รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย เรื่อง รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย

คณะผู้วิจัย

ผศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร. เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

16 พฤศจิกายน 2552

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

คำนำ

รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง “รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย” เป็นการดำเนินการวิจัยต่อในระยะที่สอง หลังจากที่ได้ทำการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ในระยะที่ 1 เสร็จสิ้นลงแล้ว การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย และเพื่อให้ข้อเสนอรูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว และแนวทางในการกำกับดูแล รวมทั้งการวางแผนและกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ต่อไป

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่กรุณาให้การสนับสนุนทุนวิจัยอย่างต่อเนื่อง และขอขอบพระคุณ พญ. ลัดดา ดำหริการเลิศ ผู้จัดการชุดโครงการวิจัย คุณธนภร ทองศรี ผู้ประสานงานโครงการวิจัยและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่กรุณาให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวกและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านแก่คณะผู้วิจัยเป็นอย่างดีมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการตรวจเครื่องมือวิจัย นักวิชาการที่กรุณาให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการสนทนากลุ่ม ขอบคุณคณะผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ผู้มีส่วนในการผลักดันนโยบาย ผู้บริหารองค์กร บุคลากรทุกระดับ และผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

คณะผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความต้องการการดูแลในสถานบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในขณะที่ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง ประกอบกับยังไม่มีระบบการกำกับดูแลสถานบริการระยะยาวที่ชัดเจน ขาดแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดี จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย ก็เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการและเพื่อให้ข้อเสนอรูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน สัมภาษณ์เชิงลึก ตัวแทนผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ที่มีอำนาจทางด้านนโยบายจากสถานบริการ 5 ประเภทๆ ละ 10 คน รวม 50 คน รวม 60 คน นำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

บ้านพักคนชรา ดูแลผู้สูงอายุทั้งที่ช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีจุดเด่นคือ บริการสวัสดิการสังคม การดูแลด้านสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและภูมิทัศน์ ใช้กลไกการตั้งมูลนิธิฯ เพื่อเอื้อในการบริหารจัดการ ผ่านการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการสังคม บริการที่มีคุณภาพ เช่น ระบบการป้องกันการติดเชื้อ การส่งต่อ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ การจัดการด้านคุณภาพที่เป็นจุดเด่น เช่น การประชุมทีม แบ่งงาน ตรวจสอบการทำงานและรายงาน ผู้บริหารสนใจติดตามงานอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนได้เนื่องจากเป็นบริการแบบสงเคราะห์ นโยบายสาธารณะที่จำเป็น เช่น การเลี้ยงดูบุพการี การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

สถานดูแลช่วยเหลือการดำรงชีวิต มีปรัชญาการดูแลที่มาจากความเชื่อในศาสนาคริสต์ที่ให้การช่วยเหลือโดยไม่หวังผลกำไร ให้บริการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูสภาพ ได้ข้อมูลจุดเด่นคุณภาพการดูแล ปัจจัยส่งเสริมและปัญหาอุปสรรค การบริการไม่ได้อิงหลักของนโยบายสาธารณะที่ชัดเจน แต่ดำเนินงานภายใต้หลักปรัชญาทางศาสนา

การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล ให้การดูแลสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ ติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและการส่งต่อกรณีที่มีอาการซับซ้อน โดยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ที่รวมถึง แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด จุดเด่นการดูแล คือ การบริการ คุณภาพการบริการ คือ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การจัดการด้านคุณภาพ เช่น มีวัฒนธรรมองค์กร มีกิจกรรมที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล และมีระบบการติดตามอาการ ความคุ้มค่าคุ้มทุนขึ้นอยู่กับอาการและระดับการดูแล นโยบายสาธารณะที่จำเป็น เช่น การเพิ่มเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว จัดหลักสูตรให้ครอบคลุม การสนับสนุนจากภาครัฐ กำหนดหน่วยงานควบคุมมาตรฐานและกำกับดูแลและออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค

สถานดูแลผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ต้องการการฟื้นฟูสภาพ การรักษามีความหลากหลายและครบวงจร ปรับจากการดูแลระยะยาวไปเป็นการฟื้นฟูสภาพ เน้นการผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีบริบทแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพ ผู้นำองค์กรมีวิสัยทัศน์ บุคลากรที่ยึดเป้าหมายองค์กรเป็นหลักในการทำงาน ด้านกระบวนการ มีการวางแผนกลยุทธ์ในการจัดการบุคลากรให้มีความสามารถในการดูแลและขยายผลงานในด้านการรักษาทั่วไป พัฒนาตามคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐาน HA และพัฒนางานให้เหมาะสมกับลักษณะของหน่วยงาน

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้บริการผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย แบ่งเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้และไม่ได้ บริการที่เป็นจุดเด่น คือ ดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้คล้ายวัด ดูแลแบบองค์รวม โดยสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ การฟื้นฟูสภาพ คุณภาพบริการอาจประเมินจาก ความพึงพอใจจากญาติ ผู้ป่วยทุกข์ทรมานลดลง ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและผู้ป่วยมีความภูมิใจในการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เสียชีวิตอย่างสงบ ไม่โดดเดี่ยว นโยบายที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน เช่น ปลูกฝังค่านิยมดูแลบุพการีผู้มีพระคุณ การจัดตั้งสถานบริการที่ชัดเจน มีระบบการประเมินคุณภาพ

อภิปรายผล

1. ระดับของการดูแล สถานบริการทุกประเภทได้ให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีระดับความต้องการการช่วยเหลือตั้งแต่น้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด ทุกสถานบริการมีการแบ่งผู้สูงอายุตามระดับความต้องการการช่วยเหลือ ออกเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในสถานบริบาล สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาพบเกือบทั้งหมด การดูแลจะมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพ การพยาบาล การรักษาเพื่อประคับประคอง ในขณะที่บ้านพักคนชราและสถานช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตมีภาวะพึ่งพาประมาณร้อยละ 50 บ้านพักคนชราและสถานดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต การดูแลจะมุ่งเน้นการดูแลทางด้านสังคม การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

2. บริการที่เป็นจุดเด่นและจุดด้อย บริการที่เป็นจุดเด่น ได้แก่ การมีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ และการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ปัจจัยส่งเสริมคือ ความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่ายและ/หรือการมีทัศนคติและจิตสำนึกที่ดีต่อการบริการและต่อผู้สูงอายุ บริการที่เป็นจุดด้อย ได้แก่ ความรู้และความชำนาญในการปฏิบัติงาน มักพบในสถานบริการที่ไม่ใช่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล เช่น บ้านพักคนชรา สถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและในสถานบริบาล ปัจจัยที่ทำให้การบริการนั้นเป็นจุดด้อย เช่น ระดับการศึกษาของบุคลากร ความรู้ความชำนาญของบุคลากรทางด้านไอที จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ประเด็นปัญหาการขาดแคลนบุคลากร เช่น นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด **3. คุณภาพในการดูแล** ยังไม่มีการพัฒนามาตรฐานการดูแลระยะยาวที่เป็นทางการ ขึ้นอยู่กับแต่ละองค์กร เช่น มีการพัฒนามาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ต่อมาพัฒนาเป็น “มาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กรสวัสดิการสังคม (มสก.)” สถานบริการดูแลระยะยาวที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล

ของรัฐ ก็ได้มีการดำเนินการเพื่อให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามดัชนีชี้วัดยังไม่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลระยะยาวในสถานบริการ ปัจจัยที่ทำให้การดูแลมีคุณภาพ ที่พบบ่อย คือ บุคลากรมีใจรัก มีเมตตาและให้การดูแลเสมือนญาติ และการใช้เงินบริจาคผ่านมูลนิธิ

4. การจัดการด้านคุณภาพ ได้แก่ การที่สถานบริการมีระบบรักษาความปลอดภัย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ภูมิทัศน์ จัดสวนปลูกต้นไม้ให้ร่มรื่นและตกแต่งทาสีอาคารให้มีสภาพดีขึ้น การจัดการคุณภาพด้านปัจจัยนำเข้าที่พบมากที่สุดคือ การคัดเลือกบุคลากร ด้านกระบวนการ ได้แก่ การมีระบบการพัฒนาบุคลากรและส่งเสริมการพัฒนาตนเอง และด้านผลลัพธ์ พบว่ามีบางสถานบริการเท่านั้นที่มีระบบการจัดการที่ชัดเจน

5. ความคุ้มค่าคุ้มทุน จากการศึกษาพบว่า ไม่สามารถหาข้อสรุปเรื่องความคุ้มค่าคุ้มทุนได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากผู้ให้บริการภาครัฐส่วนใหญ่ไม่ได้มองเรื่องกำไรขาดทุน ส่วนภาคเอกชนก็จะมองในเชิงของภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและบริการที่ให้ ส่วนผู้บริโภคก็จะมองความคุ้มค่าคุ้มทุนในเชิงผลลัพธ์มากกว่า

6. นโยบายสาธารณที่จำเป็น มีความแตกต่างในระหว่างสถานบริการที่เป็นของภาครัฐและภาคเอกชน ภาครัฐจะมุ่งเน้นนโยบายลดการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริการโดยไม่จำเป็นซึ่งอาจเกิดจากการที่ลูกหลานทอดทิ้งไม่ดูแลผู้สูงอายุ จึงเรียกร้องให้มีการสร้างความตระหนักหรือรณรงค์ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งเรียกร้องให้มีการออกฎหมายการเลี้ยงดูบุพการี ส่วนในสถานบริการของภาคเอกชนพบว่ามีการเรียกร้องให้มีการกำหนดหน่วยงานในการขึ้นทะเบียน กำกับดูแลให้ชัดเจนเพื่อที่จะได้ปรับรูปแบบการทำงานและดำเนินการให้ถูกต้อง พร้อมทั้งต้องการให้ภาครัฐให้เงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และการส่งเสริมภาคเอกชนให้มีส่วนร่วมในการจัดบริการ

7. ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานพบว่าสถานบริการประสบปัญหาในการดำเนินงานที่ความแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามพบว่าปัญหาที่ทุกสถานบริการประสบ คือ ความรู้ความชำนาญและทักษะของบุคลากร อัตรากำลังไม่เพียงพอ และมีข้อจำกัดในการสืบค้นข้อมูล เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลระยะยาวที่ดีในสถานดูแลระยะยาวแต่ละประเภท ที่มักจะกล่าวไว้ในภาพรวมคือสถานดูแลระยะยาวเท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นความลับขอบหน่วยงานหรือความลับในเชิงธุรกิจบริการจึงไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่ชัดเจน

รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (low care) เป็นการดูแลที่การช่วยเหลือการดำรงชีวิตและการดูแลทางสังคม ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์ ได้แก่ บ้านพักคนชรา สถานดูแลช่วยเหลือเพื่อการดำรงชีวิตและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีบุคลกร เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่า นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด และนักโภชนากร

2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (high care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการช่วยเหลือดูแล การพยาบาล ติดตามอาการและการรักษาจากแพทย์ สถานดูแลระยะยาวที่มีการดูแลในระดับสูง ได้แก่ สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลระยะสุดท้าย

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลยังต้องประกอบ ด้วยปรัชญาการดูแล ที่ช่วยให้ทิศทางของการดูแลและกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ การดูแลในระดับต่ำและการดูแลในระดับสูง การขึ้นทะเบียนแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ สถานดูแลระยะยาวระดับต่ำ ที่เน้นการดูแลด้านสังคมและกิจวัตรประจำวันทั่วไปขึ้นทะเบียนและกำกับดูแลกับกระทรวง พม. และสถานบริการดูแลระยะยาวระดับสูง ที่มีการพยาบาลและ/หรือการรักษาขึ้นทะเบียนกับกองการประกอบโรคศิลปะ กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำที่เป็นมาตรฐานกลางในระดับประเทศ ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่และมีความพร้อมจัดตั้งสถานบริบาลและส่งเสริมและสนับสนุนภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการเพิ่มเพิ่มการเข้าถึงการบริการ และส่งเสริมให้สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลทุติยภูมิมุ่งเน้นให้บริการดูแลฟื้นฟูสภาพ เป็นการดูแลระยะกลาง (Intermediate care)

2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ คือ การจัดตั้งสถานบริบาลควรมีเกณฑ์ที่ชัดเจน จัดทำแบบประเมินภาวะพึ่งพาที่เป็นที่ยอมรับและเข้าใจตรงกันของทุกฝ่าย ให้ข้อมูลที่มีการปรับเปลี่ยนนโยบายของรัฐกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมอาสาสมัครหรือจิตอาสาเพื่อดูแลผู้สูงอายุ การเสนอข่าวของงานวิจัยของสื่อในเชิงสร้างสรรค์

บทคัดย่อ

ความต้องการการดูแลในสถานบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น พบว่ายังไม่มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีและยังไม่มีระบบการกำกับดูแลที่ชัดเจน วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการและให้ข้อเสนอรูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้ที่มีอำนาจทางด้านนโยบาย รวมทั้งหมด 60 คน

ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ 1) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (low care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์ แต่เน้นการดูแลทางสังคม การช่วยเหลือการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น บ้านพักคนชรา และสถานดูแลช่วยเหลือเพื่อการดำรงชีวิต บุคลากรประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่า นอกจากนี้อาจมีนักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด และนักโภชนากร 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (high care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีภาวะเปราะบาง ต้องการการช่วยเหลือดูแล ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลและการรักษาจากแพทย์ เช่น สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลระยะสุดท้าย การดูแลจึงเน้นการดูแลความสุขสบายทั่วไป การฟื้นฟูสภาพ การทุเลาจากความทุกข์ทรมาน และการดูแลแบบองค์รวมที่มีความมุ่งเน้นที่การดูแลจิตวิญญาณ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลยังต้องประกอบ ด้วยปรัชญาการดูแล และการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ การดูแลในระดับต่ำและการดูแลในระดับสูง การขึ้นทะเบียนแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ สถานดูแลระยะยาวระดับต่ำ ที่เน้นการดูแลด้านสังคมและกิจวัตรประจำวันทั่วไปขึ้นทะเบียนและกำกับดูแลกับกระทรวง พม. และสถานบริการดูแลระยะยาวระดับสูง ที่มีการพยาบาลและ/หรือการรักษาขึ้นทะเบียนกับกองการประกอบโรคศิลปะ กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำที่เป็นมาตรฐานกลางในระดับประเทศ ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่และมีความพร้อมจัดตั้งสถานบริบาลและส่งเสริมและสนับสนุนภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการเพิ่มเพิ่มการเข้าถึงการบริการ และส่งเสริมให้สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลทุติยภูมิมุ่งเน้นให้บริการดูแลฟื้นฟูสภาพเป็นการดูแลระยะกลาง (Intermediate care)

2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ คือ การจัดตั้งสถานบริบาลควรมีเกณฑ์ที่ชัดเจน จัดทำแบบประเมินภาวะพึ่งพาที่เป็นที่ยอมรับและเข้าใจตรงกันของทุกฝ่าย ให้ข้อมูลที่มีการปรับเปลี่ยนนโยบายของรัฐกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมอาสาสมัครหรือจิตอาสาเพื่อดูแลผู้สูงอายุ การเสนอข่าวของงานวิจัยของสื่อในเชิงสร้างสรรค์

Abstract

While there is an increasing need for institutional long-term care, however, there is still lack of neither good practice guideline nor registration bodies to regulate institutional long-term care. This study aims to explore the caring practice and to recommend model of institutional long –term care in Thailand. Qualitative research method, such as focus group discussion and in-dept interviews were carried out for seeking opinion and practice experience from the academic expertise, care providers, care receivers and policy maker of 60 participants.

It was revolved that there were 2 models of Institutional long-term care; 1) low care model for older person who need social care and assisted living with minimal health care such as, residential home and assisted living. The staff included social worker, nurse, care assistant, physiotherapist and occupational therapist and 2) high care model for older person who need continuing care, nursing care and somewhat medical care, due to being frail or chronically ill, thus the staff included nurses, care assistant and medical doctors. This type of institution were nursing home, long-term care hospital and hospice care unit. The caring would focus on holistic care, comfort and spiritual care. In each model need to include philosophy of care and minimum care standard.

Policy recommendation are: to divide institutional long-term care into two levels, low care and high care; assigning low care institution to register with Ministry of Social Development and Human Security and the high care facility to register with Ministry of Public Health; to develop a minimum care standard at national level; to establish nursing home by local authority and encourage the private sector to particulate in providing care; and encourage community hospital to provide intermediate care. For practice recommendation, to have a clearer criteria for nursing home setting, to develop a dependent assessment tools, to provide sufficient information related to national policy on private setting, encourage volunteer in caring for older person, and media communication in a positive way.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ข
บทคัดย่อ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำวิจัย……..	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
แนวเหตุผลและสมมุติฐาน……...	3
คำถามวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย…….	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ…….	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง……	6
สถานดูแลระยะยาว……...	6
คำนิยาม……	6
วิธีการช่วยเหลือ……	9
ประเภทของการดูแลระยะยาว…….	10
คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ.....	12
การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง.....	15
การพิทักษ์สิทธิและคุ้มครองผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว……..	16
กลยุทธ์ของการดูแลที่ครอบคลุม…….	16
มาตรฐานการดูแล.....	17
ระดับความต้องการการดูแล…….	20
ความผาสุกของบุคลากร……..	21
อัตรากำลังของบุคลากรต่อผู้พักอาศัย…….	22
อุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพในสถานดูแลระยะยาว……	23
การจัดการทางด้านคุณภาพ.....	26
การปกป้องทางด้านสุขภาพและความปลอดภัยของบุคคล……	26
มาตรฐานขั้นต่ำและสมรรถนะขั้นพื้นฐานที่ต้องการของผู้ให้บริการ..	29
การประกันคุณภาพและทางเลือกของผู้พักอาศัย.....	47
ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ.....	51
ความหมายของความคุ้มค่าคุ้มทุน……..	51

หน้า

การประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุน..... 52
ประเภทการประเมิน..... 52
ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ..... 52
นโยบายสาธารณะ..... 54
ความหมายของนโยบายสาธารณะ..... 54
ความสำคัญของการดูแลระยะยาวกับนโยบายสาธารณะ..... 54
การสร้างของนโยบายทางด้านสุขภาพ..... 55
องค์ประกอบของนโยบายสาธารณะกับการดูแลระยะยาวในสถานบริการ..... 55
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 58
กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 62
วิธีดำเนินการวิจัย..... 62
กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... 63
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง..... 64
เกณฑ์การเลือกสถานบริการ..... 64
แบบประเมินสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว..... 65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 67
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 67
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... 68
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 69
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 69
บทที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา..... 71
บริบท..... 71
ระดับของการดูแล..... 72
คุณภาพการดูแล..... 72
จุดเด่นจุดด้อยของบ้านพักคนชรา..... 72
คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา..... 78
การจัดการทางด้านคุณภาพ..... 81
ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ..... 86
นโยบายสาธารณะ..... 88
ประเด็นอื่นๆ..... 90

หน้า
สรุป..... 92
บทที่ 5 การดูแลผู้สูงอายุในสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต..... 93
บริบท..... 93
ประเภทของการดูแล…….. 94
คุณภาพการดูแล..... 96
จุดเด่นจุดด้อยของสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต..... 96
คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต..... 99
การจัดการทางด้านคุณภาพ..... 99
ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ..... 102
นโยบายสาธารณะ..... 102
สรุป..... 103
บทที่ 6 การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล..... 104
บริบท..... 104
ระดับของการดูแล..... 104
คุณภาพการดูแล..... 105
จุดเด่นจุดด้อยของสถานบริบาล..... 105
คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล..... 109
การจัดการทางด้านคุณภาพ..... 112
ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ..... 116
นโยบายสาธารณะ..... 118
ประเด็นอื่นๆ…… 120
สรุป..... 122
บทที่ 7 การดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล..... 123
บริบท..... 123
ระดับของการดูแล..... 124
คุณภาพการดูแล..... 128
จุดเด่นจุดด้อยของการบริการ..... 128
คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล..... 134
การจัดการทางด้านคุณภาพ..... 136
ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ..... 143
นโยบายสาธารณะ..... 144
ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน..... 145
สรุป..... 146

หน้า

บทที่ 8 การดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย..... 147
บริบท..... 147
ระดับของการดูแล..... 148
คุณภาพการดูแล..... 148
จุดเด่นจุดด้อยของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย..... 148
คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย..... 154
การจัดการทางด้านคุณภาพ..... 156
ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ..... 161
นโยบายสาธารณะ..... 162
ประเด็นอื่นๆ..... 163
สรุป..... 165
บทที่ 9 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.......... 166
สรุป..... 166
อภิปรายผล..... 166
ระดับการดูแล..... 174
คุณภาพในการดูแลในสถานบริการ..... 175
การจัดการด้านคุณภาพ..... 176
ความคุ้มค่าคุ้มทุน..... 178
นโยบายสาธารณที่จำเป็น..... 179
ปัญหาอุปสรรค..... 179
รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย..... 180
แนวทางในการพัฒนา..... 184
ปัญหาอุปสรรคศึกษาวิจัย..... 186
ข้อเสนอแนะ..... 186
บรรณานุกรม..... 189
ภาคผนวก..... 195
1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 196
2 คู่มือสำหรับผู้ช่วยวิจัยในการสัมภาษณ์เชิงลึก..... 200
3 เกณฑ์การเลือกสถานบริการ..... 208
4 ร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุ
ในสถานพยาบาล..... 211

หน้า

5 ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้านการจัดสวัสดิการสังคมขององค์การสวัสดิการสังคม..... 216
6 ขอบเขตการรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลของหอผู้ป่วยประคับประคอง…. 227
7 สำเนาใบอนุมัติจริยธรรมการวิจัย..... 228

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ: ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์....	29
ตารางที่ 2.2 กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุในสถานบริการในบ้านพักคนชรา.....	30
ตารางที่ 3.1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย……..	70
ตารางที่ 9.1 ตัวบ่งชี้การประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	177
ตารางที่ 9.2 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลในระดับต่ำและในระดับสูง.....	181

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 2.1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย.....	61
แผนภาพที่ 3.1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย.....	70

บทที่ 1
บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำวิจัย

การดูแลระยะยาวว่า เป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม (WHO, 2000) นอกจากนี้การดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ยังเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นได้ทั้งในระยะสั้น หรือในระยะยาวก็ได้ และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

การดูแลในสถานบริการหรือในสถาบัน (institutional care) เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) นอกจากนี้ยังเป็นการให้บริการดูแลในสถานบริการ หรือให้บริการ ณ ที่สถานที่ตั้ง สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภท การดูแลในสถาบันแบ่งตามลักษณะการบริการที่ให้และแบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ (Ribbe et al., 1997; Lassey & Lassey, 2001; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ดังนั้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ขาดคนดูแล หรือญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้เนื่องจากมีระดับความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงระดับมาก ที่จำเป็นต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล และต้องการการดูแลในระยะยาว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลในสถานบริบาล

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชากรสูงอายุในสังคมไทย ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรัง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลมีจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย พบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ อัตราความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบในผู้หญิงมากกว่าชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทย ต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการพยากรณ์ว่า ปี พ.ศ. 2553, 2563 และ 2573 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจำนวนถึง 499,837 คน 741,766 คนและ 1,103,754 คนตามลำดับ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า ของ สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และ ทิพวรรณ อิสรพัฒนสกุล (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ ในส่วนของการดูแลในสถานบริการพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับปานกลางและระดับมากโดยเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 5,780 คนในปี พ.ศ. 2538 ไปเป็น 35,302 คนในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 101,192 คนในปี พ.ศ. 2558 คิดเป็น ร้อยละ 47.5 ของจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทั้งหมด และคาดว่าความต้องการการดูแลในระดับมากจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าของความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง

จากการสำรวจสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั่วประเทศ ของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2552) พบว่า มีจำนวนสถานบริการทั้งหมด 138 แห่ง พบมากที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร 68 แห่ง (ร้อยละ 49.28) รองลงมาคือภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคใต้ เมื่อแบ่งออกเป็นแต่ละประเภทพบว่ามีสถานบริบาลมากที่สุด 60 แห่ง (ร้อยละ 43.48) รองลงมาคือสถานสงเคราะห์คนชรา สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กรุงเทพมหานครและภาคกลางมีสถานบริการดูแลระยะยาวครบทุกประเภท ร้อยละ 45.5 ของสถานบริการไม่ได้ขึ้นทะเบียน ไม่พบว่ามีสถานบริบาลของภาครัฐแต่พบบริการดูแลในระดับสูงในบ้านพักคนชรา ที่ให้บริการทุกระดับยกเว้นการส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้าน ซึ่งร้อยละ 45 ไม่มีพยาบาลประจำ ในขณะที่ร้อยละ 9 ของสถานบริบาลไม่มีพยาบาลประจำ ร้อยละ 55.5 ของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรามีความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงสูงสุด สถานบริบาลมีค่าบริการในอยู่ระหว่าง 15,000-52,500 บาท ส่วนสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 12,000-48,000 บาท

ด้านผู้รับบริการ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 486 คน ร้อยละ 73.5 พักอยู่ในบ้านพักคนชรา ร้อยละ 61.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 47.3 มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 42.4 สถานภาพสมรสเป็นหม้าย ร้อยละ 46.3 ไม่มีบุตร และร้อยละ 62.3 ของสาเหตุของการย้ายเข้ามาอยู่ในสถานบริการคือไม่มีผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดข้อ โรคเบาหวานและโรคหัวใจ ร้อยละ 60.3 มีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลางถึงพึ่งพาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 60.3 ซึ่งพบมากที่สุดในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 100 และในบ้านพักคนชราพบสูงถึง ร้อยละ 55.6 มีภาวะสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 41.6 พบมากที่สุดในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และเกือบ 1 ใน 3 มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง (ร้อยละ 29.5)

ผู้ให้บริการ ร้อยละ 84.5 เป็นเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 39.5 มีอายุอยู่ในช่วง 15-30 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.หรือเทียบเท่า ร้อยละ 30 เป็นผู้ช่วยดูแล ในบ้านพักคนชราผู้ให้บริการเป็นพี่เลี้ยงมากที่สุด นักกิจกรรมบำบัดส่วนใหญ่จะทำงานในสถานบริบาล พบว่านักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดเป็นบุคลากรในบ้านพักคนชรา และพยาบาลเป็นบุคลากรในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมากที่สุด พบว่าอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้สูงอายุในสถานบริบาลมีอัตราสูงสุดคือ 1 : 5.7 รองลงมาคือสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลคือ 1 : 6.2 ในขณะที่พบอัตราต่ำสุดในบ้านพักคนชราคือ 1 : 187.3 ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีการอบรมปีละ 1 ครั้ง

จากความต้องการการดูแลในสถานบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมีจำนวนสถานบริการเพิ่มมากขึ้นแต่ยังไม่มีระบบการกำกับดูแลที่ชัดเจน ขาดแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดี จึงต้องตระหนักถึงคุณภาพในการดูแล คุณภาพชีวิต และสิทธิของผู้สูงอายุในสถานบริการเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษา รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทยขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและยกระดับมาตรฐานการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานบริการในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย
2. ให้ข้อเสนอรูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการในประเทศไทย

แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (institutional long-term care) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีทั้งหมด 5 ประเภท เช่น บ้านพักคนชรา (residential home) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-stay hospital) สถานบริบาล (nursing home) และสถานดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (hospice care) ในประเทศไทยพบว่ามีบริการอยู่ในสถานบริบาล ที่เป็นของภาคเอกชน และแฝงการบริการอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน สถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ และสถานรับดูแลผู้สูงอายุที่ยากไร้ขององค์กรการกุศล สำหรับการบริการที่ให้เริ่มตั้งแต่การดูแลขั้นพื้นฐานจนถึงการดูแลในระดับที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เช่น บริการที่พักอาศัย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั่วไปและการเคลื่อนไหว การดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การบริการดูแลกลางวัน การบริการดูแลระยะสั้น และการดูแลในระยะสุดท้าย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2550)

อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการ จะต้องคำนึงถึงปัจจัยในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ (quality of institutional geriatric care) ประกอบด้วย การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การพิทักษ์สิทธิและคุ้มครองผู้ป่วยมิให้ถูกละเมิด กลยุทธ์การดูแลที่ครอบคลุม มาตรฐานการดูแล ระดับความต้องการการดูแล ความผาสุกของบุคลากร อัตรากำลังของบุคลากรต่อผู้พักอาศัย (Isola, Backman, Voutilainen & Rautsiala, 2006)

2. การจัดการทางด้านคุณภาพ (quality management) ประกอบด้วย การปกป้องทางด้านสุขภาพและความปลอดภัยของบุคคล มาตรฐานขั้นต่ำและสมรรถนะขั้นพื้นฐานที่ต้องการของผู้ให้บริการ และการประกันคุณภาพและทางเลือกของผู้พักอาศัย (United States General Accounting Office, 1994)

3. ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ (cost and efficacy) ควรคำนึงถึง ค่าใช้จ่าย ความคุ้มทุน และภาวะการขาดเตียง (Scanlon, 1988)

4. นโยบายสาธารณะ (public policy) ด้วยการดูแลระยะยาวสามารถทำให้เกิดภาวะล้มละลายได้เพราะว่าความต้องการการดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ดังนั้นทุกประเทศต้องให้ความสำคัญกับการดูแลระยะยาว โดยการพัฒนาต่อและปฏิรูประบบสุขภาพและการสงเคราะห์ (WHO, 2003) นโยบายสาธารณะที่จำเป็นประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็น และบูรณาการการดูแลทางด้านสุขภาพเรื้อรังและการบริการทางสังคม

การที่จะพัฒนาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการในประเทศไทยนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการประเภทต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอรูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดี และแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานบริการ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายต่อไป

คำถามวิจัย

1. การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทยที่มีอยู่แล้วมีอะไรบ้าง มีลักษณะการปฏิบัติการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในแต่ละระดับเป็นอย่างไร
2. แนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการในประเทศไทยที่จะนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาควรเป็นอย่างไร

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิงโดยนับอายุตามปฏิทินมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา พักอาศัยในสถานบริการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่จบการศึกษาหรือผ่านการฝึกอบรมทางด้านผู้สูงอายุ นักวิชาการหรือนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย แพทย์ทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ คณาจารย์ทางด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ รวมทั้งหมด 10 คน

ผู้ให้ข้อมูลในสถานบริการแต่ละประเภท หมายถึง ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายและทิศทางของสถานบริการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวม 3 กลุ่ม คือ

1) ผู้ให้บริการ เช่น ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยดูแล/พี่เลี้ยง

2) ผู้รับบริการ เช่น ผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุ

3) ผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายและทิศทางของสถานบริการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้อำนวยการกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เลขาธิการ สคบ. ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สาธารณสุขจังหวัดและผู้บริการขององค์กรการกุศล เป็นต้น

สถานบริการดูแลระยะยาว (institutional long-term care) หมายถึง สถานที่ให้บริการทางเลือกตามชีวิตความเป็นอยู่ (life style) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและความต้องการของผู้สูงอายุตลอดกระบวนการสูงอายุ โดยมีศักยภาพให้บริการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ผู้ให้บริการอาจมาจากภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หรือภาคเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและองค์กรการกุศล แบ่งออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

1. **บ้านพักคนชรา (residential home)** หรือ ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (independent living communities) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (retirement communities) หมายถึง สถานที่ให้บริการห้องพักสำหรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้พักอาศัยจะต้องสามารถเดินเองได้ เดินโดยใช้ไม้เท้า (cane) ไม้เท้าช่วยเดิน (crutches) หรือ อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) แต่ผู้พักอาศัยไม่ได้ต้องการการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยดูแล ให้บริการช่วยเหลือในด้านการด้านดูแลส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว

2. **สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting)** เป็นสถานที่พักอาศัยสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอายุหรือความพิการที่ต้องการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ไม่สามารถพักอาศัยอยู่ที่บ้านได้อย่างปลอดภัยแต่ต้องการอยู่อย่างอิสระมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ มีบริการการดูแลส่วนบุคคล และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้พักอาศัยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่ต้องมีผู้ที่คอยกำกับดูแลและไม่ต้องการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางด้านการแพทย์หรือการพยาบาล มีห้องรับประทานอาหารรวมและมีระบบการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน

3. **สถานบริบาล (nursing home)** หมายถึง เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ และเป็นสถานที่ให้บริการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล 24 ชั่วโมงต่อวัน หรือให้บริการกำกับดูแลในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารและการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและ/หรือมีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง

4. **สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospital**) หมายถึง สถานที่ให้การรักษาพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเป็นระยะเวลาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน

5. **สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care)** หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ เป้าหมายในการดูแลก็คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบในวันสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ให้การรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการระยะยาวในประเทศไทย
2. เป็นแนวทางในพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดี และนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานบริการในประเทศไทย
3. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการวางแผนและการกำหนดนโยบายในด้านการบริการสุขภาพและสังคมในประเทศไทยต่อไป

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญโดยกำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. สถานดูแลระยะยาว
2. คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ
3. การจัดการทางด้านคุณภาพ (quality management)
4. ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ (cost and efficacy)
5. นโยบายสาธารณะ (public policy)
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานดูแลระยะยาว

1.1 คำนิยาม

1.1.1 คำนิยามการดูแลระยะยาว

ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวไว้หลากหลาย เช่น

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2000) กล่าวว่า “การดูแลระยะยาว (long-term care: LTC) ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม นอกจากนี้การดูแลระยะยาวยังเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นได้ทั้งในระยะสั้น หรือในระยะยาวก็ได้ และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ให้ความหมายการดูแลระยะยาวไว้ว่า เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ รวมถึงบริการทั้งในสถาบันหรือในชุมชนในหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็น สถานดูแลกลางวัน บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่พักชั่วคราว การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน บริการฟื้นฟูสภาพ การดูแลที่ต้องอาศัยทักษะทางการพยาบาล การดูแลระยะสุดท้าย และการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมักจะเป็นการดูแลที่แยกต่างหากจากสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Kodner (2003: 91) ให้คำนิยามไว้ว่า การดูแลระยะยาว ส่วนหนึ่งเป็นการดูแลทางด้านสุขภาพและอีกส่วนหนึ่งเป็นการบริการทางด้านสังคม ที่แวดล้อมไปด้วยการบริการที่หลากหลายที่ใช้เทคนิคในระดับต่ำ (low-tech service) โดยบุคลากรทั้งที่เป็นวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน (unpaid family members) และผู้ให้การช่วยเหลือที่ไม่

เป็นทางการ (informal helper) แก่บุคคลที่ป่วยเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการดูแลในกิจวัตรประจำวันในช่วงเวลาที่ยาวนาน

ที่ผ่านได้มีการใช้คำนิยามการดูแลระยะยาวของ WHO เป็นหลัก พบว่ามีการตีความแตกต่างกันหรือเข้าใจไม่ตรงกันและยังไม่มีคำนิยามการดูแลระยะยาวในบริบทของประเทศไทย ดังนั้น คณะทำงานเพื่อจัดทำข้อเสนอระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 จึงได้ให้คำนิยามการดูแลระยะยาวที่ปรับปรุงจาก WHO (2000) เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้นและเพื่อให้เข้าใจตรงกันมากยิ่งขึ้น ดังนี้

*"**การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว** หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ"*

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงยึดคำนิยามของคณะทำงานเพื่อจัดทำข้อเสนอระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเป็นสำคัญ ในงานวิจัยนี้

ประเภทของการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาวสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (Australia of Health and Welfare, 2005; Lassey & Lassey, 2001 อ้างอิงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

1) การดูแลในสถานบริการหรือในสถาบัน (institutional care) เป็นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ซึ่งอาจมีลักษณะเป็น

1.1) สถานพยาบาลฉุกเฉิน (acute care) เช่น โรงพยาบาลต่าง ๆ ให้บริการในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องการการรักษาแบบรีบด่วน เช่น ภาวะปอดบวม หรืออาการของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่มีอาการเปลี่ยนแปลง และต้องการพักรักษาตัวระยะยาวในโรงพยาบาล

1.2) สถานพยาบาลกึ่งฉุกเฉิน (sub-acute care) ให้บริการในรายที่พ้นภาวะวิกฤติแต่ยังต้องการการฟื้นฟูสภาพก่อนกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.3) สถานดูแลระยะยาว (institutional long-term care) หรือเรียกว่า Long-term facility care อาจเป็นสถานบริการที่ต้องการการพยาบาลบางส่วน เช่น สถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home) สถานดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต (hospice care) สถานดูแลชั่วคราว (respite care) หรือต้องการเพียงที่พักอาศัยเท่านั้น เช่น บ้านพักคนชรา (residential home)

2) การบริการดูแลในชุมชน (community care services) การดูแลที่บ้าน (home care) หรืออาจเรียกว่า Long-term home care เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลในชุมชนโดยที่ผู้สูงอายุต้องการช่วยเหลือดูแลในกิจกรรมและความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น การช่วยดูแลการทำกิจกรรมส่วนตัวในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร หรือการปรับปรุงที่พักอาศัยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและเป็นการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น โดยมีบริการที่สนับสนุนการดูแลที่บ้าน เช่น บริการการเยี่ยมบ้าน บริการช่วยเหลืองานบ้าน บริการส่งอาหารถึงบ้าน ศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลกลางวัน ศูนย์บริการกลางวัน เป็นต้น

ซึ่ง Stone (2000) ได้ระบุความแตกต่างระหว่างการดูแลที่บ้านและสถานบริการไว้ว่า สถานบริบาล (nursing home) ว่าเป็นสถานที่ที่มีความเข้มงวดมากที่สุด ส่วนการดูแลที่บ้านว่าเป็นสถานที่ที่มีความเข้มงวดน้อยที่สุด

1.1.2 คำนิยามการดูแลระยะยาวในสถานบริการ (institutional long-term care)

