

วิจัยประเมินผลการจัดการกลยุทธ์ งบประมาณ(Blueprint for change) ทศวรรษพัฒนาคุณภาพบริการ (ปี 2550-2559) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์พันธกิจ เมืองไทยแข็งแรงเขตสุขภาพที่ 9 (ปี 2550-2572)

สุขุมาล พัฒนเศรษฐฐานนท์ **

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อประเมินผลการจัดการกลยุทธ์ กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ เครือข่ายรพ.ส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ ในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสู่ตำบลดูแลระยะยาว ผาสุก เขตสุขภาพที่ 9 ตามกรอบงาน (Blueprint for Change) ทศวรรษพัฒนาคุณภาพบริการ (2550-2559)

การวิจัยใช้กรอบการวิจัย ADLI-LeTCI ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (MBNQA:Thailand Quality Award) ซึ่งประกอบด้วย 1) การดำเนินการที่เป็นระบบ (Approach) 2) การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ (Deploy) 3) การติดตามประเมินผล เพื่อพัฒนาระบบและแบ่งปันขยายผลที่ดี (Learning) 4) การบูรณาการ โดยดำเนินการวัด วิเคราะห์และ ประเมินผลสัมฤทธิ์ ใน 4 มิติ ได้แก่ 1) ผลสัมฤทธิ์ของการจัดการ(Level)) 2) แนวโน้ม ทิศทางของผลลัพธ์ อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Trend) 3) การเปรียบเทียบ แสดงค่าผลลัพธ์เทียบกับองค์กรอื่นที่เหมาะสม (Comparison) และ 4) การบูรณาการจำแนกผลลัพธ์ที่สำคัญ ทั้งหมด (Integration) ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ดำเนินการ พขอ. และมีตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ในเขตสุขภาพที่ 9 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นข้อมูลการดำเนินงานตำบล LTC เขตสุขภาพที่ 9 ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบตำบล LTC ได้แก่ มีการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) อบรมพัฒนาผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(Care manager) และจัดอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver)ตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม

ผลการศึกษาพบว่า การจัดการกลยุทธ์ การส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลLTC เขตสุขภาพที่ 9 โดย CM และCG ตลอดทั้งหมดครอบครัว จาก รพ.ศ./รพท .,รพช และ รพ.สต.ที่ผ่านรับรองคุณภาพทุก 3 ปีตามมาตรฐานHPHNQC หรือรับรองคุณภาพ รพ สต.ติดตามตามมาตรฐาน รพ.สต.ห้าดาว มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ร่วมกับบริการหมอครอบครัว มีระบบประสานข้อมูลการเยี่ยมบ้านโดยโปรแกรม Thai COC (Thai continuing of care มีการอบรม CM, และCG เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุใน ตำบล LTC ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน3,069 ราย สัดส่วนCM ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตามCare plan 1: 34.5 สัดส่วน CG ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 1:4.2 ราย ร้อยละการจัดทำ Care plan เท่ากับ 39.3 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ของประเทศ (ร้อยละ 58.1(กรมอนามัย 2560) การดำเนินงานตำบล LTC เปรียบระหว่างเขตสุขภาพ 12 เขต พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุเขต 9 ที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมน้อยกว่าเขตอื่น

บทสรุป การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้กระบวนการจัดการเชิงกลยุทธ์โดยการวิจัยสามารถอธิบาย ความเชื่อมโยง ผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และงานเกี่ยวข้อง ได้ครอบคลุมเป็นระบบ ซึ่งควรปรับปรุงพัฒนา การจัดทำCare plan ,หลักสูตรและบทบาท CM, CG.ให้สอดคล้องแนวโน้ม ต่อไป

**สุขุมาล พัฒนเศรษฐฐานนท์ นักวิชาการสาธารณสุข ชนค. Hnoy.phatth@gmail.com

*ศูนย์อนามัย ที่ 9 นครราชสีมา 044 305 131, 06 4098 6209, 08 1879 2419

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น การที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถที่จะปกป้อง และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่จะสนองตอบความต้องการต่างๆ สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม โดยมีความเชื่อมโยงถึงบุคคล ครอบครัว บ้าน ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาล สถานที่ทำงาน สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม การเมือง กฎหมาย และระบบบริการสังคม เพื่อให้ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ ไม่เจ็บป่วยและมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประเทศชาติ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดคนเจ็บป่วยจึงเป็นบทบาทใหม่ของประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยให้ความสำคัญ มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นวิถีทางที่ยั่งยืนในการลงทุนทางสุขภาพที่ต่ำและมีความคุ้มค่าที่สูง กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ได้ระบุกิจกรรมหลักของการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ¹⁰

ประเทศไทยได้นำแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรออตตาวา โดยคณะรัฐมนตรีมีมติให้พื้นที่ที่มีการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ภายใต้การบริหารจัดการที่สอดคล้องกับปัญหาของแต่ละพื้นที่ ให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วม เสริมสร้างความเป็นผู้นำ และเจ้าของร่วมกัน ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืน ซึ่งจากมติดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้จัดพิธีลงนามร่วมกันในวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2559 โดยให้แต่ละอำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และมีการวิเคราะห์ปัญหา คัดเลือกปัญหาที่สำคัญมาจัดทำแผน ดำเนินการบริหารจัดการ สร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน² นอกจากนี้จากการที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รัฐบาลจึงให้ความสำคัญและมีนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ภายใต้การสนับสนุน งบประมาณผ่านสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง มีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 - ล้านบาทให้แก่ สปสช. เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยปฐมภูมิ และเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต.) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น และยังสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ซึ่งการดำเนินงานของแต่ละท้องถิ่นที่มีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะดำเนินงานภายใต้ตำบล LTC โดยมีองค์ประกอบ 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลระยะยาว 2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3) มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home health care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัว 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม

และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) และ 7) มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล³

เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดำเนินการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยเลือกปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ 5 เรื่องมาจัดทำโครงการ ได้แก่ 1) โครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต 2) โครงการด่านครอบครัว รั้วแห่งความปลอดภัย 3) โครงการประชารัฐร่วมใจ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน 4) โครงการพัฒนาเมืองสะอาด สิ่งแวดล้อมดี และน่าอยู่อย่างยั่งยืน และ 5) โครงการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ และจากการดำเนินโครงการพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 ในปี พ.ศ.2559 มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care ของกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายของประเทศ และจากการที่ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมาในฐานะเป็นหน่วยงานของกรมอนามัยที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริม สนับสนุน สร้างการมีส่วนร่วม แก่ภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 9 ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้มีการดำเนินการจัดการเชิงกลยุทธ์กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริม พหุ. ให้เป็นตำบล LTC โดยการใช้การจัดการกลยุทธ์ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) ซึ่งประกอบด้วย 1) การดำเนินการที่เป็นระบบ (Approach) 2) การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ (Deploy) 3) การติดตามประเมินผล เพื่อพัฒนาระบบ และแบ่งปันขยายผลที่ดี (Learning) และ 4) การบูรณาการ (Integration) เพื่อให้แผน ตัวชี้วัด กิจกรรม และผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย และทิศทางของการดำเนินงานตำบล Long Term Care ผู้วิจัยในฐานะที่ทีมงานสนับสนุนการดำเนินงานโครงการฯ การประสานพัฒนาระบบบริหารจัดการ และประเมินเกณฑ์มาตรฐานระบบ LTC ในเขตสุขภาพที่ 9 จึงทำการวิจัยประเมินผล การจัดการเชิงกลยุทธ์ กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสู่ตำบล LTC เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการจัดการกลยุทธ์ กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมภาคีส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ เครือข่ายรพ.ส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ ในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสู่ตำบลดูแลระยะยาว ฝาสุก เขตสุขภาพที่ 9 ตามกรอบงาน (Blueprint for Change) ทศวรรษพัฒนาคุณภาพบริการ (2550-2559)

วิธีการดำเนินงาน/วิธีการ/ขอบเขตงาน

1.วิธีดำเนินงาน ดำเนินการจัดการกลยุทธ์ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ(MBNQA : Health care / TQA) ประกอบด้วย

1.1 การดำเนินการอย่างเป็นระบบ (Approach) โดยจัดประชุมสัมมนา ประชุมปฏิบัติการถ่ายระดับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ผ่านระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้งบประมาณจากโครงการ พัฒนาภาคี เครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผู้พิการ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 จัดทำแผนปฏิบัติการพันพิชเขตสุขภาพกับเขตสุขภาพ ที่ 9 ตาม Six Key Function ซึ่งประกอบด้วย การเฝ้าระวัง (Surveillance) การวิจัยและ พัฒนา (Research and development) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and evaluation) การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer protection) การสนับสนุนภาคี เครือข่าย (Provider support) ทั้ง ในระดับเขตสุขภาพ ระดับ จังหวัด ระดับอำเภอ และระดับพื้นที่ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ผู้รับผิดชอบงาน ผู้สูงอายุระดับ จังหวัด และผู้เกี่ยวข้อง) ในการ จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพกลุ่ม

ผู้สูงอายุ กำหนดตัวชี้วัด ในการ ติดตามงานในพื้นที่ ยกระดับยุทธศาสตร์และมาตรการที่สำคัญลงสู่ จังหวัด อำเภอ และตำบล มีแผนงานรองรับรองในจังหวัด อำเภอ มีแผนปฏิบัติการ ชมรมผู้สูงอายุ โดย รพ. สต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้รายงานการประเมินและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จากพื้นที่ ดำเนินการ

2. การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ (Deploy) โดย สนับสนุนการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาการดูแล สุขภาพพระยาวัย และผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 9 โดยสาธารณสุขนิเทศเป็นประธาน จัดประชุมคณะกรรมการ พัฒนาการดูแลสุขภาพพระยาวัย และผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 9 ร่วมจัดอบรม Care manager สนับสนุนการ ฝึกอบรม Caregiver แก่องค์กร ที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุน คู่มือจากน่านักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย แนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุพระยาวัย สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คู่มือกลยุทธ์การ ดำเนินงานตำบล LTC ต้นแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)
3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน ภาควิชาส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ เทรือข่ายรพ.ส่งเสริมสุขภาพ ทุก ระดับ ร่วมจัดฝึกอบรมสัมมนาสร้างองค์ความรู้ร่วมมือ (Learnmimng Organization) ร่วมจัดอบรม Care Manager/ Caregiver เบิกจ่าย เกี่ยวกับ ตำบล LTC กับสำนักงานหลักประกัน สุขภาพ แห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 9 ประเมินผล เพื่อพัฒนา ระบบ และแบ่งปัน ขยายผลที่ดี (Learning) ให้การปรึกษาการ ดำเนินงานตำบล LTC ใน พื้นที่ โดย จัดประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้การ ดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ในความร่วมมือของ ภาควิชาส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ WHO ใน องค์กร เขตสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด ประธาน CUP Board กับองค์กร ประชาธิปไตย กลุ่มพลัง ประชาชน ในตำบล LTC รพ.สต.ที่ผ่านรับรอง คุณภาพบริการระดับ และถอดบทเรียนเยี่ยมเสริมพลังในการ ดำเนินงานตำบล LTC ใน พื้นที่ คัดเลือกตำบล LTC ที่มี ผลงานดีเด่น เพื่อเข้า ร่วมประกวด ตำบล Long Term Care ดีเด่นของ กรมอนามัย
4. สร้างเสริมความร่วมมือ การประสาน (Integration)ส่งเสริมสนกรบูรณาการ (Integration) เพื่อให้แผน ตัวชี้วัด กิจกรรม และผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายและ ทิศทางของการดำเนินงานตำบล Long Term Care ประสานความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ประสานความ ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และศูนย์วิชาการต่างๆภายในพื้นที่ เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตำบลLTC เขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2559-2560 วิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์การประเมินรางวัล คุณภาพแห่งชาติ 4 มิติ ได้แก่ 1) ระดับปัจจุบันของผลลัพธ์ ที่สำคัญและสื่อความหมายได้ชัดเจน (Level) แนวโน้ม ทิศทางของผลลัพธ์ อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ดี ขึ้น (Trend) 3) การเปรียบเทียบ แสดงค่าผลลัพธ์ เทียบกับองค์กรอื่นที่เหมาะสม (Comparison) และ 4) บูรณาการจำแนกผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งหมด (Integration) สรุปผล การวิจัยประเมินผลเชิงกลยุทธ์จัดทำรายงาน เผยแพร่ผลการศึกษาวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูล และประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2559-2560 ได้แก่ 1) จำนวน Care manager และ Caregiver ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมงของกรมอนามัย 2) การจัดทำ Care plan ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง 3) จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่ม ติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม และ 4) ตำบล Long Term Care ที่ผ่าน เกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ ใน 4 มิติตามเกณฑ์การประเมินรางวัลคุณภาพแห่งชาติ ได้แก่ 1) ระดับ ปัจจุบันของผลลัพธ์ที่สำคัญและสื่อความหมายได้ชัดเจน (Level)

