให้เข้าใจตรงกันว่าเรื่องของกองทุนเป็นเรื่องของท้องถิ่น เรื่องของการจัดบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องของรพ สด... ฉะนั้นเราต้องมีการเชื่อมโยงแล้วก็กระทรวงสาธารณสุขจะต้องรับผิดชอบสุขภาพของพี่น้องประชาชนใน เขตท้องถิ่นและทั้งประเทศ ถ้าจับมือกันทำได้ทั้งสองฝ่ายวินวินเหมือนกัน ฝ่ายท้องถิ่นมีผลงานไปกรอก PA เพื่อเอาโบนัส ฝ่ายสาธารณสุข 43 แห่งหรือก็เพิ่มไม่รู้ละเราก็มีข้อมูลที่จะไปทำไปกรอกนะครับทั้งสองส่วนใช้ ประโยชน์ได้ร่วมกันทั้งหมดนะครับถ้าเราจับมือแล้วก็เชื่อมโยงกันทำ ฉะนั้นอยากให้เข้าใจในส่วนของผู้สูงอายุ ในคนหนึ่งคนท้องถิ่นรับผิดชอบทั้งหมดนะครับ ส่วนสาธารณสุขก็รับผิดชอบเช่นเดียวกันแต่ในเรื่องของมิติ สุขภาพตั้งแต่หัวจรดเท้า คือหาทางเชื่อมประสานกันให้ได้คือระบบเขาออกแบบมาเป็นแบบนี้ เราก็ทำระบบ ให้มันสามารถรันไปต่อได้” (IDI-PL-Lead2-12 เมษายน 2560)

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ร้อยละ 10.16 พบว่ามีความชุกน้อยกว่าการศึกษาในปีพ.ศ.2556 พบประมาณ ร้อยละ 12⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของพื้นที่ในการศึกษา ซึ่งในการศึกษารั้งนี้พื้นที่ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่อาศัยทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท อย่างไรก็ตามแนวโน้มในอนาคต จังหวัดขอนแก่นจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์แบบ⁽¹⁹⁾ ซึ่งจะทำให้สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้น ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนที่เพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัวมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่มีความต้องการการดูแลเช่นเดียวกัน และพบว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลทั้งสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพความไม่พร้อมทางด้านร่างกายและการดูแลจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีปัญหาการดูแลด้านการแพทย์ที่เกินศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว⁽⁶⁾ ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวจึงมีความจำเป็นสำหรับสังคมไทยในปัจจุบันและในอนาคต

จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่วิจัย 6 ตำบล พบว่า ผู้จัดการดูแล เป็นกำลังคนสำคัญและเป็นกลไกหนึ่งของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่ถูกกำหนดไว้ในระเบียบของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ ซึ่งกำหนดคุณสมบัติให้ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย และเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ออกแบบระบบบริการการดูแลและรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ประกอบด้วยบทบาททั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่ การประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การจัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหาयरกรณี มอบหมายงาน การเชื่อมประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง การพัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการและการกำกับติดตาม และการประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา ในอัตราส่วนผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 1 คนต่อผู้สูงอายุ 50 คน รวมทั้งหน้าที่ในการผลิตผู้ดูแล เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 5-10 คนต่อผู้ดูแล 1 คน⁽²⁰⁾ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความสำคัญและเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ที่ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพียงลำพังภายใต้ระบบการควบคุมกำกับติดตามจากหน่วยงานด้านนโยบาย ซึ่งแม้ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินการตามระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่ในอนาคตที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นภาระการดูแลของผู้จัดการดูแลจะเพิ่มสูงขึ้นซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาระของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหากไม่ได้รับการแก้ไข

ข้อจำกัดและความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินการของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ ทำให้เกิดความไม่พร้อมของการขับเคลื่อนนโยบายจากส่วนกลางลงสู่พื้นที่ปฏิบัติการโดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น แม้ว่าความไม่เข้าใจและไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินขับเคลื่อนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจะเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ แต่อย่างไรก็ตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นนโยบายที่มีความสำคัญ

และจำเป็นต่อระบบสุขภาพไทยและการรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต และพบว่านโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นนโยบายที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิต และระบบการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ดังนั้นการขับเคลื่อนนโยบายของรัฐสู่การเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้ามาที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจ เอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชนและประชาชนเอง เข้ามามีส่วนร่วม กำหนดทิศทาง หรือแนวทางการแก้ไข ปัญหาหรือพัฒนาชุมชนที่ชุมชนหรือท้องถิ่นนั้นๆ เห็นพ้องต้องกันว่าควรดำเนินไปในทิศทางนั้นพื้นฐานของข้อมูล หลักฐาน ข้อเท็จจริงที่ทุกฝ่ายยอมรับและ เชื่อว่านำไปสู่ชุมชนสุขภาวะและสามารถปรับเปลี่ยน ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ สภาพปัญหาหรือความ ต้องการของสังคมหรือชุมชนนั้นๆ⁽²¹⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุ ในขณะที่การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม ตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ยังไม่สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายและมีแนวโน้มจะมีความยากลำบากในการขับเคลื่อนการปฏิบัติในระดับพื้นที่ ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อเตรียมการและการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวรองรับสังคมผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะจากการวิจัยดังต่อไปนี้

1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเป็นเจ้าภาพหลักในการผลักดันให้นโยบายกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสู่การเป็นนโยบายสาธารณะ ซึ่งจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายต่างๆในชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจและกำหนดทิศทางนโยบายการขับเคลื่อนกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้มแข็งสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนในอนาคต

2) สนับสนุนการพัฒนากำลังของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการปฐมภูมิให้มีจำนวนเพียงพอสำหรับในอนาคต โดยเฉพาะผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งต้องแบกรับภาระและเป็นกลไกฟันเฟืองสำคัญของการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนรวมทั้งการวางแผนพัฒนากำลังคนและการดำรงรักษาคนในระบบ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เอกสารอ้างอิง

1. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. รายงานวิจัย การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
2. WHO. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented. Denmark: WHO; 2003.

3. Lafortune G, Balestat G. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. OECD Employment, Labour and Social Affairs Committee. Health Working Papers, 0_1; 2007.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สัมภาษณ์ประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2553.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
6. ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ. ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2557.
7. วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. รายงานการศึกษาโครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์; 2553.
8. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
10. Sihapark S, Kuhirunyaratn P, Chen H. Severe Disability Among Elderly Community Dwellers in Rural Thailand: Prevalence and associated factors. Ageing International 2014;39(3): 210-20. doi: 10.1007/s12126-013-9190-7.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น. รายงานผลการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ปี 2560. ขอนแก่น: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7; 2560.
12. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. Int Disabil Stud 1988; 10(2):61-3. doi:10.3109/09638288809164103.
13. Jintapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The Meaning of Activities of Daily Living in a Thai Elderly Population: Development of a new index. Age Ageing 1994; 23(2): 97-101. doi: 10.1093/ageing/23.2.97.
14. Challis D, Mozley CG, Sutcliffe C, Bagley H, Price L, Burns A, et al. Dependency in Older People Recently Admitted to Care Homes. Age Ageing 2000; 29(3):255-60. doi: 10.1093/ageing/29.3.255.
15. สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล. มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2545; 3(2): 49-62.
16. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12(3):189-98.

17. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
18. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
19. สำนักงานปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2557.
20. Department of Health Ministry of Public Health. Care Manager Training Guidelines. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015.
21. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 7. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2558.