ด้วยที่ผ่านมายังมีความสับสนว่า การบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการคืออะไร เพื่อให้เกิดความชัดเจน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรให้ความหมายที่ชัดเจนว่าสถานดูแลระยะยาวหมายถึงอะไร และสถานดูแลระยะยาวนั้นให้กิจกรรมบริการดูแลอะไรบ้าง

Medical Dictionary (2009) ให้คำนิยามไว้ว่า สถานบริการดูแลระยะยาว (long-term care facility) หมายถึง สถานบริการด้านการฟื้นฟูสภาพ ธำรงรักษาสุขภาพ และ/หรือให้การดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือผู้พักอาศัย (residents) ที่ต้องการการช่วยเหลือในการกระทำกิจวัตรประจำวัน สถานบริการดูแลระยะยาว (long-term care facilities) จะรวมถึงสถานบริบาล (nursing home) สถานบริการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation facilities) สถานดูแลผู้ป่วยในด้านพฤติกรรมสุขภาพ และสถานดูแลภาวะเรื้อรังระยะยาวในโรงพยาบาล

ในประเทศอังกฤษและเวลส์ หลังจากมีพระราชบัญญัติด้านมาตรฐานการดูแล ปี ค.ศ. 2000 (Care Standard Act., 2000) ได้มีการรวมบ้านพักคนชรา (residential care home) และสถานบริบาล (nursing home) เข้าด้วยกันเรียกว่าบ้านพักดูแล (care homes) และในพระราชบัญญัติด้านมาตรฐานการดูแล นี้ได้ให้คำนิยามว่า

บ้านพักดูแล (care homes) เป็นสถานที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อให้บริการที่พักอาศัยร่วมกับการพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคล (Care Standard Act., 2000) และจะต้องขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการส่วนบุคคล (personal care) หรือบริการดูแลส่วนบุคคลร่วมกับการพยาบาล (nursing care) อีกทั้งยังสามารถระบุความต้องการให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลที่เฉพาะได้ เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต หรือผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้ (Netten, Darton & Williams, 2005: 204-205)

กิจกรรมบริการดูแล

การดูแลระยะยาว Stone (2000) และ WHO & Milbank Memorial Fund (2000 cited by Kodner, 2003) กล่าวว่า กิจกรรมการช่วยเหลือดูแลประกอบไปด้วย

1) การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน (basis activities of daily living: ADL) หรือ การดูแลส่วนบุคคล (personal care) อื่นๆ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร

2) การช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (instrumental activities of daily living: IADLs) รวมถึง

2.1) งานบ้านต่างๆ (household chores) เช่น การเตรียมอาหาร และการทำความสะอาดบ้านเรือน

2.2) การจัดการในชีวิต (life management) เช่น การซื้อสิ่งของ การจัดการเรื่องยาและเวชภัณฑ์

2.3) การช่วยเหลือในการเดินทาง

3) การช่วยเหลือทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้พักอาศัย (Medical Dictionary, 2000) เช่น

3.1) บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation)

3.2) การธำรงรักษาสุขภาพ (restoration) และ/หรือ

3.3) การดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล (skill nursing) ซึ่งคำว่า “การพยาบาล” มีผู้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการดูแลที่ให้โดยมีการวางแผนและกำกับดูแลหรือมอบหมายงานให้โดยพยาบาลผู้ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น (Health and Social Care Act. 2001, s. 49 cited by (Netten, Darton & Williams, 2005)

4) บริการอื่นๆ เช่น การดูแลภายหลังภาวะฉุกเฉิน (intermediate care) เป็นบริการดูแลผู้ป่วยให้มีความพร้อมก่อนกลับบ้าน ส่วนใหญ่จะมีบริการฟื้นฟูสภาพ ให้การดูแลที่เหมาะสมในระยะเวลาที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอิสระ (independence) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อสนับสนุนผู้ที่แพทย์ให้กลับบ้านเร็วขึ้น (early discharge) การป้องกันการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และเป็นการป้องกันหรือการชะลอการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานดูแลระยะยาว (Department of Health, 2001)

1.2 วิธีการช่วยเหลือดูแล

ในด้านวิธีการช่วยเหลือดูแล Stone (2000) ได้แบ่งออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

1.2.1 การช่วยเหลือที่อยู่ในรูปแบบการลงมือทำ (hands-on) การอยู่เป็นเพื่อนเพื่อคอยให้ความช่วยเหลือ (stand-by) หรือเป็นการนิเทศ (supervision)

1.2.2 การช่วยเหลือโดยใช้เครื่องมือ (assistive devices) เช่น ไม้เท้า (cane) เครื่องช่วยเดิน (walker)

1.2.3 การช่วยเหลือโดยใช้เทคโนโลยี (technology) เช่น คอมพิวเตอร์ช่วยเตือนในการรับประทานยา ระบบแจ้งเตือนฉุกเฉิน เป็นการแจ้งเตือนสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพขาดการตอบสนอง

1.2.4 การปรับปรุงบ้านเรือน (home modifications) เช่น การสร้างทางลาด ราวจับ ลูกบิดประตูให้ง่ายต่อการใช้งาน เป็นต้น

1.3 ประเภทของสถานดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาวสามารถให้บริการได้หลายสถานที่ ขึ้นอยู่กับความต้องการและความจำนงของผู้ที่ต้องการการดูแล การมีอยู่ของผู้ให้การช่วยเหลือที่ไม่เป็นทางการ และแหล่งให้การสนับสนุนทางด้านค่าใช้จ่าย สามารถแบ่งได้ดังนี้

1.3.1 แบ่งตามการดูแลแบบต่อเนื่อง (continuum of care)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นศาสตร์ทางด้านผู้สูงอายุ มักจะให้ความหมายการดูแลระยะยาวว่าเป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง (continuum of care) และ Stone (2000) ได้ให้แบ่งการดูแลระยะยาว ดังนี้

1) บ้านพักคนชรา (residential home) การดูแลในบ้านพักคนชรามักเป็นทางเลือกสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องการการช่วยเหลือดูแลในสถานบริบาล แต่อาจไม่สามารถอยู่ที่บ้านตามลำพังได้ เป็นที่พักอาศัยแทนที่บ้านของตนเอง และเป็นสถานที่รองรับเมื่อมีภาวะสุขภาพเสื่อมถอยลงก่อนย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริบาล

2) สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted living) Stone (2000) ได้ให้คำจำกัดความว่าเป็นสถานที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 11 เตียงขึ้นไป ให้การดูแลขั้นพื้นฐานแก่ประชากรผู้สูงอายุ ให้การดูแลอยู่ภายในสายตาตลอด 24 ชั่วโมง การช่วยเหลือดูแลงานบ้าน บริการอาหารอย่างน้อยวันละ 2 มื้อ และให้การช่วยเหลือการดูแลส่วนบุคคลร่วมกับอย่างน้อย 2 กิจกรรมจากกิจกรรมต่อไปนี้ เช่น การรับประทานยา การอาบน้ำและการแต่งตัว

3) สถานบริบาล (nursing home or nursing facility) เป็นสถานบริการหลักในการดูแลระยะยาว

นอกจากนี้ Stone (2000) ได้ระบุว่าสถานบริบาล (nursing home) เป็นสถานที่ที่มีความเข้มงวดมากที่สุด ส่วนการดูแลที่บ้านว่าเป็นสถานที่ที่มีความเข้มงวดน้อยที่สุด (Stone, 2000)

1.3.2 แบ่งตามลักษณะการบริการที่ให้และตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ (Ribbe, et al., 1997; Lassey & Lassey, 2001; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) คือ

1) โรงพยาบาล (hospitals) เป็นสถานที่ให้บริการรักษาทางการแพทย์ ที่อาจมีทั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ

2) สถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home) เป็นสถานที่ให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน ให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การดูแลทางด้านจิตสังคมและ

การดูแลส่วนบุคคล การดูแลสนับสนุนทางการแพทย์รวมทั้งบริการห้องพักและอาหาร สถานบริการนี้มักให้การดูแลที่มีลักษณะ “การดูแลในระดับสูงสุด (highest level of care)”

3) บ้านพักคนชรา (residential homes) ให้บริการ “ดูแลในระดับต่ำกว่า (lower level of care)”

4) สถานที่พักอาศัยประเภทให้เช่าห้องพักสำหรับผู้สูงอายุ (hostels) บริการให้การช่วยเหลือสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน

5) ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (sheltered housing)

1.3.3 แบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและสังกัด

จากการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2552) พบว่าประกอบไปด้วย บ้านพักคนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว สถานบริบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของทั้งภาครัฐ เช่น ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนทั่วไปที่ให้บริการแบบหวังผลกำไรและองค์กรการกุศลที่ให้บริการโดยไม่หวังผลกำไร มีการให้บริการตามระดับการดูแลของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) บ้านพักคนชรา (residential home) หรือ ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (independent living communities) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (retirement communities) หมายถึง สถานที่ให้บริการห้องพักสำหรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้พักอาศัยจะต้องสามารถเดินเองได้ เดินโดยใช้ไม้เท้า (cane) ไม้เท้าช่วยเดิน (crutches) หรือ อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) แต่ผู้พักอาศัยไม่ได้ต้องการการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยดูแล ให้บริการช่วยเหลือในด้านการดูแลส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว ในประเทศไทยพบว่าบ้านพักคนชราส่วนใหญ่ให้บริการโดยภาครัฐเป็นประเภทการสงเคราะห์ ตั้งอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งหมด 25 แห่งทั่วประเทศ สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการโอนภารกิจของสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคมให้ไปอยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมจำนวน 12 แห่งและกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 แห่ง ส่วนที่เหลือจำนวน 12 แห่ง ได้พัฒนารูปแบบของการบริการและกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งขยายบทบาทของสถานสงเคราะห์ให้ทำงานเชิงรุกกับชุมชนภายนอกมากยิ่งขึ้นและได้เปลี่ยนชื่อไปเป็น *“ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ”* เพื่อเป็นศูนย์สาธิตด้านผู้สูงอายุ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2550)

2) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting) เป็นสถานที่พักอาศัยสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอายุหรือความพิการที่ต้องการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ไม่สามารถพักอาศัยอยู่ที่บ้านได้อย่างปลอดภัยแต่ต้องการอยู่อย่างอิสระมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ มีบริการการดูแลส่วนบุคคล และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้พักอาศัยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้โดยไม่ต้องมีผู้ที่คอยกำกับดูแลและไม่ต้องการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางด้านการแพทย์หรือการพยาบาล มีห้องรับประทานอาหารรวมและมีระบบการขอ

ความช่วยเหลือฉุกเฉิน ในประเทศไทยจะพบในส่วนของภาคเอกชนและในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐบางแห่งที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพลภาพหรือพิการต้องการการดูแลในระดับสูงขึ้น

3) สถานบริบาล (nursing home) หมายถึง เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ และเป็นสถานที่ให้บริการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล 24 ชั่วโมงต่อวัน หรือให้บริการกำกับดูแลในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารและการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและ/หรือมีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง ผู้ให้บริการเกือบทั้งหมดเป็นภาคเอกชน ยกเว้นในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐบางแห่งที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพลภาพต้องการการดูแลในระดับสูงจนจึงกระทั่งถึงในวาระสุดท้ายของชีวิต

4) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospital) หมายถึง สถานที่ให้การรักษาพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเป็นระยะเวลาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจพบทั้งในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนแต่พบมากในโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care) หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ เป้าหมายในการดูแลก็คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบในวันสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ให้การรักษา ซึ่งอาจตั้งอยู่ในโรงพยาบาลหรือในสถานที่ทำการทางศาสนา เช่น ในหอผู้ป่วยประคับประคองในโรงพยาบาลสงฆ์ และศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ วัดคำประมง จ.สกลนคร เป็นต้น

2. คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

การพิจารณาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ (quality of institutional geriatric care)

มุมมองการพิจารณาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการมีหลากหลาย บางมุมมองเน้นที่ความบกพร่อง ความไม่พอเพียงในการดูแล การไม่มีปัญหาการดูแล หรืออาจพิจารณาจากผลลัพธ์การดูแลที่ดี (Wunderlich & Kohler, 2001) บ้างที่เน้นคุณภาพการจัดการเกี่ยวกับกระบวนการจัดการดูแลมากกว่าผู้รับบริการ หรือที่เรียกว่าเน้นระบบการดูแล ซึ่งระบบการดูแลเน้นคุณภาพของการออกแบบการจัดการดูแลและการปฏิบัติการที่มีคุณภาพ ซึ่งการออกแบบนั้นต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการส่วนใหญ่ ส่วนการปฏิบัตินั้นให้ความสำคัญกับค่าใช้จ่ายที่ต่ำ แต่มีการจัดการอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Dana, 2004)

Organization for Economic Cooperation and Development; OECD (2005) ซึ่งเป็นองค์กรที่เกิดจากการรวมตัวของผู้แทนจากประเทศต่าง 30 ประเทศ คือประเทศออสเตรเลีย ออสเตรีย

เบลเยี่ยม แคนาดา เดนมาร์ค ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมัน สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ญี่ปุ่น สวีเดน และอีก 18 ประเทศทั่วโลก ได้เสนอมิติการพิจารณาคุณภาพการดูแลระยะยาวไว้ 3 ด้าน คือ

1) คุณภาพเชิงโครงสร้าง ได้แก่ คุณภาพและความปลอดภัยของอาคาร สภาพแวดล้อม ขนาดของห้อง สัดส่วนของบุคคลากรกับผู้อาศัย

2) คุณภาพเชิงกระบวนการ ได้แก่ กลไกในการปกป้องสิทธิผู้อาศัย กระบวนการส่งต่อและจำหน่าย มีการประเมินและการวางแผนการดูแล จัดหาบริการตามความต้องการเพื่อให้ผู้อาศัยสามารถคงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ให้อาหารที่มีความสมดุล จัดการบริการไปยังสถานบริการชั่วคราวอื่นที่จำเป็น มีคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพ

3) คุณภาพของผลลัพธ์ ได้แก่ ความชุกของแผลกดทับ ทุพโภชนาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม การจัดการความเจ็บป่วยที่ไม่เหมาะสม การผูกยึด การติดเชื้อ การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันการหกล้ม การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การปฏิสัมพันธ์และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

การพิจารณาคุณภาพการดูแลยังมีการใช้มิติอื่นๆ มาพิจารณา เช่น การศึกษาเพื่อพัฒนาข้อบ่งชี้คุณภาพการดูแลระยะยาวในสถานบริการในประเทศเกาหลี ของ Wang, Chang, Liu, & Chen (2007) ที่ใช้แนวทางการประเมินคุณภาพของ Deming 5 ประการ พบว่าข้อบ่งชี้คุณภาพการดูแลที่ดีในแต่ละมิติ ได้แก่

1) ความจับต้องได้ (tangible) ได้แก่ การมีเครื่องมือหรือเครื่องอำนวยความสะดวกที่ทันสมัย สามารถจัดกิจกรรมสันทนาการตามความต้องการของผู้สูงอายุ

2) มิติความเที่ยง (reliability) ได้แก่ ความน่าเชื่อในการดูแลที่ไม่มีความผิดพลาด มีการบันทึกที่ถูกต้อง

3) มิติการตอบสนอง (responsiveness) ได้แก่ การดูแลตอบสนองความต้องการทันทีที่ต้องการ เมื่อเกิดอุบัติเหตุ มีแรงจูงใจในการให้บริการ มีเวลาเพียงพอในการดูแล

4) มิติการประกัน (assurance) ได้แก่ บุคลากรมีความน่าเชื่อถือผู้อาศัยมีความเชื่อมั่นสุภาพ กระตือรือร้น มีความรู้และทักษะดี

5) มิติความเอื้ออาทร (empathy) ได้แก่ ให้การดูแลแก่ผู้อาศัยทุกคน ให้การบริการทุกเวลา สอดคล้องความต้องการ และมีส่วนร่วมในการดูแล

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาคุณภาพการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ โดยประเมินจากผู้รับและผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ให้บริการ หรือผู้ประเมินอื่น ซึ่งมีจุดอ่อนและจุดแข็งแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะการประเมินคุณภาพโดยผู้สูงอายุในบางวัฒนธรรม มักพบว่าจะไม่ค่อยได้ข้อเท็จจริงเท่าไร ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุไม่กล้าแสดงความคิดเห็นต่อผู้ที่ให้การดูแลตนเองเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้ดูแล (Voutilainen, 2004 cited in Voutilainen et al, 2006) และมีวัฒนธรรมที่มีความรู้สึกที่ดีแม้ได้รับการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย (Gould, 1992; Backman et al, 2001 cited in Isola et al., 2008) ดังนั้นการประเมินคุณภาพจึงต้องประเมินรอบด้านทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ

ส่วนการศึกษาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ในมุมมองของพยาบาลเพื่อใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลนั้น มีการศึกษาในประเทศฟินแลนด์ที่มีประชากรผู้สูงอายุที่ต้องการการดูและระยะยาวในหอผู้ป่วยสูงอายุเป็นจำนวนมาก โดยประเมินประเด็นคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับ ความรู้และทักษะการดูแลของพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง และความผาสุกของพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกายดี แต่ให้การดูแลด้านจิตสังคมน้อย เจตนาและไม่เจตนาในการละเลยการดูแลมากกว่าการดูแลด้วยกริยาก้าวร้าว และพบว่าพยาบาลมีความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ (Isola et al, 2008) ซึ่งแตกต่างการศึกษาของ (Murphy, 2005) ในประเทศฟินแลนด์ที่พบว่า การดูแลที่มีคุณภาพคือการพยาบาลที่เป็นองค์รวม เน้นการดูแลเป็นรายบุคคล และการส่งเสริมให้พึ่งพาตนเอง และเลือกรับบริการได้

ส่วนการประเมินคุณภาพการดูแลโดยครอบครัวนั้น Voutilainen, Backman, Isola, & Laukala (2006) เห็นว่าครอบครัวผู้สูงอายุจะเป็นผู้ประเมินคุณภาพการดูแลในสถานบริการได้ดีที่สุด จึงได้ศึกษาคุณภาพการดูแลในมุมมองของครอบครัวในหอผู้ป่วยผู้สูงอายุระยะยาว โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพการดูแลที่ได้จากการทบทวน โดยประเด็นที่ใช้ในการประเมินได้แก่ การสนองความต้องการด้านสังคมการสนับสนุนครอบครัว การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนการพยาบาล และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลให้มีส่วนร่วมในการดูแล พบว่า คุณภาพการดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของญาติในการวางแผนการดูแล การมีส่วนร่วมของญาติในการตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้รับและการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลตามลำดับ แต่การสนับสนุนทางจิตสังคมมีน้อย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลเน้นการดูแลด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ และจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อคิดเห็นการประเมินคุณภาพการดูแลโดยครอบครัวนั้นมีปัจจัยที่มีผลต่อการแปลผล คือ ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในสถานบริการของผู้สูงอายุ ทัศนคติของผู้สูงอายุที่มาอยู่ และความบ่อยครั้งของการมาเยี่ยมของครอบครัว

จะเห็นได้ว่าการพิจารณาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติอยู่ พิจารณาจากคุณภาพเชิงโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ทั้งนี้ สามารถประเมินได้จาก ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยคุณภาพการดูแลที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลยังให้ความสำคัญการดูแลด้านร่างกายมากกว่าทางด้านจิตใจ

จากการอภิปรายกันมากมายเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลระยะยาวว่า ควรใช้หลักเกณฑ์ใดเป็นมาตรฐาน ส่วนใหญ่กำหนดคุณภาพเป็น 2 ด้านคือ ด้านการดูแลหรือด้านการให้บริการและด้านคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ (Wunderlich & Kohler, 2001) หรือบางแนวคิดมองว่า การดูแลที่มีคุณภาพต้องประเมินจาก สถานที่ (settings) และกระบวนการ (process) (National Commission for Quality Long Term Care, 2007) อย่างไรก็ตามเมื่อจัดข้อกำหนดการประเมินคุณภาพเป็นรายข้อตาม The Outcome and Assessment Information Set (OASIS)

สรุปประเด็นที่ต้องประเมิน ดังนี้

1) ความปลอดภัย (safe)

2) ประสิทธิผล (effective)

3) ความคุ้มค่า (efficient)

4) คุ้มต่อเวลา (timely)

5) ดูแลแบบยึดคนเป็นศูนย์กลาง (person- centered)

6) ความเสมอภาค (equitable)

ต่อมาได้มีการปฏิรูปวัฒนธรรมการดูแลระยะยาวในสหรัฐอเมริกา ได้ข้อสรุปว่า การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นหลักสำคัญยิ่งที่จะนำมาสู่ซึ่งการดูแลที่มีคุณภาพในรูปแบบต่างๆ และเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ รวมทั้งต้องมีการคำนึงถึงการจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นเสมือนบ้าน (National Commission for Quality Long Term Care, 2007)

ดังนั้นคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ (quality of institutional geriatric care) จะประกอบไปด้วย การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การพิทักษ์สิทธิและคุ้มครองผู้ป่วยมิให้ถูกละเมิด กลยุทธ์การดูแลที่ครอบคลุม มาตรฐานการดูแล ระดับความต้องการการดูแล ความผาสุกของบุคลากร อัตรากำลังของบุคลากรต่อผู้พักอาศัย (Isola, Backman, Voutilainen, & Rautsiala, 2006) มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นความเห็นที่ตรงกันของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุจากนานาประเทศ พบว่าการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาจากพื้นฐานของการตั้งเป้าหมายว่า ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุต้องได้รับ (United States General Accounting Office, 1994) คือ

1) การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย (maintain functional capacity)

2) มีอำนาจในการตัดสินใจและมีการปรับเปลี่ยนได้

3) ประกันความปลอดภัย

4) ป้องกันการบริการทดแทนที่ไม่เหมาะสม

5) ให้ความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

6) ลดภาระการดูแลที่ไม่เป็นทางการ คือ การดูแลจากญาติ

7) ลดค่าใช้จ่ายสาธารณะ

จากรายงานประกันคุณภาพการดูแลระยะยาวในประเทศสหรัฐอเมริกา (United States General Accounting Office, 1994) มีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลให้มีคุณภาพโดยให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือการ ประเมินผู้ให้บริการและผู้รับบริการว่ามีความเห็นต่อเป้าหมายการดูแลอย่างไร พบว่าผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีมุมมองและความคาดหวังที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการดูแล ดังนี้ (United States General Accounting Office, 1994)

ผู้ให้บริการ

1) มีความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรและผู้สูงอายุรวมทั้งญาติ

2) มีแผนการดูแล รักษาที่เหมาะสม

3) ผู้สูงอายุอยู่ในสถานที่ดูแลที่เหมาะสม

4) ผู้ดูแลมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้รับบริการ

1) ผู้ดูแลมาให้บริการตรงตามวันและเวลา
2) ผู้ดูแลปฏิบัติงานตามหน้าที่
3) ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ
4) ผู้ดูแลมีลักษณะที่ดูสะอาดเรียบร้อย
5) ผู้ดูแลให้การดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้สูงอายุ เช่น ช่วยเหลือเวลาลุก นั่ง เคลื่อนย้าย
6) ดูแลข้าวของเครื่องใช้ของผู้สูงอายุ

2.2 การพิทักษ์สิทธิและคุ้มครองผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว

รัฐบาลกลางของประเทศออสเตรเลีย ได้วางแนวทางในการพิทักษ์สิทธิและคุ้มครองผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานดูแลระยะยาวไว้ดังนี้ (Commonwealth of Australia, 2001)

1) การเคารพสิทธิส่วนบุคคล
2) การพิทักษ์สิทธิชีวิตและความปลอดภัยของบุคคล
3) การเคารพต่อสิทธิทางศาสนาและวัฒนธรรมของบุคคล
4) การมีสิทธิในการตัดสินใจ
5) การมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานตามความต้องการของบุคคล
6) การพิทักษ์สิทธิในความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ
7) การเคารพต่อความต้องการของบุคคลในทั้งด้านปัจเจกและด้านสังคม

การกระทำใดที่เป็นการละเมิดต่อสิทธิข้อใดข้อหนึ่ง เช่น การถ่ายภาพผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว โดยมิได้ขออนุญาตหรือได้รับการยินยอมจากผู้สูงอายุ เป็นการละเมิดต่อสิทธิส่วนบุคคล และการกระทำอื่นใดให้ตีความจากการกระทำนั้นว่ามีการละเมิดต่อสิทธิข้อใด

2.3 กลยุทธ์ของการดูแลที่ครอบคลุม

การดูแลที่ครอบคลุมเป็นเป้าหมายที่สถานบริการระยะยาวได้พยายามปรับปรุงมาตลอด สถานบริการหลายแห่งได้สร้างมาตรฐานการดูแล และปรับกลยุทธ์ต่างๆโดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ บุคคลที่สำคัญได้แก่ แพทย์ พยาบาล ซึ่งในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ และบุคลากรอื่นที่ทำงานในคลินิกผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลที่เรียกว่า “Evercare” เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ระบุกลยุทธ์หลักๆ ที่จำเป็นในการดูแลครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลไว้ดังนี้ (Larson, 2008)

1) เป้าหมายและแผนการดูแลต้องมาจากพยาบาลเวชปฏิบัติ และมีเป้าหมายที่ความผาสุกของผู้สูงอายุ
2) ทีมสุขภาพมีการติดตาม “ภาพใหญ่ (big picture)” ของความต้องการด้านร่างกาย สังคม จิตใจของผู้สูงอายุ

3) โปรแกรมการดูแลรักษามาจากองค์ความรู้และประสบการณ์ด้านพฤฒาวิทยา (geriatric medicine) และบุคคลต้องมีความสนใจดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมลงทางด้านสุขภาพ
4) การดูแลต้องสามารถลดอัตราการโยกย้ายผู้สูงอายุไปสู่การดูแลที่มากขึ้น ได้แก่ การโยกย้ายผู้สูงอายุจากการดูแลในสถานบริบาล ซึ่งเป็นสถานดูแลระยะยาวไปสู่การดูแลใน extended care หรือโรงพยาบาลซึ่งเป็นการดูแลแบบเฉียบพลัน
5) ทีมสุขภาพต้องมุ่งให้การป้องกันร่วมกับทีมทำงานของสถานบริบาลในการช่วยประเมินและสืบค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุตั้งแต่เนิ่นๆ
6) ทีมผู้ดูแลจะส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากสิทธิประกันสุขภาพมากที่สุด
7) ให้การสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและมีการติดต่อสื่อสารกันระหว่างครอบครัวกับทีมผู้ดูแล

การดูแลที่ครอบคลุมจากข้อเสนอของสถานบริการอื่น รวมทั้งจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ไม่ระบุรายละเอียดของกลยุทธ์ แต่ส่วนใหญ่สรุปว่าต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวม ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยต้องเป็นศูนย์กลางการดูแล ต้องอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต มีความปลอดภัยในสถานที่ที่ดูแล ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรี มีอำนาจในการร่วมตัดสินใจดูแล มีสุขภาวะ และมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ (Capitman, Leutz, Bishop, & Casler, 2005)

2.4 มาตรฐานการดูแล

สถานดูแลระยะยาวแต่ละแห่งมีบริการที่แตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่มีบริการหลักที่คล้ายคลึงกัน หลายประเทศได้จัดทำมาตรฐานขั้นต่ำเพื่อเป็นกฎหมายเบื้องต้นในการให้บริการในขอบเขตที่ควรจะเป็น ซึ่งมาตรฐานขั้นต่ำของแต่ละรัฐหรือประเทศมักกำหนดไว้กว้างๆ เพื่อให้สามารถจัดกระทำตามความเหมาะสมของบริบทนั้นๆ โดยให้ลักษณะดังนี้ เช่น

1) มีการดูแลที่เหมาะสมและเพียงพอ
2) ให้การรักษาพยาบาล
3) มีการสนับสนุนด้านอาชีพและกิจกรรมบันเทิง
4) เป็นสถานที่อยู่อาศัย
5) มีความปลอดภัย
6) มีห้องครัว
7) จัดให้มีความเหมาะสมด้านสุขวิทยาและสิ่งแวดล้อม
8) บริการด้านวิชาการ
9) มีความเป็นส่วนตัวและเคารพในสิทธิของบุคคล
10) มีเสรีภาพ
11) มีการสนับสนุนด้านศาสนา

12) มีความปลอดภัยในทรัพย์สินส่วนบุคคล

13) มีบริการด้านข้อมูล ข่าวสารที่เป็นปัจจุบันแก่ผู้อาศัย

14) เปิดให้มีการเยี่ยมเยียนจากญาติและบุคคลภายนอกได้

15) จัดระบบการจำหน่ายออกให้กับผู้อาศัย

16) มีการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายรวมทั้งการเสียชีวิต

17) มีการบันทึกกิจกรรมการดูแล

นอกจากนี้ประเทศไอร์แลนด์ (Health Information and Evaluation Authority, 2009) ได้จัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน ที่สัมพันธ์กับกฎหมายและอยู่บนพื้นฐานของแนวปฏิบัติ ผลการวิจัย และการปฏิบัติที่ดีที่สุด ได้แก่

หมวดที่ 1 สิทธิ

มาตรฐานที่ 1 ข้อมูล ผู้อาศัยต้องเข้าถึงข้อมูล และความต้องการของบุคคล เพื่อช่วยในการตัดสินใจ

มาตรฐานที่ 2 การปรึกษาและมีส่วนร่วม ผู้อาศัยทุกรายมีสิทธิในการปรึกษาและมีส่วนร่วมในการจัดการของสถานบริการ และการปฏิบัติและนโยบายของสถานบริการ

มาตรฐานที่ 3 การยินยอม ผู้อาศัยแต่ละรายยินยอมในการรักษาและการดูแลที่เป็นไปตามกฎหมายและแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด

มาตรฐานที่ 4 ความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรี ผู้อาศัยทุกรายมีสิทธิได้รับความเคารพต่อความเป็นส่วนตัวและได้รับการยอมรับในบุคคล

มาตรฐานที่ 5 สิทธิพลเรือน การเมืองและศาสนา ผู้อาศัยทุกรายร่วมปฏิบัติตามสิทธิการเป็นพลเรือน การเมืองและศาสนาอย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 6 การร้องเรียน คำร้องของผู้อาศัยทุกราย ครอบครัว และผู้มาเยี่ยมได้รับการรับฟังและตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 7 การทำเงื่อนไข ผู้อาศัยทุกรายต้องลงนามหรือเขียนคำรับรองต่อสภาวะของตนกับผู้ดูแล หรือต่อสถานบริการนั้นๆ

หมวดที่ 2 การป้องกัน

มาตรฐานที่ 8 การป้องกัน ผู้อาศัยทุกรายได้รับการป้องกันการถูกทำร้ายในทุกรูปแบบ

มาตรฐานที่ 9 การเงิน เงินของผู้อาศัยทุกรายได้รับการป้องกันความปลอดภัย

หมวดที่ 3 ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพและสังคม

มาตรฐานที่ 10 การประเมิน ผู้อาศัยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการอย่างเต็มรูปแบบก่อนย้ายเข้าพักอาศัยในสถานบริการ และประเมินตามความจำเป็นเป็นระยะ

มาตรฐานที่ 11 แผนการดูแล มีการจัดแผนการพบปะกับผู้อาศัยทุกราย พร้อมทั้งลงความเห็นชอบร่วมกันกับผู้อาศัย หรือร่วมกับผู้แทนผู้อาศัย

มาตรฐานที่ 12 การส่งเสริมสุขภาพ ผู้อาศัยได้รับประโยชน์จากนโยบายและการปฏิบัติ และการฟื้นฟูสุขภาพ

มาตรฐานที่ 13 การดูแลสุขภาพ ผู้อาศัยประเมินความต้องการด้านสุขภาพ และดำเนินการปรึกษากับผู้อาศัย

มาตรฐานที่ 14 การจัดการเรื่องยา ผู้อาศัยได้รับการปกป้องด้านการจัดการด้านยาจากสถานบริการอย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 15 การติดตามเรื่องยาและมีการทบทวนยา ผู้อาศัยได้รับการเพิ่มคุณภาพชีวิตและไม่ควรได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรังอันเกิดจากการได้รับยามากเกินไปหรือได้ยาไม่เพียงพอ

มาตรฐานที่ 16 การดูแลระยะสุดท้าย ผู้อาศัยทุกรายได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายโดยเป็นไปตามความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และมีศักดิ์ศรีและอำนาจในตนเอง

หมวดที่ 4 คุณภาพชีวิต

มาตรฐานที่ 17 การมีอำนาจและมีความเป็นอิสระ ผู้อาศัยทุกรายสามารถเลือกและควบคุมชีวิตตนเองและได้รับการกระตุ้นและเป็นอิสระในการคิด

มาตรฐานที่ 18 งานประจำและความคาดหวัง ผู้อาศัยทุกรายมีวิถีชีวิตในสถานบริการอย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับงานประจำที่ทำมาก่อน เช่นเดียวกับความชอบพอ ความพึงพอใจ วัฒนธรรม ภาษา ศาสนาและงานอดิเรก หรือความสนใจ

มาตรฐานที่ 19 อาหารและเวลารับประทานอาหารผู้ดูแลได้รับประทานอาหารในสถานที่ดีและตรงตามเวลา

มาตรฐานที่ 20 การติดต่อกับสังคม ผู้อาศัยสามารถคงการติดต่อกับครอบครัว เพื่อน ผู้แทนของชุมชนได้ตามต้องการ

มาตรฐานที่ 21 การตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ท้าทาย ความต้องการของผู้อาศัยกับพฤติกรรมที่ท้าทาย รวมทั้งพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อตนเองและผู้อื่น

มาตรฐานที่ 22 การรับบุคลากร การรับผู้ทำงานเป็นไปโดยการจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ที่ดีที่สุด

หมวดที่ 5 ผู้ปฏิบัติงาน

มาตรฐานที่ 23 ผู้ปฏิบัติงานและคุณสมบัติมีผู้ปฏิบัติงานที่มีทักษะและคุณสมบัติที่ดีพอในการให้บริการแก่ผู้อาศัยด้วยมาตรฐานและความต้องการ

มาตรฐานที่ 24 การฝึกและนิเทศ ผู้ปฏิบัติงานได้รับการพัฒนาความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องจากผู้นิเทศที่มีความเหมาะสม

หมวดที่ 6 การดูแลสิ่งแวดล้อม

มาตรฐานที่ 25 สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สถานบริการได้รับการออกแบบเลือกพื้นที่ของที่อยู่อาศัยมาอย่างเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ มีความปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ

มาตรฐานที่ 26 สุขภาพและความปลอดภัย ผู้อาศัยและผู้ดูแลรวมทั้งผู้มาเยี่ยมผู้อาศัยได้รับการส่งเสริมและป้องกัน

หมวดที่ 7 รัฐบาลและการจัดการ

มาตรฐานที่ 27 การจัดการ การบริการผู้อาศัย ดำเนินการโดยพยาบาลที่มีคุณสมบัติและประสบการณ์ และมีอำนาจตามบทบาทหน้าที่ในการให้บริการ

มาตรฐานที่ 28 วัตถุประสงค์และหน้าที่ สถานบริการได้เขียนวัตถุประสงค์และหน้าที่ต่างๆ เกี่ยวกับการบริการไว้อย่างชัดเจน

มาตรฐานที่ 29 ระบบการจัดการ มีการจัดระบบการจัดการที่มีคุณภาพเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพการให้บริการ

มาตรฐานที่ 30 การประกันคุณภาพและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามดูคุณภาพการดูแลและประสบการณ์ของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 31 ด้านการเงิน มีการจัดการด้านบัญชีและการเงินของสถานบริการอย่างน่าเชื่อถือ

มาตรฐานที่ 32 การบันทึกและลงทะเบียนของผู้อาศัย ผู้อาศัยทุกรายได้รับการประกันความปลอดภัยโดยการจัดบันทึกแผนและการกระทำต่างๆ

2.5 ระดับความต้องการการดูแล (level of care)

2.5.1 การแบ่งระดับความต้องการการดูแล

ใน British Columbia ประเทศแคนนาดา มีการแบ่งระดับการดูแลออกเป็น 5 ระดับคือ (Hébert, et al., 2001)

ระดับ 1 การดูแลส่วนบุคคล (personal care)

ระดับ 2 การดูแลระยะกลาง ขั้นที่ 1 (intermediate care 1: IC 1)

ระดับ 3 การดูแลระยะกลาง ขั้นที่ 2 (intermediate care 2: IC 2)

ระดับ 4 การดูแลระยะกลาง ขั้นที่ 3 (intermediate care 3: IC 3)

ระดับ 5 การดูแลระยะยาวหรือเรื้อรัง (extended care or chronic) เทียบเท่ากับการดูแลในสถานบริบาลที่ให้การพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะขั้นสูง (skilled nursing homes) ในประเทศสหรัฐอเมริกา

ผู้ที่อยู่ในระดับ 3 และ 4 มักจะถูกส่งต่อไปอยู่ในสถานบริบาล (nursing homes) หรือสถานดูแลระยะยาว (long-term-care facilities)

2.5.2 เครื่องมือในการประเมินระดับความต้องการการดูแล (level of care)

การประเมินระดับความต้องการการดูแล จากเดิมที่ใช้เพียงแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADLs) เท่านั้นต่อมา Desrosiers, Bravo, Hébert, & Dubuc (1995) กล่าวว่าควรใช้แบบประเมินอื่นร่วมด้วยในการประเมินเพื่อป้องกันการเสื่อมหน้าที่ของร่างกายและภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นการประเมินระดับความต้องการการดูแลควรประกอบไปด้วย 2 เครื่องมือดังนี้

1) แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADLs)

2) เครื่องมือประเมินระบบการการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional Autonomy Measurement System: SMAF) พัฒนาขึ้นโดย Hébert, Carrier & Bilodeau (1988) โดยมีพื้นฐานจาก World Health Organization's Classification of Disabilities (WHO, 1980) ประกอบไปด้วย 29 คำถาม ที่วัดความต้องการเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่โดยอิสระ 5 ด้านคือ ADL (7 ข้อ), Mobility (6 ข้อ), Communication (3 ข้อ), Mental function (5 ข้อ) และ Instrumental ADL (IADL) (8 ข้อ) แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 (0=independent, 3=dependent) คะแนนมากที่สุด 87 คะแนน มีค่า Test-retest และ Interrater reliability เท่ากับ .95 และ .96 ตามลำดับ ความต้องการการดูแล แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ (somewhat independent) มีคะแนน SMAF 14.0–22.5