2) แนวโน้ม ทิศทางของผลลัพธ์ อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Trend) 3) การเปรียบเทียบ แสดงค่าผลลัพธ์ เทียบกับองค์กรอื่นที่เหมาะสม (Comparison) และ 4) การบูรณาการจำแนกผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งหมด (Integration)

ขอบเขตงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยพื้นที่ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และมี ตำบล LTC 145 ตำบลที่ผ่านรับรอง ผ่าน 89อำเภอทั้งหมด ใน 4 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 9 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้เกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบการเป็นตำบล LTC และระบบฐานข้อมูลตำบล LTC เขตสุขภาพที่ 9 ที่ผ่านรับรอง หรือเข้าร่วมโครงการ LTC และระบบฐานข้อมูลการดำเนินงานตำบล LTC ของประเทศจากสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแล ผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) จำนวน Care manager และ Caregiver ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อย เปรียบเทียบค่าผลลัพธ์เทียบกับองค์กรอื่น และ การบูรณาการ โดยมีการจำแนกผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งหมด ละ สัดส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ประเมินโครงการ 4 มิติ คือ ระดับปัจจุบันของผลลัพธ์ที่ สำคัญและสื่อความหมายได้ชัดเจน แนวโน้ม ทิศทางของผลลัพธ์ อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การ

การประมวล วิเคราะห์ สรุปผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

เขตสุขภาพที่9มีการดำเนินงานในนโยบายพัฒนาระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ) ประสานเชื่อมโยงภารกิจ และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขทุก ประเด็น ทั้งนี้ให้แต่ละจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละประเด็นและมีการมอบหมายนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเป็นประธาน สำหรับการจัดทำโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล LTC ของกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายของประเทศมอบหมายให้นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์เป็นประธาน และขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้การทำงานของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ทีมระดับ อำเภอ ตำบล และพื้นที่ โดยในเบื้องต้นได้มีการสร้างกรอบแนวคิด และสาระสำคัญของร่างแผนยุทธศาสตร์ ร่วมระดับเขตว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน สร้างความเข้าใจและความเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน หน่วยปฐมภูมิ หน่วยทุติยภูมิ และศูนย์วิชาการต่างๆ เป็นต้น ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การเลือกพื้นที่ที่อยู่ติดกันรวมประชากร 10,000-30,000 คน 2) ส่งเสริมแม่ ช่าง แกนนำคณะกรรมการCUP Board และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(CM)เป็นเลขานุการ ประธาน พขอ. โดยตำแหน่ง สนับสนุนเป็นแกนดำเนินงานรพ.ส่งเสริมสุขภาพต้นแบบ กำลังสำคัญในการพัฒนา ตามหลัก 3S รพช.,รพศ/รพท.เขตสุขภาพ ที่ 9 ทั้งหมดในเขต 89 รพ ปี 2560 ผ่านรับรองคงคุณภาพบริการทุก 3 ปี เป็น รพ.ต้นแบบตามมาตรฐานเทียบเคียงคุณโลก เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ(MBNQA:Health care/TQA) ใน มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ(HPHNQC) ผ่านรับรองคงคุณภาพ 17รพ. จำแนกเป็น รพช. 13 แห่งและ 1 แห่ง ที่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดสุรินทร์ นอกจากนี้ รพศ/รพท ผ่านรับรอง 3 รพ.ที่จังหวัดนคร ราชสีมา 3 รพ.คิดเป็นร้อยละ 15.29 นับเป็น รพ.ส่งเสริมสุขภาพต้นแบบและกำลังสำคัญในนโยบาย 3S ซึ่ง ประกอบด้วย Staff Structure และ System และระบบ พขอ. นับเป็นแกนนำที่สำคัญ ดังตารางที่ 1 และ2

ตารางที่ 1 ร้อยละ รพ.ส่งเสริมสุขภาพทุติยภูมิ (รพช.) ตติยภูมิ (รพศ./รพท.) ที่ผ่านการประเมิน รับรอง สถานะ คุณภาพ ตามมาตรฐานเทียบเคียงมาตรฐานโลก (MBNQA: Health care/TQA – HPHNQC/PMQA)

จังหวัด, รพ.	เป้าหมาย	เขต 9	ร้อยละ	รพช.	ร้อยละ	รพศ/รพท	ร้อยละ
นครราชสีมา	36	16	44.44	13	36.11	3	8.33
ชัยภูมิ	16	0	0.00	0	0.00	0	0.00
บุรีรัมย์	23	0	0.00	0	0.00	0	0.00
สุรินทร์	14	1	7.14	1	7.14	0	0.00
ทั้งหมด	89	17	19.10	14	15.73	3	3.37

รพ.ส่งเสริมสุขภาพทุติยภูมิ (รพช) ตติยภูมิ (รพศ/รพท.) ในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2500 ผ่านรับรอง คุณภาพ ในปี 2560 ร้อยละ 19.10 คิดเป็น 17 รพ. เป็น รพช.14 รพ.รพศ/รพท. 3 รพ.