ระดับ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย (slightly independent) มีคะแนน SMAF 23.0–35.0

ระดับ 3 มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (slightly dependent) มีคะแนน SMAF 35.5–45.5

ระดับ 4 มีภาวะพึ่งพา (somewhat dependent) มีคะแนน SMAF 46.0–61.0

ระดับ 5 มีภาวะพึ่งพามาก (largely dependent) มีคะแนน SMAF 61.5–68.5

2.5.3 ประเภทกิจกรรมการดูแล

กิจกรรมการดูแล แบ่งออกเป็น 7 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1) การดูแลทางคลินิกที่จำเป็น (clinical necessities)

2) การดูแลที่พักอาศัย (housekeeping)

3) การเตรียมอาหาร (meal preparation)

4) การบำรุงรักษา (maintenance)

5) กิจกรรมทางทางด้านจิตใจและสังคม (psychological–social activities)

6) การดูแลระยะสั้นๆ (respite)

7) การอยู่เป็นเพื่อน (companionship)

2.6 ความผาสุกของบุคลากร

บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เป็นพยาบาล และบุคลากรที่มีคุณวุฒิต่ำกว่า ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาลหรือบุคลากรอื่นที่ได้รับการฝึกทักษะมาระดับหนึ่ง บุคลากรที่เป็นแรงงานในการดูแลผู้สูงอายุทั้งที่เป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal care) ล้วนแต่มีจำนวนลดลง ผู้สูงอายุที่เกิดมาในยุค Baby boom เคยมีพี่น้องหลายคน และช่วยกันทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ของตนมาก่อน แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุกลับพบว่าตนเองมีบุตรหลานจำนวนน้อยลง เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จึงเกิดเป็นช่องว่างในการดูแลของคนที่อยู่ในสองยุค ความผาสุกของผู้สูงอายุในอดีตกับปัจจุบันจึงมีความแตกต่างกัน

ในด้านผู้ดูแล จากปัญหาแรงงานผู้ดูแลที่ลดลง พบว่า พยาบาลวิชาชีพแม้จะได้รับการศึกษาในวิชาชีพหลายปี แต่ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุมีน้อยมาก ในบุคลากรระดับต่อไป คือ ผู้ช่วยพยาบาลยิ่งได้รับการเรียนและฝึกฝนทักษะทางด้านดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่าพยาบาล บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุทุกระดับจึงมักขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะ 2-3 เดือนแรกของการทำงาน นอกจากนี้รายได้จากการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ และลักษณะงานค่อนข้างหนัก บุคลากรเหล่านี้มักไม่ค่อยพึงพอใจหรือมีความผาสุกมากนัก จึงมักออกจากหน้าที่ภายหลังปฏิบัติเพียงไม่กี่ปี (National Commission for Quality Long Term Care, 2007)

ดังนั้นจึงสรุปประเด็นแรงงานในสถานดูแลระยะยาวได้เป็นประเด็นใหญ่ๆ ดังนี้ คือ

1) การลาออกจากงานที่ค่อนข้างสูง ทำให้เปลี่ยนแปลงผู้ทำงานบ่อย หลังการพิจารณาปรับค่าจ้างให้สูงขึ้น ทำให้อัตราการลาออกจากงานลดน้อยลง

2) ความไม่พร้อมด้านการเตรียมและฝึกอบรมบุคลากร ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพในสถานดูแลระยะยาว ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร และผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยตรงซึ่งหมายถึงผู้ช่วยพยาบาลและอื่นๆ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา สถานบริการระยะยาวแต่ละประเภทมีความพร้อมของบุคลากรในระดับต่างๆ กัน ได้แก่ สถานบริบาล (nursing home) มีความต้องการพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลที่ผ่านการอบรมและได้ประกาศนียบัตรการดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว คือ Certified Nursing Assistant (CNAs) ส่วนในสถานบริการที่ช่วยเหลือการดำรงชีวิต (assisted living) มีการต้องการบุคลากรระดับต่ำกว่า คือ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่เคยฝึกอบรมมาก่อน ทำให้ทำงานแบบขาดความพร้อม และมักออกจากงานในเวลาไม่กี่เดือน เพราะไม่พร้อมที่จะทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย อย่างไรก็ตามในรัฐ North Carolina ได้จัดทำหลักสูตรอบรม 33 ชั่วโมง แก่ผู้ดูแลที่เป็นทางการซึ่งได้รับค่าจ้าง พบว่า สามารถพัฒนาความรู้ทักษะ ทำให้ผู้ทำงานมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น มีความพึงพอใจในงานของตนเองมากขึ้น (National Commission for Quality Long Term Care, 2007)

2.7 อัตรากำลังของบุคลากรต่อผู้พักอาศัย

การศึกษาของ Harrington & Kovner (อ้างใน Zhang et al., 2006) ได้ข้อเสนอแนะว่า ทุกสถานบริบาล (nursing home) ควรมีผู้บริหารด้านการพยาบาลและพยาบาลที่ปฏิบัติการ ดังนี้

<u>ฝ่ายบริหาร</u>

- หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (RN director of nursing) 1 คน
- ผู้ตรวจการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (RN supervisor) 1 คน

โดยบุคลากรทั้งสองต้องอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดทั้ง 7 วันต่อสัปดาห์

<u>ฝ่ายบริการ</u> ในสถานบริบาลที่มีจำนวนเตียง 100 เตียงหรือมากกว่า ควรมี

- พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเต็มเวลาเป็นผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 คน (full-time RN assistant director of nursing)

- พยาบาลวิชาชีพทำงานเต็มเวลาที่เป็นหัวหน้าพัฒนาวิชาการ 1 คน
  (full-time RN director of in-service education)

ในสถานบริบาลที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 100 เตียง ให้ปรับจำนวนพยาบาลเหล่านี้ตามความเหมาะสม แต่ให้มีเวลาทำงานเป็นอัตราส่วน คือ

- พยาบาลวิชาชีพ (RN) ใช้เวลา 1.15 ชม./ผู้อาศัย 1 คน
- พนักงานผู้ช่วยพยาบาลที่มีใบประกอบวิชาชีพ (LPN) 0.70 ชม.ผู้อาศัย 1 คน
- ผู้ช่วยพยาบาล (NA) 2.70 ชม./ผู้อาศัย 1 คน

โดยรวมทีมพยาบาลควรมีเวลากับผู้สูงอายุ 4.55 ชม./ผู้อาศัย 1 คน/วัน อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะนี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของรายงานของ Online Survey Certification and Reporting System (OSCAR) (RN = Registered Nurse, LPN = Licensed practical Nurse, NA = Nurse Assistant)

รายงานของ Centers of Medicare and Medicaid Services (CMS) เสนอให้มี

- พยาบาลวิชาชีพ (RN) ทำงาน 0.75 ชม./ผู้อาศัย 1 คน ในสถานดูแลระยะยาว
- ผู้มีใบประกอบวิชาชีพ 1.3 ชม./ผู้อาศัย 1 คน
- ผู้ช่วยพยาบาล 2.8 ชม./ผู้อาศัย 1 คน

ซึ่งข้อเสนอดังกล่าวนี้จัดเป็นมาตรฐานขั้นสูง

ข้อเสนอแนะที่ดูง่ายต่อการประมาณอัตรากำลังอีกแห่งหนึ่งและเป็นมาตรฐานขั้นต่ำ ในสถานบริบาล คือ

- RN หรือพยาบาลเวชปฏิบัติทำหน้าที่หัวหน้าทีม (in-charge) 1 คน
- ผู้ดูแล (care staff) 2 คน

การจัดสัดส่วนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ (ผู้อาศัย) มีสัดส่วนดังนี้

- ช่วงเช้า (06.00 น.- 12.00 น.) 1: 5
- ช่วงบ่าย (หลัง 12.00 น.- 24.00 น.) 1: 7
- ช่วงดึก (หลัง 24.00 น.- 06.00 น.) 1: 10

โดย 1 ใน 3 ของทีมผู้ดูแลต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ให้พิจารณามีผู้ดูแลเรื่องการซักผ้า ดูแลเรื่องเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนต่างๆ ตามความเหมาะสม

2.8 อุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพในสถานดูแลระยะยาว

อุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพการดูแลระยะยาวมีแตกต่างกันบ้างในแต่ละส่วนของสถานบริการระยะยาว เช่น สถานบริบาลพบว่าในดัชนีผลลัพธ์ของ OBQI (the outcome-based quality indicators) ที่ใช้ทดสอบแล้วพบว่า การดูแลบางอย่างมีคุณภาพดีขึ้น เช่น มีการผูกยึด (restraints) ลดลง แต่ก็ยังไม่สามารถทำให้บ้านที่ไม่ค่อยมีคุณภาพเป็นบ้านที่มีคุณภาพดีขึ้น อย่างไรก็ตามการพัฒนาผลลัพธ์ให้ดีในการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่ยากกว่าในโรงพยาบาลที่เป็นการดูแลแบบเฉียบพลัน ส่วนใหญ่

จึงเป็นการหลีกเลี่ยงมิให้ได้ผลลัพธ์ออกมาไม่ดี และมีการนำแนวปฏิบัติ (guideline) และการปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) หรือแผนผังการปฏิบัติ (protocol) ต่างๆ มาใช้ ซึ่งมีประโยชน์มาก การดูแลระยะยาวในสถานบริการมีปัญหาที่สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

2.8.1 บุคลากร (personnel barrier)

ในช่วงประมาณ 10 ปี ที่ผ่านมา มีความสนใจปัญหาด้านบุคลากรที่ทำงานในสถานดูแลระยะยาวมากขึ้น เนื่องจากตำแหน่งงานในสถานดูแลระยะยาว มักได้ค่าจ้างต่ำ ผลประโยชน์น้อย มีคนลาออกมาก สภาพการทำงานแย่ แม้ในภาวะเศรษฐกิจดีก็ตาม สภาพงานการดูแลระยะยาวมีสภาพแย่กว่าการดูแลเฉียบพลัน บุคลากรส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ในประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ไม่ใช่ชาวผิวขาว มีระดับการศึกษาต่ำ ค่าแรงต่ำกว่าผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาล บุคลากรส่วนน้อยที่พอใจกับผลตอบแทนที่ได้รับ เช่น ประกันสุขภาพ เงินบำนาญ การลาป่วย การลาพักร้อน และส่วนใหญ่มีเวลาทำงานไม่แน่นอน สิ่งเหล่านี้ทำให้อัตราเปลี่ยนบุคลากรทำงานมีบ่อยและทำงานในระยะเวลาที่สั้นมาก

ในการวิเคราะห์ของกรรมการสถาบันทางการแพทย์ (institute of medicine หรือ IOM) พบว่ามีปัจจัย 4 อย่าง ที่อธิบายได้ว่าทำไมค่าจ้างของบุคลากรในสถานดุแลระยะยาวถึงต่ำ ได้แก่

1) มีความจำกัดของการเบิกเงินจากกองทุนประกันสุขภาพ (เช่น Medicare และ Medicaid ในประเทศสหรัฐอเมริกา)

2) ผู้ป่วยเชื่อถือในการจ่ายเองได้สูงในขณะที่มีความจำกัดของการเงิน

3) ผู้บริการจำนวนมากที่ได้รับการบอกถึงผลตอบแทนที่จะได้รับ

4) ปัญหาจากองค์กร

นอกจากนี้จากการคาดการณ์ในปี ค.ศ. 2001 ของ IOM ระบุว่า ช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1996-2006 จะมีความต้องการแรงงานในสถานดูแลระยะยาวเพิ่มเป็นร้อยละ 53 เหตุผลของความต้องการผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) มากขึ้นเพราะอัตราการแต่งงานต่ำ ครอบครัวอาศัยอยู่ห่างไกล และความต้องการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะและเทคนิคการดูแลผู้สูงอายุมีมากขึ้น

2.8.2 อุปสรรคของสถานบริบาล (nursing home barrier)

สถานบริบาลมีรายละเอียดเกี่ยวกับอุปสรรค 4 อย่าง คือ

1) แนวคิดด้านการแพทย์และกฎระเบียบคุณภาพของสถานบริบาลหลายประการ ที่มาจากแนวคิดของชุดข้อมูลขั้นต่ำ (minimum data set) ซึ่งสร้างไว้เพื่อป้องกันและติดตามมิให้เกิดปัญหาคุณภาพต่ำมานาน 20 ปีแล้ว ได้มีการวัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ พบว่าผู้อาศัยในสถานบริการระยะยาว และครอบครัวไม่ได้ให้คำตอบว่าบริการที่ได้รับมีคุณภาพ สุขภาพ แม้ว่าจะได้รับการดูแลในระดับความถี่ค่อนข้างมากกว่าที่อื่น สันนิษฐานว่าอาจเนื่องจากผู้อาศัยจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาด้านสติปัญญา การรับรู้ ไม่สามารถจัดระดับคุณภาพให้ได้ รวมทั้งผู้อาศัยไม่น้อยที่ขาดความรู้ว่าตนเองควรได้รับบริการอะไร จึงมีความคาดหวังน้อยและไม่ได้มองอย่างลึกซึ้ง

การศึกษาของมหาวิทยาลัย Minnesota เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้อาศัยในสถานบริบาล โดยการสัมภาษณ์บุคคล 4 กลุ่ม คือ ผู้อาศัย ผู้ดูแล ผู้สังเกตการณ์ภายนอก และครอบครัวผู้อาศัย ผลพบว่าความพึงพอใจในชีวิตยังไม่ดีมากนัก ซึ่งเป็นผลสะท้อนจากความยุ่งยากทางเทคนิค ขาดความ

สอดคล้องกัน การพยายามพัฒนาคุณภาพการดูแลให้ดี มีความผิดพลาดน้อยที่สุดในกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นที่การดูแลและความปลอดภัยนั้นยังไม่เพียงพอ ยังต้องมีการคำนึงถึงการให้ผู้สูงอายุมีอิสระและอำนาจในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษา อย่างไรก็ตามการมีความพอดีในการให้อำนาจด้วย เพราะการที่ผู้สูงอายุมีอิสระ และอำนาจมากเกินไปก็เป็นดาบสองคมที่อาจนำมาซึ่งผลเสียด้วย

2) อุปสรรคด้านเทคโนโลยี (technology barrier) ความพึงพอใจในบริการของสถานบริบาลไม่เพียงแต่มีผู้ดูแลมาทำหน้าที่ให้สมบูรณ์เท่านั้น การใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีต่างๆ ในปัจจุบันมีความทันสมัยมากขึ้น และมีการใช้การผูกยึดลดลง ยกเลิกการใช้วิธีการดูแลหรืออุปกรณ์อย่างเดียวกันกับผู้สูงอายุทุกคน แต่หันมาพิจารณาถึงองค์รวมมากขึ้น ยอมรับต่อความเชื่อของบุคคล และการเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรม การให้โอกาสผู้สูงอายุในการร่วมตัดสินใจต่อการรักษา แนวคิดต่างๆนี้แม้จะตั้งอยู่บนแนวคิดที่ดี แต่พบว่ายังเป็นการยากในการปฏิบัติ แต่ก็เป็นการเริ่มต้นที่ต้องทำร่วมกันกับเทคโนโลยีต่างๆ

2.8.3 อุปสรรคด้านทรัพยากร (resource barriers)

ปัญหาด้านทรัพยากรเกิดจาการที่บุคคลได้ค่าตอบแทนน้อย ไม่คุ้มค่ากับงานที่ทำซึ่งค่อนข้างหนัก พบว่าระดับการทำงานอย่างต่ำของผู้ช่วยพยาบาล (assistant nurse) คือ 2.8 ชม./ผู้อาศัย 1 คน/วัน และพยาบาลวิชาชีพ (registered nurse) ทำงาน 1.3 ชม./ผู้อาศัย1 คน/วัน และพบว่าสถานดูแลระยะยาวหลายแห่งมีผู้ช่วยทางการพยาบาล (nurse aid) ซึ่งทำหน้าที่ระดับต่ำกว่าผู้ช่วยพยาบาลจำนวนมากประมาณร้อยละ 40 แต่ยังไม่พอกับความต้องการ การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลเกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง เพราะลักษณะงานที่หนัก ค่าตอบแทนน้อย ไม่มีลำดับขั้นการเติบโตในหน้าที่การงาน (career ladders) ขาดการอบรมความเชี่ยวชาญ รวมทั้งขาดความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการที่ดี จึงไม่สามารถดึงดูดความสนใจให้ปฏิบัติในอาชีพได้นาน นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรมีความกดดันต่อระบบการจัดการซึ่งมีความจำกัดด้านการใช้ทรัพยากรอื่นๆ ด้วยเพราะสถานบริบาลต้องควบคุมค่าใช้จ่ายมิให้สูงเกินไป ทำให้มีผลต่อการให้ค่าจ้างบุคลากรที่ยังค่อนข้างต่ำอยู่ การพัฒนาด้านทรัพยากรให้มากขึ้นเพียงพอทั้งบุคคล และอุปกรณ์จึงยังไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก

2.8.4 ขาดความตั้งใจจริงในการเปลี่ยนแปลง (lack of strong impetus for change)

พบว่าแรงจูงใจในวิชาชีพ และ/หรือวัฒนธรรมวิจัยไม่มีอิทธิพลที่จะให้สถานบริการนำเอา Protocol มาใช้

2.8.4 อุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการดูแลในชุมชน

5.1) ขาดพันธะสัญญาระดับชาติในด้านการดูแลในชุมชน

5.2) รูปแบบระบบการดูแลแบบทางเลือกใหม่ในชุมชน

5.3) แนวคิดแข่งขันด้านคุณภาพ

2.8.6 อุปสรรคในสถานบริการและรูปแบบบริการ

6.1) ความหลากหลายของกฎระเบียบและรูปแบบ

6.2) ความหลากหลายของแหล่งทรัพยากร

6.3) ขาดการวิจัย

2.8.7 อุปสรรคในรูปแบบการตลาดสำหรับคุณภาพในระดับต่อไป

3. การจัดการทางด้านคุณภาพ (quality management)

คุณภาพการดูแล หมายถึง การดูแลที่สนองความต้องการหรือมากกว่าความต้องการของผู้รับบริการตามมุมมองที่กำหนดโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ผู้รับบริการครอบคลุมผู้ป่วย ครอบครัว (Dana, 2004)

การจัดการคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญ เพราะความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริการมีมากขึ้น อีกทั้งต้องการการดูแลที่ปลอดภัย การป้องกันการเกิดอันตราย การดูแลที่มีคุณภาพ (Tumlinson & Woods, 2007) ในขณะที่การปฏิบัติที่เป็นอยู่ขาดความตระหนักความเป็นผู้สูงอายุ ทำให้ปัญหาสุขภาพบางประการถูกละเลย ที่พบมาก คือ ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น จากการที่งบประมาณด้านสุขภาพลดลง พบว่าการจัดการด้านคุณภาพทำให้สถานบริการมีคุณภาพมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มที่มีปัญหาเสี่ยงมากจึงต้องมีการจัดการควบคุมคุณภาพ (Miller, Coe & Morley, 1997)

การจัดการทางด้านคุณภาพ (quality management) ประกอบด้วย การปกป้องทางด้านสุขภาพและความปลอดภัยของบุคคล มาตรฐานขั้นต่ำและสมรรถนะขั้นพื้นฐานที่ต้องการของผู้ให้บริการ และการประกันคุณภาพและทางเลือกของผู้พักอาศัย (United States General Accounting Office, 1994) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 การปกป้องทางด้านสุขภาพและความปลอดภัยของบุคคล

การดูแลความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นส่วนสำคัญในการดูแลคุณภาพการพยาบาล โดยเฉพาะผู้ที่ต้องดูแลระยะยาว เนื่องจากส่วนใหญ่มีความซับซ้อนของโรคและอยู่ในภาวะพึ่งพา การดูแลด้านสุขภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ จะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลด้านนี้ อย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีองค์กรร่วมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรองคุณภาพการดูแลสุขภาพที่เรียกว่า Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization ที่รับผิดชอบดูแลด้านนี้ พัฒนาเป้าหมายการดูแลความปลอดภัย ซึ่งจะมีการพัฒนาเป็นระยะให้ตามทันสถานการณ์ อย่างเช่น เป้าหมายการดูแลความปลอดภัยของ สถานบริการระยะยาว โรงพยาบาล สถานบริบาล นั้น กำหนดเป้าหมายให้ดำเนินการครอบคลุมเป้าหมายที่ 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 ในปี ค.ศ. 2008 ขยายเป้าหมายที่ 15, 16 ในปี ค.ศ. 2008 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 2008, 2009)

เป้าหมายที่ 1 พัฒนาความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย

1.1 การทำกิจกรรมได้แก่ การดูแลรักษา ต้องมีบุคคล 2 อย่างร่วมกันดูแล (โรงพยาบาล, สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

1.2 การทำกิจกรรมได้แก่ การดูแลรักษา การบริการการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ ต้องมีบุคคล 2 อย่างร่วมกันดูแล (ห้องปฏิบัติการ)

1.3 ในกรณีที่มีการให้การดูแลที่ Invasive ต้องมีการตรวจสอบว่าถูกตัวผู้ป่วย ถูกเวลา ตำแหน่ง และต้องมีการสื่อสารเรื่องเทคนิคนั้นๆ (ห้องปฏิบัติการ)

1.4 ในกรณีที่รักษาด้วยการผ่าตัดหรือหัตถการที่ Invasive ต้องมีการตรวจสอบว่าถูกตัวผู้ป่วย ถูกเวลา ตำแหน่ง และต้องมีการสื่อสารเรื่องเทคนิคนั้นๆ (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

1.5 พยายามลดความคลาดเคลื่อนในการระบุผิดตัว (โรงพยาบาล)

เป้าหมายที่ 2 พัฒนาประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ดูแล

2.1 การให้คำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์หรือวาจา ต้องมีการทวนคำสั่งของผู้รับคำสั่ง (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

2.2 ต้องมีรายการคำย่อ คำเหมือน สัญลักษณ์ ขนาดยา ให้เป็นที่เข้าใจกันทั่วองค์กร (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

2.3 การประเมิน การวัดค่า หรือความต้องการ ต้องกำหนดระยะเวลาดำเนินการและการรายงานผลชัดเจน รวมทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

2.4 การประกาศใช้มาตรฐานการดูแล ไม่ควรใช้เพียงลายลักษณ์อักษรแต่ต้องมีการสื่อสารที่ให้โอกาสซักถาม (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

เป้าหมายที่ 3 พัฒนาความปลอดภัยในการใช้ยา

3.1 ในหน่วยงานต้องมีการระบุยาที่ใช้บ่อย เป็นระยะ เพื่อป้องกันข้อผิดลาดในการให้ยา (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

3.2 ระบุชื่อยาไว้ในภาชนะที่ใส่ยา ได้แก่ กระบอกฉีดยา แก้วยา อ่าง หรือสารละลายอื่นๆ (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

3.3 ลดอันตรายจากการให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

เป้าหมายที่ 7 ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ

7.1 ให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกหรือศูนย์ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเกี่ยวกับความสะอาดมือ (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

7.2 เฝ้าติดตามกรณีที่มีเสียชีวิตหรือสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายจากการติดเชื้อ (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

7.3 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อจากเชื้อที่ดื้อยา (โรงพยาบาล)

7.5 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการสอดใส่สายเข้าหลอดเลือดส่วนกลางและปลาย (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

7.6 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อของแผล (โรงพยาบาล)

เป้าหมายที่ 8 ให้ยาอย่างถูกต้องและสอดคล้องกับยาที่ได้รับอยู่อย่างต่อเนื่อง

8.1 มีกระบวนการเปรียบเทียบยาที่ได้รับอยู่เดิม และที่ได้รับใหม่ (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

8.2 เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ต้องมีการรวบรวมรายการชื่อยาให้สมบูรณ์ และต้องการสื่อสารโดยลายลักษณ์อักษร และในรายที่ส่งต่อกลับบ้าน ต้องสื่อสารให้กับผู้ดูแลหลัก (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

8.3 เมื่อผู้ป่วยออกจากสถานบริการอื่น ต้องมีการรวบรวมรายการชื่อยาให้สมบูรณ์ ในรายที่ส่งต่อกลับบ้าน ต้องสื่อสารให้กับผู้ป่วย ครอบครัว พร้อมให้คำอธิบาย (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

เป้าหมายที่ 9 ลดความเสี่ยงจากอันตรายจากการหกล้ม

9.1 หน่วยงานต้องมีโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม (โรงพยาบาล, สถานบริการการดูแลระยะยาว, ที่บ้าน)

เป้าหมายที่ 10 ลดความเสี่ยงจากการเป็นไข้หวัดใหญ่ และการติดเชื้อนิวโมค๊อกไคในสถานบริการผู้สูงอายุ

10.1 มีแนวปฏิบัติในการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (สถานบริการการดูแลระยะยาว)

10.2 มีแนวปฏิบัติในการให้วัคซีนนิวโมค๊อกไค (สถานบริการการดูแลระยะยาว)

10.3 มีแนวปฏิบัติในการค้นหาผู้ที่ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่และนิวโมค๊อกไค (สถานบริการการดูแลระยะยาว)

เป้าหมายที่ 11 ลดความเสี่ยงการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

11.1 หน่วยงานต้องให้ความรู้แก่บุคลากร ที่ต้องเกี่ยวข้องกับการดูแลการผ่าตัด การดมยา การควบคุมอุณหภูมิ การลดการใช้ออกซิเจน (โรงพยาบาล)

เป้าหมายที่ 13 ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้ปลอดภัย

13.1 ระบุวิถีทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรายงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และส่งเสริมให้ดูแลเอง (โรงพยาบาล สถานบริการการดูแลระยะยาว ที่บ้าน)

เป้าหมายที่ 14 ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

14.1 ประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และระบุปัจจัยเป็นระยะๆ (สถานบริการการดูแลระยะยาว)

เป้าหมายที่ 15 ระบุความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยในหน่วยงาน

15.1 ระบุผู้ป่วยที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาล)

เป้าหมายที่ 16 พัฒนาการตระหนัก และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะผู้ป่วย

16.1 หน่วยงานต้องเลือกวิธีที่เหมาะสม ในการสนับสนุนบุคลากรในการฝึกอบรมต่อเนื่องเมื่อการทำงานเลวลง (โรงพยาบาล)

3.2 มาตรฐานขั้นต่ำและสมรรถนะขั้นพื้นฐานที่ต้องการของผู้ให้บริการ

การที่จะให้คำจำกัดความของมาตรฐานการให้บริการที่ดี เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่าเป็นอย่างไรนั้น ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ ที่ผ่านมาข้อบ่งชี้มาตรฐานการดูแลการบริการผู้สูงอายุเน้นปัจจัยนำเข้าและประสิทธิภาพการบริการ (efficiency) ที่ให้มากกว่าคุณภาพการดูแล (quality of care) เพราะหากประเมินการบริการที่สะท้อนคุณภาพการบริการที่ผ่านมา เช่น ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล การบริการพยาบาลในโรงพยาบาลนั้นยังไม่สามารถดำเนินการประเมินได้อย่างจริงจัง ทำให้การกำหนดมาตรฐานคุณภาพยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

กรอบแนวคิดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการพัฒนาคุณภาพการดูแล คือ แนวคิดของ Donabedian (1980 cited in Denham, 1991) ที่กล่าวว่าในการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพของการดูแลต้องครอบคลุม 3 องค์ประกอบ 1) โครงสร้าง ได้แก่ จำนวนและความสามารถของบุคลากร อาคาร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น 2) กระบวนการ ได้แก่ วิธีการใช้ทรัพยากรต่างๆ เป็นต้น 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับ เป็นต้น ซึ่ง National Association of Health Center (NAHA) ภายใต้ National Health Service (NHS) ของสหราชอาณาจักรอังกฤษกำหนดตัวบ่งชี้มาตรฐานการบริการผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดของ Donabedian เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุระยาว ในสถานบริการต่างๆ ในภาพใหญ่ ดังนี้ (Denham, 1991)

ตารางที่ 2.1 การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ: ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์

ตัวบ่งชี้การประเมินปัจจัยนำเข้าและโครงสร้าง
บุคลากรพยาบาล (จำนวน ประเภท)
การเข้าถึงนักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ นักอาชีวบำบัด นักอรรถบำบัด
ครอบคลุมการรักษา (medical cover)
โอกาสการฝึกอบรมบุคคลากร
ระบบการบันทึก
สิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ
การใช้อาสาสมัครในการช่วยเหลือ
สิ่งแวดล้อมส่วนตัวของผู้อาศัย
ตัวบ่งชี้กระบวนการ
กระบวนการพยาบาล
จำนวนเวลาที่พักอาศัยยืดหยุ่นได้
มีตัวเลือกในเรื่องอาหาร
มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย
ความสามารถในการเข้าถึงผู้เยี่ยม
มีการจัดกิจกรรมนอกสถานที่

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

การเคลื่อนไหว
การดูแลตนเอง
สถานภาพทางด้านร่างกาย
การกลั้นปัสสาวะไม่ได้
ภาวะไม่พึ่งพา
การปฏิสัมพันธ์กับสังคม

ทั้งนี้การควบคุมคุณภาพด้านต่างๆ จะต้องเริ่มจากการตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยในองค์ประกอบต่างๆ ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ ตัวอย่างเช่น NAHA กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ดังนี้

ตารางที่ 2.2 กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุในสถานบริการในบ้านพักคนชรา

1. ได้รับการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและความเป็นอิสระตามระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. ได้รับการดูแลที่ใช้ทักษะที่ไวต่อปัญหา ที่มีคุณภาพที่ดี
3. ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านสังคม อารมณ์ ศาสนา วัฒนธรรมการเมืองและเพศสัมพันธ์
4. มีความเป็นส่วนตัว
5. ได้รับการปรึกษาในการจัดการกิจวัตรประจำวันในบ้านพัก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงปรับกิจวัตร
6. มีส่วนร่วมและต้องได้รับความยินยอมในประเมินความต้องการ
7. ต้องได้รับการแจ้งและสามารถเลือกแผนการดูแลในอนาคต
8. ต้องได้รับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อาศัย และการอยู่อาศัย
9. ต้องได้รับการแจ้งถึงบริการที่ได้รับในสถานบริการ
10. มีสิทธิเลือกแพทย์หรือบุคคลากรผู้รักษา และมีสิทธิปรึกษาเป็นการส่วนตัว
11. รับผิดชอบในการได้รับการรักษาด้วยยา เลือกยาที่ใช้ในการรักษา
12. จัดการด้านการเงินและสวัสดิการด้วยตนเอง
13. มีความสามารถในการเข้าถึงสถานบริการอื่นๆ เท่าเทียมกับประชาชนอื่น
14. ไม่เคลื่อนย้ายที่อยู่โดยไม่ปรึกษา
15. มีสิทธิเข้าถึงแหล่งที่สามารถให้การปรึกษา ซึ่งรวมถึงเพื่อนหรือที่ปรึกษาที่ผู้สูงอายุต้องการ

3.3.1 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

ด้วยประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และเนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างไปจากบุคคลวัยอื่นๆ เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านความพร้อมของผู้ให้บริการ และจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ มีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุกลาง ที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจน จึงควรมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในบริบทต่างๆ ทั้งในสถานบริการและในชุมชนขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ามีเพียงบางหน่วยงานที่กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุบางประเภท เช่น มาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล และมาตรฐานสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนในสถานดูแลระยะยาวประเภทอื่นๆ นำมาจากต่างประเทศ ดังต่อไปนี้

3.3.1.1 มาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ในประเทศไทย ได้มีการพัฒนามาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มาอย่างต่อเนื่อง มาตรฐานเดิมประกอบไปด้วย 5 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานการบริหารจัดการ สุขภาพผู้ใช้บริการ ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย และระบบมาตรฐานภายใน ซึ่งระบบมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์เป็นไป เพื่อการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินงานโดยตนเองเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง

ต่อมาได้มีพระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ที่มีเจตนารมณ์ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์การสวัสดิการสังคม นักสังคมสงเคราะห์และอาสาสมัคร มีความสามารถในการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้รับบริการสวัสดิการสังคมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการพัฒนามาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสามารถช่วยเหลือผู้รับบริการสวัสดิการสังคมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึง เหมาะสมและเป็นธรรม คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ จึงได้ออก **“ข้อกำหนดคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2550”** และระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ว่าด้วยการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2550 รวมทั้งให้ความเห็นชอบตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้านการจัดสวัสดิการสังคมขององค์การสวัสดิการสังคม นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัคร

“มาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคม” ในที่นี้หมายถึง ข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะคุณภาพที่พึงประสงค์และต้องการให้เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นหลักในการส่งเสริม สนับสนุน รับรอง ติดตามประเมินผลและการประกันคุณภาพในการจัดสวัสดิการสังคมขององค์การสวัสดิการสังคม นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัคร

ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้านการจัดสวัสดิการสังคมขององค์การสวัสดิการสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานในการปฏิบัติงานของ

องค์การสวัสดิการสังคม และเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินและพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาสู่การบริการที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวกที่ 5)

เกณฑ์การประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงาน คือ

1) กำหนดให้มีการประเมินองค์ประกอบ ตัวชี้วัด และระดับคุณภาพมาตรฐาน ด้าน คือ
   1.1) ด้านการจัดองค์กรและการบริหาร
   1.2) ด้านการให้บริการ
   1.3) ด้านคุณภาพการให้บริการ
2) ผู้ได้รับการรับรองต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยได้คะแนนระดับคุณภาพดังนี้
   2.1) คะแนนระดับคุณภาพแต่ละข้อต้องมากกว่า 0
   2.2) ผลรวมคะแนนระดับคุณภาพแต่ละด้านคิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
   2.3) และผลรวมคะแนนระดับคุณภาพทั้ง 3 ด้านคิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ (สำนักงาน ก.ส.ค.) ได้จัดทำ คู่มือการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมขององค์การสวัสดิการสังคม ที่มีรายละเอียด ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงาน ขั้นตอนการขอรับรองมาตรฐานขององค์การสวัสดิการสังคม และรายละเอียดเครื่องหมายรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมขององค์การสวัสดิการสังคม (มสก.) (Standard of Social Welfare Organization: SSWO) ว่ามีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด โดยองค์การสวัสดิการสังคมที่จะได้รับเครื่องหมายนี้ต้องผ่านการตรวจประเมินจากคณะผู้ตรวจประเมิน และผ่านการพิจารณาทบทวนจากคณะทบทวนว่ามีคุณสมบัติเป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยองค์การสวัสดิการสังคมสามารถแสดงเครื่องหมายนี้ปรากฏที่ป้ายชื่อองค์กร (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ, 2551)

3.3.1.2 สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนต่างประเทศก็ไม่พบหลักฐานการกำหนดมาตรฐานการดูแลที่ชัดเจน แม้แต่ประเทศสหรัฐอเมริกาเองยังไม่สามารถสรุปมาตรฐานกลางของประเทศในสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ทั้งๆ ที่มีความต้องการมาตรฐานเพื่อในการประเมินคุณภาพ (Resnick & Mitty 2009) แต่มีการกล่าวถึงคุณภาพการดูแลในมุมมองของครอบครัวที่ใช้บริการ ว่าครอบครัวให้ความสำคัญ ว่าต้องประกอบด้วยบุคลากร สิ่งแวดล้อม การบริการและการจัดการด้านบุคลากร จะพิจารณาถึงประเภทของบุคลากร จำนวน การฝึกอบรมโดยเฉพาะการดูแลผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม การปฏิสัมพันธ์ซึ่งให้ความสำคัญมาก ทัศนคติ การดูแล ความรับผิดชอบ ความต่อเนื่องในการดูแลของผู้ดูแล (ไม่เปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย) เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกัน สิ่งแวดล้อมที่สร้างความผูกพัน

กัน เหมือนบ้าน การบริการที่ให้เหมือนอยู่บ้าน การจัดห้องน้ำ ห้องนอน การตกแต่งห้องด้วยของใช้ที่นำมาจากบ้าน การนำสัตว์เลี้ยงมาอยู่ด้วย มีความเป็นส่วนตัว สามารถปิดล็อกห้องได้ ด้านการจัดการมีนโยบายที่ให้จ้างผู้ดูแลเอง การติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การดูแลรักษา เป็นต้น

นอกจากนี้พบว่า มีการกำหนดมาตรฐานเฉพาะส่วนที่เป็นการพยาบาลในสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ของประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย 6 มาตรฐาน ได้แก่ (Alnursing.org, 2005)

มาตรฐานที่ 1 การประเมิน

พยาบาลต้องมีความสามารถในการใช้เครื่องมือ และมีเทคนิคในการรวบรวมข้อมูลสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อวางแผนการดูแลผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมทั้งสิ่งที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ความหวัง ความต้องการ และการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต

เกณฑ์การประเมิน

1) มีนโยบายที่กำหนดตารางและความถี่ในการประเมิน

2) สิ่งที่ประเมินต้องเกี่ยวข้องกับบริการที่กำหนดไว้ของสถานบริการนั้น ตลอดจนลักษณะของผู้รับบริการ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ความต้องการการดูแลเรื่องยา ความต้องการการดูแลด้านความปลอดภัย ประวัติที่บอกรายละเอียดครอบคลุมความเจ็บป่วย แบบแผนสุขภาพ การทำหน้าที่และกิจวัตรประจำวันที่ผ่านมา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง เป็นต้น การดำรงชีวิต การรับรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณและวัฒนธรรม เครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่ ทั้งนี้การประเมินจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง

3) การตัดสินใจดูแลสุขภาพ กระบวนการตัดสินใจเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ตัดสินใจ หรือวางแผนการดูแล

4) ต้องประเมินจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง

5) มีการบันทึกข้อมูลและเก็บเป็นความลับ

6) มีการใช้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการรวบรวมข้อมูล

7) ต้องประเมินการปฏิบัติการประเมินเป็นระยะ

มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัย

พยาบาลจะร่วมกับทีมดูแลในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อให้มีความเที่ยงตรง ร่วมกันวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการดูแล และในฐานะพยาบาลผู้บริหารสถานบริการต้องให้การสนับสนุนการดำเนินงานของพยาบาล แนะนำทีมพยาบาลในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาและวินิจฉัยและร่วมแลกเปลี่ยนปัญหาและวางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

เกณฑ์การประเมิน

1) การวินิจฉัยต้องระบุบนพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการชราที่ปรากฏตามข้อมูลที่ได้รับ

2) การวินิจฉัย วางแผนและการรักษา ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการรักษาต้องมีการอภิปรายร่วมกันในทีมสหสาขา

3) การวินิจฉัยการพยาบาล ต้องระบุถึงปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นได้บ่อยที่มีผลต่อความสามารถของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลตนเองและความสามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ อย่างอิสระ คงไว้ซึ่งสุขภาพที่เป็นอยู่ จัดการไม่ให้เกิดความบกพร่องหรือข้อจำกัด สนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่กดดัน คงไว้ซึ่งจิตวิญญาณ วัฒนธรรมการสันทนาการและคุณภาพชีวิต

4) ต้องบันทึกและทบทวนข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นระยะ และต้องสะท้อนถึงระยะความเจ็บป่วยหรือความบกพร่องที่มีอยู่ เช่น ความจำบกพร่อง ความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

5) ข้อวินิจฉัยต้องบันทึกเกี่ยวกับเป้าหมายและแผนการดูแล ที่สอดคล้องกับกันระหว่างผู้ให้การดูแล ผู้สูงอายุและครอบครัว

6) การวินิจฉัยต้องเป็นผลจากการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นระหว่างวิชาชีพ

7) ประเมินวัฒนธรรมและบรรยากาศในการทำงาน ที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ ผลลัพธ์การดูแล ความต่อเนื่อง และการพัฒนาการ

มาตรฐานที่ 3 การระบุผลลัพธ์

พยาบาลต้องระบุผลลัพธ์การดูแลที่สะท้อนถึงสภาวะสุขภาพ การรับรู้และการแสดงออกถึงความผาสุกของผู้สูงอายุ ทั้งพยาบาลที่เป็นผู้บริหาร ต้องพัฒนาให้การสนับสนุน และประเมินระบบการจัดการดูแลที่เกี่ยวกับผู้อาศัย บุคลากร และผลลัพธ์ขององค์กร ทั้งนี้เพราะผลลัพธ์ช่วยสะท้อนและแสดงให้เห็นว่าได้ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ความสามารถของร่างกาย คุณภาพชีวิต ความสุขสบายในระยะสุดท้ายของชีวิต

เกณฑ์การประเมิน

1) ผลลัพธ์ต้องสัมพันธ์กับข้อวินิจฉัยการพยาบาล การมีตัวบ่งชี้ถึงสิ่งที่ความเป็นจริง ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ผลกระทบ และความเสี่ยง ระบุถึงผลลัพธ์ระยะกลาง ระบุถึงความต้องการที่เพิ่มเติม ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นถ้ามี

2) สนับสนุนผู้อาศัยและบุคลากรในการระบุปัญหาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

3) ประสานงานกับบุคลากรต่างๆ หรือหน่วยงานอื่นเพื่อบูรณาการระบบข้อมูล

มาตรฐานที่ 4 การวางแผน

พยาบาลต้องมีการวางแผนการพยาบาลที่ให้การดูแลครอบคลุมสาขาวิชาชีพ และเป็นการดูแลภายใต้แนวทางการพยาบาลหรือการติดตามของพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ ทั้งนี้เพราะแผนการดูแลจะบ่งบอกถึงวัตถุประสงค์และความรับผิดชอบ และแผนการดูแลต้องประกอบด้วยเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพและหรือการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายสูงสุดและคุณภาพชีวิต

เกณฑ์การประเมิน

1) การวางแผนรายบุคคลประกอบด้วย การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ระบุกิจกรรมการดูแล ที่ครอบคลุมการสอน การให้คำแนะนำผู้พักอาศัย ครอบครัว หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ระบุเงื่อนไขการดูแล ความเสี่ยง ไม่เน้นเฉพาะความต้องการด้านสุขภาพแต่ต้องตอบสนองเรื่องวัฒนธรรม จิตวิญญาณ และความต้องการอย่างเป็นองค์รวม

2) ระบุแหล่งประโยชน์ที่ต้องการและต้องทบทวนเป็นระยะ

3) ส่งเสริมการพัฒนาการ กระบวนการที่สนับสนุนความคิดริเริ่ม การพิทักษ์สิทธิ์ จริยธรรมในการรักษา

4) ส่งเสริมให้บุคคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนและการจัดการทรัพยากร

มาตรฐานที่ 5 การปฏิบัติการ

ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลและมีการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมิน

1) ต้องตอบสนองความปรารถนา วัฒนธรรมของผู้สูงอายุอย่างมีจริยธรรม

2) การปฏิบัติต้องสะท้อนถึงการปฏิบัติการที่เป็นวิทยาศาสตร์และทำได้

3) ผู้ให้การดูแลต้องได้รับการฝึกฝน มีความรู้เฉพาะในการดูแลเป็นระยะ

4) ลักษณะการดูแลควรเน้นการดูแลตนเอง การสอน การป้องกันความเจ็บป่วย การติดตามโรค การรวบรวมข้อมูล การดูแลประคับประคอง และการจัดการอาการ

5) การปฏิบัติการต้องมีการทบทวน ผลลัพธ์การปฏิบัติเป็นระยะ ความรู้ใหม่ การตอบสนองและประสิทธิภาพของผู้รับบริการ

6) ต้องบันทึกการปฏิบัติ

7) สร้างนโยบายและขั้นตอนการปฏิบัติที่สะท้อนการกำกับ การปฏิบัติการที่เป็นเลิศ แนวปฏิบัติทางคลินิก

8) ติดตามการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนการดูแล

มาตรฐานที่ 6 การประเมินผล

ต้องมีการประเมินความก้าวหน้าของผู้สูงอายุ ให้เป็นไปตามเป้าหมายสอดคล้องกับแผนการพยาบาล ทั้งนี้เพราะพยาบาลต้องรับผิดชอบในการประเมิน รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทบทวนแผนการพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน

1) มีหลักฐานว่ามีการประเมินอย่างเป็นระบบ เป็นระยะ

2) การบันทึกสะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองของผู้รับบริการต่อการรักษาการดูแล

3) มีการบันทึกถึงการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ครอบครัว หรือบุคคลากรในการดูแล

4) บันทึกการทบทวนแผนการดูแล การวินิจฉัยใหม่ เป้าหมายการดูแล
5) ติดตามระบบข้อมูลที่สามารถแสดงให้เห็นได้เมื่อต้องการ
6) ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ตามข้อมูลที่ได้จากการประเมิน
7) จัดหาทรัพยากรเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการประเมิน
8) ส่งเสริมการนำการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการ

3.3.1.3 สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long- term care hospitals)

ในประเทศอังกฤษ มาตรฐานการดูแลในโรงพยาบาลได้ระบุว่าโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจะต้องให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแล ครอบคลุมการประสานการดูแลของวิชาชีพต่างๆ การจัดทำโปรแกรมการดูแล การทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมประสบการณ์การดูแลในประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ (Department of Health, 2002)

1) การดูแลฉุกเฉิน (emergency response)
2) การจัดการความปวด (pain management)
3) การดูแลแผลกดทับ (pressure sore)
4) การดูแลบาดแผล (wound care)
5) การดูแลการควบคุมขับถ่ายไม่ได้ (continence service)
6) การดูแลโภชนาการ (nutrition)
7) การดูแลเรื่องการติดเชื้อ (healthcare associated infections)
8) การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life care) (the essence care)
9) การดูแลสิ่งแวดล้อม (hospital environment)
10) ความสะอาดของโรงพยาบาล (clean hospitals) ต้องมีโปรแกรมที่รับประกันว่าโรงพยาบาลสะอาด
11) ประเด็นการพยาบาล (nursing issue) เช่น การได้รับการยอมรับ ให้เกียรติในหอผู้ป่วย การให้คำแนะนำ เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล โดยได้มีการยกร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาล (ดูภาคผนวก 4) สาระสำคัญประกอบด้วย

1 คำจำกัดความ

“ผู้สูงอายุ” หมายความถึงผู้รับบริการที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มาขอรับบริการในสถานพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่ามีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับความชรา โดยแบ่งเป็น

(1) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้

(2) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ 1-2 อย่าง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

(3) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ 3 อย่าง ขึ้นไป หรือมีภาวะสมองเสื่อมชัดเจน

"การบริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาล" หมายความถึง การจัดให้มีบริการผู้สูงอายุในด้านส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพและรักษาโรคทั่วไป สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเกื้อหนุน และบริการพิเศษเฉพาะผู้สูงอายุ

(1) การบริการแก่ผู้สูงอายุด้านการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ และรักษาโรคทั่วไป เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

(2) สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเกื้อหนุน และบริการพิเศษเฉพาะผู้สูงอายุ

2. ผู้ได้รับอนุญาตและผู้ดำเนินสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีข้อกำหนดว่าด้วยการรับผู้สูงอายุไว้ในสถานพยาบาล และบริการที่ผู้สูงอายุได้รับขั้นพื้นฐาน

2.1 มีการประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลหลัก

2.2 มีการประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric assessment)

2.3 มีข้อกำหนดบริการขั้นพื้นฐาน ตามมาตรฐานวิชาชีพที่ผู้สูงอายุต้องได้รับดังนี้

2.3.1 บริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุคือ โภชนาการผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพ กายภาพบำบัด จิตวิทยาบำบัด และ Speech and language therapy

2.3.2 บริการตามมาตรฐานวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละสาขา โดยมีการบันทึกผลการประเมิน ตามข้อ 2.2 และมีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนดูแลร่วมกันโดยสหสาขาวิชาชีพ และจัดให้มีการดูแลอย่างเหมาะสม

2.3.3 กรณีที่ต้องมีการใช้อุปกรณ์หรือผ้าเพื่อยึดตรึง หรือผูกมัด ต้องจัดให้มีบริการให้คำปรึกษากับญาติผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยยินยอมให้กระทำ

2.3.4 ในกรณีที่สถานพยาบาลมีการระบุชื่อหรือมีการโฆษณาว่าเป็นสถานพยาบาลผู้สูงอายุหรือมีแผนกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ต้องมีแพทย์ผู้ให้บริการที่ผ่านหลักสูตรด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่แพทยสภารับรองอย่างน้อย 1 คน

2.4 เมื่อมีเกณฑ์ หรือข้อบ่งชี้ของสัญญาณอันตรายของผู้สูงอายุ ได้แก่ มีการแสดงของการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่อยู่ในภาวะวิกฤต ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพและภาวะของโรคผู้สูงอายุตามรายละเอียดที่กำหนดดังนี้

2.4.1 จัดให้มีแพทย์และพยาบาลดูแลใกล้ชิดสม่ำเสมอ และมีการบันทึกรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง

2.4.2 มีระบบการรายงานแพทย์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ที่มีประสิทธิภาพ

2.4.3 มีการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมทั้งการบรรเทาอาการ การดูแลความต้องการทางด้านจิตสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยเคารพในศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วย

2.5 มีการกำหนดข้อมูลที่จำเป็นและแจ้งให้ผู้สูงอายุและหรือญาติรับทราบ ดังนี้

2.5.1 ผลการตรวจที่ชัดเจน เชื่อถือได้และครบถ้วน เป็นข้อมูลอย่างน้อยว่า พบอะไร มีลักษณะเช่นไร หรือไม่พบอะไร

2.5.2 ผลการวินิจฉัยเบื้องต้นที่สรุปได้จากการตรวจที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ให้รู้ว่าคล้ายหรือเป็นอะไรหรือไม่ และคาดว่าน่าจะมีอาการอย่างไรต่อไป โดยคำนึงถึงความพร้อมทางด้านจิตใจ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข่าวสารนั้นๆ

2.5.3 ผู้สูงอายุและหรือญาติ ได้รับทราบความก้าวหน้าของการรักษาทุกครั้งเมื่อแพทย์มาเยี่ยม

2.5.4 ผู้สูงอายุและหรือญาติ ได้รับทราบความเห็นหรือคำแนะนำ และ/หรือแผนการรักษาความความจำเป็นอย่างเพียงพอจากแพทย์ผู้ให้การรักษา เพื่อให้ทราบอย่างชัดเจนถึงสิ่งที่ต้องปฏิบัติของผู้สูงอายุและญาติ ข้อห้าม ข้อควรระวัง ลักษณะอาการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีแก้ไขป้องกันเบื้องต้นสำหรับอาการเช่นนั้น

2.5.5 ผู้สูงอายุและหรือญาติ ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอว่า ฤทธิ์ของยาที่ให้ที่ต้องการคืออะไร เวลาที่คาดว่าจะเกิดผลดังกล่าว วิธีการที่ต้องปฏิบัติ ข้อห้าม ข้อควรระวัง อาการแพ้หรือผลข้างเคียง ลักษณะที่ควรรีบแจ้งแพทย์หรือพยาบาล คำแนะนำในการใช้ยา ฉลากยา วิธีการใช้ วิธีเก็บรักษา

3 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีข้อกำหนดว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านดังนี้

3.1 ด้านการบริการ

3.1.1 โครงสร้างการควบคุมการติดเชื้อ

3.1.2 การจัดตั้งองค์กรป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

3.1.3 การประเมินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

3.2 ด้านการเฝ้าระวัง

3.2.1 การเฝ้าระวังการติดเชื้อ

3.2.2 การจัดการระบาดของโรคติดเชื้อ

3.3 ด้านการป้องกัน

3.3.1 การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

3.3.2 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง

3.3.3 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

3.3.4 การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต ในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนเข้าหลอดเลือด

3.4 ด้านกิจกรรมสนับสนุน

3.4.1 การล้างมือ

3.4.2 การดูแลทำความสะอาดห้อง อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวก

3.4.3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านโภชนาการ การป้องกันการปนเปื้อน อาหารเหลว

4 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีระบบการตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น มีคู่มือแนวปฏิบัติ มีการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่และเครื่องมือ

5 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีข้อกำหนดระบบการส่งต่อที่เหมาะสม ในด้านต่างๆ เช่น ต้องมีการสื่อสาร ประสานงานแจ้งสถานพยาบาลที่รับไว้ล่วงหน้า พร้อมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็น และจะต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพหรือบุคลากรที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรคและความรุนแรงของโรคไปพร้อมกับผู้ป่วย

6 ให้ผู้ป่วยหรือญาติมีสิทธิเลือกสถานพยาบาล หรือสถานที่ที่ต้องการให้สถานพยาบาลนำส่ง รวมทั้งวิธีการนำส่ง เว้นแต่เป็นการเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลที่นำส่ง หรือเป็นการนำส่งของสถานพยาบาลนั้นอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้สถานพยาบาลผู้ส่งสามารถเลือกสถานที่อื่น รวมทั้งวิธีการนำส่งที่เหมาะสมได้

7 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นในการส่งต่อ

8 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีอาคารสถานที่และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยิน ให้เป็นไปตามกฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการ หรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ.2548 ซึ่งออกตาม พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2543

9 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

โดยให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ดำเนินการให้ถูกต้องภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ

3.3.1.4 สถานบริบาล (nursing home)

ประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยตระหนักถึงคุณภาพในการดูแลในสถานบริบาล (nursing home) จึงนำไปสู่การปฏิรูปข้อบังคับของสถานบริบาลและออกพระราชบัญญัติ เรียกว่า Omnibus Budget Reconciliation Act. (OBRA) เมื่อปี ค.ศ. 1989 หลังจากนั้นมีการปฏิรูปอีกหลายประเด็นส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพการดูแลในสถานบริบาล และ OBRA ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินมาตรฐาน ที่มีชื่อว่า Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument (MDS-RAI) เพื่อ

ใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผู้สูงอายุในสถานบริการระยะยาวที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา และยังถูกนำไปใช้ในประเทศแคนนาดา ประเทศไอร์แลนด์ และหลายประเทศในยุโรป ซึ่งการนำดัชนีชี้วัดคุณภาพไปใช้อย่างเป็นระบบ จะทำให้ทราบถึงสภาพและต้นเหตุของปัญหาทางคุณภาพสำหรับทั้งบุคลากรและผู้ประเมิน ผู้พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวก ช่วยในการพัฒนาวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการทางคลินิก และการดูแลและสถานบริบาลทุกแห่งถูกกำหนดให้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมิน และบรรจุไว้ในโปรแกรมการปรับปรุงคุณภาพสถานบริบาลของตนเอง เป็นเครื่องมือที่มีความครอบคลุม

การประเมินคุณภาพสถานบริบาล

การประเมินคุณภาพของสถานบริบาล ตามแนวคิดของ Donabedian (1980) ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ

1. โครงสร้าง (structure)
2. กระบวนการ (process) และ
3. ผลลัพธ์ (outcome)

ที่ผ่านมาการประกันคุณภาพและข้อบังคับในสถานบริบาลได้มุ่งความสนใจไปที่มาตรฐานของโครงสร้างและกระบวนการ ทำให้ยังไปไม่ถึงคุณภาพการดูแลที่แท้จริง ทำให้มีการปฏิรูปกฎหมายของสถานบริบาล เพื่อให้ผู้พักอาศัยมีความผาสุกทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคมภายในสิ่งแวดล้อม ที่ผู้พักอาศัยมีสิทธิของตนเอง ในขณะที่ผลลัพธ์ในปัจจุบัน จะถูกติดตามโดยวิธีการสำรวจซึ่งไม่ได้การประเมินคุณภาพการดูแลที่แสดงออก อย่างไรก็ตามถึงแม้ผลลัพธ์ที่ประเมินได้จะอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังไม่ได้หมายความว่าการดูแลจะอยู่ในเกณฑ์ดีตามไปด้วย

การขอใบอนุญาต ในแต่ละรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้สถานบริบาลต้องขอทั้งใบอนุญาตให้ประกอบสถานบริการ (licensing) เปิดให้บริการ และใบประกาศนียบัตรสถานบริการ (certificate) เพื่อแสดงว่าสถานบริการนั้นมีคุณสมบัติในการได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนสาธารณะ Medicare และ Medicate ซึ่งต้องมีมาตรฐานเฉพาะตามที่กำหนด แต่หากพบว่าสถานบริการนั้นได้รับการร้องเรียนมาก รัฐบาลสามารถยุติข้อตกลงกับผู้ให้บริการและไม่ยอมจ่ายเงินชดเชยนั้นๆ ได้ นอกจากนี้ยังต้องขอขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการ (registration) จากองค์กรบริหารด้านสุขภาพ (The Agency for Health Care Administration: AHCA) ผู้สมัครจะได้รับอนุญาตให้ประกอบสถานบริการเป็นระยะเวลา 2 ปี (Agency for Health Care Administration, 2006) ซึ่งองค์กรบริหารด้านสุขภาพ (AHCA) จะเป็นผู้รับผิดชอบออกใบอนุญาตให้กับสถานบริการด้านสุขภาพ (health care licensure) การตรวจสอบ (inspection) และการบังคับใช้กฎหมาย การสอบสวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับสถานบริการด้านสุขภาพและการจัดการแผนการรักษา การดำเนินการเป็นศูนย์เก็บรวบรวมสถิติของรัฐ การออกใบรับรองโปรแกรมตามความต้องการ การจัดการโปรแกรม Medicaid การรับรองศูนย์ดำรงสุขภาพและการคลินิกที่จ่ายค่าบริการล่วงหน้า และบริการอื่นๆ ตามที่ตกลงไว้

ในประเทศอังกฤษ ได้มีการพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำแห่งชาติ (National Minimum Standard: NMS) สำหรับผู้พักอาศัยในบ้านพักคนชรา และสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ.1998 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2002 ซึ่งมาตรฐานนี้ได้ถูกออกแบบให้สามารถวัดได้ ใช้บังคับได้ มีความคงเส้นคงวา และพิจารณาว่าสถานบริบาลใดสามารถให้การยอมรับได้เมื่อเทียบกับมาตรฐาน (CPA, 1999) โดยมาตรฐานมีเป้าหมาย เพื่อปกป้องผู้ที่มีภาวะเปราะบางจากการแสวงหาประโยชน์ การทารุณกรรมและการละเลยไม่ดูแลเอาใจใส่ที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ให้บริการมีมุมมองที่ชัดเจนและเข้าใจว่าข้อกำหนดคืออะไร เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ตรวจสอบ (inspectors) ได้กระทำหน้าที่อย่างเท่าเทียมกันและมีความคล่องตัว ปกป้องเจ้าหน้าที่ในการทำงาน และเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลด้วยคุณภาพได้ให้บริการในสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพด้วย

ต่อมาได้มีการจัดทำหนังสือมาตรฐานแห่งชาติใหม่มีชื่อว่า Care Homes for Older People: National Minimum Standards เพื่อช่วยให้สามารถระบุได้ว่าสถานบริบาลนั้นๆ ได้ตอบสนองความต้องการได้ รวมถึงความมั่นคงด้านสังคมและสวัสดิการของผู้ที่พักอาศัย มีการกำหนดมาตรฐานหลักที่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกสถานบริการที่ให้บริการที่พักอาศัยและให้การพยาบาล หรือการดูแลส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ แต่จะไม่นำไปใช้กับโรงพยาบาล สถานดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (hospices) คลินิก หรือสถานที่ควบคุมอาการผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (Mental Health Act. 1983)

ในปัจจุบันได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์ของการปฏิบัติที่ดี (code of good practice) และคู่มือการประเมินตนเอง (self-assessment manual) เพื่อเตรียมสถานบริบาลสำหรับระบบการตรวจสอบแบบใหม่ที่อยู่ภายใต้ พระราชบัญญัติมาตรฐานการดูแล ปี ค.ศ. 2000 (Care Standards Act 2000: CSA) กฎหมายได้เห็นความสำคัญของอัตราเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนผู้พักอาศัยว่ามีผลต่อคุณภาพการดูแลเป็นอย่างยิ่ง จึงได้มีการกำหนดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ (Masterson, 2004) คือ

เวรเช้า จะต้องมีอัตราเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1: 5
เวรบ่าย จะต้องมีอัตราเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1: 6/7
เวรดึก จะต้องมีอัตราเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1: 10

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Perry et al (2003) เสนอแนะว่าควรมีการวัดระดับการช่วยเหลือตนเองหรือภาวะพึ่งพาของผู้พักอาศัยก่อนน่าจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ที่จะบอกได้ว่าว่าควรใช้เจ้าหน้าที่ในระดับไหนจำนวนเท่าใด

ในประเทศญี่ปุ่น จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนในด้านมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ สิ่งที่พบเป็นเรื่องกว้างๆ เช่น มาตรฐานของจำนวนผู้ป่วยต่อ 1 ห้องรวม ไม่เกิน 4 คน อัตราพยาบาลต่อผู้พักอาศัย 1 : 35 จะต้องมีแพทย์ที่ทำงานบางเวลา (part-time) 1 คนต่อผู้พักอาศัย 100 คน (Lassey & Lassey, 2001) สถานบริบาลที่มีคุณภาพสูงมักจะมีแพทย์ และพยาบาลที่ได้รับการอบรมโดยเฉพาะ

ในประเทศสิงคโปร์ การให้การรับรองคุณภาพการบริการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและมีมาตรฐานตามความต้องการของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญอย่างยิ่งใน

การปกป้องประชาชนทั่วไป ด้วยบริการดูแลระยะยาวที่หลากหลายและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่กระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health) จะต้องแน่ใจได้ว่าการบริการนั้นๆ มีมาตรฐานขั้นต่ำ (minimum standard) (Inter-Ministerial Committee, 1997) ที่ได้รับการรับรองและรัฐบาลให้การยอมรับเพื่อให้เงินอุดหนุน เพื่อให้มีสถานบริบาลเพิ่มมากขึ้นเป็นทางเลือกให้กับครอบครัว (Sitoh, 2003)

เพื่อเป็นการปรับปรุงมาตรฐานการดูแล ให้ดีขึ้น กระทรวงสุขภาพได้ออกแนวปฏิบัติสำหรับสถานบริบาล สถานพักฟื้นกลางวัน โดยมุ่งเน้นไปที่ สิ่งอำนวยความสะดวกและบุคลากรเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ให้บริการตอบสนองความต้องการและมีแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม การปรับปรุงมาตรฐานการดูแลระยะยาวในสถานบริบาล ควรมีการปรับปรุงกระบวนการ (process) และผลลัพธ์การดูแล (outcome of care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย และคณะกรรมการระหว่างกระทรวงได้ให้เสนอแนะให้กระทรวงสุขภาพ ดำเนินการเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล 3 ประเด็น (Inter-Ministerial Committee, 1997) คือ

1) การออกกฎข้อบังคับและให้การยืนยันคุณภาพของสถานดูแลระยะยาว รวมถึงการตรวจสอบและการประเมินคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ

2) ปรับปรุงหนังสือคู่มือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีอยู่ โดยให้เพิ่มหัวข้อเรื่องการเทียบเคียงมาตรฐานการดูแล และใช้เป็นแนวทางในการดูแลระยะยาวชนิดต่างๆ

3) สถานบริบาลนำโปรแกรมการประกันคุณภาพมาใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแล

3.3.1.5 สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care)

ในประเทศไทยยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลางของประเทศ แต่เริ่มมีการพัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลบางแห่ง เช่น

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลรามาธิบดี (2551) มีดังนี้

1) การให้การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษา

1.1) การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องกระทำโดยแพทย์หรือคณะแพทย์โดยมีอาจารย์ แพทย์เจ้าของไข้อย่างน้อย 1 ท่านเป็นผู้รับผิดชอบ

1.2) เมื่อให้การวินิจฉัยแล้วควรมีการประชุมทีมผู้ดูแลเพื่อกำหนดแนวทางและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยมีอาจารย์แพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นหลักและควรคำนึงถึงความต้องการของ ผู้ป่วยและญาติในการกำหนดแนวทางการรักษาด้วย

1.3) มีการประเมินและทบทวนปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปรับแผนการดูแลตามที่เหมาะสม

2) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

2.1) แพทย์ผู้ดูแลต้องให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางคลินิก แนวทางการรักษาพยาบาล ความคาดหมายการรอดชีวิต ความทุกข์ทรมานต่างๆ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและปัจจัยอื่นๆ แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ญาติ/ผู้เกี่ยวข้องร่วมรับรู้โดยคำนึงถึงความเหมาะสม

2.2) ควรมีการให้ข้อมูลและกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับตัวผู้ป่วยและญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม โดยวิธีที่ดีที่สุดถ้าสามารถทำได้คือ การนัดพบผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดพร้อมกันเพื่อให้ข้อมูลและอภิปรายแนวทางการ ดูแลร่วมกัน ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถรับรู้ความจริงได้ให้แจ้งแก่ญาติ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี อนึ่งการให้ข้อมูลและกำหนดแนวทางการดูแลนี้อาจไม่สามารถทำให้หมดภายใน 1 ครั้ง แต่ควรมีการดำเนินการที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนผู้ป่วยเสียชีวิต

3) การบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางกาย

3.1) มีการประเมินความปวดและให้การบำบัดความปวดอย่างเต็มที่ ตามมาตรฐานทางการแพทย์

3.2) ให้การรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน

3.3) ให้การดูแลต่างๆ เพื่อให้มีความสุขสบายมากที่สุด เช่น การดูแลด้านอาหาร ความสะอาดของร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การทำกิจกรรมประจำวัน และสภาพแวดล้อม เป็นต้น

4) การให้การดูแลด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ

4.1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมผู้รักษาผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิด

4.2) มีการประเมินสภาพจิตใจและสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

4.3) ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจโดยการพูดคุย สนับสนุนให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนและให้คำแนะนำหรือให้การ ปรึกษาตามที่เหมาะสม

4.4) ให้การบำบัดรักษาอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้าขั้นรุนแรง อาการสับสน (delirium) เป็นต้น

4.5) อำนวยความสะดวกให้ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วย

4.6) จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด สงบ หากเป็นไปได้ควรมีสิ่งที่สร้างความอบอุ่นใจให้แก่ผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น ภาพครอบครัว สัญลักษณ์ทางศาสนา เป็นต้น

4.7) ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตระเตรียมสิ่งต่างๆ ที่ยังห่วงกังวล เช่น ครอบครัวที่เหลืออยู่ บุคคลที่ต้องการพบ ทรัพย์สิน เป็นต้น

4.8) อำนวยความสะดวกให้แก่ญาติและผู้ป่วยในการปฏิบัติตามความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนา

5) การให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

5.1) ให้การดูแลและช่วยเหลือด้านจิตใจให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยคำนึงถึงความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยอาการหนัก ระยะใกล้เสียชีวิต ขณะผู้ป่วยเสียชีวิตและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

5.2) ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและจัดการศพอย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

6) การดูแลครอบครัวและผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย

6.1) ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

6.2) ควรทำการประชุมครอบครัวเพื่อทำความเข้าใจให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและลด ความขัดแย้งหรือความต้องการที่ไม่ตรงกัน ตลอดจนกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

6.3) การดำเนินการหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ควรมีขั้นตอนที่ชัดเจนและมีการช่วยเหลือญาติให้สามารถจัดการสิ่งต่างๆ ได้ โดยไม่รู้สึกสับสนหรือเครียดเพิ่มขึ้นจากการสูญเสีย เช่น การจัดการเรื่องศพ พิธีกรรมต่างๆ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

6.4) มีระบบติดตามและญาติภายหลังการสูญเสีย เพื่อช่วยในการปรับตัวกับการสูญเสีย

ขอบเขตการรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลของหอผู้ป่วยประคับประคอง (critera for palliative care) ของโรงพยาบาลสงฆ์

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะสำคัญอื่นๆ ที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 3 เดือน

2. เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เฉพาะทางอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน ถูกปรับเปลี่ยนสถานะภาพจากการบำบัดรักษาโรคให้หายขาดมาเป็นเพียงการดูแลรักษาตามอาการ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ (เช่น มะเร็ง) ได้ลุกลามไปมากแล้ว

3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาแล้วเห็นว่า มีความเสี่ยงสูงมากต่อการควบคุมความปวด เช่น Cancer pain พบว่ามีความต้องการยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาความปวดที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความเป็นไปได้ที่ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยารูปแบบอื่น

4. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถาบันทางการแพทย์อื่น ๆ โดยโรคที่เป็นอยู่ลุกลามไปมากเกินกว่าจะให้การบำบัดใด ๆ เป็นการเฉพาะ และคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ไม่เกิน 3 เดือน

5. ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ

6. กรณีที่แพทย์เจ้าของไข้ไม่อยู่หรือติดต่อไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม แพทย์ในหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคองจะต้องช่วยให้การรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแทน

ในประเทศสก๊อตแลนด์ รัฐบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่งคือ National Care Standard Committee (NCSC) มีหน้าที่จัดทำมาตรฐานการดูแลระดับชาติ (National Standard) ในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจากการดำเนินการได้มีการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 22 ประการดังนี้ (The Scottish Government Publications, 2008)

ก. มาตรฐานการก่อนรับบริการ

มาตรฐานการดูแลที่ 1 การบอกกล่าวและการตัดสินใจ

ผู้ป่วยรู้และเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ จุดมุ่งหมายและปรัชญาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักเกณฑ์ในการเข้ารับบริการทั้งเป็นผู้ป่วยในและไป-กลับ บุคลและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ การจัดการเรื่องการเดินทางและการเยี่ยมผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อสถานพยาบาล อาจไปดูสถานที่เพื่อประกอบการตัดสินใจ

มาตรฐานการดูแลที่ 2 ตรงตามความต้องการที่จำเป็น

ผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้ดูแลในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข่าวสาร แผนการรักษาและดูแล ที่ตรงกับความต้องการที่จำเป็นและความชอบของผู้ป่วย ครอบครัว ก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา

มาตรฐานการดูแลที่ 3 คำแนะนำและกฎหมาย

ผู้ป่วยมั่นใจว่าได้รับการปกป้องทางกฎหมายและตามหลักสิทธิมนุษยชน รวมทั้งได้รับบริการตามที่กฎหมายกำหนด เช่น ระบบความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม อาหาร อุบัติเหตุ ความลับผู้ป่วย

มาตรฐานการดูแลที่ 4 สถานที่ให้การดูแล

ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและสบายใจเมื่ออยู่ในสถานที่ดูแล มั่นใจว่าได้รับสิทธิในการรับการดูแล ยา การบำบัด วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยหรือบริการอื่นๆ มีสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ดี มีความเป็นส่วนตัว เช่น ห้องพัก การพบญาติ ของใช้ส่วนตัว เป็นต้น

มาตรฐานการดูแลที่ 5 คุณภาพในการดูแลและรักษา

ผู้ป่วยได้รับการบอกกล่าวถึงทีมผู้ดูแล กระบวนการวัดผลและทบทวนการดูแลและรักษา เปรียบเทียบกับมาตรฐานการปฏิบัติงานที่หน่วยงานกำหนด (รวมทั้งที่รัฐบาลกำหนด)

ข. ความมั่นใจในการดูแล

มาตรฐานการดูแลที่ 6 เจ้าหน้าที่

ผู้ป่วยมั่นใจว่าได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้ คุณสมบัติ ผ่านการคัดเลือกตามกระบวนการงานบุคคลากร ได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานการดูแลที่ 7 การควบคุมการติดเชื้อ

ได้รับการดูและปกป้องจากการติดเชื้อ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามระเบียบการป้องกันการติดเชื้อก่อนดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อ จะมีเจ้าหน้าที่วิชาชีพให้การดูแลและปฏิบัติอย่างเท่าเทียม เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

มาตรฐานการดูแลที่ 8 ยา

ยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน เจ้าหน้าที่จะจัดและเก็บรักษาอย่างปลอดภัย ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเจ้าหน้าที่จะจัดยาและอุปกรณ์ที่จำเป็น อธิบายวิธีการใช้พร้อมให้เอกสารกำกับยาไปด้วย กรณีเป็นผู้ป่วยนอกหรือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเจ้าหน้าที่จะทำเช่นเดียวกัน หากมีการเปลี่ยนยาจะแจ้งและปรึกษาแพทย์ที่รับผิดชอบ

มาตรฐานการดูแลที่ 9 อุปกรณ์ในการรักษาและการติดตามผล

จัดอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย อธิบายวิธีการและฝึกการใช้ ตรวจสอบอุปกรณ์เป็นระยะ

มาตรฐานการดูแลที่ 10 การดูแลผู้ป่วยเด็ก

การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องดูแล ปกป้อง เคารพสิทธิ

ค. ได้รับการดูแลที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่

มาตรฐานการดูแลที่ 11 การมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยได้รับการผลักดันและสนับสนุนให้ใช้ศักยภาพของตนเอง มีความเป็นอิสระ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นตั้งเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน พร้อมปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการช่วยเหลือด้านการเงิน กฎหมาย อาชีพเสริมที่ต้องการหากมีความพร้อม

มาตรฐานการดูแลที่ 12 ความเป็นอยู่

ผู้ป่วยต้องได้รับการยอมรับ และเคารพในด้านต่างๆ เช่น กาย ใจ จิตวิญญาณ เพศ ศาสนา ความเชื่อ ผิวหรือชาติพันธุ์ ความคิดเห็นและอื่นๆ

มาตรฐานการดูแลที่ 13 ชีวิตส่วนตัว

ผู้ป่วยต้องได้รับสิทธิความเป็นส่วนตัว เช่น รับแขกของตนเอง อยู่กับญาติ มีงานอดิเรกที่สามารถทำได้

มาตรฐานการดูแลที่ 14 การใช้ชีวิตประจำวัน

สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เลือกรูปแบบการดำเนินชีวิตของตนเองและสภาพแวดล้อม

มาตรฐานการดูแลที่ 15 เล่น การศึกษา การพักผ่อน

ในกรณีผู้ป่วยเด็ก เจ้าหน้าที่มีทักษะในการจัดการละเล่นพร้อมอุปกรณ์ สันทนาการ การศึกษาและอุปกรณ์ที่เหมาะกับสิ่งแวดล้อม ประสานกับสถานศึกษาของผู้ป่วยในการจัดการศึกษา

มาตรฐานการดูแลที่ 16 สิทธิในการติดต่อเพื่อนฝูง

ผู้ป่วยมีสิทธิใช้โทรศัพท์และออกไปเยี่ยมเยียนเพื่อนได้ หากสภาพร่างกายอำนวย

มาตรฐานการดูแลที่ 17 การดูแลเรื่องอาหาร

ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ตามที่ชอบ ถูกโภชนาการ เหมาะกับสภาวะของโรค ไม่ขัดกับศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จะดูแลให้อาหารด้วยวิธีต่างๆกรณีผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานได้

มาตรฐานการดูแลที่ 18 การดูแลครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแล

ครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแลของผู้ป่วยจะได้รับดูแลจากทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาล เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวโรคและตัวผู้ป่วย การเก็บความลับของผู้ป่วยและขอบเขตการให้ข้อมูลแก่บุคคลอื่นตามความต้องการของญาติ

มาตรฐานการดูแลที่ 19 ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนและการดูแลเฉกเช่นเดียวกับสมาชิกในครอบครัว

ง. การกลับบ้าน

มาตรฐานการดูแลที่ 20 การวางแผนจำหน่าย

วางแผนการออกจากสถานบริการเมื่อผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ในสถานบริการ พยาบาลชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ จะร่วมในการวางแผนการดูแลเมื่อจะออกจากสถานบริการและเมื่อไปอยู่ที่บ้านพร้อมกับการจัดเตรียมยาแก่ผู้ป่วย