3) สื่อสารเรื่อง คลินิกหมอครอบครัวลงสู่ชุมชน 4) จัดตั้ง Primary care cluster board (PCC Board) ซึ่งมีองค์หลัก คือ ท้องถิ่น กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อสม. เพื่อกำหนดทิศทาง/เป้าหมายการดำเนินงาน 5) สำรวจครัวเรือน ค้นหาปัจจัยเสี่ยง/ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนที่เกิดขึ้นใหม่ใน PCC 6) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของ PCC โดย PCC Board และชุมชน และ 7) แปลงแผนยุทธศาสตร์เป็นแผนปฏิบัติการที่ท้องถิ่นและชุมชนเป็นเจ้าภาพ นอกจากนี้ได้มีการส่งเสริม สนับสนุนให้รพ.ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล(รพ.สต.)พัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดตาม

ซึ่งประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี และประชาชนมีสุขภาพดี ผลการพัฒนา รพ.สต. ในเขตสุขภาพที่ 9 ทั้งหมด จำนวน 952 แห่ง ได้พัฒนาและยกระดับเป็น รพ.สต. ติดตาม จำนวน 145 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 15.2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน รพ.สต.ติดตาม แยกตามรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 9

จังหวัด	รพ.สต. ทั้งหมด (แห่ง)	รพ.สต. ติดตาม (แห่ง)	ร้อยละ
นครราชสีมา	347	35	10.09
ชัยภูมิ	167	18	10.78
บุรีรัมย์	227	41	18.06
สุรินทร์	211	51	24.17
รวมทั้งหมด	952	145	15.23

การจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 มีการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่โรงพยาบาลจังหวัดเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับรพ.สต. โดยโรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคเรื้อรัง และมีศูนย์ดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุระยะยาว ให้การดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัว มีผู้จัดการระบบดูแลโดยเฉพาะ สอน สาธิตญาติและผู้ดูแล เช่นการบริหารแขน ขาป้องกันข้อติดโดยนักกายภาพ การให้อาหารทางสายยางและวิธีดูดเสมหะโดยพยาบาล ฟันฟู เป็นต้น วางแผนการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุรายกรณี ให้เยี่ยมอุปกรณ์ไปดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน แท็งค์ออกซิเจนพร้อมเกย์และรถเข็น เครื่องวัดความดัน เครื่องปั่นอาหาร เป็นต้น ประสานการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุส่งกลับบ้านกับทีมหมอครอบครัว และหน่วยงานต่างๆ โดยการจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้สูงอายุกลับบ้านจะมีรถส่งต่อผู้ป่วย รถกู้ชีพ และรถมูลนิธิไว้บริการ สำหรับระบบประสานข้อมูลการเยี่ยมบ้านจะใช้โปรแกรม Thai COC (Thai continuing of care) ที่ทางโรงพยาบาลสุรินทร์จัดทำขึ้น และนำมาใช้ทั้งเขตสุขภาพที่ 9 ส่วนการทำงานในชุมชน รพ.สต. เป็นผู้จัดการระบบดูแลในพื้นที่ วางแผนการดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุรายกรณีตามแผนร่วมกับทีมหมอครอบครัวและศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะยาว ประสานการจัดบริการทางสังคมร่วมกับ อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบันทึกข้อมูลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ

ในพื้นที่ผ่านโปรแกรม ThaiCOC นอกจากนี้มีการอบรม Care manager และ Caregiver เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสามารถประเมินผลลัพธ์ใน 4 มิติตามเกณฑ์การประเมินรางวัลคุณภาพแห่งชาติ ได้แก่

1) ระดับปัจจุบันของผลลัพธ์ที่สำคัญและสื่อความหมายได้ชัดเจน (Level)

1.1 ผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการตำบล Long Term Care ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และแบ่งกลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช.

1.2 มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการตำบล Long Term Care ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 23,069 ราย และเมื่อนำมาแยกตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. พบเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 1 จำนวน 13,443 ราย (ร้อยละ 58.3) กลุ่ม 2 จำนวน 4,359 ราย (ร้อยละ 18.9) กลุ่ม 3 จำนวน 4,055 ราย (ร้อยละ 17.6) และกลุ่ม 4 จำนวน 1,212 ราย (ร้อยละ 5.2) และเมื่อนำมาแยกเป็นรายจังหวัด พบจังหวัดนครราชสีมาจำนวนผู้สูงอายุที่

อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด จำนวน 8,821 ราย (ร้อยละ 38.2) จังหวัดบุรีรัมย์มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุดจำนวน 3,772 ราย (ร้อยละ 16.3) แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการตำบล LTC ที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และแยกตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. แยกตามรายจังหวัด

เกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ	จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9				รวม ราย (ร้อยละ)
	นครราชสีมา ราย (ร้อยละ)	ชัยภูมิ ราย (ร้อยละ)	บุรีรัมย์ ราย (ร้อยละ)	สุรินทร์ ราย (ร้อยละ)	
กลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	5,119 (58.0)	3,356 (61.3)	2,000 (53.0)	2,968 (59.0)	13,443 (58.3)
กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่ม 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	1,712 (19.4)	921 (16.8)	753 (20.0)	973 (19.3)	4,359 (18.9)
กลุ่ม 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	1,551 (17.6)	903 (16.5)	801 (21.2)	800 (15.9)	4,055 (17.6)
กลุ่ม 4 เหมือนกลุ่ม 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต	440 (5.0)	296 (5.4)	218 (5.8)	258 (5.1)	1,212 (5.2)
รวม	8,821 (38.2)	5,476 (23.8)	3,772 (16.3)	4,999 (21.7)	23,069 (100)

1.2 Care manager และ Caregiver เขตสุขภาพที่ 9

จำนวน Care manager และ Caregiver ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงและ 420 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวน 668 คน และ 7,435 คนตามลำดับ แต่ Caregiver ที่ปฏิบัติตาม Care plan มีจำนวนเพียง 5,491 คน แสดงตามตารางที่ 3 เมื่อดำเนินการคัดสรร Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan พบว่าจังหวัดนครราชสีมาสัดส่วนน้อยที่สุด คือ 1:25.5 ราย และจังหวัดสุรินทร์มีสัดส่วนมากที่สุด คือ 1: 56.8 แสดงตามตารางที่ 4 โดยเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในโครงการตำบล LTC เท่ากับ Care Manager 1 คน : ผู้สูงอายุ 30 - 50 คน และเมื่อดำเนินการคัดสรร Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan พบว่าจังหวัดบุรีรัมย์มีสัดส่วนน้อยที่สุด คือ 1:1.8 ราย และจังหวัดสุรินทร์มีสัดส่วนมากที่สุด คือ 1: 10.2 แสดงตามตารางที่ 5 โดยเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในโครงการตำบล LTC เท่ากับ Caregiver 1 คน : ผู้สูงอายุ 5-10 คน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน Care manager และ Caregiver ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมงของกรมอนามัย ใน แยกตามรายจังหวัด

จังหวัด	Care manager (คน)			Caregiver (คน)			Caregiver ที่ปฏิบัติตาม Care plan
	ปี 2559	ปี 2560	รวม	ปี 2559	ปี 2560	รวม	
นครราชสีมา	133	213	346	1,005	792	1,797	1,797
ชัยภูมิ	39	86	125	1,129	334	1,463	1,159
บุรีรัมย์	60	49	109	2,622	0	2,622	2,046
สุรินทร์	64	24	88	660	893	1,553	489
รวมทั้งหมด	296	372	668	5,416	2,019	7,435	5,491

ตารางที่ 5 แสดงสัดส่วน Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) แยกตามรายจังหวัด

รายละเอียด	จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9				รวม
	นครราชสีมา	ชัยภูมิ	บุรีรัมย์	สุรินทร์	
จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) (ราย)	8,821	5,476	3,772	4,999	23,069
จำนวน Care Manager (คน)	346	125	109	88	668
สัดส่วนของ Care Manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)	1:25.5 ราย	1:43.8	1:34.6	1:56.8	ค่าเฉลี่ยรวมภาพเขต1:34.5

ตารางที่ 6 แสดงสัดส่วนของ Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) แยกตามรายจังหวัด

รายละเอียด	จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9				รวม
	นครราชสีมา	ชัยภูมิ	บุรีรัมย์	สุรินทร์	
จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)	8,821	5,476	3,772	4,999	23,069
จำนวน Caregiver	1,797	1,159	2,046	489	5,491
สัดส่วนของ Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)	1:4.9	1:4.7	1:1.8	1:10.2	ค่าเฉลี่ยรวมภาพเขต 1:4.2

1.3 การจัดทำ Care plan ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ปี 2560 มีการจัดทำ Care plan จำนวน 9,809 ฉบับ โดยจังหวัดนครราชสีมามีการจัดทำมากที่สุดเท่ากับ 4,211 ฉบับ (ร้อยละ 47.7) และจังหวัดสุรินทร์มีการจัดทำน้อยที่สุดเท่ากับ 1,816 ฉบับ (ร้อยละ 36.3) แสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงร้อยละการจัดทำ Care plan ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแยกตามราย จังหวัด

รายละเอียด	จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9				รวม
	นครราชสีมา	ชัยภูมิ	บุรีรัมย์	สุรินทร์	
จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) (ราย)	8,821	5,476	3,772	4,999	23,069
การจัดทำ Care plan (ฉบับ)	4,211	2,369	1,413	1,816	9,809
ร้อยละของการจัดทำ Care plan	47.7	43.3	37.4	36.3	42.5

แนวโน้ม ทิศทางของผลลัพธ์ อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Trend) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมปี 2560 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านจำนวน 168 ราย และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมจำนวน 405 ราย โดยจังหวัดชัยภูมิมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านมากที่สุดจำนวน 76 ราย (ร้อยละ 6.3) และจังหวัดบุรีรัมย์มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมมากที่สุดจำนวน 113 ราย (ร้อยละ 4.1) จังหวัดนครราชสีมามีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมน้อยที่สุด จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 0.3) และจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 0.6) ตามลำดับ แสดงตามตารางที่ 8 และตารางที่ 9

ตารางที่ 8 แสดงร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านแยกตามรายจังหวัด

รายละเอียด	จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9				รวม
	นครราชสีมา	ชัยภูมิ	บุรีรัมย์	สุรินทร์	
จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงทั้งหมด (ราย)	1,991	1,199	1,019	1,058	5,267
จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน (ราย)	7	76	62	23	168
ร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน	0.3	6.3	6.1	2.2	3.2

ตารางที่ 9 แสดงร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมแยกตามรายจังหวัด

รายละเอียด	จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9				รวม
	นครราชสีมา	ชัยภูมิ	บุรีรัมย์	สุรินทร์	
จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทั้งหมด (ราย)	6,831	4,277	2,753	3,941	17,802
จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคม (ราย)	40	167	113	85	405
ร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม	0.6	3.9	4.1	2.2	2.3

2.1 ตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ

ปี 2560 เขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล Long Term Care ทั้งหมด 623 แห่ง และมีตำบลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบจำนวน 523 แห่งคิดเป็นร้อยละ 83.9 แสดงตามตารางที่ 10 โดยเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล Long Term Care ต้องผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบมากกว่าร้อยละ 50

ตารางที่ 10 แสดงตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ แยกตามรายจังหวัด

รายละเอียด	จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9				รวม
	นครราชสีมา	ชัยภูมิ	บุรีรัมย์	สุรินทร์	
จำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล Long Term Care ทั้งหมด (แห่ง)	240	107	153	123	623
จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบตำบล Long Term Care (แห่ง)	211	94	124	94	523
ร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบตำบล Long Term Care	87.9	87.8	81.0	76.4	83.9

3) การเปรียบเทียบ แสดงค่าผลลัพธ์เทียบกับองค์กรอื่นที่เหมาะสม (Comparison)

3.1 เปรียบเทียบผลการดำเนินการจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 กับเขตสุขภาพอื่น

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินการจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 กับเขตสุขภาพอื่นๆ ใน 12 เขตพบว่า 1) เขตสุขภาพที่ 9 มีตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ อยู่ในลำดับที่ 6 เรียงลำดับจากมากมาน้อยคือร้อยละ 83.9 โดยเขตสุขภาพที่ 10 มีตำบล LTC ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบมากที่สุด คือร้อยละ 99.0 เขตสุขภาพที่ 6 มีตำบล LTC ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบน้อยที่สุด คือร้อยละ 65.1 แสดงตามตารางที่ 10 2) เขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวน Care manager อยู่ในลำดับที่ 5 เรียงลำดับจากมากมาน้อยคือจำนวน 668 คน (ร้อยละ 8.7) โดยเขตสุขภาพที่ 10 มีจำนวน Care manager มากที่สุด คือจำนวน 755 คน (ร้อยละ 9.9) เขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวน Care manager น้อยที่สุด คือจำนวน 514 คน (ร้อยละ 6.7) แสดงตามตารางที่ 11 3) เขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวน Caregiver มากที่สุด คือ 7,435 คน (ร้อยละ 14.9) ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 4 มีจำนวน Caregiver น้อยที่สุด คือจำนวน 2,762 คน (ร้อยละ 5.6) แสดงตามตารางที่ 12 4) เขตสุขภาพที่ 9 มีสัดส่วน Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan มากที่สุด คือ 1:34.5 และเขตสุขภาพที่ 12 มีสัดส่วน Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan น้อยที่สุด คือ 1:9.0 แสดงตามตารางที่ 13 5) เขตสุขภาพที่ 9 มีสัดส่วน Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan อยู่ที่ 1:3.1 ซึ่งเกินค่าเฉลี่ยของประเทศ คือ 1:2.9 และเขตสุขภาพที่ 10 มีสัดส่วน Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan มากที่สุด คือ 1:4.9 เขตสุขภาพที่ 12 มีสัดส่วน Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan น้อยที่สุด คือ 1:1.5 แสดงตามตารางที่ 14 6) เขตสุขภาพที่ 9 มีการจัดทำ Care plan อยู่ในลำดับที่ 11 เรียงจากมากมาน้อย จำนวน 9,062 ฉบับ (ร้อยละ 39.3) โดยเขตสุขภาพที่ 7 มีการจัดทำ Care plan มากที่สุดจำนวน 11,594 ฉบับ (ร้อยละ 81.2) และเขตสุขภาพที่ 11 มีการจัดทำ Care plan น้อยที่สุด จำนวน 3,392 ฉบับ