จ. แสดงความคิดเห็น

มาตรฐานการดูแลที่ 21 รับฟังข้อคิดเห็น

เจ้าหน้าที่เชิญชวนและยินดีรับฟังข้อคิดเห็น คำร้องทุกข์ ความกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อนำไปปรับปรุง ผู้ป่วยและญาติจะได้รับคำอธิบายและได้รับรายงานหากต้องการ

ฉ.การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

มาตรฐานการดูแลที่ 22 การเลือกที่ตาย

ผู้ป่วยสามารถแจ้งความจำนง เลือกว่าจะตายที่ไหน ต้องการอยู่กับใครในระยะสุดท้าย จะให้จัดงานศพอย่างไร รวมทั้งครอบครัวจะได้รับการดูแลหลังการตายของผู้ป่วย (bereavement care)

3.3 การประกันคุณภาพและทางเลือกของผู้พักอาศัย

3.3.1 ความหมายการประกันคุณภาพ

การประกันคุณภาพ หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งได้รับการวางแผนและจัดระบบแล้วในกระบวนการบริหารคุณภาพที่ช่วยสร้างความมั่นใจว่าจะได้คุณภาพตามที่กำหนดไว้ (Harrington & Mathers, 1991)

การประกันคุณภาพ หมายถึง กลไก (mechanisms) และกระบวนการ (processes) ต่างๆ ที่นำไปสู่การรักษาและปรับปรุงคุณภาพของผลลัพธ์ เพื่อช่วยให้ผู้เกี่ยวข้อง (stakeholders) มั่นใจในวิธีควบคุมคุณภาพและมั่นใจในมาตรฐานของผลผลิตอีกทั้งเป็นการรับประกันหรือรับรองว่าจะได้มาตรฐานตามที่ระบุ (Harman, 1996)

3.3.2 รูปแบบของการประกันคุณภาพ

ในวงการอุตสาหกรรมได้พัฒนาระบบประกันคุณภาพขึ้นหลายระบบ เพื่อประกันผลผลิตให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน ได้มีการดัดแปลงระบบประกันคุณภาพดังกล่าวประยุกต์ใช้กับระบบประกัน

คุณภาพการศึกษาโดยเฉพาะในการตรวจสอบและประเมินตนเองที่สำคัญ ได้แก่ ระบบ ISO ระบบ TQM ระบบ IPO ระบบ CIPOO และกิจกรรมพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ กิจกรรม 5 ส. โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับระบบประกันคุณภาพ ดังนี้ (ประดิษฐ์ มีสุข, 2548)

1) ระบบ IPO และระบบ CIPOO

ระบบ IPO (input process output) เป็นระบบพื้นฐานที่ใช้กับกระบวนการผลิตทุกวงการ ในวงการศึกษาสามารถใช้ระบบนี้โดยพิจารณาว่าปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และปัจจัยผลผลิต (output) คืออะไร

ส่วนระบบ CIPOO มาจากหลักการเดียวกับ IPO โดยขยายการพิจารณาบริบท (context) ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ปัจจัยผลผลิต (output) และผลลัพธ์ (outcome)

ระบบ IPO และระบบ CIPOO หรือเรียกว่า ระบบ QA เป็นระบบประกันคุณภาพที่ใช้รูปแบบทฤษฎีระบบมาอธิบายกระบวนการผลิตบัณฑิต การวิจัย การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมของสถาบัน โดยการกำหนดองค์ประกอบของระบบย่อยแต่ละระบบที่มีผลต่อการผลิตบัณฑิต การวิจัย การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมของสถาบัน แล้วให้มีแนวทางการดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษา

2) ระบบ ISO

ระบบ ISO เป็นมาตรฐานระบบคุณภาพที่เน้นหลักการ เป้าหมาย และจุดประสงค์ สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงประสิทธิภาพ การผลิต หรืองานบริการที่รวมการประกันคุณภาพและการควบคุมคุณภาพ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผลิตภัณฑ์ของผู้ผลิตหรือบริการเป็นไปตามความต้องการทางคุณภาพของลูกค้า โครงสร้าง ISO 9000 ประกอบด้วย ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003 และ ISO 9004 ซึ่ง ISO 9001 ได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับระบบการประกันคุณภาพการศึกษามากที่สุด

3) ระบบ TQM (Total Quality Management)

ระบบ TQM ยึดหลักการพันธกิจที่พนักงาน/ เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกระดับ ทุกหน่วยงานทำหรือร่วมกันทำเป็นกิจวัตร เพื่อปรับปรุงงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ลูกค้าพึงพอใจ TQM เป็นระบบที่ปรับปรุงวางแผน การจัดองค์กร และการทำความเข้าใจในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกันแต่ละบุคคลในแต่ละระดับ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ ให้มีความยืดหยุ่นเพื่อให้สามารถแข่งขันได้ TQM เป็นระบบที่สามารถนำไปใช้กับทุกองค์กร ประสิทธิภาพของการจัดองค์กรในระบบนี้ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของทุกคนในการนำองค์กรไปสู่เป้าหมาย

แก่นสำคัญของระบบ TQM คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค ส่วนสำคัญของกระบวนการอยู่ที่การจัดการที่จำเป็นสำหรับระบบ เครื่องมือ และทีมงาน ระบบนี้ได้เตรียมขอบข่ายความก้าวหน้าของงานไว้เพื่อความพร้อมสำหรับการตรวจสอบ

3.3.3 การควบคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

1) ระบบ TQM การเลือกใช้ระบบนี้ในการดูแลผู้สูงอายุ Miller, Coe & Morley (1997) ให้เหตุผลว่า การดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาข้อผิดพลาดในการดูแลทางคลินิก ทำให้ตระหนักว่าต้องมีการพัฒนาคุณภาพ ในขณะที่ค่าตอบแทนการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รัฐเองก็ต้องการจำกัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น และระบบการประกันคุณภาพระบบนี้มีการพัฒนาเพื่อการประกันคุณภาพในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บุคคลากรมีประสบการณ์ ความคุ้นเคย กับการประเมินนี้ ที่สำคัญคือ ปรัชญา TQM และปรัชญาการดูแลผู้สูงอายุสมัยใหม่มีความคล้ายคลึงกัน เกิดความเชื่อมประโยชน์ของ TQM กับระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ซึ่งจากการสำรวจการใช้ระบบ TQM ในการควบคุมคุณภาพการดูแล โดยให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการควบคุมคุณภาพ 4 แนวทาง คือ การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก TQM ผลลัพธ์การดูแล การทบทวนแนวทางการรักษา และ การจัดระบบข้อมูล ในประเด็น ความเหมาะสม และความคุ้มค่าเชิงค่าใช้จ่าย-ประสิทธิภาพ ในการดูแลที่บ้าน คลินิก โรงพยาบาล สถานบริบาล พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่า ระบบ TQM เหมาะสมและคุ้มค่า ทั้งนี้การใช้ TQM ในสถานบริบาล ช่วยลดความผิดพลาดในการใช้ยาปรับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ลดความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น แผลกดทับ การผูกยึด การตาย เป็นต้น (Zinn et al, 1993 cited in Miller, Coe & Morley, 1997)

2) ระบบ ISO ได้มีการนำมาใช้ในการรับรองคุณภาพ และเป็นระบบที่มีการใช้มาก โดยการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในการบริการ ซึ่งระบบนี้ใช้ในการรับรองคุณภาพของสถานบริการผู้สูงอายุแพร่ และเป็นหนึ่งในการเกณฑ์การพิจารณาการเลือกเข้าพักในสถานบริการ (Ministry of Health and Long- Term Care, Ontario, 2009)

3.3.4 ทางเลือกของผู้พักอาศัย

การเลือกเข้าพักอาศัยในสถานบริการระยะยาว มีความแตกต่างกันขึ้นกับระบบการบริการสุขภาพของแต่ที่ ตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกามีข้อเสนอแนะในการเลือกเข้าอยู่ในสถานบริการระยะยาวที่มีอยู่หลายลักษณะ จากการรวบรวมของ Kunkel & Wellin (2006) พบว่า ลักษณะการพิจารณาที่เป็นอยู่พิจารณาจาก 3 ประเด็น คือ การได้รับการรับรองและตรวจสอบจากรัฐ มีการจัดตั้งคณะกรรมการรับการร้องทุกข์ และมีการประเมินภายในเอง ทั้งนี้สิ่งที่คณะกรรมการร้องทุกข์รับเรื่องส่วนใหญ่เกี่ยวกับการสิทธิเรื่องการได้รับการยอมรับนับถือ การจัดการดูแลยา การดูแลเรื่องอาหาร การจำหน่าย เป็นต้น

ประเภทของการดูแลระยะยาว มีอยู่ 6 ประเภท ได้แก่ (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ)

1) การดูแลที่บ้าน (home care) โดยผู้ดูแล คือ ครอบครัว เพื่อน อาสาสมัคร ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ กิจกรรมการดูแลมีความต่างตั้งแต่ช่วยเหลือในการจับจ่ายของถึงการดูแลรักษาที่บ้าน โดย Medicare เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

2) การบริการของชุมชน (community service) เป็นการบริการที่ครอบคลุมการผู้แลผู้สูงอายุกลางวัน (adult day care) การบริการส่งอาหาร ศูนย์บริการผู้สูงอายุ การเดินทาง หรืออื่นๆ

เป็นการช่วยผู้ที่มีความบกพร่อง เช่น ผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม ที่ต้องการอยู่ที่บ้าน หรือให้การดูแลแทนผู้ดูแลในระยะสั้นในรายที่ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้

3) บริการดูแลบ้าน (supportive housing programs) ได้แก่ การทำอาหารที่บ้าน การทำความสะอาดบ้าน การจับจ่ายของ การทำความสะอาดเสื้อผ้า ทั้งนี้มักอาศัยอยู่ที่บ้าน

4) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) เป็นบริการตลอด 24 ชั่วโมง กิจกรรมการบริการครอบคลุม การช่วยเหลือรับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำ ดูแลให้ได้รับยา การเดินทาง การทำความสะอาดเสื้อผ้า การพาไปร่วมกิจกรรมทางสังคม

5) ชุมชนผู้สูงอายุหลังเกษียณ (continuing care retirement communities) ให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ต่อเนื่องตั้งแต่สามารถดูแลตนเองได้ ช่วยเหลือบางส่วน และต้องพึ่งพา

6) สถานบริบาล ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถดูแลที่บ้านหรือในชุมชนได้ ลักษณะบริการที่ให้ คือ การบริการที่ต้องใช้ทักษะการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การให้อาหาร กิจวัตรประจำวัน โดยอาจให้เป็นการชั่วคราวได้ สถานบริบาลนี้สามารถทดแทนการดูแลที่โรงพยาบาล หรือหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อผู้ดูแลหรือครอบครัวสามารถพักการดูแลได้

เกณฑ์การเลือกประเภทสถานบริการระยะยาว Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) บอกว่าให้พิจารณาโดยคำนึงถึง

1) ประเภทบริการที่ต้องการ ผู้เลือกใช้บริการต้องคำนึงถึงว่า ต้องการการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเรื่องใดบ้าง เช่น การจับจ่ายของ การเตรียมอาหาร การรับประทานอาหาร อาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำ ดูแลให้ได้รับยา การเดินทาง การทำความสะอาดเสื้อผ้า การแต่งตัว การเดิน การจัดการเรื่องการเงินที่ธนาคาร เป็นต้น ความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพหรือไม่ เช่น การฟื้นฟูสภาพ การฝึกพูด อาชีวบำบัด การทำกายภาพบำบัด การให้ยา การให้ออกซิเจน การดูแลแผลกดทับ การดูแลผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม การสังเกตอาการ การพยาบาล หรือการรักษาอื่นตามแนวการรักษาของแพทย์ เป็นต้น หรือต้องการทั้งสองอย่าง

2) ค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละประเภท ต้องพิจารณาค่าใช้จ่ายของสถานบริการแต่ละประเภท โดยคิดตั้งแต่ค่าใช้จ่ายที่ต่ำสุดถึงสูงสุด ว่าประมาณเท่าใด มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการนั้นหรือไม่ โดยพิจารณาว่าผู้ใช้บริการมีแหล่งเงินจากส่วนใดบ้าง เช่น ระบบประกันสุขภาพที่ให้แก่ผู้สูงอายุ หรือในผู้ที่มีรายได้ต่ำ จากเงินออม จากการประกันสุขภาพส่วนบุคคล เป็นต้น

3) ความสามารถในการเลือกบริการที่ดีที่สุด มีตัวอย่างข้อเสนอแนะแนวทางการเลือกระหว่างสถานบริบาลและบ้าน ดังนี้ หากต้องการดูแลที่บ้านให้ศึกษาว่า รัฐที่อยู่มีองค์กรที่ให้การดูแลที่บ้านที่ได้รับการรับรองจากรัฐหรือไม่ สามารถใช้ระบบการเงิน การประกันสุขภาพอะไร มีตรวจสอบภูมิหลังการบริการขององค์กรนั้น มีประวัติการร้องเรียนหรือไม่ ส่วนสถานบริบาลให้พิจารณาว่าสามารถใช้ระบบการเงิน การประกันสุขภาพอะไร ผลการตรวจสอบคุณภาพล่าสุดเป็นอย่างไร เปรียบเทียบหลายๆ แห่งได้รับการรับรองคุณภาพหรือไม่ ควรไปเยี่ยมชมก่อนตัดสินใจ สังเกตว่าผู้อาศัยมีความสุขในการรับประทานอาหารหรือไม่ ความสะอาดของสถานที่ การแต่งตัว ของผู้อาศัย กิจกรรม

ต่างๆ ที่ทำ พูดคุยกับบุคลากรเกี่ยวกับบริการที่ให้และที่ต้องการ มีพื้นที่สำหรับการฟื้นฟูสภาพร่างกายหรือไม่ ความความชำนาญเฉพาะด้านการดูแลใด เช่น การกลืนลำบาก ใครเป็นผู้ให้ยา โรงพยาบาลในเครือข่ายที่ให้บริการเป็นอย่างไร

สำหรับ Organization for Economic Cooperation and Development (OCED) (2005) ได้ศึกษาทิศทางการเลือกใช้บริการการดูแลระยะยาวโดยเน้นให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ให้ข้อเสนอแนะสิ่งที่ต้องพิจารณาในการเลือกลักษณะบริการระยะยาว 3 ประการเพื่อส่งเสริมให้มีการดูแลระยะยาวที่บ้าน คือ

1) งบประมาณที่มีอยู่ และลักษณะความต้องการการช่วยเหลือ

2) ค่าจ้างที่ผู้ต้องการได้รับการดูแลสามารถจ่ายได้ โดยมีเงื่อนไขการดูแล

3) จ่ายให้ผู้ดูแลเท่ารายได้ที่มี

จะเห็นได้ว่าลักษณะสำคัญในการเลือก คือ ลักษณะบริการที่ต้องการ สถานที่ที่ต้องการดูแลที่บ้านหรือสถานบริการ ระดับความสามารถในการจ่ายค่าบริการที่เกิดขึ้นทั้งหมด

4. ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ (cost and efficacy)

การประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนการบริการมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสภาพความเป็นจริงที่ทรัพยากรในโลกมีอยู่จำกัด ความคุ้มค่าคุ้มทุนจึงเป็นความจำเป็นที่มนุษย์ต้องคำนึงถึงเพื่อให้การกระจายทรัพยากรเป็นไปได้อย่างเป็นธรรม และโดยเฉพาะทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศในปัจจุบันที่อาจกล่าวได้ว่าอยู่ในภาวะขาดแคลน ดังนั้นการกำหนดผลลัพธ์จากบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องแสดงว่ามีความคุ้มค่าหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นความคุ้มค่าต่อผู้ใช้บริการ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการ หรือสังคมก็ตาม (จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2551)

4.1. ความหมายของความคุ้มค่าคุ้มทุน

จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2551) ได้ให้ความหมายโดยแยกคำว่าคุ้มค่าและคุ้มทุนให้เห็นชัดเจนดังนี้

คุ้มค่า คือ ได้มากกว่า ที่ “ตีค่า” ไว้

คุ้มทุน คือ ได้มากกว่า ที่ “ลงทุน” ไว้

ความคุ้มค่า เป็นการเปรียบเทียบระหว่างผลที่เกิดจากวิธีการหรือการปฏิบัติ ที่แตกต่างกัน ซึ่งต้องอาศัยการคิด วิเคราะห์ และการตัดสินใจ ที่จะเลือกกลวิธีหรือวิธีการปฏิบัติให้เกิดผลดีมากที่สุด ซึ่งอาจสรุปเป็นสมการได้ดังนี้

$$\text{สัดส่วนของความคุ้มค่า} = \frac{\text{ค่าใช้จ่ายของวิธีการใหม่} - \text{ค่าใช้จ่ายวิธีการปัจจุบัน}}{\text{ผลจากวิธีการใหม่} - \text{ผลจากวิธีการปัจจุบัน}}$$

อย่างไรก็ตาม การที่พบว่าวิธีการปฏิบัติอย่างหนึ่งประหยัดเงินมากกว่า ไม่ได้หมายความว่าวิธีการนั้นจะ “คุ้มค่า” เนื่องจากการจะตัดสินความ “คุ้มค่า” นั้น ต้องอาศัยการตัดสินคุณค่าของผลที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะคุ้มค่าสำหรับคนหนึ่ง แต่ไม่คุ้มค่าสำหรับอีกคนหนึ่ง เช่น วิธีการรักษาแบบหนึ่งอาจไม่คุ้มค่า สำหรับโรงพยาบาลเนื่องจากต้นทุนสูง แต่อาจคุ้มค่า สำหรับผู้ป่วยเนื่องจากทำให้เจ็บปวดลดลง (จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2551)

4.2 การประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุน

ความคุ้มค่าคุ้มทุน เป็นกระบวนการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อหาประสิทธิภาพของการรักษาทางการแพทย์ หรือ โครงการสาธารณสุข ว่าผลลัพธ์ที่ได้ คุ้มค่ากับต้นทุนที่ใส่เข้าไปหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนก็เพื่อ ประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน (cost effectiveness) ตั้งแต่ 2 รูปแบบขึ้นไปหรือระหว่างหน่วยงาน ประเมินประสิทธิภาพขององค์กรหรือหน่วยงานในการบริหารจัดการ การใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรที่มีจำกัด และวิเคราะห์ประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากรให้มีความครอบคลุม เชื่อมโยงทุกหน่วยงาน และให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีวิธีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ดังนี้ (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2544)

1) เปรียบเทียบระหว่าง ต้นทุน กับ ผลลัพธ์

2) เปรียบเทียบระหว่างทางเลือกตั้งแต่ 2 ขึ้นไป

4.3 ประเภทการประเมิน

ในทางเศรษฐศาสตร์ ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย (2544) และ Hollander (1999) กล่าวว่าประเภทการประเมินขึ้นกับการวัดผลลัพธ์ แบ่งออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

1) ต้นทุนต่ำสุด (cost minimization analysis)

2) ต้นทุนประสิทธิผล (cost effectiveness analysis)

3) ต้นทุนประโยชน์ (cost benefit analysis)

4) ต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost utility analysis)

อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญทางเศรษฐศาสตร์บางท่านให้ทรรศนะหรือมุมมองในการประเมินประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลว่า การประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนของการรักษาพยาบาล ควรคำนึงถึงผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน โดยประเมินความคุ้มค่า คุ้มทุน ทั้งต่อผู้ให้บริการ ผู้ป่วย ญาติ สังคมรวมทั้งผู้จ่ายเงินด้วย (เช่น ประกันสังคม รัฐบาล) (จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2551)

4.4 ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ

ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ (cost and efficacy) ควรคำนึงถึงค่าใช้จ่าย ความคุ้มทุนและภาวะการขาดเตียง (Scanlon, 1988) ดังนี้

1) ค่าใช้จ่าย (cost) คือ มูลค่าเงินที่ใช้เป็นค่าบริการหรือสินค้าต้องจ่ายเมื่อทำกิจกรรมใดๆ โดยอาจจ่ายในรูปแบบเงินสดหรือเครดิต (จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2551) แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มคือ

1.1) ค่าผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ (medical supply costs)

1.2) ค่ากิจกรรมต่างๆ (activity costs)

1.3) ค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแล (care-related service costs)

1.4) ค่าอุปกรณ์ต่างๆ (equipment costs)

1.5) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าทำฟัน ค่ารถฉุกเฉินและค่าเดินทางต่างๆ

สำหรับค่าใช้จ่ายของการดูแลระยะยาวในสถานบริการ Hollander (1999) บอกว่าสามารถประเมินได้จาก

1) ค่าใช้จ่ายของการดูแลต่อเนื่อง เช่น ผู้ช่วยดูแล พยาบาลประจำการ บุคลากรในการบำบัด และบุคลากรสนับสนุน

2) ค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น บริการทางการแพทย์ และบริการในโรงพยาบาลฉุกเฉิน

3) ค่าใช้จ่ายของค่าสถานที่

4) ค่าใช้จ่ายออกจากกระเป๋าของผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือญาติ (out-of-pocket expenditures by clients or informal caregivers)

5) ค่าใช้จ่ายจากการช่วยเหลือจากผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

2) ความคุ้มทุน (efficacy)

คุ้มทุน คือ การที่ได้มากกว่า ที่ “ลงทุน” ไว้ ด้วยการเพิ่มขึ้นในด้านค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลจากการใช้บริการในสถานบริบาลที่เกินความจำเป็น และการขึ้นราคาค่าใช้จ่ายต่อวันที่ไม่จำเป็น จึงนำไปสู่การจำกัดการขยายตัวของค่าใช้จ่ายที่ไม่พึงปรารถนาขึ้น (cost containment) การใช้จ่ายทางด้านสุขภาพจะได้รับอิทธิพลอย่างมากจากประสิทธิภาพการดูแลที่สร้างขึ้น รวมทั้งการใช้บริการทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามการที่สถานดูแลระยะยาวได้รับแรงกดดันจากการควบคุมราคา อาจส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงการบริการ (access to care) และคุณภาพการดูแล (quality of care) แทนที่จะเป็นการสร้างประสิทธิภาพตามที่ต้องการ เนื่องจากอัตราการเข้าพักสูงทำให้สถานดูแลระยะยาว เช่น สถานบริบาล ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปแข่งขันกับใคร

ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การที่รัฐใช้วิธีการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการลดลงเพื่อควบคุมค่าบริการ สิ่งที่จะได้รับตอบแทนก็คือ การลดจำนวนของบุคลากรและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการได้ สำหรับการดูแลในภาคเอกชน ด้วยค่าใช้จ่ายการบริการที่อาจจะเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาคุณภาพการดูแล จึงทำให้สถานบริการไม่สนใจปรับปรุงการบริการดูแลเนื่องจากเห็นว่าทำให้ได้กำไรลดลงได้ (Scanlon, 1988)

3) ภาวะการขาดเตียง

ภาวการณ์ขาดเตียงที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลในสถานบริการที่สูงขึ้น และพบว่าประสบปัญหาความยากลำบากในการรับเข้านอนในสถานบริการและความแตกต่างของผู้สูงอายุที่เข้าไปพักอาศัย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงการบริการได้ มีรายงานการวิจัยหลายชิ้นที่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีผู้ป่วยในชุมชนไม่ได้รับการบริการอย่างที่ควรจะเป็น (under service in the community)

จากความเข้าใจผลกระทบจากภาวการณ์ขาดเตียง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีการพัฒนานโยบายด้านการดูแลระยะยาวขึ้น ภาวการณ์ขาดเตียงจะส่งผลกระทบต่อผู้ใช้บริการและผู้ไม่ใช้บริการในการดูแลหลายประเภท จากการสังเกตโปรแกรมและงานวิจัยในอดีตที่ผ่านมาพบว่าได้รับอิทธิพลมาจากข้อจำกัดในการเลือก (constrain choices) และผลลัพธ์ (outcomes) ดังนั้นในการวางแผนโปรแกรมและนโยบายใหม่ๆ ควรนำการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตมาปรับใช้ โดยการคำนึงถึงอุปทาน (supply) ของการบริการที่จะมีอยู่เป็นสำคัญด้วย (Scanlon, 1988)

5. นโยบายสาธารณะ (public policy)

5.1 ความหมายของนโยบายสาธารณะ

พีรธร บุณยรัตพันธุ์ (2552) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะไว้ดังนี้

นโยบาย (policy) คือ แนวทางที่มีลักษณะเป็นคำพูด ลายลักษณ์อักษร หรือเป็นนัยที่กำหนดไว้เพื่อบ่งชี้ ทิศทางและเงื่อนไขหรือข้อจำกัดของการกระทำด้านการบริหารจัดการ ที่จะช่วยนำไปสู่การบรรลุผลตามที่ต้องการ

สาธารณะ (public) คือ ประเด็นกิจการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำรงอยู่ร่วมกันและมีความเกี่ยวพันกับคนจำนวนมาก หรือมหาชน รวมทั้งอาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิ เสรีภาพ และหน้าที่ของบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยอำนาจส่วนรวม หรือรัฐเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยทำหน้าที่แทรกแซง จัดการ จัดระเบียบ หรือดำเนินการให้เป็นการทั่วไป

ดังนั้น นโยบายสาธารณะ (public policy) จึงหมายถึง แนวทางกิจกรรม การกระทำ หรือการเลือกตัดสินใจของรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลได้ทำการตัดสินใจและกำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อชี้นำให้มีกิจกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยมีการวางแผน การจัดทำโครงการ วิธีการบริหารหรือกระบวนการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ด้วยวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และความต้องการของประชาชน ผู้ใช้บริการในแต่ละเรื่อง

5.2 ความสำคัญของการดูแลระยะยาวกับนโยบายสาธารณะ

โดยทั่วไปแล้วปัญหาสาธารณะ (public issue/problem) ซึ่งเป็นที่มาของนโยบาย (พีรธร บุณยรัตพันธุ์, 2552) ผู้อำนวยการทั่วไปของรายงานสุขภาพของโลก ปี ค.ศ. 2000 กล่าวว่า การดูแลระยะยาวสามารถทำให้เกิดภาวะล้มละลายได้ เพราะว่าความต้องการการดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถ

คาดการณ์ได้ ดังนั้นสิ่งสำคัญที่สุดก็คือ การป้องกันประชาชนจากการที่จะต้องเลือกระหว่างปัญหาทางด้านการเงินกับการสูญเสียสุขภาพ ด้วยระบบสุขภาพมีความรับผิดชอบไม่เพียงแต่การพัฒนาสุขภาพของประชาชน แต่ยังต้องป้องกันค่าใช้จ่ายที่มีราคาแพงจากความเจ็บป่วยอีกด้วย (World Health Report, 2000 cited by WHO, 2003) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ดังนั้นทุกประเทศต้องให้ความสำคัญกับการดูแลระยะยาว โดยการพัฒนาต่อและปฏิรูประบบสุขภาพและการสงเคราะห์ (health and welfare system) (WHO, 2003)

5.3 การสร้างของนโยบายทางด้านสุขภาพ

การสร้างของนโยบายทางด้านสุขภาพ (Health care policy) ประกอบด้วยสามเสาหลัก คือ คุณภาพ (quality) การเข้าถึงการบริการ (access) และราคา (cost)

แสดงออกของแต่ละมิติจะส่งผลกระทบต่อมิติอื่นๆ เช่น ราคาอาจส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการหรือคุณภาพ ดังนั้นข้อมูลด้านคุณภาพควรจะแปลความหมายรวมกันระหว่างข้อมูลด้านการเข้าถึงการบริการและราคา เพราะฉะนั้นทางเลือกของนโยบายขึ้นอยู่กับการติดตามและพิจารณาทั้ง 3 ด้านของการบริการนี้ (United States General Accounting Office, 1994)

5.4 องค์ประกอบของนโยบายสาธารณะกับการดูแลระยะยาวในสถานบริการ

นโยบายสาธารณะ (public policy) ประกอบด้วย 2 ประการ คือ

5.4.1 การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็น

ภาวะประชากรสูงอายุ (population ageing) มักส่งผลกระทบต่ออุปสงค์ (demand) และอุปทาน (suppy) ต่อการบริการดูแลระยะยาวและต่อแหล่งบริการที่ให้บริการและมักนำไปสู่จุดสนใจในการวิพากษ์วิจารณ์ของสาธารณะและด้านโยบายต่อประชากรสูงอายุ จึงจัดว่าเป็นภาวะท้าทายด้านสุขภาพกับระบบการดูแลระยะยาวในปัจจุบัน นอกจากนี้ ภาวะประชากรสูงอายุยังส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพ 2 ทางด้วยกัน (Department of Economic and Social Affairs, 2007) คือ

1) การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพจำนวนมากที่ต้องการบุคลากรทั้งที่เป็นวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพด้านสุขภาพที่มีทักษะใหม่ๆ ดังนั้นจึงเป็นภาวะที่ท้าทายเป็นอย่างยิ่งสำหรับประเทศกำลังพัฒนา ที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีค่าใช้จ่ายต่อประชากรสูงอายุด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนหนึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงภาวะขาดแคลนพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคอง ที่จะมุ่งเน้นไปที่การรักษาอย่างครบถ้วน ซึ่งมักเป็นคุณลักษณะของการบริการที่มีอยู่ทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุที่พบได้ในประเทศกำลังพัฒนา

2) การเริ่มตระหนักถึงวิธีการที่จะให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถกลับคืนมาดีดังเดิมได้ ซึ่งเป็นภาวะท้าทายที่จะต้องการหาทางออกเพื่อรักษาไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรี (dignity) และความเป็นอิสระ (independence) ของผู้ที่ต้องการการดูแล โดยการอนุญาตให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย แต่อย่างไรก็ตามโครงสร้างของครอบครัวที่มีมาตั้งแต่ในอดีตและบทบาทของ

ผู้หญิงมีมักจะเป็นผู้ดูแลหลักเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการลดลงของจำนวนบุตรในครอบครัวเกือบทุกส่วนของโลก ก่อให้เกิดความยากลำบากต่อประเทศกำลังพัฒนาในการธำรงรักษารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบไม่เป็นทางการมากยิ่งขึ้น

5.3.2 บูรณาการการดูแลทางด้านสุขภาพเรื้อรังและการบริการทางสังคม

แนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว อาจต้องมีการบูรณาการการดูแลทางด้านสุขภาพเรื้อรังและการบริการทางสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการทุกมิติของผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพและต้องการการดูแล อย่างไรก็ตามเนื่องจากในประเทศไทยหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือทางด้านสุขภาพและสังคมอยู่คนละกระทรวง วิธีการที่จะช่วยในการเอื้อต่อการพัฒนาก็คือ

1) การปรับปรุงนโยบายด้านสุขภาพ

ถึงแม้ว่าภาวะประชากรสูงอายุจะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ (health-care expenditures) แต่ไม่จำเป็นต้องใช้จ่ายในสัดส่วนจำนวนมากจากรายได้ในอนาคตที่ไม่ยั่งยืน องค์ประกอบของการใช้จ่ายด้านสุขภาพอาจต้องดำเนินการภายใต้การเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน ดังนั้นผู้มีส่วนในการกำหนดนโยบาย ควรดำเนินการต่อไปนี้ (Department of Economic and Social Affairs, 2007)

1.1) ให้ความสำคัญต่อการให้บริการด้านการรักษาและการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น

1.2) พิจารณามุ่งความสนใจไปที่กิจกรรมในการป้องกันโรคและการให้ความรู้ เช่น การไม่สนับสนุนให้สูบบุรี่ ดื่มสุรา แต่ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะอ้วน เป็นต้น เพื่อเป็นการลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยสูงอายุ

1.3) ให้ความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะประชากรสูงอายุ เพื่อช่วยในการชะลอความก้าวหน้าของโรคและภาวะทุพพลภาพ

2) สนับสนุนให้องค์กรภาคเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและไม่หวังผลกำไร เช่น หน่วยงานองค์กร หรือมูลนิธิการกุศลหรือทางศาสนาต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ เพื่อให้มีหน่วยงานให้บริการจำนวนมากพอ สามารถให้บริการที่ทั่วถึงและประชาชนสามารถ**เข้าถึงการบริการได้มากยิ่งขึ้น**

5) ส่งเสริมจัดสวัสดิการทางสุขภาพและสังคมแก่ผู้สูงอายุ

ภาครัฐควรมีมาตรการส่งเสริมการจัดสวัสดิการทางสุขภาพและสังคมแก่ผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น การพัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะยาว

โปรแกรมการดูแลระยะยาว

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2552) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมดูแลระยะยาวของประเทศไทยว่า สามารถริเริ่มบริการทั้งสองทางคือ ทั้งบริการแบบสถาบันหรือสถานบริการและแบบชุมชน โดย

1) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างมีการพึ่งพาน้อยที่สุด และเมื่อเข้าสู่ภาวะที่ต้องการการพึ่งพาก็สามารถได้รับการดูแลในครอบครัวเท่าที่จะเป็นไปได้

2) กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพา ในการจัดบริการดูแลระยะยาวอาจแบ่งเป็น 3 ลักษณะคือ

2.1) กลุ่มที่มีครอบครัว ควรให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

2.2) กลุ่มที่ไม่มีครอบครัวหรือไม่มีญาติ ควรสนับสนุนส่งเสริมชุมชนให้เข้ามามีบทบาท

2.3) กลุ่มที่มีความจำเป็นที่มีภาวะพึ่งพาในระดับมาก ที่เกินความสามารถของครอบครัวในการดูแลหรือไม่มีผู้ดูแลก็ควรได้รับการสนับสนุนจากรัฐในการเข้ารับการดูแลในสถาบัน

3) พัฒนารูปแบบการบริการดูแล เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นรูปธรรมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

4) กำหนดบทบาทที่ชัดเจนของหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบบริการสุขภาพของไทยในการให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ และผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในครอบครัว

5) การจัดบริการระยะยาวต้องมีการประสานหรือบูรณาการระหว่างสองหน่วยงานหลัก คือหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานด้านสังคม เนื่องจากลักษณะของการดูแลระยะยาวประกอบด้วยการดูแลทั้งทางการแพทย์ การดูแลส่วนบุคคลและการดูแลทางสังคม และในการถ่ายโอนภารกิจที่เกี่ยวข้องแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน ตลอดจนกลไกการจัดการที่ดีระหว่างส่วนราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กับองค์กรส่วนท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการบูรณาการของบริการที่มีคุณภาพ

6) การได้มาของงบประมาณจึงมี 3 แนวทาง ได้แก่

6.1) การใช้ภาษีทั่วไป โดยระบบการจัดเก็บภาษีเป็นกลไกการกระจาย (redistribution) ทรัพยากรที่เหมาะสม

6.2) การจัดตั้งกองทุนระดับประเทศเพื่อการดูแลระยะยาว โดยการสมทบเงินจากภาคส่วนต่างๆ ที่ขึ้นกับระดับของฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งการจัดตั้งกองทุนที่แยกต่างหากและมีขอบเขตงบประมาณของตนเอง เป็นแนวทางหนึ่งที่รัฐบาลใช้ในการเสริมสร้างความยั่งยืนทางการเงิน หลายประเทศจัดตั้งกองทุนเพื่อการดูแลระยะยาวขึ้นโดยแยกออกจากกองทุนประกันสุขภาพ เพื่อเป็นการประกันความมั่นคงของงบประมาณว่าจะไม่ถูกนำไปใช้เพื่อบริการอื่น นอกจากนั้นยังเป็นการสร้างความชอบธรรมในการที่จะระดมทุนเพิ่มขึ้นในการจัดบริการ

6.3) การระดมทรัพยากรภายในชุมชนและองค์กรการกุศลต่างๆ เพื่อให้การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถจัดหาบริการสำหรับตนเองได้

ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นหลักประกันว่า ทุกคนจะได้รับการดูแลระยะยาวในวัยสูงอายุสำหรับผู้ที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโสดหรือผู้ที่ไม่ต้องการให้เป็นภาระของครอบครัว

ตัวอย่าง โปรแกรมการช่วยเหลือเพื่อความมั่นคงของรายได้

ในประเทศประเทศสหรัฐอเมริกามี โปรแกรมการช่วยเหลือเพื่อความมั่นคงของรายได้ (Supplemental Security Income: SSI) ซึ่งเป็นแหล่งพื้นฐานสำหรับค่าใช้จ่ายสาธารณะในการเข้าพักอาศัยในสถานบริการ (residential board) และโปรแกรมการดูแลที่ให้หลักประกันแก่ผู้ที่มีรายได้ต่ำจนถึงผู้มีรายได้น้อยทุกช่วงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพอาจต้องการการดูแลระยะยาว (United States General Accounting Office, 1994).