(ร้อยละ 39.0) แสดงตามตารางที่ 15 7) เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน อยู่ในลำดับที่ 11 เรียงจากมากมาน้อย จำนวน 168 ราย (ร้อยละ 3.2) โดยเขตสุขภาพที่ 8 มีผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านมากที่สุด คือ 224 ราย (ร้อยละ 10.7) และมีเขตสุขภาพที่ 11 ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านน้อยที่สุด คือ 22 ราย (ร้อยละ 0.9) แสดงตามตารางที่ 16 8) เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมอยู่ในลำดับที่ 11 เรียงจากมากมาน้อยจำนวน 405 ราย (ร้อยละ 2.3) โดยเขตสุขภาพที่ 10 มีผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมมากที่สุด จำนวน 1,808 ราย (ร้อยละ 10.9) และเขตสุขภาพที่ 11 มีผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมน้อยที่สุด จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 0.8)

4) การบูรณาการจำแนกผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งหมด (Integration)

ผลลัพธ์ที่สำคัญในตำบล LTC และเป็นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2560 คือ

- 1) ตำบล LTC ต้องมี Care manger 1 คน : ผู้สูงอายุ 30-50 คน และ Caregiver 1 คน : ผู้สูงอายุ 5-10 คน ซึ่งทางเขตสุขภาพที่ 9 มีค่าเฉลี่ยในภาพรวม Care manger 1 คน : ผู้สูงอายุ 34.5 คน และ Caregiver 1 คน : ผู้สูงอายุ 4.2 คน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในโครงการ LTC 2) ตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล LTC ร้อยละ 50 ซึ่งทางเขตสุขภาพที่ 9 มีตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล LTC เท่ากับร้อยละ 83.9

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนตำบล LTC ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบ แยกตามรายเขต

รายละเอียด	เขตสุขภาพ												
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
จำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบล Long Term Care ทั้งหมด (แห่ง)	421	268	264	433	391	324	276	442	623	413	328	251	4,434
จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบตำบล Long Term Care (แห่ง)	347	238	258	384	284	211	226	378	523	409	244	206	3,708
ร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบตำบล Long Term Care	82.4	88.8	97.7	88.7	72.6	65.1	81.9	85.5	83.9	99.0	74.4	82.1	83.6

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน Care manager ที่ผ่านการอบรม แยกตามรายเขต

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ผลงานจำนวน Care manager ที่ผ่านการอบรม แยกตามรายเขต (คน) (ร้อยละ)											
			เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12
ปี 2559	2,500	3,247	242 (7.4)	325 (10.0)	262 (8.1)	238 (7.3)	388 (12.0)	334 (10.3)	199 (6.1)	249 (7.7)	296 (9.1)	379 (11.7)	173 (5.3)	162 (5.0)
ปี 2560	3,480	4,401	272 (6.2)	328 (7.4)	294 (6.7)	421 (9.6)	282 (6.4)	400 (9.1)	399 (9.1)	290 (6.6)	372 (8.4)	376 (8.5)	571 (13.0)	396 (9.0)
รวม	5,980	7,648	514 (6.7)	653 (8.5)	556 (7.3)	659 (8.6)	670 (8.8)	734 (9.6)	598 (7.8)	539 (7.0)	668 (8.7)	755 (9.9)	744 (9.8)	558 (7.3)

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน Caregiver ที่ผ่านการอบรม แยกตามรายเขต

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ผลงานจำนวน Caregiver ที่ผ่านการอบรม แยกตามรายเขต (คน) (ร้อยละ)											
			เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12
ปี 2559	10,000	27,696	2,547 (9.2)	1,621 (5.9)	1,233 (4.4)	933 (3.4)	1,738 (6.3)	2,574 (9.3)	2,707 (9.8)	3,137 (11.3)	5,416 (19.6)	1,896 (6.8)	2,214 (7.9)	1,680 (6.1)
ปี 2560	13,920	21,753	2,430 (11.2)	1,383 (6.4)	2,394 (11.0)	1,829 (8.4)	1,590 (7.3)	1,523 (7.0)	1,495 (6.9)	1,837 (8.4)	2,019 (9.3)	2,168 (10.0)	1,421 (6.5)	1,664 (7.6)
รวม	23,920	49,449	4,977 (10.1)	3,004 (6.1)	3,627 (7.3)	2,762 (5.6)	3,328 (6.7)	4,097 (8.3)	4,202 (8.5)	4,974 (10.1)	7,435 (14.9)	4,064 (8.2)	3,635 (7.4)	3,344 (6.8)

ตารางที่ 14 แสดงสัดส่วน Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) แยกตามรายเขต

รายละเอียด	เขตสุขภาพ												รวม
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	
จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) (ราย)	12,317	7,664	8,586	13,146	10,726	10,487	14,281	11,026	23,069	20,017	8,694	5,020	145,033
จำนวน Care Manager (คน)	514	653	556	659	670	734	598	539	668	755	744	558	7,648
สัดส่วนของ Care Manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)	1:24.0	1:11.7	1:15.4	1:19.9	1:16.0	1:14.3	1:23.9	1:20.4	1:34.5	1:26.5	1:11.7	1:9.0	1:19.0

ตารางที่ 15 แสดงสัดส่วน Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) แยกตามรายเขต

รายละเอียด	เขตสุขภาพ												รวม
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	
จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) (ราย)	12,317	7,664	8,586	13,146	10,726	10,487	14,281	11,026	23,069	20,017	8,694	5,020	145,033
จำนวน Caregiver (คน)	4,977	3,004	3,627	2,762	3,328	4,097	4,202	4,974	7,435	4,064	3,635	3,344	49,449
สัดส่วนของ Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)	1:2.5	1:2.6	1:2.4	1:4.8	1:3.2	1:2.6	1:3.4	1:2.2	1:3.1	1:4.9	1:2.4	1:1.5	1:2.9

ตารางที่ 16 แสดงร้อยละการจัดทำ Care plan ต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แยกตามรายเขต

รายละเอียด	จำนวนการจัดทำ Care plan ปี 2560 แยกตามรายเขต (ราย)												
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	12,317	7,664	8,586	13,146	10,726	10,487	14,281	11,026	23,069	20,017	8,694	5,020	145,033
จำนวนการจัดทำ Care plan	7,257	3,700	4,995	7,131	6,561	5,174	11,594	8,082	9,062	14,363	3,392	3,033	84,344
ร้อยละของการจัดทำ Care plan	58.9	48.3	58.2	54.2	61.2	49.3	81.2	73.3	39.3	71.7	39.0	60.4	58.1

ตารางที่ 17 แสดงร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน แยกตามรายเขต

รายละเอียด	จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน ปีงบประมาณ 2560 แยกตามรายเขต												
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงทั้งหมด	3,153	2,119	1,648	3,135	2,818	3,352	2,298	2,088	5,267	3,322	2,350	1,139	32,689
จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน	168	108	78	195	101	152	172	224	168	219	22	59	1,666
ร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน	5.3	5.1	4.7	6.2	3.6	4.5	7.5	10.7	3.2	6.6	0.9	5.2	5.1

ตารางที่ 18 แสดงร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม แยกตามรายเขต

รายละเอียด	จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม ปีงบประมาณ 2560 แยกตามรายเขต												
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	รวม
จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทั้งหมด	9,164	5,545	6,938	10,011	7,908	7,135	11,983	8,939	17,802	16,695	6,344	3,881	112,345
จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคม	644	377	214	746	380	402	1,249	358	405	1,828	53	272	6,928
ร้อยละผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม	7.0	6.8	3.1	7.4	4.8	5.6	10.4	4.0	2.3	10.9	0.8	7.0	6.2

การอภิปรายผล

การใช้การจัดการกลยุทธ์ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการจัดการเชิงกลยุทธ์ กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคี คณะความร่วมมือที่เกี่ยวข้องในระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล และ เครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ เพื่อส่งเสริม พหุ. ให้เป็นตำบล Long Term Care นั้นส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการภายใต้กรอบที่มุ่งเน้นกระบวนการ และมุ่งเน้นผลลัพธ์ อย่างไรก็ตามจากการสอบถามข้อมูลในเรื่องการรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิต่อบริการตำบล LTC พบว่ารู้สึกกังวลกับตัวชี้วัดและภาระงานข้อมูลเอกสารที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้รู้สึกสับสนกับนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ที่ไม่แตกต่างจากนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family care team) เดิม (ไม่ได้แสดงข้อมูล) ดังนั้นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานตำบล LTC ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือการสร้างความเข้าใจ และความเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างหน่วยงาน การมีกลไกการจัดการในการประสานสนับสนุนพื้นที่และชุมชน ใน 3 ระดับ คือ ระดับพื้นที่ (หมู่บ้าน ตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ระดับอำเภอ/จังหวัด และระดับประเทศ โดยเฉพาะการเพิ่มบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการพัฒนาสังคมและสวัสดิการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ครอบครัว หรือกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ต่อกันในรูปแบบเป็นทางการ เช่น กลุ่มเจ้าหน้าที่ องค์กรต่างๆ จะส่งผลให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนรู้สึกมีความสำคัญ มีคุณค่า และมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป³⁻⁴

จากผลการศึกษาพบว่า การจัดทำ Care plan ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของเขตสุขภาพที่ 9 ยังไม่ถึงร้อยละ 50 จากการติดตามปัญหาพบว่า Care manager ที่ผ่านการอบรม ยังขาดประสบการณ์การเรียนการสอนที่ใช้การสมมุติสถานการณ์และไม่เข้าใจการตีความอย่างถ่องแท้ในแต่ละประเด็น/หัวข้อ โดยเฉพาะในเรื่องการวัดความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ใน 4 ด้าน (Typology of the aged with illustration: TAI) ซึ่งในคู่มือการอบรมของกรมอนามัยมีแต่แบบฟอร์ม ไม่มีรายละเอียด ทำให้การทำ Care Plan เป็นเรื่องยาก ประกอบกับ Care manager ประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักกิจกรรมบำบัด และแพทย์แผนไทย เป็นต้น ทำให้พื้นฐานความรู้แตกต่างกัน นอกจากนี้แนวทางการเบิกจ่ายเงินงบประมาณในการทำ Care plan ระหว่างสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สดง.) กับ สปสช. ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน⁵ จึงทำให้ Care manager ยังไม่ได้ทำ Care plan อย่างจริงจัง อย่างไรก็ตามเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว การจัดทำ Care plan ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมาได้นำปัญหาที่พบในการทำ Care plan มาปรับกระบวนการสอน โดยเฉพาะสื่อการสอนที่ประกอบการใช้เป็นคู่มือการอบรม เน้นการฝึกปฏิบัติการทำ Care plan ให้ผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนส่ง Care plan ให้อาจารย์ผู้สอนตรวจแก้ไข และส่งกลับให้ผู้ฝึกอบรม หลังอบรมมีการประเมินผลความพึงพอใจต่อการสอน และมีการติดตามการทำงานในพื้นที่ของ Care manager ที่ผ่านการอบรม มีการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อให้ Care manager สามารถจัดทำ Care plan ให้เพิ่มขึ้นและมีประสิทธิภาพ

จังหวัดนครราชสีมาพบร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 9 ถึงแม้จะมีสัดส่วน Care manager ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan เพียง 1:25.5 ราย และมีสัดส่วน Caregiver ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตาม Care plan เพียง 1:4.9 ราย ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดนครราชสีมาเป็นชุมชนเขตเมือง