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อังคณา ตัณฑ์เอกคุณ (2545) ศึกษาคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราประเภทสามัญจำนวน 7 แห่ง รวม 58 คนผลการวิจัยพบว่าคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรามี 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) อาหาร 2) การดูแล 3) สิ่งแวดล้อม และ 4) บุคลากร ผลจากการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงคุณภาพการดูแลความคาดหวังของผู้สูงอายุที่ต้องรับการดูแลจากสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดบริการ และพัฒนาการดูแลให้มีคุณภาพตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ และในการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อไป

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบบริการการดูแลระยะยาวใน 10 ประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลเสนอแนะต่อการพัฒนาและวางนโยบายการบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าพัฒนาการและแนวคิดในการจัดระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ นั้น ภาครัฐมีบทบาทในระดับต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางสังคมของแต่ละประเทศ การจัดบริการมีความครอบคลุมทั้งความต้องการการดูแลส่วนบุคคลและความเป็นอยู่ทั้งในสถานบริการและในชุมชน สิทธิประโยชน์อาจอยู่ในรูปแบบของเงินสด รวมทั้งการให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในด้านการเงิน แหล่งที่มาของการเงินการคลังของระบบประกอบด้วยภาษีทั่วไป การจ่ายเงินสมทบจากสามฝ่ายและจากกระเป๋าผู้ใช้บริการ การควบคุมค่าใช้จ่ายที่พบบ่อยคือการจ่ายร่วม ด้านการบริหารจัดการมีการกำหนดการได้รับสิทธิจากการประเมินภาวะพึ่งพาร่วมกับระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดูแล ด้านการช่วยเหลือครอบครัวและเครือข่ายนอกระบบมีหลายรูปแบบ ข้อเสนอแนะคือ การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวต้องมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล รัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแล โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรม (2552) ได้ทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลายที่มีภาวะเปราะบางและส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่าสถานสงเคราะห์สงเคราะห์คนชรามีการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังแฝงอยู่ด้วย การดูแลในสถานบริบาลเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลระยะยาวและผู้ดูแลไม่สามารถให้การ

ดูแลในครอบครัวได้ จึงทำให้มีความต้องการการดูแลในสถานบริบาลเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่พบว่ามีการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในสถานบริบาล ยังไม่มีการรับรองมาตรฐานของสถานบริบาล รวมทั้งสวัสดิการด้านการรักษาฟรีในผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมในสถานบริบาลเอกชน ข้อเสนอแนะคือควรมีการจัดแบ่งประเภทการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล แบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ส่งเสริมองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ จัดทำมาตรฐานการดูแลและมาตรฐานสถานบริการผู้สูงอายุ จัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในการรับรองมาตรฐานและส่งเสริมให้มีการรับรองมาตรฐานสถานบริบาล รวมทั้งควรมีการฝึกอบรมบุคลากรเจ้าหน้าที่ทุกระดับก่อนและขณะปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ และคณะ (2550) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า สถานสงเคราะห์ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนภายหลังออกจากโรงพยาบาล อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น

พันธุ์ทิพย์ วรวาท (2551) การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 140 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงหม้าย มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ใช้เงินเก็บสะสม ร้อยละ 48.6 มีจำนวนบุตร 5 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24.2 อาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลาน และญาติ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 54.3 สาเหตุที่เข้าพักในสถานบริบาลเนื่องมาจากญาติไม่สามารถให้การดูแลได้/ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ เพราะมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล และต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 46.4 มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 72.9 มีการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญาปกติ ร้อยละ 67.1 อยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าปกติ และไม่สามารถประเมินได้ ส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลในระดับมากเนื่องจากมีภาวะนอนติดเตียงและไม่สามารถสื่อสารได้ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Srithamrongsawat, et al. (2009) ศึกษาการคาดการณ์ความต้องการและค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการในประเทศไทย ผลการศึกษาประมาณการณ์ได้ระหว่างปี ค.ศ. 2004-2024 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 1.4-1.9 และพบในผู้สูงอายุหญิงถึง ร้อยละ 1.7-2.0 และหากผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องเข้าพักอาศัยในสถานดูแลระยะยาวแล้วจะมีค่าใช้จ่าย ประมาณ 908-11,354 ล้านบาท ในปี ค.ศ. 2009 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,766-34,573 ล้านบาท ในปี ค.ศ.2024 งานวิจัยนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรแยกการดูแลระยะยาวออกจากการดูแลฉุกเฉิน ควรพัฒนาศักยภาพของสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุของภาครัฐเพื่อรองรับความต้องการของประชากรที่มีภาวะพึ่งพา พัฒนามาตรฐานการดูแล รวมทั้งพัฒนาอาคารและสิ่งแวดล้อม ค่าบริการสำหรับการบริการที่ไม่มีในชุมชนจะสูงมาก เพื่อ

ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบการดูแลระยะยาวที่บ้านและในชุมชน

ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ (2552) ศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ ผลการศึกษาพบว่ามีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง ร้อยละ 49.28 อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 43.48 เป็นสถานบริบาล ร้อยละ 45 ของสถานสงเคราะห์ไม่มีพยาบาลประจำ ร้อยละ 45.5 ของสถานบริการไม่ได้ขึ้นทะเบียน สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชนเก็บค่าบริการสูงสุด ผู้พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดข้อ โรคเบาหวานและโรคหัวใจ ร้อยละ 41.6 มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 29.5 มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 52.3 มีภาวะพึ่งพาปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดถึง ร้อยละ 55.6 พบในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง บุคลากรส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยดูแล ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแต่พบว่ายังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญในด้านความรู้ การพัฒนาด้านบุคลิกลักษณะและวิธีการดูแลให้มีมาตรฐานสูงขึ้น

วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) ศึกษาเรื่อง “การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับความต้องการระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดให้มีบริการโดยสถานประกอบการในเขตกรุงเทพมหานคร รวมถึงการวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลในระยะยาวของผู้สูงอายุ เพื่อประมาณการด้านภาระทางการเงินการคลัง ที่ต้องแบกรับทั้งในระดับครัวเรือนและระดับกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าเป็นผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 41.1 และ ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง บุคคลในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลลดลง ในขณะที่บุคคลนอกเข้ามามีบทบาทในการดูแลเพิ่มมาก คู่สมรสที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักมากที่สุด ร้อยละ 29.5 ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 46.2 ส่วนร้อยละ 53.8 สามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องมีผู้ดูแลหลัก ผู้ให้บริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 190 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 10.0 สถานดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.4 (33 แห่ง) และศูนย์บริการจัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุมีมากถึง ร้อยละ 72.6 (138 แห่ง) มักไม่กำหนดระดับความช่วยเหลือตนเองของผู้ขอเข้าใช้บริการบริการ ส่วนใหญ่จะรับดูแลผู้สูงอายุในหลายอาการ เช่น การให้อาหารทางสายยาง ผู้เป็นอัมพฤกษ์และอัมพาต ต้นทุนในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33,035 บาทต่อคนต่อปี

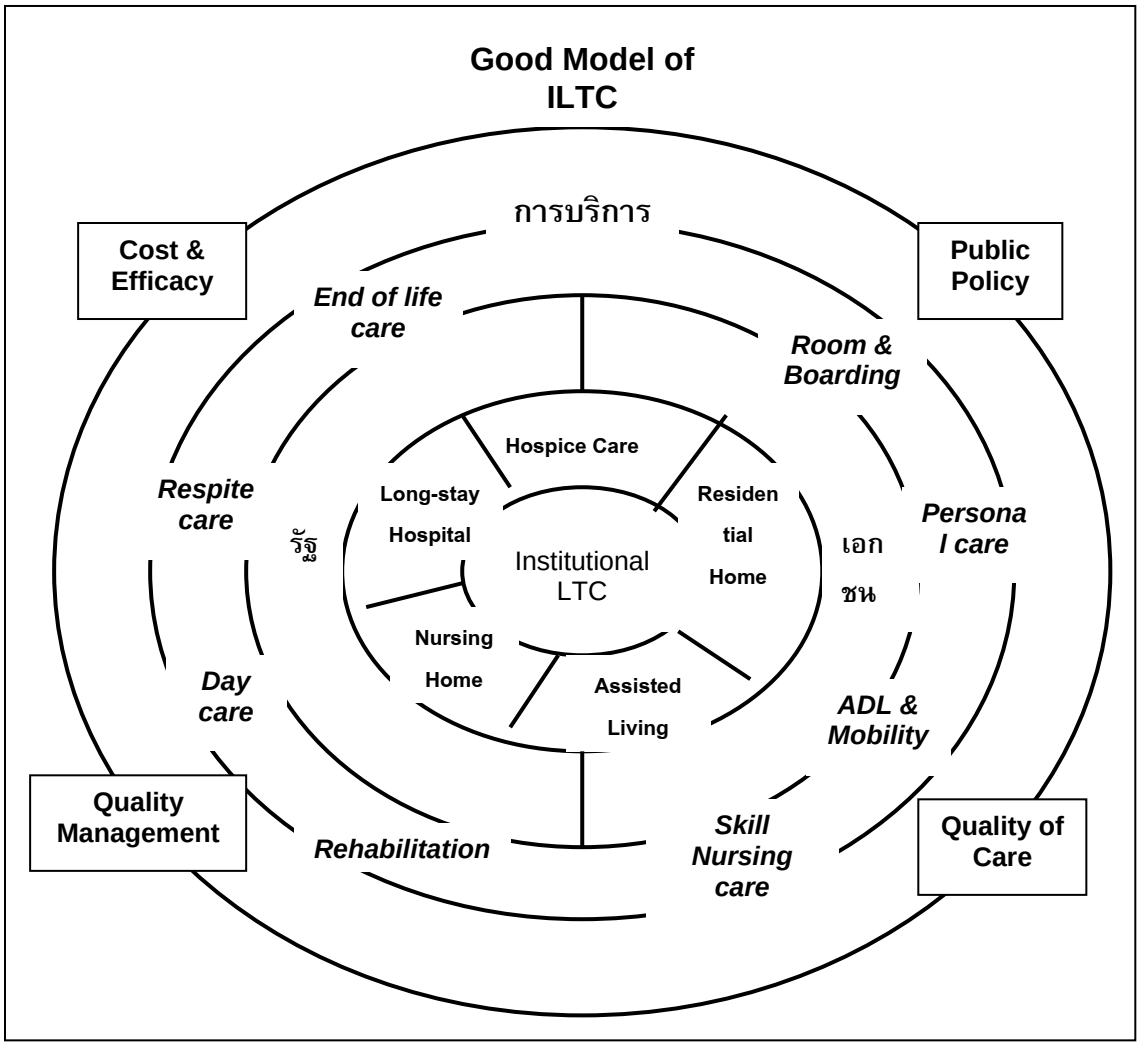
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ด้วยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการจะต้องคำนึงถึงปัจจัย 4 ด้านใหญ่ คือ คุณภาพในการดูแล (Isola, Backman, Voutilainen & Rautsiala, 2006) การจัดการทางด้านคุณภาพ (United States General Accounting Office, 1994)

ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ (Scanlon, 1988) และนโยบายสาธารณะ (WHO, 2003) ดังรายละเอียดในบทที่ 1

เพื่อเป็นเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ยึดปัจจัย 4 ด้าน ที่รวบรวมจากหลายๆ แนวคิดข้างต้นมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษารายละเอียดปัจจัยทั้ง 4 ด้านนี้ในสถานดูแลระยะยาวที่แบ่งออกเป็น 5 ประเภทคือ บ้านพักคนชรา (residential home) สถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) สถานบริบาล (nursing home) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-stayed hospital) และสถานดูแลระยะสุดท้าย (hospice care) โดยที่สถานดูแลเหล่านี้อาจจัดบริการโดยหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน การบริการที่ให้มีความหลากหลาย เช่น การบริการที่พักและอาหาร (room & boarding) การดูแลส่วนบุคคล (personal care) การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว (ADL & mobility) การพยาบาล (skill nursing care) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) การดูแลกลางวัน (day care) การดูแลแบบชั่วคราว (respite care) และการดูแลระยะสุดท้าย (end of life care) เป็นต้น ดังภาพที่ 2.1

แผนภาพที่ 2.1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย



บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่ใช้รูปแบบการวิจัยคุณภาพ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ ในการเสนอข้อคิดเห็นผ่านการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปที่เห็นพ้องต้องกัน และวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้ที่มีอำนาจทางด้านนโยบาย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอรูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในประเทศไทย นำไปสู่การผลักดันทางนโยบายเพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ ที่เลือกสรรจากสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแต่ละประเภท โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ดังนี้

1. การสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (focus group discussion) เป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นเทคนิคในการวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการได้แก่ ความชัดเจนในปรากฏการณ์นั้นๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลได้มาจากการสนทนาและการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม และผู้วิจัยมีบทบาทอย่างมากในจัดกลุ่มสนทนาให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Morgan, 1996) ในการวิจัยนี้ได้จัดให้มีการสนทนากลุ่มนักวิชาการและนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 1 ครั้งใช้เวลา 3 ชั่วโมง เพื่อหาเกณฑ์ในการเลือกสถานบริการที่มีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิระบุ

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นวิธีที่ทำให้ได้ข้อมูลที่เจาะลึก โดยการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนในสถานที่ที่นักวิจัยเลือกมา เนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่นักวิจัยต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่แตกต่างไปจากคนอื่นๆ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2549) ในการวิจัยนี้ ได้มีการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ที่มีอำนาจทางด้านนโยบายและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 3 กลุ่ม โดยสัมภาษณ์ตัวแทนแต่ละกลุ่มทีละคน ใช้เวลาคนละ ประมาณ 1- $1^{1/2}$ ชั่วโมงและทำการบันทึกเทป ส่วนกำหนดวัน-เวลาและสถานที่ ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความต้องการของผู้ให้สัมภาษณ์

3. การสนทนากลุ่มโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากตัวแทนผู้ให้ข้อมูลของทั้ง 3 กลุ่ม ในการเสนอข้อคิดเห็นต่อข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผ่านการสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปที่เห็นพ้องต้องกัน

ผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก คือคณะผู้วิจัยทั้ง 3 ท่านซึ่งผ่านการอบรมในด้านวิจัยเชิงคุณภาพขณะที่ศึกษาในระดับปริญญาเอกและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาเอกและมีประสบการณ์ทำวิจัยภายหลังจบการศึกษาทุกคน ส่วนการสนทนากลุ่มจะดำเนินการโดยหัวหน้าโครงการวิจัย ซึ่งมีประสบการณ์การทำสนทนากลุ่มที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยภายหลังจบการศึกษาทั้งหมด 4 เรื่อง

กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้มีทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มตัวแทนผู้ให้ข้อมูลจากสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ประเภทฯ ดังนี้

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่จบการศึกษาหรือผ่านการฝึกอบรมทางด้านผู้สูงอายุ นักวิชาการหรือนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ คณาจารย์ทางด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ รวมทั้งหมด 10 คน

2. กลุ่มตัวแทนผู้ให้ข้อมูลจากสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 ประเภท คือ บ้านพักคนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในประเทศไทย และ โดยเลือกมาประเภทละ 1 แห่ง รวมจำนวนสถานบริการที่จะศึกษาทั้งหมด จำนวน 5 แห่งฯ ละ 10 คน ดังนั้นจะมีผู้ให้ข้อมูลจากสถานบริการทุกประเภทรวมทั้งหมด 50 คน

ผู้ให้ข้อมูลในสถานบริการแต่ละประเภท ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1) ผู้ให้บริการ เช่น ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยดูแล/พี่เลี้ยง สถานบริการละ 5 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการแห่งนั้นๆ อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนและมีความยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

2) ผู้รับบริการ เช่น ผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุ สถานบริการละ 4 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ระหว่างการรับบริการในสถานบริการแห่งนั้นๆ พูดไทยได้ ไม่มีความผิดปกติในการสื่อสาร ไม่มีอาการหลงลืมหรืออาการผิดปกติทางจิตประสาท และมีความยินดีในการให้ข้อมูล โดยได้รับการอนุญาตจากผู้สูงอายุและผู้มีอำนาจสูงสุดของสถานบริการนั้นๆ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกคือผู้สูงอายุอาการเปลี่ยนแปลงต้องการรับการรักษาต่อจากแพทย์ นอกจากนี้ขอความร่วมมือจากญาติผู้สูงอายุในการสัมภาษณ์ที่เป็นไปโดยสมัครใจ

3) ผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายและทิศทางของสถานบริการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้อำนวยการกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สาธารณสุขจังหวัด และผู้บริการขององค์กรการกุศล จำนวนทั้งหมด 5 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นผู้ที่ยังปฏิบัติหน้าที่หรือดำรงตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและทิศทางของสถานบริการ อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนและมีความยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยแบ่งสถานบริการออกเป็น 5 ประเภทคือ บ้านพักคนชรา สถานที่ดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากนั้นดำเนินการคัดเลือกสถานบริการประเภทละ 1 แห่ง รวมเป็น 5 แห่งเพื่อศึกษาโดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุดังนี้

เกณฑ์การเลือกสถานบริการ

จากการทำสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ คณาจารย์ทางด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ รวมทั้งหมด 10 คน เมื่อวันจันทร์ ที่ 13 กรกฎาคม 2552 เวลา 13.30-14.30 น. ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การหาเกณฑ์ในการเลือกสถานบริการ ผู้วิจัยได้บันทึกเทปการสนทนาและถอดเทปแบบคำต่อคำ พอสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. ความหมายของ สถานบริการที่ดี ควรระบุให้ชัดเจนว่า **ดี** อย่างไร และในการประเมินสถานบริการอาจประเมินได้จาก กระบวนการ (บริการ) สภาพแวดล้อมและด้านสังคมของแต่ละสถานบริการ

2. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญไม่เห็นด้วยกับการใช้คำว่า **บริการที่ดี** เพราะแต่ละสถานบริการมีระดับบริการที่ต่างกัน เช่น ในโรงพยาบาล มีบุคลากรที่เป็น แพทย์และพยาบาล ในขณะที่สถานสงเคราะห์ไม่มีแพทย์ จึงเสนอให้ใช้คำว่า มาตรฐานบริการขั้นต่ำ (minimal standard) แทน

3. โดยสรุปบริการหรือสิ่งที่ควรต้องมีในแต่ละสถานบริการ คือ

3.1 ด้านการบริการ ต้องมีกระบวนการดูแลที่ดีมีคุณภาพมาตรฐาน เช่น มีการระบุวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ของการดูแล (outcome) มีการติดตามประเมินผลและบันทึกข้อมูล ให้การดูแลแบบองค์รวม คือ ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีบริการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระยะสุดท้าย ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีโดยคำนึงถึงพื้นฐานทางด้านสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ไปรับบริการอย่างเพียงพอ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การดูแล การรักษาและข้อจำกัดต่างๆ

3.2 ด้านผู้ให้บริการ คำนึงถึงระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีอิสระในการเลือกและตัดสินใจ และมีการประเมินความพอใจของผู้รับบริการ (ทั้งผู้ป่วยและญาติ) และ/หรือ มีการประเมินภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ

3.3 ด้านสภาพแวดล้อมต้องดี มีความสะดวกสบาย การเดินทางสะดวก

3.4 ด้านบุคลากร จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ

3.5ด้านอาคารสถานที่ ต้องมีโครงสร้างและตัวอาคารของสถานบริการที่มั่นคงปลอดภัย เหมาะสำหรับให้บริการดูแลผู้สูงอายุ มีราวจับในห้องน้ำ ทางลาดต้องได้ระดับที่ถูกต้อง

ประตูห้องน้ำต่างๆ Wheelchair สามารถเข้า-ออกได้ ตัวอาคารอาจมีหลายชั้นได้ แต่ละชั้นสามารถให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในระดับเดียวกัน เช่น ชั้นหนึ่งเป็น Assisted living เมื่อผู้สูงอายุอาการทรุดลงต้องการการดูแลที่มากกว่าการทำกิจวัตรประจำวันก็จะสามารถย้ายไปอยู่ชั้นที่เป็นบริการแบบ Nursing home แต่หากอาการดีขึ้นก็สามารถย้ายไปชั้นอื่นๆ ที่ต้องการการดูแลในระดับที่ต่ำกว่าได้ นอกจากนี้ สถานบริการที่ให้บริการการพยาบาล (nursing care) ต้องมีการขึ้นทะเบียน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น ประเทศไทยไม่ควรทำ Nursing home ที่มีขนาดใหญ่เนื่องจากจะทำให้มีค่าใช่จ่ายสูง ในต่างประเทศมีการส่งเสริมให้มีบริการในสถานบริบาลที่มีขนาดเล็กและมีการจัดสภาพแวดล้อมให้คล้ายบ้าน

แบบประเมินสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนามาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและจัดหมวดหมู่เนื้อหา แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการบริการ ด้านผู้ให้บริการ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านบุคลากร และด้านอาคารสถานที่ จากนั้นนำไปสร้างแบบประเมินสถานบริการดังแสดงในตารางที่ 3.1 (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ภาคผนวก 3) ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 แสดงเกณฑ์ประเมินสถานบริการ

เกณฑ์การประเมิน	RH	AL	NH	LTCH	HC
1. ด้านการบริการ					
1.1 ต้องมีการระบุวัตถุประสงค์ มีการระบุ outcome	✓	✓	✓	✓	✓
1.2 ต้องมีการติดตามประเมินผล และบันทึกข้อมูล			✓	✓	✓
1.3 ต้องเป็นองค์รวม คือ ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม	✓	✓	✓	✓	✓
1.4 ต้องส่งเสริมให้มีการพึ่งตนเองได้มากขึ้น ส่งเสริมสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓
1.5 ญาติต้องได้รับข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการ ทั้งข้อมูลการดูแล รักษา ข้อจำกัด ปัญหาต่างๆ		✓	✓	✓	✓
1.6 ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี	✓	✓			✓
1.7 มีบริการฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะสุดท้าย	✓	✓			✓
1.8 ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ			✓	✓	✓
2. ด้านผู้ให้บริการ					
2.1 ต้องคำนึงถึงผู้รับบริการ ว่ามีความต้องการการดูแลในระดับใด	✓	✓	✓		✓
2.2 ผู้รับบริการต้องมีอิสระ มีทางเลือก (choice) และตัดสินใจ		✓	✓		✓

เกณฑ์การประเมิน	RH	AL	NH	LTCH	HC
2.3 ต้องมีการประเมินความพอใจของผู้รับบริการ (วัดความพึงพอใจ) วัดภาวะสุขภาพ วัดคุณภาพชีวิต หรือมีเกณฑ์วัดความสุข			✓	✓	✓
2.4 คำนึงถึงวัฒนธรรม สังคมเดิมของผู้สูงอายุ	✓	✓	✓		✓
3. ด้านสภาพแวดล้อมต้องดี มีความสะดวกสบาย การเดินทางสะดวก	✓	✓		✓	✓
4. ด้านบุคลากร ต้องมีการพัฒนาบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ	✓		✓	✓	✓
5. ด้านอาคารสถานที่					
5.1 ต้องจัดการให้มีราวจับในห้องน้ำ ทางลาดต้องได้ระดับที่ถูกต้อง ประตูห้องน้ำต่างๆ Wheelchair ต้องเข้าได้	✓		✓	✓	✓
5.2 ให้ผู้รับบริการรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย	✓	✓		✓	✓
5.3 สถานบริการมีการให้การพยาบาล (nursing care) ต้องมีการจดทะเบียน		✓	✓	✓	✓
5.4 สถานบริบาล (nursing home) ไม่จำเป็นต้องมีขนาดใหญ่ๆ เพราะค่าใช่จ่ายสูง					✓
5.5 สถานบริการอาจเป็นที่เดียว/อาคารเดียวกันแต่มีการแบ่งระดับบริการ ในแต่ละชั้น เช่น ชั้นหนึ่งเป็น Assisted living หากผู้สูงอายุอาการทรุดลงต้องการการดูแลมากกว่าการทำกิจวัตรประจำวันก็ย้ายไปอยู่ชั้นที่เป็นบริการ Nursing home หากคนไหนที่ Nursing home อาการดีขึ้นก็ย้ายไปชั้นอื่นที่ต้องการการดูแลที่ลดลง	✓	✓	✓	✓	
รวม (19)	**12**	**13**	**14**	**13**	**18**

เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการมาก่อน และจากข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญสามารถนำมาสร้างเครื่องในการประเมินสถานบริการได้ทั้งหมด 19 ข้อ และผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ผ่านการประเมินที่ร้อยละ 50 ดังนั้นสถานบริการที่จะถูกเลือกต้องได้คะแนนการประเมินตั้งแต่ ร้อยละ 50 ขึ้นไป (หรือได้คะแนน 10 คะแนนขึ้นไป) และสถานที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อศึกษา มีดังต่อไปนี้

1. บ้านพักคนชรา อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง
2. สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ 1 แห่ง
3. สถานบริบาลของเอกชน อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง
4. สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล อยู่ในเขตจังหวัดนครราชสีมา 1 แห่ง
5. สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 2 ชุด (ดูรายละเอียดแนวคำถามในภาคผนวก 1) คือ

ชุดที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้มาซึ่งเกณฑ์ในการคัดเลือกสถานบริการที่จะเข้าไปศึกษา

ชุดที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวแทนผู้ให้ข้อมูลจากสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่มาจากกลุ่มตัวแทนสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้ง 5 ประเภท ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. แนวคำถามสำหรับผู้ให้บริการ
ส่วนที่ 2. แนวคำถามสำหรับผู้รับบริการ
ส่วนที่ 3. แนวคำถามสำหรับผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายและทิศทางของสถานบริการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวแทนผู้ให้ข้อมูลจากสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและสำนวนภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดหลังผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหาและภาษาแล้ว ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อจะได้ทราบถึงข้อบกพร่องของแนวคำถาม ในด้านการสื่อความหมาย ความต่อเนื่อง ความลื่นไหลและลำดับหัวข้อของคำถาม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ซึ่งจะได้นำผลการทดสอบมาปรับปรุงแบบการประเมินการเก็บข้อมูลจริง

การนำเครื่องมือไปทดลองใช้

จากการนำเครื่องมือไปทดลองสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาล มีประสบการณ์ 22 ปี ในภาพรวมพบว่าใช้เวลาประมาณ 1.30 ชม (รวมเวลาที่ผู้ให้สัมภาษณ์ย้อนถามคำถามที่ไม่เข้าใจ)

เนื้อหาที่ได้เจาะลึกไม่ได้มาก เพราะผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ค่อยเข้าใจคำถาม ส่วนใหญ่ต้องยกตัวอย่าง (ตามแนวคำถามตัวอย่าง) ผู้ให้สัมภาษณ์จึงจะตอบได้ แต่ไม่สามารถขยายความเข้าใจมากกว่าตัวอย่างที่ให้ ต้องใช้เวลาตะล่อมมากจึงจะได้ข้อมูลบ้าง ทำให้ใช้เวลามาก

การสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุและญาติ สามีอายุ 68 ปี และภรรยาอายุ 62 ปี ซึ่งทั้งสองท่านมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี พบว่าใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 45 นาที ปรากฏว่าเริ่มไม่ค่อยสนใจคำถาม ต้องการเล่าเพียงประสบการณ์ที่ได้รับการดูแลเท่านั้น ดังนั้นในข้อหลังๆ จะไม่ได้รับความสนใจในการตอบเท่าที่ควร

คณะผู้วิจัยจึงได้นำปัญหาและอุปสรรคจากการนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ ไปจัดทำคู่มือการสัมภาษณ์สำหรับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่มีตัวอย่างในการสัมภาษณ์ เพื่อช่วยให้การสัมภาษณ์มีความลื่นไหลของคำถาม ได้คำตอบตามที่ต้องการ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และยังช่วยให้การสัมภาษณ์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ภาคผนวก 2)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางในการเขียนโครงร่างวิจัยการ และกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกสถานบริการระยะยาวในแต่ละประเภทโดยการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

2. สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และส่งเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และนำไปทดลองใช้

3. ส่งโครงร่างวิจัย เข้ารับการพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้มาซึ่งเกณฑ์ในการคัดเลือกสถานบริการที่จะเข้าไปศึกษา

5. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการหรือผู้บริหารสถานบริการดูแลระยะยาว ที่ได้รับการเลือกสรรตามเกณฑ์ของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย และลักษณะของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมงต่อคน

6. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริงที่สุด โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้ให้ข้อมูล และหากในระหว่างการการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้

7. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลมาวิเคราะห์ ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและได้ร่างข้อเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีใน

สถานบริการ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาให้ตัวแทนของผู้ให้ข้อมูลจากทั้ง 3 กลุ่ม เสนอข้อคิดเห็นผ่านการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปที่เห็นพ้องต้องกัน (ดังแสดงในแผนภาพที่ 3.1)

ระยะเวลาในการศึกษา 8 เดือน (มีนาคม – ตุลาคม 2552)

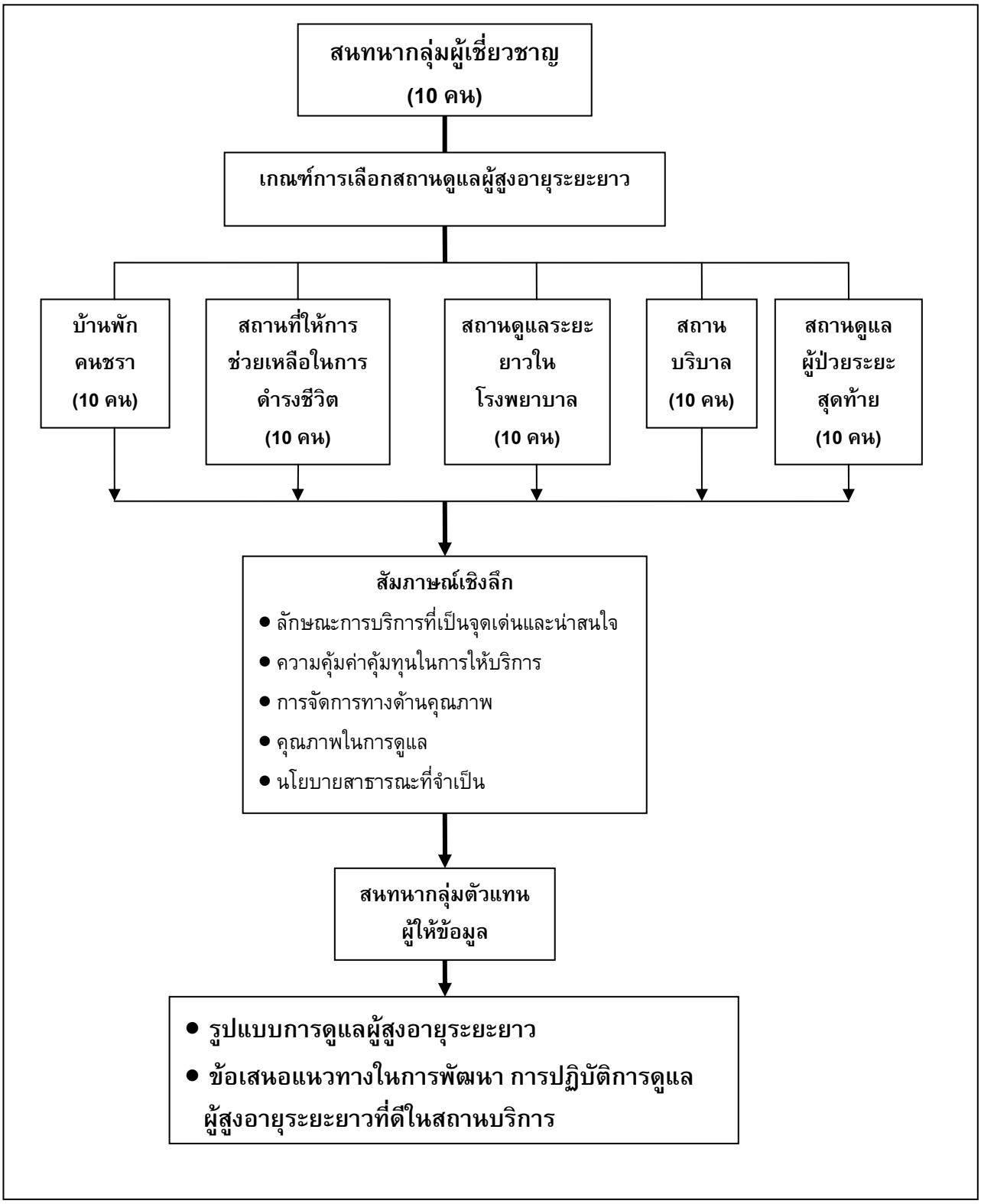
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมการวิจัยในคน ให้ดำเนินการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้รับอนุมัติจากจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2552 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการบริการและมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวต่อไป รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบสิทธิในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ว่า การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ประกอบการ ผู้สูงอายุ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น จะลบทำลายเทปที่บันทึกขณะการสัมภาษณ์ทิ้งหลังสิ้นสุดการวิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงของสถานประกอบการและผู้สูงอายุ และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ โดยระหว่างการตอบคำถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการกระทำดังกล่าวไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกรายบุคคล มาถอดความแบบคำต่อคำ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและเชื่อมโยงความหมายของข้อมูล (McLaughlin & Marascuilo, 1990) และนำเสนอแบบบรรยาย

แผนภาพที่ 3.1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย



บทที่ 4
การดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา

1. บริบท

บ้านพักคนชราแห่งหนึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุของรัฐ ต่อมาได้ปรับเปลี่ยนภารกิจและชื่อเป็น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ แต่ยังคงอยู่ในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีพื้นที่กว่า 21 ไร่ มีผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ รวม 204 คน เป็นเพศชาย 50 คนที่เหลือเป็นเพศหญิง ดำเนินงานด้วยงบประมาณจากรัฐ และการบริจาคผ่านมูลนิธิฯ สำหรับเงื่อนไขการเข้ารับการสงเคราะห์ของผู้พักอาศัย คือ มีสัญชาติไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป มีความสมัครใจ ไม่เป็นผู้พิการทุพพลภาพหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่ออันตราย ประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น ฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะดูแล หรืออยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข และต้องไม่อยู่ระหว่างการดำเนินคดีอาญา อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสัดส่วนครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในศูนย์ฯ และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพ มีภาวะหลงลืมหรือปัญหาพฤติกรรมต้องการดูแลใกล้ชิด นอกจากนี้ยังต้องรองรับผู้ป่วยสูงอายุจากโรงพยาบาลที่ไม่มีญาติมารับกลับ หรืออาจมีภาระค่ารักษาสูงมากจนถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุเร่ร่อนเจ็บป่วย ในขณะที่ศูนย์ขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์และพยาบาลที่จะให้การดูแลอย่างถูกต้อง

บริการภายในศูนย์ฯ เช่น บริการพื้นฐานการดำรงชีวิต ด้านสังคมและสวัสดิการ ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ตลอดจนบริการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม จากการสัมภาษณ์พบว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุย้ายเข้ามาอยู่ในสถานบริการมีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ครอบครัวประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและยากจน บางรายที่ครอบครัวไม่มีปัญหาเศรษฐกิจแต่กลับพบว่าลูกหลานไม่มีเวลาดูแลเวลาเจ็บป่วย ไม่ต้องการเป็นภาระกับลูกหลาน เป็นความชอบส่วนตัว หรือต้องการเพื่อน สำหรับบางรายที่ไม่มีครอบครัว ไม่มีลูกหลานเนื่องจากไม่ได้แต่งงาน ถึงแม้จะมีฐานะที่เลี้ยงตัวเองได้ เช่น เป็นข้าราชการบำนาญ บอกว่าสาเหตุที่ย้ายเข้ามาอยู่ก็เนื่องมาจากเป็นห่วงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เป็นต้น

บุคลากรในศูนย์ฯ รวม 68 คน ประกอบไปด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาสังคม นักกายภาพบำบัด พยาบาล นักจิตวิทยา และพี่เลี้ยง โดยผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดที่สุดคือพี่เลี้ยงมีทั้งหมด 33 คน ส่วนพยาบาลวิชาชีพมี 1 คนและผู้ช่วยพยาบาล 2 คน จากการสัมภาษณ์พบว่าส่วนใหญ่เข้ามาทำงานในบ้านพักคนชราแห่งนี้ก็เนื่องมาจาก เป็นสถานบริการนี้ก่อตั้งมานานจึงเป็นที่รู้จักดีของคนทั่วไป มีความชอบทำงานกับผู้สูงอายุ คิดว่าตนเองสามารถทำงานกับผู้สูงอายุได้ เป็นงานที่ท้าทายและสนุกกับงาน พี่เลี้ยงบางคนมีคุณพ่อคุณแม่ทำงานที่สถานบริการแห่งนี้มาก่อน เกิดที่นี่ จึงมีความซึมซับเหมือนสืบสายเลือดในการทำงานที่นี่ต่อไป บางรายทำงานที่นี่ตั้งแต่เริ่มรับราชการ บางรายทำงานยาวนานถึง 35 ปี

2. ระดับของการดูแล

ผู้สูงอายุทุกรายก่อนเข้ามาอยู่ในบ้านพักคนชรา จะต้องได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนทุกครั้ง โดยจะถูกแยกออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ มีสุขภาพแข็งแรง และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทั้งนี้เพื่อที่จะสามารถวางแผนการให้การดูแลและช่วยเหลือในระยะยาวดังนี้

1) ผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะได้รับคำปรึกษาการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น ส่งเสริมการออกกำลังกาย การดูแลตนเอง

2) ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก็จะรับการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนการดูแลรักษา เช่น ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือผู้ป่วยสมองเสื่อมจะได้รับการแลแบบทั้งหมด เช่น การอาบน้ำ เปลี่ยนแพมเพิสและเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้ทุกวัน การป้อนอาหารหรือการให้อาหารทางใส่ยางตามความจำเป็น และหากมีแผลกดทับ จะได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

3) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น เหงา เศร้า หรือว้าเหว่ ก็จะได้รับการเอาใจใส่และหาวิธีการดูแลช่วยเหลือ

3. คุณภาพการดูแล (quality of care)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง คุณภาพการดูแลไว้ 3 ประเด็นหลัก คือ จุดเด่นจุดด้อย คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 จุดเด่นจุดด้อยของบ้านพักคนชรา

จุดเด่นของบ้านพักคนชรา

จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สามารถจัดแบ่งจุดเด่นของบ้านพักคนชราเป็นหมวดหมู่ได้ ดังนี้

1) ด้านบุคลากร

ในสถานบริการแห่งนี้ มีบุคลากรครบทุกตำแหน่งที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะต้น ตามมาตรฐานสากลตามอัตราที่ทางกรมฯ ระบุไว้ และมีบุคลากรที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

ด้านการรักษา บ้านพักคนชราได้ทำโครงการร่วมกับมูลนิธิปอเต็กตึ้งให้ส่งแพทย์จะเข้ามาตรวจรักษาผู้สูงอายุอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ด้านการพยาบาล บ้านพักคนชรามีพยาบาลวิชาชีพ 1 ตำแหน่ง ผู้ช่วยพยาบาล 2 ตำแหน่ง รวมทั้งหมด 3 คน ให้การดูแลสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุทุกคนในบ้านพักคนชรา นอกจากนี้ยังได้ทำโครงการร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพและการพยาบาลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา

ด้านการฟื้นฟูสภาพ บ้านพักคนชรามีนักกายภาพบำบัดจำนวน 2 คน มีผู้ช่วยอีก 1 คน เป็น 3 คน เพื่อให้บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก หรือให้บริการ