มากกว่าจังหวัดอื่น การขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคนในชุมชนที่อยู่ในเขตเมือง ทำให้ Caregiver ไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุม⁶⁻⁷

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตำบล LTC ระหว่างเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมน้อยกว่าเขตอื่น สาเหตุเกิดจากการรายงานข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 9 ได้กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งสรุปผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care จากโปรแกรม Thai COC ซึ่งเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ทางเขตสุขภาพที่ 9 ได้จัดทำขึ้น โดยโปรแกรมนี้นี้เป็นโปรแกรมที่โรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมากกว่า 22 กลุ่มโรคที่ส่งออกจากหน่วยบริการต่างๆ ของ รพศ. / รพท. / รพช. อาทิ เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มหญิงหลังคลอด กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กน้ำหนักน้อยคลอดก่อนกำหนด กลุ่มเด็กป่วย กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้พิการ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานมาก ต้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกกลุ่มทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ก่อให้เกิดการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ระบบข้อมูลจากโปรแกรม Thai COC มีข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่ส่งออกจากหน่วยบริการต่างๆ ของ รพศ. / รพท. / รพช. เท่านั้น ดังนั้นข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนกลุ่มจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมที่อยู่ในชุมชนไม่ได้ถูกนำมาสรุปและรวบรวมด้วย นอกจากนี้พบว่าเขตสุขภาพที่ 10 มีตำบล Long Term Care ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 7 องค์ประกอบเท่ากับร้อยละ 99 ซึ่งจากการสอบถามผู้รับผิดชอบงาน พบว่าเป็นนโยบายของผู้บริหารสูงสุดในพื้นที่ที่ให้ทุกตำบลดำเนินการเข้าร่วมตำบล LTC

จะเห็นได้ว่าการใช้การจัดการกลยุทธ์ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการจัดการเชิงกลยุทธ์กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริม พชอ. ให้เป็นตำบล LTC ในเขตสุขภาพที่ 9 นั้น ทำให้สามารถบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ และสามารถประเมินผลทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ แต่อย่างไรก็ตามระบบการจับเก็บข้อมูลต้องให้มีความครบถ้วน และครอบคลุม นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพ Care manager ในการจัดทำ Care plan ต้องมีการพัฒนาสื่อการสอนให้ผู้เรียนเข้าใจง่าย และเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องควรมีการจัดการทุนภายในชุมชน เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ให้บริการและภาคีเครือข่ายอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากชุมชนสู่ชุมชน

9. การนำไปใช้ประโยชน์

9.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหาร และผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายในการวางแผนการดำเนินโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมภาคีส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ทุกระดับ ตามนิยามองค์การอนามัยโลก เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ ในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลดูแลระยะยาว(ตำบล LTC) ของกระทรวงสาธารณสุข

10. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

10.1 การติดต่อประสานงานกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อทวนสอบข้อมูลให้มีความถูกต้อง ใช้เวลานาน ทำให้เกิดความล่าช้าในการสรุปผลการศึกษา

11. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

11.1 การจัดเก็บข้อมูลต้องมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ต้องการ และเป็นปัจจุบัน และการประสานเชื่อมโยงของภาคีที่เกี่ยวข้องและ เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ

11.2 กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการเสริมพลังให้แก่ภาคีส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ทุกระดับให้มีการประสานเชื่อมโยงกัน(Co-poration and Linkade) เป็นเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ โดยการ

ยกย่องเชิดชูเกียรติพื้นที่ที่มีผลงานดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล LTC อย่างต่อเนื่องทุกปี และควรมีงบประมาณสนับสนุนการประกวดในระดับเขตด้วย

12. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ ศูนย์อนามัย ที่ 9 ทุกท่านโดยเฉพาะ ดร.ยุพิน ใจแปง ขอขอบคุณ คุณบุษรินทร์ พูนนอก คุณสุกัญญา วัชรประทีป กลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 9 คุณรัชณี บุญเรืองศรี สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ที่อนุเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานตำบล LTC ระดับประเทศนครราชสีมา ที่อนุเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานตำบล Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9

ขอขอบคุณ คุณศิริพร บารมี ที่อนุเคราะห์ ข้อมูล รพช, รพศ/รพท เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560 ที่ผ่านรับรองคุณภาพบริการ มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ เทียบเคียงจากมาตรฐานคุณภาพโลก ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (MBNQA : Health care /TQA - HPHNQC) ตลอดทั้ง ขอขอบคุณ คุณคะนิงนิจ หุตะวัฒน์ คุณพรประไพ ไตรทิพย์ คุณปาริชาติ เตี่ยพานิช คุณธนสิทธิ์ ขาวงาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ และ คุณจักรกฤต มงคลสวัสดิ์ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 ตามลำดับ ที่อนุเคราะห์ข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ ใน ระบบ พขอ, และรพ.สต.ห้าดาว ที่ผ่านการรับรอง ใน เขตสุขภาพ ที่ 9

13. เอกสารอ้างอิง

1. เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง บูรณาการระบบสุขภาพเขตเมือง. กระทรวงสาธารณสุข. 30 มีนาคม 2559.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.
3. จุฬารัตน์ โสตะ. 2554. แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. พรพิมล เพ็ชรบุรี ชมชื่น สมประเสริฐ ประนอม โอทกานนท์. 2560. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35(2): 188-97.
5. Okochi J. Increase of mild disability in Japanese elders: A seven year follow-up cohort study. BMC Public Health 2005. 5(55): 1-17.

6. เอกสารประชุมชี้แจงบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี2560. สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน 12 ตุลาคม 2559.
7. ปิยวัฒน์ เกตุวงศา. 2560. ลักษณะการอยู่อาศัยและความอยู่ดีมีสุขของครัวเรือนชนบทไทย. วารสารประชากร. 5(1) : 107-30.
8. อมรวิรัช นาครทรรพ, และคณะ. 2551. การศึกษาในวิถีชุมชน: การสังเคราะห์ประสบการณ์ในชุดโครงการวิจัยด้านการศึกษากับชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
9. โสภณ เมฆธน การประชุมวิชาการประจำปี กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ประชุมวิชาการนานาชาติ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2559.
10. WHO Collaborating Centre Denmark. WHO Winter School “Health Promotion in Hospital and Health care or Health Promoting Hospital ” Taipei TIWAN 2006.