กายภาพบำบัดหลังจากผู้สูงอายุไปรับการผ่าตัด นอกจากนี้ที่ผ่านมาทางบ้านพักคนชราได้รับการสนับสนุนอาสาสมัครที่ดูแลในเรื่องกายภาพบำบัดจาก องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศจากญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA)

ด้านสุขภาพจิต บ้านพักคนชรามีนักจิตวิทยาที่คอยให้คำปรึกษา คัดกรองและดูแลด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองโดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดภูมิปัญญาไปช่วยเหลือผู้อื่นหรือการสอนหนังสือ ให้มีกิจกรรมทำอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้คลายเหงา และจัดการให้ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับคนในวัยเดียวกัน ทำให้มีเพื่อน มีสังคมมากขึ้น เป็นต้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลระบุถึงจุดเด่นของบ้านพักคนชรา เช่น

> *...เรามีทีมงานที่เป็นสหวิชาชีพ ... เช่น เรามีนักสังคมสงเคราะห์ เรามีพยาบาล เรามีนักจิตวิทยา เรามีนักพัฒนาชุมชน เรามีหลายๆ ตำแหน่งที่ดูค่อนข้างพร้อมกว่าสถานสงเคราะห์หรือบ้านพักที่อื่น... แล้วอีกอย่างหนึ่งที่เราเห็นก็คือน้อง ๆ ทีมงานมีความเข้มแข็งที่จะพัฒนาวิชาชีพแต่ละส่วน (RH3)*

2) ด้านการบริการ

การบริการ ในบ้านพักคนชราแห่งนี้มีบริการทั้งทางด้านสังคมและด้านสุขภาพ จึงเป็นบริการพื้นฐานการดำรงชีวิต ด้านสังคมและสวัสดิการ ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ตลอดจนบริการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มีรายละเอียดดังนี้

2.1) บริการด้านสังคม บ้านพักคนชราแห่งนี้เป็นต้นแบบการจัดสวัสดิการในสถาบันและการจัดสวัสดิการในชุมชน โดยที่การบริการในสถานบริการจะให้บริการปัจจัยสี่ เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอยู่กับลูกหลานได้อย่างมีความสุข จะได้รับบริการสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน คือ ที่พักอาศัย อาหาร การให้การดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการจัดให้มีกิจกรรมกระตุ้นต่างๆ เป็นต้น มีบริการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การให้คำปรึกษา กิจกรรมสันทนาการ ทัศนศึกษาและกิจกรรมด้านจิตวิญญาณ

สำหรับการจัดสวัสดิการในชุมชน นักสังคมสงเคราะห์จะมีบทบาทในการบริหารจัดการและลงมือปฏิบัติ โดยจะมีบริการออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุหรือว่าคนพิการในชุมชน ให้ความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยเดินต่างๆ การอบรมอาสาสมัครที่อยู่ในพื้นที่ การซ่อมแซมบ้านพักผู้สูงอายุ ลานกีฬา การออมเงิน รวมทั้งให้เงินสงเคราะห์ครอบครัวเพื่อบรรเทาปัญหาเฉพาะหน้า

2.2) บริการด้านสุขภาพ การดูแลด้านสุขภาพ บ้านพักคนชราให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในระดับที่สูงขึ้นให้กับผู้สูงอายุ ดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมทักษะและเพื่อผ่อนคลาย ส่งเสริมการออกกำลังกายและดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค บริการเสียงตามสาย เพื่อให้ความรู้และทราบความเคลื่อนไหวของสังคมและการ

เปลี่ยนแปลงของโลกภายนอก กิจกรรมการบริการต่างๆ จะมุ่งเน้นความสมัครใจและความพึงพอใจของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังบริการจัดหาอาหารที่สะอาด ถูกสุขลักษณะและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และป้องกันไม่ให้อาการที่ผู้สูงอายุมีอยู่เลวลงไปกว่าเดิม

การฟื้นฟูสภาพ มีบริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องระบบกล้ามเนื้อและกระดูก หรือให้บริการกายภาพบำบัดหลังจากผู้สูงอายุไปรับการผ่าตัด นอกจากนี้ที่ผ่านมาทางบ้านพักคนชราได้รับการสนับสนุนอาสาสมัครที่ดูแลในเรื่องกายภาพบำบัด จากองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น

ระบบการส่งต่อ ในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการรักษาในระดับที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น บ้านพักคนชราจะมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยจะประสานกับศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพื่อนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์ และหากมีอาการมากก็จะนำตัวส่งต่อเพื่อรักษาในโรงพยาบาลตามลำดับ โดยจัดให้มีทีมที่รับผิดชอบในการส่งต่อโดยตรงตลอด 24 ชั่วโมง และหลังจากกลับจากโรงพยาบาลจะมีทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัดและอื่นๆ ช่วยดูแลในการด้านการฟื้นฟูสภาพ จนอาการดีขึ้นก่อนย้ายกลับไปอาคารที่พักเดิม

ปัจจัยที่ส่งเสริมการบริการ

1) มีนโยบายของภาครัฐและนโยบายในระดับหน่วยงานที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายให้พัฒนาสถานสงเคราะห์ให้เป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ที่มีภารกิจ 6 ด้าน คือ เป็นศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา ศูนย์การเรียนรู้ ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบสถาบัน ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน และศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษาและส่งต่อ รวมทั้งยังเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้และศึกษาดูงานทั้งในระดับชาติและนานาชาติ เป็นแรงกระตุ้นให้สถานบริการเร่งปรับปรุงตนเองและพัฒนาให้เป็นตัวอย่างแก่สถานบริการอื่นๆ อย่างมาก เช่น

> *พี่เลี้ยง ... เปลี่ยนทัศนคติเยอะขึ้น การให้เขาออกไปดูข้างนอกบ้างแล้วก็ให้หัดใฝ่หาความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุบ้าง เขาก็เริ่มเปลี่ยนแปลง แล้วก็เริ่มกลับมาทำให้ผู้สูงอายุเนี่ยเขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หรืออีกเรื่องหนึ่งที่เรามองว่า ทำยังไงถึงเป็นเรื่องของการป้องกันไม่ให้เขาเดินเข้าสู่ระบบบ้านบางแคอย่างเนี้ย พี่เลี้ยงหรือว่าเจ้าหน้าที่ก็เริ่มมีความเข้าใจว่าเราต้องป้องกันเขา ให้เขาอยู่กับบ้านให้ได้ ต้องมีการทำงานเชิงรุกอะไรมากขึ้น ...(RH3)*

แม้ว่านโยบายการพัฒนาเป็น ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน แต่นโยบายดังกล่าวทำให้มีการจำกัดจำนวนผู้สูงอายุเข้ามาพักอาศัยบ้านพักคนชราลง จึงพบว่ามีผู้สูงอายุลงชื่อเข้าคิวรอย้ายเข้ามาในบ้านพักคนชราสูงถึง 200-300 คน ด้วยเหตุนี้ทำให้ญาติและผู้สูงอายุบางรายมองว่าเป็นจุดด้อยของการบริการ

2) ความร่วมมือจากชุมชน บุคลากร และผู้บริหาร โดยมีการติดต่อประสานงานกับบุคคล กลุ่ม องค์กรต่างๆ เช่น เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ และการประสานขอรับบริจาค บุคลากรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งเจตคติและการปฏิบัติตน ให้ความร่วมมือในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ

3) ความสะดวกสบาย เช่น สถานที่ตั้งอยู่ในชุมชน มีรถเมล์ผ่านหลายสายทำให้เดินทางสะดวก มีบ้านพักสำหรับเจ้าหน้าที่ ให้บริการด้านปัจจัยสี่ มีเจ้าหน้าที่คอยให้ความช่วยเหลือต่างๆ รวมทั้งพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเวลาเจ็บป่วย

4) การมีชื่อเสียงของสถานที่ เนื่องจากเป็นสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ เป็นสถานที่เก่าแก่ทำให้เป็นที่รู้จักของคนทั่วไป จึงมักจะได้รับความร่วมมือ หรือการบริจาค จากภาคเอกชนและกลุ่มองค์กรต่างๆ

5) การตั้งมูลนิธิฯ เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างคล่องตัวมากยิ่งขึ้น มีระบบการทำงานที่ชัดเจน ผู้นำองค์กรมีวิสัยทัศน์ มีการทำงานเป็นทีม และพูดคุยพบปะกันในทีมอย่างสม่ำเสมอ

6) บุคลากรมีองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและมีความเชี่ยวชาญในการทำงาน จึงทำให้การให้บริการดังกล่าวเป็นจุดเด่น

3) ด้านบริหาร

จากการสัมภาษณ์พบว่า บ้านพักคนชราแห่งนี้มีจุดเด่นด้านบริหารที่ประกอบไปด้วย งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สิ่งแวดล้อมและการประเมินคุณภาพ ดังนี้

3.1) งบประมาณ การบริหารจัดการด้านงบประมาณ บ้านพักคนชราแห่งนี้เป็นองค์กรของภาครัฐที่นอกจากได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการจากภาครัฐแล้ว ยังมีการตั้งมูลนิธิฯ เพื่อรองรับเงินบริจาค ช่วยลดข้อจำกัดของการบริหารแบบราชการทำให้มีความสะดวกและมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจ้างบุคลากร สามารถนำมาพัฒนาการบริการ โดยนำเงินจากส่วนนี้ไปจ้างบุคลากรตำแหน่งงานต่างๆ เพิ่มเติม เช่น พี่เลี้ยง พยาบาล นักกายภาพบำบัด และอื่นๆ ให้เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุได้

3.2) วัสดุอุปกรณ์ สถานบริการแห่งนี้มีจุดเด่นๆ ที่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ค่อนข้างพร้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กายอุปกรณ์ช่วยเดินสำหรับผู้สูงอายุ และเครื่องมือสำหรับให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น

3.3) สิ่งแวดล้อม มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดีขึ้น ดังนี้

การพัฒนาทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางชีวภาพ ในด้านทางกายภาพ มีการปรับภูมิทัศน์ใหม่มีความเป็นสัดเป็นส่วน สะอาดและปลอดภัย เช่น การปรับปรุงและทาสีอาคารที่ทรุดโทรม และตกแต่งอาคารที่พักอาศัยเพิ่มเติมให้ดูดีขึ้น มีการยกผิวถนนเพื่อป้องกันน้ำท่วมเพื่อผู้สูงอายุจะเดินได้สะดวก จัดให้มีทางเดินที่มีหลังคาคลุมผู้สูงอายุจะได้ไม่เปียกหรือป้องกันแสงแดด ในด้านชีวภาพมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ความร่มรื่น โดยการปลูกต้นไม้และจัดทำสวนหย่อมให้มีความเป็นธรรมชาติและมีบรรยากาศดีขึ้น ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความร่มรื่นและการผ่อนคลาย เช่น ผู้บริหารกล่าวว่า

เราปรับภูมิทัศน์ใหม่น่าอยู่น่าอาศัยมันทำให้ผู้สูงอายุนี่มีความสดชื่นเช้า ๆ เย็น ๆ นะครับเขา (ผู้สูงอายุ) จะออกมาเดินกัน นั่งคุยกันเย็น ๆ จนพลบค่ำหกโมงทุ่มหนึ่งเขาก็กลับไปนอนนี่ครับ มันทำเหมือนชีวิตบั้นปลายที่มันแบบมีความสุขน่ะ ... (RH1)

การให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดีขึ้น การที่จัดให้ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับคนในวัยเดียวกัน ทำให้ได้สังคมและได้มีเพื่อนเพิ่มขึ้น มีสภาพชีวิตและความเป็นอยู่ดีขึ้น เช่น ผู้สูงอายุกล่าวว่า

จุดเด่นก็คือ คนแก่ส่วนมากบางคนก็ไม่มีลูกหลาน บางคนก็ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไร้ญาติขาดมิตร ไม่มีที่อยู่ อะไรอย่างนี้ มาอยู่ก็มีคนดูแล เป็นสถานสงเคราะห์ที่อบอุ่นนะ เค้าดูแลดี อาหารการกินก็ดี ฝนตกฟ้าร้องก็มีทานไม่ต้องกลัวอด พร้อมทุกอย่าง บรรยากาศก็ดี อะไรก็ดี (RH9)

3.4) มาตรฐานการบริการ บ้านพักคนชราแห่งนี้เป็นหน่วยงานที่มีมาตรฐาน โดยได้รับการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้านการจัดสวัสดิการสังคมขององค์การสวัสดิการสังคมจากคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2551 นอกจากนี้มีระบบการตรวจสอบมาตรฐานทั้งภายในและภายนอก โดยได้รับการตรวจสอบมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) และเป็นหน่วยงานเดียวในระดับกรม ที่ผ่านการตรวจสอบและได้รับรางวัลให้เป็นหน่วยงานดีเด่นระดับกรม ประจำปี 2552

จุดด้อยของบ้านพักคนชรา

ผู้ให้ข้อมูลได้ระบุสิ่งที่ทำให้การบริการนั้นเป็นจุดด้อย แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นใหญ่ๆ ก็คือ

1) **การพัฒนาบุคลากร** บ้านพักคนชรามีข้อจำกัดในด้านการพัฒนาบุคลากรเนื่องมาจากบุคลากรส่วนหนึ่งมีอายุค่อนข้างมาก เริ่มทำงานช้าลง ไม่กระฉับกระเฉง จากที่ทำงานมานานทำให้ส่วนใหญ่ทำงานตามความเคยชิน ขาดความกระตือรือร้นและทุ่มเทให้กับการบริการ มีความสนใจหาความรู้เพิ่มเติมน้อย พี่เลี้ยงมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จบประถมศึกษาปีที่ 4 บางรายไม่ได้เรียนหนังสือ เขียนชื่อตัวเองไม่ได้ นอกจากนี้แล้วยังมีข้อจำกัดในด้านความรู้ความชำนาญดูแลผู้สูงอายุเฉพาะด้าน เช่น ผู้ที่มีภาวะหลงลืม ผู้ป่วยจิตเวชและผู้สูงอายุที่ป่วยหลังที่อยู่ในระยะพักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เกิดความเครียดเนื่องจากต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุตลอดเวลา และมีผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางไอทีน้อย ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาองค์กร ให้เป็นต้นแบบของการจัดสวัสดิการที่มีคุณภาพและมาตรฐานได้ ดังกล่าวว่า

“เขาทำงานกันคนละนาน ๆ คือทำงานมาตั้งแต่สาวจนแก่ว่างั้นเถอะ เพราะฉะนั้นนี่ไอ้การทำงานทุกวันบางทีพอหลัง ๆ ในปลาย ๆ นี่มันแผ่วแต่เราวิสัยทัศน์ของเราน่ะเราจะเป็น

ต้นแบบของการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพมีมาตรฐาน เพราะฉะนั้นเราต้องพัฒนาตัวองค์ความรู้ของบุคลากรของเรานี่ ต้องมองวิสัยทัศน์ของเราให้ออกว่าเราต้องเป็นต้นแบบนะตัวโมเดล ถึงแม้คุณเรียนมาน้อยจริง แต่คุณต้องแผ่วไม่ได้นะ คนมาดูงานคุณทุกวันน่ะ ถ้าคุณแผ่วนะเขาจะยอมรับว่าเราเป็นต้นแบบได้ยังไง" (1RH)

"อย่างคุณยายเนี่ย ... คือเป็นคนเดินเห็นปกติ แต่มาวันหนึ่งล้มเป็นลมลงเมื่อกลางเดือนที่แล้ว ... ก็ไปรักษากลับมากลายเป็นเหมือนว่าตาขวาง แต่เขาก็จำบางคนได้ แต่ในขณะเดียวกันก็เอาอึตัวเองมาเล่น ป้าย เดินแก้ผ้าแก้ผ่อน แต่พอถามอะไรรู้เรื่อง แล้วทุกคนก็บอก เฮ้ย แกลัง ก็คือนั่งเถียงกันอยู่ ก็คือมันเป็นข้อมูลที่ว่าเราไม่เคยเจอแบบนี้ บางครั้งว่าตกลงแกลังหรือไม่แกลัง แล้วเราจะจัดการยังไง อันนี้มันก็เป็นความท้าทายของเจ้าหน้าที่ว่าเราจะดูแลยังไง" (RH3)

2) จำนวนบุคลากร ที่ผ่านมาบ้านพักคนชรามีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณจากภาครัฐทำให้เพิ่มอัตรากำลังไม่ได้ ถึงแม้ว่าจะมีแผนพัฒนากำลังคนแล้วก็ตาม เช่น นักกายภาพบำบัด ในโรงพยาบาลทั่วไป จะมีอัตราส่วนนักกายภาพ 1 คน ต่อผู้ป่วยประมาณ 10 คน ในขณะที่บ้านพักคนชราจะมีผู้ที่เข้ารับการรักษาวันละประมาณ 40 - 50 คน โดยต้องให้บริการแก่ผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่ป่วยตามตึกต่างๆ ในด้านพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง ผู้ป่วยสมองเสื่อมในเรือนคนหลง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่ย้ายมาจากโรงพยาบาลในอาคารป่วย และยังต้องไปเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุตามตึกต่างๆ อีกด้วย นอกจากนี้ในด้านพี่เลี้ยง อัตราส่วนที่เหมาะสมของจำนวนพี่เลี้ยงต่อผู้สูงอายุคือประมาณ 1 : 5 ด้วยข้อจำกัดของงบประมาณ ทำให้พี่เลี้ยง 1 คนต้องดูแลผู้สูงอายุถึง 20 - 30 คน ที่ผ่านมาทางบ้านพักคนชราต้องแก้ไขปัญหาโดยการใช้เงินมูลนิธิฯ จ้างพยาบาลพิเศษเพิ่มจากภายนอก ฝึกอบรมพี่เลี้ยงให้มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการในการดูแลในระดับมาก รวมทั้งเชิญชวนอาสาสมัครเข้ามาช่วยดูแล แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการกำหนดจำนวนบุคลากรให้ชัดเจนเพิ่มขึ้น โดยพิจารณาจากภาระงานให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

3) รูปแบบการทำงาน พบว่ามีวิธีการทำงานแบบแบ่งงานกันอย่างชัดเจนระหว่างบุคลากรในสถานบริการ ไม่ก้าวก่ายหน้าที่กัน ถึงแม้บางส่วนจะเป็นจุดดีแต่พบว่าในบางครั้งทำให้การสื่อสารต่างๆ มีความคลาดเคลื่อน มีการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง และกิจกรรมบางอย่างขาดการวางแผนล่วงหน้า รวมทั้งปัญหาในการปกครองเนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่ทำงานมานาน มีการนำลูกหลานและญาติพี่น้องเข้ามาให้ทำงานด้วย อาจก่อให้เกิดปัญหาในการปกครองได้

4) การให้บริการด้านอาหาร ด้วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ทำให้นักโภชนากรต้องระมัดระวังในการประกอบอาหาร จึงทำให้ไม่สามารถให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคลได้อย่างทั่วถึง

3.2 คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา

สิ่งที่บ่งบอกว่าบริการมีคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความเห็นว่า สิ่งที่ทำให้เห็นว่าบ้านพักคนชราแห่งนี้ให้บริการที่มีคุณภาพ คือ

1) การประเมินคุณภาพการบริการ พบว่าผลการประเมินตนเองตามตัวชี้วัดมาตรฐาน ได้คะแนน 70 ใน 100 และหน่วยงานได้การผ่านการตรวจมาตรฐาน PMQA เช่นผู้บริหารกล่าวว่า

ตอนนี้ที่กระทรวงผมนะครับ เขามีตรวจมาตรฐานองค์กรน่ะ ที่จะให้ใบรับรองเหมือนตราสัญลักษณ์แบบ ม.อ.ก.อะไรอย่างงี้ เรานี่ 100 คะแนนนี่เราพึ่งได้รับการตรวจไปนี่ได้ 97 เพราะฉะนั้นนี่ก็ยัง Confirm (ยืนยัน) อยู่ว่าไม่ใช่เรามองตัวเองเราว่าเราเก่ง เราดี เราพร้อมนะ คนอื่นเขาก็มองอย่างงั้น (RH1)

2) มีกลุ่มหรือคณะบุคคล ขอเข้าเยี่ยมชมหน่วยงานเป็นประจำทุกวัน

3) มีผู้สูงอายุประเภทเสียค่าบริการเข้าคิวเพื่อรอเข้ามาอยู่ในบ้านพักคนชราจำนวนมาก จากที่มีจำนวนห้องพักทั้งหมด 40 ห้อง แต่มีคิวจองถึง 300-400 คน

4) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการได้คะแนน 90 ใน 100 เนื่องจากผู้รับบริการได้รับการบริการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ให้ความเห็นอกเห็นใจและมีเมตตา

5) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอายุยืนยาวขึ้น ประเมินจากอยู่ได้นานขึ้น 20-30 ปี ก่อนเสียชีวิต

6) แพทย์จากภายนอกที่ตรวจผู้สูงอายุชื่นชมว่า ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียงได้ดี โดยไม่มีแผลกดทับ

7) ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ได้รับความปลอดภัยในการพักอาศัยภายในบ้านพักคนชราแห่งนี้

8) มีระบบการส่งต่อที่ได้รับความร่วมมือกับศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง รวมทั้งมีระบบการดูแลในระยะฉุกเฉินสามารถนำส่งโรงพยาบาลได้ภายใน 10 นาที

ลักษณะของการบริการที่มีคุณภาพ ตัวอย่างเช่น

1) มีระบบการป้องกันการติดเชื้อ โดยพยาบาลจะเป็นผู้คัดกรองและแยกผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อลุกลามในบ้านพักคนชรา

2) มีระบบการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในระดับที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น โดยจะประสานกับศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพื่อพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ และหากมีอาการมากก็จะนำตัวส่งต่อเพื่อรักษาในโรงพยาบาลตามลำดับ และหลังจากกลับจากโรงพยาบาลจะมีนักกายภาพบำบัดช่วยดูแลในการด้านการฟื้นฟูสภาพ จนอาการดีขึ้นก่อนย้ายกลับไปอาคารที่พักเดิม

3) มีระบบการดูแลแบบฉุกเฉิน ที่สามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว ให้การปฐมพยาบาลได้ทันท่วงที หากอาการไม่ดีขึ้นก็จะนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความปลอดภัยและมีโอกาสรอดชีวิตได้สูงขึ้น เช่น ผู้รับบริการกล่าวว่า

ถ้าเจ็บป่วยขึ้นมาเนี่ย ข้างห้องยายเนี่ยกินข้าวต้มอยู่ ตาแข็ง ไม่ขยับเลย ห้องนี้อยู่สองคนผัวเมีย คุณตา คุณตาเป็นอะไรอ่ะ คุณตาตาค้างตาเหลือก ใน 5 นาทีเท่านั้น แม่บ้าน ปลุกพยาบาลมา 2 พี่เลี้ยงอีก 3 ภายใน 10 นาที รถพาคุณตาออกนอกประตูไปโรงพยาบาล เรื่องนี้แจ๋วมาก (RH7)

4) มีความพร้อมในทุกๆ ด้าน เช่น มีบุคลากรครบทุกวิชาชีพตามกรอบอัตรากำลัง มีอาคารสถานที่รองรับทั้งผู้สูงอายุที่แข็งแรง มีอาคารพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีภาวะทุพพลภาพ มีอาคารสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหลงลืม มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและเพื่อการฟื้นฟูสภาพ

5) มีการดูแลและให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุทุกคนเท่าเทียมกัน

6) มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น มีราวจับตามผนังและห้องน้ำ มีทางลาด เป็นต้น

7) ให้การดูแลผู้สูงอายุได้พักอาศัยอย่างมีความสุข ดูแลเอาใจใส่ พูดคุยห่วงใยดูแลกัน ให้ความเห็นอกเห็นใจ และดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายมากที่สุดในบั้นปลายของชีวิต เช่น ผู้บริหารกล่าวว่า

อย่างคุณยายป่วยอะไรอย่างนี้ ลุกไม่ได้เดินไม่ได้อะไรอย่างนี้ คือ และเราเข้าไปเอาใจใส่ดูแลเค้านิดหน่อยอย่างนี้หรือว่าแกอาบน้ำไม่ได้ ต้องพาแกไปอาบน้ำอะไรอย่างนี้ แต่งตัวให้แกอะไรอย่างนี้ คือลักษณะพี่เลี้ยงที่นี่ก็ส่วนมากจะเป็นลักษณะนั้น ถ้าเราแบบว่าเราทำด้วยความเต็มอกเต็มใจเราไม่รังเกียจอะไรอย่างนี้ มันก็คือคุณภาพ (RH8)

ปัจจัยที่ทำให้การดูแลมีคุณภาพ

ปัจจัยที่ทำให้การดูแลมีคุณภาพ คือ

1) การติดตามประเมินผลการให้บริการ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2) ผู้บริหารรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรและผู้สูงอายุทุกคน โดยให้อิสระแก่บุคลากรแต่ละวิชาชีพและผู้สูงอายุที่พักอาศัยในการเสนอความคิดเห็น พูดคุยสะท้อนความรู้สึกได้ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

การทำงานหรือการบริหารจัดการ ค่อนข้างที่จะให้อิสระแก่แต่ละวิชาชีพ ใช่ไหมคะ เพราะว่าถ้าอยู่ในทบวงหรือว่าโรงพยาบาลของรัฐก็จะเป็นสายบังคับบัญชา อย่าง ผ.อ. แพทย์

หัวหน้า Ward (หอผู้ป่วย) ประมาณนี้หรือว่าเราต้องล้อตาม อย่างแพทย์นี่นิสัยอย่างนี้ (ที่นี่) สายบังคับบัญชาค่อนข้างแบบราบ แบนราบก็คือทุกคนทุกวิชาชีพสามารถเสนอความคิดสะท้อนมุมมองจากเบื้องล่างตรงนี้ หรือสามารถคุยกับ Boss โดยตรงค่อนข้างอิสระ (RH2)

3) การให้ความรู้เรื่องโรคการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง

4) การจ้างเจ้าหน้าที่เพิ่มเพื่อสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น โดยใช้เงินจากมูลนิธิฯ

5) ผู้ให้บริการมีใจรักงานบริการ มีเมตตาและให้การดูแลผู้สูงอายุเปรียบเสมือนการดูแลคุณพ่อคุณแม่ของตนเอง

6) การเป็นศูนย์ต้นแบบการจัดสวัสดิการ มีส่วนผลักดันทำให้สถานบริการมีการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป

3.3 ความพึงพอใจการบริการ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมตั้งแต่ปานกลางถึงมาก โดยที่ผู้บริหารได้ให้คะแนนในระดับปานกลางเนื่องจากมีงานอีกหลายด้านที่ยังต้องพัฒนา ในขณะที่ผู้ให้บริการอื่นๆ บอกว่ามีความสุขกับการทำงาน มีความตั้งใจและรักในงาน ส่วนผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุที่พักอยู่ในบ้านพักคนชราก็บอกว่ามีความสุขมากและพึงพอใจกับสวัสดิการที่ได้รับ และให้คะแนนถึง ร้อยละ 70-80 เนื่องจากยังมีสิ่งที่ควรปรับปรุงสิ่งบกพร่องและการบริการให้ดียิ่งๆ ขึ้น เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

ก็ชอบค่ะ ก็จริงๆ แล้วเนี่ยเรามีโอกาสเปลี่ยนงานเยอะ แต่ด้วยความที่ว่าอยู่ตรงนี้ก็คือมันลงตัวทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเดินทางที่บ้านอยู่ไม่ไกล แล้วก็ในเรื่องของกลุ่มผู้รับเองซึ่ง คือจริง ๆ ไม่ได้ปฏิเสธผู้รับกลุ่มอื่นหรือว่า คือเรามีความสุขกับความเป็นอยู่ กับการทำงาน แล้วก็ทุกวันที่ออกมาจากบ้าน เรามีความรู้สึกว่าเราอยากทำงาน (RH3)

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุประเภทรับการสงเคราะห์จะมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามในส่วนผู้สูงอายุประเภทที่เสียค่าบริการบางราย ที่มีความตระหนักถึงการอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี ผู้สูงอายุบางท่านเป็นอดีตข้าราชการ หรือมีตำแหน่งหน้าที่การทำงานที่ดีและเมื่อได้รับการปฏิบัติที่คล้ายกับผู้สูงอายุประเภทสามัญที่ได้รับสงเคราะห์ทั่วไปจึงเกิดความไม่พึงพอใจได้ เช่นกล่าวว่า

จะว่าคนไร้ที่พึ่ง สภาพเรามันก็ไม่ได้จนถึงขนาดนั้นนี่ เราทำงานเป็นราชการ มีบำนาญกิน เราก็ไม่ได้ถึงกับไปไร้ที่พึ่ง คำว่าไร้ที่พึ่งมันต้องไปนอนฟุบอยู่ข้างฟุตบาท เกาะกลางถนนโน่น (7 RH)

4. การจัดการทางด้านคุณภาพ

ความหมายของคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพแตกต่างกัน เป็นทั้งปัจจัยนำเข้าคือผู้ให้บริการ เป็นกระบวนการคือการบริการ และเป็นผลลัพธ์คือ การบรรลุถึงเป้าหมายตามตัวชี้วัด ความพึงพอใจของผู้รับบริการและสิ่งดีๆ ที่เป็นองค์รวม เช่น

คุณภาพ หมายถึง การบริการพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตและการอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่

คุณภาพ หมายถึง ผลลัพธ์การประเมินว่ามีประสิทธิผลดี การบรรลุถึงเป้าหมายตามตัวชี้วัดหรือตามมาตรฐานที่วางไว้ เช่น การผ่านการตรวจมาตรฐาน การได้รับการคัดเลือกให้เป็นหน่วยงานดีเด่น หรือการได้รับการยกย่อง

คุณภาพ หมายถึง การดูแลให้ผู้สูงอายุไม่ให้มีภาวะพึ่งพา หรือไม่ถดถอยมากไปกว่าเดิม เช่น การฟื้นฟูสภาพ หรือการส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญา

คุณภาพ หมายถึง ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ

คุณภาพ หมายถึง ผู้ให้บริการมีความกระตือรือร้น ใฝ่รู้และมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอๆ

คุณภาพ หมายถึง สิ่งดีๆ ที่เป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ชีวิตความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และระบบบริหาร

สรุป คุณภาพตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้มีอำนาจทางด้านนโยบาย หมายถึง การที่ผู้ให้บริการมีความกระตือรือร้น ใฝ่รู้และมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอๆ ให้บริการพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตและการอำนวยความสะดวก เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาหรือไม่ถดถอยลงไปกว่าเดิม เกิดสิ่งดีๆ ที่เป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ชีวิตความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมและระบบบริหาร ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ มีประสิทธิผล บรรลุถึงเป้าหมายตามตัวชี้วัดหรือตามมาตรฐานที่วางไว้

วิธีการจัดการด้านคุณภาพที่เป็นจุดเด่น

จากการสัมภาษณ์พอสรุปการจัดการด้านคุณภาพที่เป็นจุดเด่นออกเป็น 9 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการทำงาน มีการประชุมทีมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคในการทำงานและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการแบ่งงานกัน มีผู้ตรวจสอบการทำงาน มีระบบการรายงานตามลำดับขั้น ผู้บริหารให้ความสนใจทำงานและสนใจติดตามงานอย่างใกล้ชิด เช่นผู้ให้บริการกล่าวว่า

> *คือต้องมองเรื่องของระบบบริหารงานขององค์กร ก็ต้องจัดให้เป็นระบบ ระบบนี้ขึ้นตรงกับใคร ใครเป็นผู้ดูแล มีการตรวจสอบอย่างไร มีการรายงานมั๊ย ถ้าเกิดเหตุการณ์แบบนี้เขาจะต้องติดต่อใคร ใครทำอันดับแรก อันนี้มันก็ต้องเป็นการวางแผนที่ดีขององค์กรเรา ซึ่งปัจจุบันเราก็มีเป็นขั้นเป็นตอนอยู่ (RH3)*

2) ด้านการดูแล ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมเสริมทักษะและเพื่อความผ่อนคลาย ส่งเสริมการออกกำลังและดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีพ จัดหาอาหารที่สะอาด ถูกสุขลักษณะและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และป้องกันไม่ให้อาการที่ผู้สูงอายุมีอยู่ทรุดลงไปกว่าเดิม เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

ถ้าเขามาเขาต้องไม่มีเป็นแผลกดทับเพิ่ม หรือเขาจะต้องไม่แย่ลงกว่าเดิม แต่ถ้าเขาแย่ลงกว่าเดิมคุณต้องมีคำตอบที่ฟังแล้วดี แต่ไม่บกพร่องต่อหน้าที่ อันนั้นหนึ่ง เรื่องของจิตใจมาแล้วต้องแฮปปี้กว่าเดิม คือถ้าไม่แฮปปี้เนี่ย สาขาวิชาชีพคุณต้องคุยกันว่าทำไมเขาถึงเศร้าลงกว่าเดิม เศร้าลงกว่าเดิมเพราะอะไร (RH3)

3) ระบบการส่งต่อ บ้านพักคนชราได้จัดให้มีทีมที่รับผิดชอบในการส่งต่อโดยตรงตลอด 24 ชั่วโมง เช่น มีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการนำผู้สูงอายุไปรับการรักษาต่อกับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลข้างนอก โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำที่เตรียมพร้อมในการนำส่งตลอดเวลา เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

พอคุณยายเป็นอะไรปั๊บ โทรปั๊บไปโรงพยาบาลเลยมันไว โอกาสที่คุณยายจะเป็นอะไรไปมากกว่านี้น้อยค่ะ เพราะทุกอย่างเราเร็วเราพร้อม จัดเป็นทีมเลย นี่ 10-20 นะเวรนี่ ขับรถพาคุณยายไปโรงพยาบาล ... ไปไหนไม่ได้เลย คนขับรถต้องพร้อมขับบนรถตลอดเวลา อย่างเช่น บอกว่าคุณยายไม่สบายนี่ อยู่ๆ เป็นอะไรไม่รู้ คนนี้ต้องอยู่ ถ้าไม่อยู่โดนทุกคน เค้าจัดเป็นคิว (RH5)

4) ระบบการรักษาความปลอดภัย ด้วยบ้านพักคนชราตั้งอยู่ในชุมชนติดถนนใหญ่จึงจัดให้มียามที่หน้าประตูเพื่อตรวจผู้เข้ามาติดต่อราชการตลอดเวลา และมีการลงนามผู้เข้าออกและกำหนดเวลาการเข้าออกอย่างเป็นระบบ เช่น ผู้สูงอายุจะห้ามเข้าออกหลังเวลา 18.00 น. ส่วนบุคลากรจะห้ามเข้าออกหลังเวลา 21.00 น.

5) การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ เช่น รถเข็น ถังออกซิเจน หากไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อก็จะดำเนินการขอรับบริจาคหรือใช้เงินจากมูลนิธิฯ มาจัดซื้อ

6) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ที่ผ่านมามักจะมีน้ำท่วมถนนภายในบ้านพักคนชราเวลามีฝนตก รวมทั้งตึกและอาคารต่างๆ ค่อนข้างทรุดโทรม จึงมีการยกผิวถนนเพื่อป้องกันน้ำท่วมผู้สูงอายุจะเดินได้สะดวก จัดให้มีทางเดินที่มีหลังคาคลุมผู้สูงอายุจะได้ไม่เปียกหรือป้องกันแสงแดด ปรับปรุงและทาสีอาคารที่ทรุดโทรม รวมทั้งปลูกต้นไม้และจัดทำสวนหย่อมเพื่อความร่มรื่นและผ่อนคลาย

7) ระบบการตรวจสอบคุณภาพ บ้านพักคนชราแห่งนี้มีการจัดการคุณภาพที่ดีเด่นเป็นที่ประจักษ์ กล่าวคือมีระบบการตรวจสอบทั้งภายในและการตรวจสอบภายนอก สำหรับการตรวจสอบ

ภายใน ผู้บริหารได้แต่งตั้งคณะกรรมการระดับหัวหน้าเป็นผู้ตรวจสอบภายใน โดยทำการตรวจเกือบทุกเดือน ส่วนการตรวจสอบภายนอก จะมีการตรวจมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ซึ่งบ้านพักคนชราแห่งนี้เป็นหน่วยงานเดียวในระดับกรมที่ผ่านการตรวจสอบและได้รับรางวัลให้เป็นหน่วยงานดีเด่นระดับกรม ประจำปี พ.ศ. 2552

8) การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทุกแผนก ตามวิธีการจัดการด้านคุณภาพของรัฐ

9) การจัดให้มีเวทีประชาพิจารณ์ โดยเชิญหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ข้อเสนอแนะ ปีละ 1 ครั้ง

วิธีการจัดการคุณภาพด้านปัจจัยนำเข้า

1) ด้านบุคลากร โดยทั่วไปแล้วจะมีการคัดเลือกบุคลากรตามคุณสมบัติที่กำหนด แม้ว่าเดิมบ้านพักคนชรามักจะรับบุคลากรที่เป็นญาติพี่น้องของเจ้าหน้าที่มาทำงานและประสบปัญหาเรื่อง ระดับการศึกษา การปกครองและการพัฒนา แต่หลังจากกลุ่มเจ้าหน้าที่เหล่านี้เริ่มทยอยเกษียณอายุและไม่มีตำแหน่งเพิ่ม ทางบ้านพักคนชราจึงใช้วิธีจ้างแบบลูกจ้างชั่วคราวโดยใช้เงินจากมูลนิธิฯ และจากเงินนอกงบประมาณเพื่อทดแทนตำแหน่งที่ว่างลง ซึ่งการจ้างแบบนี้จะสามารถคัดเลือกบุคลากรที่มีสมรรถนะตามที่ต้องการได้มากขึ้น มีการสอบถามความชอบในการทำงานกับผู้สูงอายุ โดยให้ข้อมูลลักษณะงาน วิธีการทำงานและวิธีการปฏิบัติตัวต่อผู้สูงอายุให้ผู้สมัครรับทราบก่อน พร้อมทั้งยกตัวอย่างสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำ หลังจากนั้นจะสอบถามผู้สมัครว่าสามารถทำงานแบบนี้ได้หรือไม่ เพื่อที่จะได้ผู้ที่พร้อมทำงานกับผู้สูงอายุได้จริงๆ

2) ผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุทุกรายก่อนเข้ามาอยู่ในบ้านพักคนชราจะต้องได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนทุกครั้ง โดยจะถูกแยกออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้มีสุขภาพแข็งแรงและกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทั้งนี้เพื่อที่จะสามารถวางแผนการให้การดูแลและช่วยเหลือในระยะยาวต่อไป เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

> *นับตั้งแต่แรกรับเลยคือเราต้องประเมินทุกท่าน เรื่องของกิจวัตรประจำวัน เรื่องของความเจ็บป่วย หรือการช่วยเหลือตัวเองอะไรต่าง ๆ ที่สามารถทำได้ หรือไม่ได้อะไร เราก็ต้องประเมิน แล้วก็มันจะแยกเป็นสองส่วน ในส่วนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เราก็ต้องจัดกิจกรรมอะไรที่จะส่งเสริมฟื้นฟูในเรื่องของสุขภาพ เรื่องของกายภาพ แล้วก็รักษาโรคไปด้วย สำหรับคนที่แข็งแรงเดินได้ เค้าก็จะมาหาเราเอง ที่แผนก มาปรึกษา มีอาการเจ็บป่วยอะไรก็จะมารับการรักษาโดยตรง (RH4)*

วิธีการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการ

เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และมาตรฐาน บ้านพักคนชราได้มีวิธีการจัดกระทำดังต่อไปนี้

1) ด้านบุคลากร มีการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1.1) มีการประเมินผลบุคลากรทุก 6 เดือน เป็นการประเมินแบบ 3 ฝ่าย คือ ประเมินตนเอง เพื่อนร่วมงานประเมินและผู้สูงอายุประเมิน

1.2) บุคลากรทุกคนจะต้องได้รับการพัฒนาตนเองปีละหนึ่งหลักสูตรแยกกันไปตามวิชาชีพตามเกณฑ์ของ PMQA เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสงคมสงเคราะห์ สำหรับกลุ่มพี่เลี้ยง จะได้รับการเสริมความรู้เกี่ยวกับทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การดูแลผู้สูงอายุ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น อย่างไรก็ตามทางบ้านพักคนชราก็มีการจัดอบรมและสัมมนาอยู่บ่อยๆ มากกว่า 1 ครั้งต่อปี

1.3) บุคลากรต้องให้การดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ

1.4) บุคลากรทุกคนจะถูกปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมและความมีเมตตาในการดูแลผู้สูงอายุ และจะต้องปฏิบัติตาม “มาตรฐานคุณธรรม จริยธรรม ของเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน...” ที่ได้มาจากการระดมสมองของบุคลากรทั้งหมด มีทั้งหมด 5 ข้อ คือ

1.4.1) ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความถูกต้อง เป็นธรรม มีจิตสำนึกดี เสียสละ อดทน และมีความรับผิดชอบต่องานในหน้าที่

1.4.2) มุ่งมั่นให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงาน ปรับปรุง และพัฒนาตนเอง เพื่อเพิ่มสมรรถนะและประสิทธิภาพในการทำงาน โดยคำนึงถึงความประหยัด ความคุ้มค่า ความโปร่งใส การประสานสัมพันธ์และการทำงานร่วมกันเป็นทีม

1.4.3) ให้บริการด้วยไมตรีจิตและบุคลิกภาพที่สุภาพ อ่อนน้อม และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้สูงอายุเป็นหลัก

1.4.4) รักษาชื่อเสียงและเกียรติของบ้าน... ส่งเสริมภาพพจน์และศักดิ์ศรีที่ดีให้ปรากฏต่อสาธารณะ

1.4.5) ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความรัก คามเมตตา ตามหลักสิทธิมนุษยชน หลักเมตตาธรรมและมนุษยธรรม

2) ด้านผู้สูงอายุ จะได้รับการปฏิบัติดังต่อไปนี้

2.1) ส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุ เช่น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาสู่ชุมชน โดยออกไปกับกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ที่ออกเยี่ยมและให้การช่วยเหลือชุมชน ดังผู้ให้บริการกล่าวว่า

> *ถ้าเขาบอกเขามีความรู้ มีภูมิปัญญาในเรื่องต่าง ๆ ก็ให้นักอาชีวะไปช่วยสนับสนุนเขา พวกบริการเหล่านั้นหรือว่าเขามีความรู้ในการที่จะไปถ่ายทอดให้คนข้างนอก เขาก็จะเป็นภูมิปัญญาของเราที่จะไปถ่ายทอดให้ในชุมชนอะไรอย่างงี้นะครับ...ผู้สูงอายุที่มานี่มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งหลายอย่างตามที่เจ้าหน้าที่ของเรา (RH1)*

2.2) ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน แบ่งออกเป็น ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะได้รับคำปรึกษาการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น ส่งเสริมการออกกำลังกาย

และการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก็จะรับการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนการดูแลรักษา เช่น ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือผู้ป่วยสมองเสื่อมจะได้รับการดูแลแบบทั้งหมด โดยดูแลด้านการอาบน้ำ เปลี่ยนแพมเพิสและเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้ทุกวัน การป้อนอาหารหรือการให้อาหารทางใส่ยางตามความจำเป็น และหากมีแผลกดทับ จะได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น เหงา เศร้า หรือว้าเหว่ ก็จะได้รับการเอาใจใส่และหาวิธีการดูแลช่วยเหลือ ดังผู้ให้บริการกล่าวว่า

มาแล้วต้อง Happy กว่าเดิม คือถ้าไม่Happy เนี่ย สาขาวิชาชีพคุณต้องคุยกันว่าทำไมเขาถึงเศร้าลงกว่าเดิม เศร้าลงกว่าเดิมเพราะอะไร คิดถึงลูกคิดถึงหลานเราช่วยได้ไหม เช่น โทรบอกหลานให้ได้ไหม ก็คือจะต้องตามเรื่องนี้ตลอด หรือพาไปเยี่ยมบ้านได้ไหม ถ้าในกรณีที่พอจะเป็นไปได้ แล้วก็มีที่มาที่ไปที่อยู่อะไรประมาณนี้ หรือกลุ่มคนที่หลง ๆ นั่งเศร้านั่งอะไรอย่างนี้ ก็คือต้องมีกิจกรรมให้เขาได้ผ่อนคลายความเครียดไหม (RH3)

วิธีการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์

การจัดการกับผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับปัญหาเป็นกรณีๆ ไป ตัวอย่างเช่น

1) ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ เช่น กรณีผู้สูงอายุไม่พึงพอใจเจ้าหน้าที่ในการใช้คำพูด ผู้บริหารจะเรียกเจ้าหน้าที่ที่ถูกร้องเรียนไปสอบถาม แจ้งข้อมูลแวดล้อมที่ได้รับและจากการสอบสวนเบื้องต้น กล่าวตักเตือนให้ปรับปรุงความประพฤติและตักเตือนในภาพรวมในที่ประชุม หลังจากนั้นจะเสนอทางเลือกหากตักเตือนแล้วไม่ได้ผล อาจถูกปรับไปอยู่ในตำแหน่งไปอยู่ในส่วนที่เหมาะสม และมีการติดตามประเมินผล หากทำงานดีขึ้นก็จะเปิดโอกาสให้ปรับย้ายกลับมาทำที่เดิมได้แต่ต้องยอมรับข้อแม้ในการปรับปรุงการปฏิบัติตน เช่น ผู้บริหารกล่าวว่า

ก็ปรับเปลี่ยนงาน ก็ถามตรง ๆ ว่าผมว่าคุณทำงานลักษณะนี้ไม่ได้แล้วแหละคุณเป็นพี่เลี้ยงคุณไปดุด่าผู้สูงอายุแล้วเขาก็ไม่พอใจ ไม่ใช่คนเดียวนะที่ผมรับรู้มานี่มันหลายคน ทั้งผมเจอเอง ฟังจากเพื่อนคนอื่น ฟังจากเพื่อนร่วมงานของคุณ ผมฟังจากผู้สูงอายุไม่ใช่ครั้งเดียวไม่ใช่คนเดียว แล้วผมก็วอนนิ่งมาตั้งสองวอนแล้วต่อไปนี้คุณอยากทำอะไร ไปเป็นแม่ครัวไหม เออคือปรับตำแหน่งกันไปหรือคุณอยากจะเป็นคนงานเหรอ ก็ได้นะ หรือคุณอยากไปช่วยกายภาพบำบัดไหมล่ะ ไปเตรียมอุปกรณ์ให้เขาน่ะ เช้ามาคุณก็เตรียมเจลเตรียมปั่นน้ำไว้อะไรอย่างงี้คือคุณไม่อยากกระทบกับคนใช่ไหม คุณเบื่อใช่ไหม คุณทำงานมานานน่ะ คุณล้าแล้วน่ะโอเคเพราะว่าถ้าคุณยังเป็นพี่เลี้ยงน่ะ พี่เลี้ยงนี่มันก็ต้องทำงานหนักนะ เพราะบางตึกนี่ต้องอาบน้ำต้องอะไร แล้วก็มันเป็นงานจุกจิกน่ะ งานดูแลผู้สูงอายุนะครับถ้าคุณไม่นั่นก็ผมว่าก็เปลี่ยนเถอะ....แล้วเราก็ต้องติดตามเขาด้วยไง เป็นไงล่ะไปอยู่คนสวนแล้วดีกว่าเป็นพี่เลี้ยงไหมล่ะ โอ๊ยผมว่าพี่เลี้ยงดีกว่า อ้าวกลับมาอีกได้นะแต่ต้องขอนะหนึ่งสองสามสี่ห้าอย่างงี้นะ ไม่ได้นะ คุณไม่ทำอีกนะ (RH1)

และกรณีผู้สูงอายุไม่พอใจการให้รอรับบริการ คณะผู้บริหารจะพยายามหาสาเหตุว่ามาจากอะไร เช่น มีบัตรคิวหรือไม่ จะพูดคุยกับทีมที่ให้บริการว่าจะหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น

2) ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพแย่ลงกว่าเดิม เช่น กรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการข้อไหล่ติดหรือมีแผลกดทับเกิดขึ้นภายหลังเข้ามาอยู่ในบ้านพักคนชรา ผู้บริหารจะสอบถามนักกายภาพบำบัดและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อสอบถามสาเหตุ และให้วิชาชีพที่เกี่ยวข้องต้องไปหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เช่น คณะผู้บริหารกล่าวว่า

เช่น ถ้าเคส (ผู้สูงอายุรายกรณี) เข้ามาวันหนึ่งตอนนั้นเข้ามายังพอขยับได้ แต่วันหนึ่งที่มารู้ว่าแขนติดข้อติด คุณต้องมีคำอธิบายว่า นักกายภาพบำบัดทำอะไร แล้วทำไมเคสที่เข้ามาถึงไหล่ติดข้อติด ต้องมีคำตอบ ก็คือจะมายด์กับเรื่องนี้ ว่าถ้าเข้ามาแล้วแย่ แย่ เพราะอะไรคุณต้องมีเหตุผลที่ดี ... ถ้าเขามาเขาต้องไม่มีเป็นแผลกดทับเพิ่ม หรือเขาจะต้องไม่แย่ลงกว่าเดิม แต่ถ้าเขาแย่ลงกว่าเดิมคุณต้องมีคำตอบที่ฟังแล้วดี แต่ไม่บกพร่องต่อหน้าที่ (RH3)

5. ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ

ความคุ้มค่าคุ้มทุนในแต่ละบริการ

จากการสัมภาษณ์พบว่า ทางหน่วยงานยังไม่เคยมีการคิดเรื่องต้นทุนการบริการ เนื่องจากเป็นบริการของภาครัฐที่ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการฟรีแบบสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ส่วนผู้สูงอายุประเภทเสียค่าบริการแบบหอพักจะถูกเรียกเก็บค่าบริการค่อนข้างถูก โดยผู้ที่เข้ามาพักอาศัยก่อนปี พ.ศ. 2551 จะเสียค่าใช้จ่ายเพียงเดือนละ 550 บาท และผู้ที่เข้ามาพักอาศัย ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป ห้องเดี่ยว ค่าบริการคนละ 1,500 บาทต่อเดือน และห้องคู่เดือนละ 2,000 บาท (มีบริการเพียง 40 ห้อง) และเสียค่าน้ำค่าไฟประมาณเดือนละ 100-200 บาทต่อคน การบริการอื่นๆ เช่น มีพยาบาลอยู่เวร 24 ชั่วโมง มีพี่เลี้ยงประจำในแต่ละตึก หากมีปัญหาสุขภาพมีบริการพาไปพบแพทย์ มีบริการอาหาร 3 มื้อ บริการกิจกรรมสันทนาการ การฟื้นฟูสภาพและมีบริการพาทัศนศึกษาตามสถานที่ต่างๆ เช่นผู้สูงอายุกล่าวว่า

เหมาะสมนะสำหรับยุคสมัยนี้ เพราะมาคิดดูนี่ถ้าเราไปเช่าห้องอยู่ ไหนจะอะไรต่อมิอะไรอีก ค่าอาหารอีกสามมื้อ พอเจ็บป่วยแล้วใครจะดูแล บางทีตายคาห้องก็ไม่มีใครรู้ บางทีเจ็บป่วยอยู่ในห้องก็ไม่มีใครรู้ ที่นี้เค้ามีเจ้าหน้าที่คอยดูแลตลอดเลย (RH9)

เมื่อสอบถามความคุ้มค่าคุ้มทุนในแต่ละบริการ ตามมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ พบว่ามีความเห็นแตกต่างกันดังนี้

1) ความคุ้มค่าคุ้มทุนมุมมองของผู้รับบริการ ผู้ที่ได้รับบริการแบบสงเคราะห์และแบบเสียค่าบริการจะให้คำตอบว่าคุ้มค่าเหมือนๆ กัน ผู้ที่ได้รับแบบสงเคราะห์จะบอกว่าคุ้มค่ามากๆ เนื่องจาก

ตนเองไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอะไรเลย ขณะเดียวกันผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายก็มองว่าคุ้มค่ามากเช่นกันเมื่อเปรียบเทียบกับค่าบริการรายเดือนต่อบริการที่ได้รับ

2) ความคุ้มค่าคุ้มทุนมุมมองของผู้ให้บริการ อาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วนก็คือ

2.1) มุมมองในเชิงเศรษฐศาสตร์ หากรวมค่าใช้จ่ายทั้งค่าอาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟ ในแต่ละเดือนเมื่อเทียบกับงบประมาณที่ได้รับมาต่อปีพบว่าไม่เพียงพอ แสดงว่ามีรายจ่ายที่ค่อนข้างสูงมากไม่คุ้มค่าคุ้มทุน ที่ผ่านมาต้องใช้เงินบริจาคที่อยู่ในรูปของมูลนิธิฯ ไปจ้างบุคลากรเพิ่ม เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัดและพี่เลี้ยงที่ส่วนหนึ่งถูกตัดตำแหน่งออกไปหลังเกษียณ เช่น ผู้บริหารกล่าวว่า

ค่าน้ำค่าไฟผมก็เดือนหนึ่งก็ว่าเกือบไปสองแสนแล้วอย่างงี้พอหารเป็นคนออกมานี่มันก็อะไรอย่างงี้ ค่าอาหารอีกนะครับ ค่าเจ้าหน้าที่ที่ดูแลบางครั้งก็ต้องจ้างเจ้าหน้าที่เพิ่ม เช่น พี่เลี้ยงที่เขาออกไปอะไรอย่างงี้ แก่เกษียณไปอะไรอย่างงี้ ต้องจ้างพี่เลี้ยงก็ส่วนใหญ่ใช้เงินมูลนิธิฯ ตอนหลังนี้ใช้เงินมูลนิธิฯ จ้างใหม่หมดเลย พวกที่เกษียณไปเขาก็ตัดตำแหน่งไปอะไรอย่างงี้ โอ้มันค่าใช้จ่ายมันก็สูงนะครับถ้าคิดออกมาแล้วผมว่าเยอะน่ะ...ไม่พอหรอกครับผมก็ใช้เงินสนับสนุนจากมูลนิธิฯ อยู่หรือว่าขอรับบริจาคโดยตรงจากแขกเลย (RH1)

2.2) มุมมองในเชิงศาสนาและศีลธรรมจรรยา ผู้ให้บริการหลายรายบอกว่าเป็นสิ่งที่คุ้มค่าที่ให้บริการดูแลแก่ผู้สูงอายุ โดยถือว่าเป็นการทำบุญ เป็นการทดแทนผู้สูงอายุที่ทำงานมานานจะได้อยู่สุขสบาย หรือเป็นการทดแทนในสิ่งที่ผู้สูงอายุขาดไป เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

เพราะที่นี่เราก็อยู่ฟรี ที่จ่ายก็จ่ายนิดหน่อยเท่านั้นเองมีอยู่ตึกหนึ่งที่จ่ายครึ่งราคาก็พันห้าร้อยแต่นอกนั้นก็ฟรีหมด ... เราชดเชยสิ่งที่ผ่านมา เป็นคนชรากเหมือนกับว่า ทำงานมาให้ประเทศก็เยอะแล้วอยากชดเชยตรงนี้ให้ท่านไง ให้สุขสบาย เป็นทหาร ตำรวจ เป็นครู อะไรมาคิดว่าทำงานให้ประเทศมาเยอะแล้ว เป็นบุคลากรที่สำคัญนะ ทุกคนทุกอาชีพนี่ช่วงบั้นปลายของชีวิตได้มาพักผ่อน ก็บริการเต็มที่ (5 RH)

คือยังไงล่ะ ลูกหลานเค้าบางตนอาจไม่ต้องการ เราทดแทนสิ่งที่เค้าขาด คุ้ม (5 RH)

การประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุน

ด้วยสถานบริการแห่งนี้เป็นของภาครัฐ และยังไม่เคยมีการคำนวณต้นทุนหรือการประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์มาก่อนทำให้การประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนนั้นทำไม่ได้ ผู้ให้บริการบางรายบอกว่าไม่เคยนำเรื่องเงินมาเป็นตัวตั้งในการให้บริการและไม่คิดเรื่องขาดทุนกำไร ดังนั้นความคุ้มค่าคุ้มทุนอาจประเมินได้จากการที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยสังเกตจากพฤติกรรมการแสดงออกหรือจากการรับรู้ของผู้สูงอายุเองว่ามีความสุข มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น มีความมั่นคง

ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ไม่ถูกกระทำทารุณกรรมและได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น มีคนพาไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ดังผู้รับบริการกล่าวว่า

ก็ประเมินจากไอ้ความเป็นอยู่ของเราเอง เช่น หนูอยู่บ้าน หนูจะกินแกงซักถ้วยนึง หนูจะกินผัดกินทอด กินไก่ย่างสักชิ้นหนึ่ง หนูต้องเดินออกไปซื้อ ต้องแต่งตัว ข้างบ้านก็ไม่มีขาย นี่เฉพาะยายคนเดียวนะ คนอื่นเขาก็อยู่ที่ตลาด เขาก็ขายที่หน้าบ้านเขา ยายไม่ได้อยู่ในตลาด ยายต้องออกไปซื้อ เสียทั้งเวลาเสียทั้งค่ารถ ไอ้ค่ารถไม่กี่ตังค์หรอก แต่ไอ้เวลาที่เสียไปตั้งสองชั่วโมงแน่ะวันนึง ไปกลับอย่างละหนึ่งชั่วโมง มันก็ไม่เหมือนกับอยู่ที่นี่ แสนจะคุ้มค่า ปิ่นโตมาวางอยู่หน้าประตู (RH7)

6. นโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ ได้แก่

6.1 นโยบายที่เกี่ยวกับครอบครัว ชุมชนและสังคม เช่น

1) การรณรงค์ให้สังคมตระหนักเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าควรมีช่องทางในการรณรงค์เรื่องนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การปลูกจิตสำนึกของลูกหลานไม่ให้ทอดทิ้งผู้สูงอายุ การรณรงค์ให้มีความตื่นตัวในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งที่ผ่านมาเคยมีกิจกรรมนี้อยู่แต่ภายหลังหายไป

2) การออกกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องการเลี้ยงดูบุพการี เพื่อป้องคนไม่ให้ผู้สูงอายุถูกลูกหลานทอดทิ้งไม่ดูแล

6.2 นโยบายที่เกี่ยวกับสถานบริการ เช่น

1) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ เนื่องบ้านพักคนชรายังไม่มีแพทย์และพยาบาลที่เพียงพอ และยังไม่มีศักยภาพที่จะรับดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ดังนั้นการดูแลระยะยาวอาจต้องมีการพูดคุยในระดับนโยบาย ระหว่างกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กับกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่อง งบประมาณ บทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละฝ่าย เช่น ผู้มีส่วนในการผลักดันนโยบายกล่าวว่า

อ้อ ถ้านอนติดเตียง Nursing home ตรงนี้ เรายังไม่มีเชิงที่ว่ารับแบบร้อยเปอร์เซ็นต์ เนื่องจากว่าโดยอันนั้นต้องเป็นระยะยาว ที่สาธารณสุขต้องคุยกันว่าใน Long term ที่ว่านะ โอเคถ้ากรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการแล้วก็งบประมาณรัฐบาลในเชิงนโยบาย ให้กรมจัดการเรื่องนี้โดยมีอาคารเหมือนโรงพยาบาลเลย แล้วให้นอนระยะยาว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สาธารณสุขต้องช่วยอะไร อันนี้ยังไม่มีการพูดคุยในนโยบาย (RH10)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายให้ความเห็นว่าควรพิจารณาแยกสถานบริบาลออกจากสถานบริการจัดสวัสดิการสังคม โดยที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบจัดบริการการดูแลแบบสถานบริบาลหรือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาว

2) การเพิ่มแรงจูงใจให้บุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาล ในเรื่องความก้าวหน้า และสวัสดิการ เช่นผู้ให้บริการกล่าวว่า

อยากให้รัฐบาลให้ความสำคัญตรงนี้ เพิ่มแรงจูงใจให้แพทย์มากขึ้น หรือเพิ่มความก้าวหน้า หรือช่องทางให้แพทย์ก้าวหน้าเทียบเท่าโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย (RH2)

3) การจัดตั้งสถานรองรับผู้สูงอายุที่อยู่ระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน เช่น สถานฟื้นฟูสภาพ ผู้ให้บริการกล่าวว่า

ถ้าพูดถึงว่าโดยหลักการของงบประมาณ เขาบอกว่าคุณตาคุณยายที่อยู่กลุ่มสาม (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้) ไม่ใช่หน้าที่ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เป็นหน้าที่ของสาธารณสุข แต่พอทางสาธารณสุขบอกว่าทางนี้สิ้นสุดการรักษาแล้ว จะไม่มีที่อยู่อาศัยต้องเป็นหน้าที่ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ แต่เราบอกว่าเราไม่มีความชำนาญการในการดูแลฟื้นฟูในการพัฒนาท่านหรอกนะ สาธารณสุขก็บอกไม่เป็นไร เพราะฉะนั้นเราจะเชื่อมโยงกัน เราประสานการดูแลกัน (RH10)

4) การจัดตั้งสถานดูแลเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ที่ไม่มีบ้านไม่มีชุมชน รวมทั้งผู้ที่มีภาวะหลงลืมไม่ทราบว่าตนเองมาจากไหนและคนต่างด้าว ที่ยังมีความจำเป็นต้องมีที่พักอาศัย เป็นต้น

5) การพัฒนามาตรฐานการดูแลในสถานบริการ ควรทำควบคู่กับการส่งเสริมให้ชุมชนดูแลกันเอง เช่นกล่าวว่า

นโยบายในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยว่าจะเป็นยังไง...ส่วนใหญ่เนี่ยก็ให้ความเห็นว่าต้องดูแลที่บ้าน แล้วก็ต้องมีคนไปที่บ้าน หรือถ้าไม่ให้ดูที่บ้านก็ต้องมีโรงพยาบาลประจำชุมชนตำบลซึ่งมันจะใกล้ คือทุกคนก็กำลังพยายามจะมองว่า บ้านเป็นที่ที่ดีที่สุดยังไงผู้สูงอายุก็อยากจะอยู่ที่บ้าน...แล้วกลุ่มคนที่ไม่มีบ้านจะกลับล่ะ แล้วไม่มีชุมชนที่จะไปล่ะ อย่างบางคนมันหลงมาไม่รู้แม้กระทั่งว่าตัวเองอยู่ตรงไหน ที่อยู่ตรงไหน หรือกลุ่มคนที่เป็นต่างด้าวล่ะ แล้วกลุ่มพวกนี้จะไปตรงไหน มันก็ต้องมีการถามแบบอย่างนี้อยู่... (RH3)

6) การขยายกรอบอัตราบุคลากรให้เพียงพอสำหรับสถานดูแลผู้สูงอายุและเพิ่มงบประมาณที่ผ่านมาบ้านพักคนชราประสบปัญหาข้อจำกัดด้านงบประมาณทำให้เพิ่มอัตรากำลังไม่ได้ ถึงแม้จะมีแผนพัฒนากำลังคนแล้วก็ตาม เช่น ผู้บริหารกล่าวว่า

จริงๆ สำนักวางแผนในทางเชิงบุคลากรในแต่ละด้านออกมา แต่ก็ต้องยอมรับว่าข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ หรือเรียกว่าการคุมกำเนิดภาคราชการ รัฐบาล นโยบายตรงนี้ทำให้อัตรากำลังเราก็ไม่ได้เพิ่ม (RH10)

7) การปรับนโยบายการรับในสถานดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการ เนื่องจากปัจจุบันรับลดลงและถ่ายโอนบางส่วนไปยังสถานบริการอื่นที่ผู้สูงอายุมีภูมิลำเนาอยู่ แต่ปรากฏว่ามีผู้ที่ยื่นความจำนงขอเข้ามาพักอาศัยมากกว่าจำนวนเตียงที่จะรองรับได้

8) นโยบายการถ่ายโอนสถานสงเคราะห์จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีการพิจารณาให้เหมาะสมกับจำนวนบุคลากรของท้องถิ่นที่มีอยู่ด้วย

9) นโยบายการจัดบริการบ้านพักคนชราสำหรับผู้ที่มีกำลังจ่ายที่ไม่แพงมาก ให้มีระบบรักษาความปลอดภัย มีระบบส่งต่อกับโรงพยาบาล และมีการอำนวยความสะดวกเรื่องบริการอาหาร ดังผู้สูงอายุกล่าวว่า

อยู่บ้านฝนตก ฟ้าร้องเปรี้ยงปร้าง ฝนตกสาดเสียงหน้าบ้านหลังบ้าน โหยทั้งบ้านมีไข่อยู่ฟองเดียว ยายก็ต้องมาต้มไข่ฟองกิน ชีวิตเหมือนรอดเพราะไอ้ไข่ฟองนั้น บางครั้งน้ำก็ท่วมออกก็ไม่ได้ มันมีมาม่าอยู่ห่อหนึ่งเพราะว่าเขาให้มาม่าซองมา ทีนี้เพื่อนฝูงก็ถามว่าแล้วทำไมอ่ะ ทำไมไม่ซื้อมาไว้เยอะ ๆ เล่า ทำไมมีไข่อยู่ลูกเดียว มีมาม่าอยู่ซองเดียว ก็เวลาซื้อเนี่ย ก็ไอ้ห้างที่มันอยู่ริมคลองเนี่ยมันไม่มีรถ หนูต้องลงรถเมล์ที่ป้ายรถเมล์ แล้วหนูก็หิ้วระยะทางจากตรงนี้เท่ากับป้ายระเมล์หนึ่ง หนูยังต้องหิ้วไข่มา 10 ฟอง หิ้วน้ำปลามาซักขวดหนึ่ง เอาส้มมาอีกกิโลหนึ่ง เอานมอีก 2 กระป๋อง หนูหิ้วไม่ไหวนะ เหนื่อยทีเดียว หิวด้วยนะอยู่คนเดียวเนี่ย ใส่ถุงย่ามด้วย ไอ้ถุงย่ามนี่ต้องเอามาซ้อนไหล่ ก็หนักไปข้างหนึ่ง ไหล่ลู่ไปข้างหนึ่ง น้ำปลาขวดหนึ่งก็หนักแล้ว (RH7)

7. ประเด็นอื่น ๆ

7.1 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) การตอบสนองความต้องการของปัจเจกบุคคล ผู้ให้บริการประสบปัญหาในการจัดบริการที่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน เช่น ผู้บริหารกล่าวว่า

...ความต้องการของผู้สูงอายุนี่มันไม่เหมือนกันในแต่ละคน นี่ปัจเจกนี่ ทำให้การให้บริการเรานี่ค่อนข้างมีปัญหาแล้วแกก็จะบอกว่าไม่เห็นดีเลยอะไรอย่างงี้ฮะ ทีนี้เวลาเราประเมินความพึงพอใจเรามักจะดูในองค์รวมน่ะ สมมุติเรามีผู้สูงอายุที่เราประเมินซัก 100 คนต่อครั้งนี่ได้ถ้า 90 เราก็คิดว่าเออยังไง ไอ้หนึ่งสองคนที่ยังมีไอ้ติง ๆ ข้อเสนอแนะนี่ก็จะเก็บมา

เป็นประเด็นมาคุยต่อไปคิดว่านี่ไอ้การให้บริการผู้สูงอายุนี่ เนื่องจากตัวผู้รับบริการของเรามีลักษณะพิเศษหลายอย่างทำให้ผมคิดว่ามันเป็นปัญหาทำให้เรารู้สึก เอ๊ะเราก็ยังทำตอบสนองความต้องการไม่ครบร้อยเปอร์เซ็นต์อย่างงี้ (RH1)

2) การออกแบบอาคารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน เช่น อาคารคนป่วยที่ถูกออกแบบให้มีเคาน์เตอร์พยาบาลอยู่ชั้น 1 มีหอผู้ป่วยที่นอนติดเตียงอยู่ชั้น 3 และมีหอผู้ป่วยสมองเสื่อมอยู่คนละอาคาร ทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความยากลำบาก

3) บุคลากรประสบความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จากปัญหาพฤติกรรมและภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ดังผู้ให้บริการกล่าวว่า *"ดูแลยาก เพราะผู้สูงอายุ (dementia) ดิ้นได้ไม่รู้เรื่องด้วยดูแลยาก (RH2)"* หรือกล่าวว่า *"บางทีผู้สูงอายุฉี่ อึ พี่เลี้ยงเค้าจะไปทำ ทำไม่เสร็จซะที ทำแล้วก็ถ่ายอีก ปาฉี่ ปาอึ ปาแพมเพิส หรือบางทีพื้นไม่แห้งผู้สูงอายุเดินก็จะหกล้ม... (RH2)"*

4) สถานดูแลผู้สูงอายุ ได้ถูกปรับเปลี่ยนภารกิจให้เป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทำให้มีภารกิจเพิ่มขึ้นทำให้มีเวลาบริการผู้สูงอายุในสถาบันลดลง เช่น ต้องออกไปทำงานร่วมกับชุมชนเพิ่มขึ้นจากเดิมที่มุ่งเน้นเฉพาะการบริการในสถานบริการเท่านั้น

5) บุคลากรไม่เพียงพอ ด้วยภารกิจที่เพิ่มขึ้นแต่ไม่สามารถบรรจุบุคลากรใหม่ทดแทนผู้ที่เกษียณอายุได้ ต้องแก้ไขปัญหาโดยจ้างบุคลากรจากเงินบริจาคที่เข้ามูลนิธิ

6) สวัสดิการของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอ ขาดช่องทางในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

เดิมสมัยก่อนจะมีแพทย์ด้าน...เค้าก็ไปเรียนต่อต่างประเทศ เพื่อนำความรู้มาปรับปรุงพัฒนา...พอกลับมาสวัสดิการไม่เพิ่มเค้าก็ต้องไป (RH2)

7) การคำนึงถึงความมีศักดิ์ศรีและการล่วงละเมิดอิสรภาพของผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่อ่อนไหวต่อความรู้สึก การที่บุคลากรบางคนทำงานมานานจนเป็นความเคยชินอาจละเลยประเด็นเหล่านี้ไปได้

8) ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค จึงไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองให้ถูกต้อง

9) ปัญหาการส่งต่อและรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เช่น การส่งต่อเมื่อผู้สูงอายุป่วยฉุกเฉินที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างแพงเนื่องโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดจะเป็นโรงพยาบาลเอกชน การที่ต้องรับผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในโรงพยาบาลที่ยังมีอาการไม่คงที่ มีแผลกดทับหรือมีสายยางให้อาหารเข้ามาพักในบ้านพักคนชราในขณะที่บ้านพักคนชราไม่มีศักยภาพเพียงพอ เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

ปัญหาอยู่ว่าบ้านพี่กับโรงพยาบาลทะเลาะกันเยอะ ในเรื่องของการตีโจทย์ไม่แตกว่าผู้สูงอายุที่ป่วย...ไปนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลแล้วถูกทิ้งนะ ... ไม่มีคนดู เป็นแผลกดทับเป็นอะไรเรื้อรัง เป็นอะไรต่าง ๆ ก็ถามว่าแล้วผู้สูงอายุพวกนี้จะเดินไปอยู่ตรงไหน ตอนนี้รัฐยัง

ไม่มีกลุ่มงานอะไรอย่างนี้นะ หมายถึงว่านอนติดเตียงมาเลย เป็นแผลอะไรที่ต้องดูแลต่อเนื่องอะไรไม่มี แต่ในกรณีที่ป่วยธรรมดา อัมพาต อัมพฤกษ์ยังพอได้ หรือว่ารักษาเบื้องต้นอะไรได้ บ้านพักผู้สูงอายุยังพอรับได้อยู่ก็คือมา แต่ตอนนี้ที่มาไม่ได้เพราะว่ามันเป็นแผลเรื้อรัง เป็นการที่ต้องรับการพยาบาลอย่างสูงเนี่ย รัฐไม่ได้คุย ทีนี้พอรัฐไม่ได้คุย ไม่มีที่ไป โรงพยาบาลนักสังคมโรงพยาบาลไม่เข้าใจ ก็มาคาดหวังกับบ้านพักคนชรา (RH3)

7.3 ภาพลักษณ์ของบ้านพักคนชรา สิ่งที่ผู้ให้สัมภาษณ์ต้องการบอกหรือต้องการฝาก เช่น บ้านพักคนชราควรเป็นบ้านหลังสุดท้ายที่ให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุข ในช่วงสุดท้ายของชีวิตหลังจากที่ทำงานหนักมานาน ควรคำนึงถึงทางเลือกของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่แบบเสียค่าบริการในเรื่องต่างๆ และการสนับสนุนให้ท้องถิ่นจัดบริการสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เช่น Group home สำหรับผู้สูงอายุ 10-20 คน ที่สามารถให้บริการทั้งระยะยาวและการดูแลแบบชั่วคราว (respite care) การดูแลกลางวัน (day care) รวมทั้งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสภาพที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้ โดยมีกระทรวง พม. เป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งด้านองค์ความรู้ วิชาการและการฝึกปฏิบัติจากศูนย์พัฒนาสังคมและสวัสดิการที่มีอยู่ทุกภาคทั่วประเทศ

สรุป

บ้านพักคนชราแห่งหนึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อไปเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มาพักอาศัยจะถูกแบ่งออกเป็น กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จุดเด่นในการบริการแบ่งเป็น ด้านบุคลากร ด้านการบริการและด้านการบริหาร มีระบบการตรวจสอบคุณภาพ และหน่วยงานได้การผ่านการตรวจมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ การจัดการทางด้านคุณภาพที่เป็นจุดเด่น เช่น มีการประชุมทีมอย่างสม่ำเสมอ การแบ่งงาน การสอบการทำงาน การรายงานตามลำดับขั้น ผู้บริหารให้ความสนใจและสนใจติดตามงานอย่างใกล้ชิด มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมเสริมทักษะและเพื่อความผ่อนคลาย ส่งเสริมการออกกำลังและดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีพ มีระบบส่งต่อตลอด 24 ชั่วโมง ถึงแม้หน่วยงานไม่เคยมีการคำนวณต้นทุนการบริหาร แต่ผู้ให้บริการบอกว่ามีความคุ้มค่าคุ้มทุนในเชิงศาสนาและศีลธรรมจรรยา สำหรับนโยบายสาธารณะที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน แบ่งออกเป็นนโยบายด้านครอบครัว ชุมชนและสังคมและนโยบายด้านสถานบริการ

บทที่ 5
การดูแลผู้สูงอายุในสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต

1. บริบท

สถาบันเพื่อการฟื้นฟูสภาพแห่งหนึ่ง ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1908 (พ.ศ. 2451) โดยมิชชันนารีศาสนาคริสต์เพรสไบทีเรียน เป็นสถานบริการที่ไม่หวังผลกำไร ดำเนินการโดยมูลนิธิสภาคริสตจักรในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน (leprosy) ซึ่งเป็นโรคที่ระบาดอย่างมากในขณะนั้น และผลจากโรคทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ เป็นที่รังเกียจของบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่สามารถอยู่ในสังคมตามปกติได้ และถูกทอดทิ้ง ชื่อที่ก่อตั้งในขณะนั้น คือ ชุมชนโรคเรื้อน (Leprosy Colony) กล่าวคือ มีการซื้อที่ดินและรับบริจาคพื้นที่ซึ่งอยู่ห่างจากชุมชนเมือง มีลักษณะคล้ายเกาะโดยมีลำน้ำอยู่ล้อมรอบ มีพื้นที่มากกว่า 500 ไร่ บริการให้การรักษาและสร้างบ้านขนาดเล็กให้เป็นที่อยู่อาศัย) และมีบริการด้านกายภาพบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้หายจากโรคแต่มีภาวะทุพพลภาพ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาล และเปลี่ยนเป็นสถาบันเพื่อการฟื้นฟูสภาพ เมื่อจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนลดลงอย่างมาก จึงได้รับผู้ป่วยทั่วไป การบริการได้แยกอาคารตามระดับการดูแล ได้แก่ อาคารที่เป็นหอผู้ป่วยทั่วไป แต่ต้องการการดูแลค่อนข้างมาก มีลักษณะการดูแลที่คล้ายกับสถานบริบาล (nursing home) อาคารที่ดูแลผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่ช่วยตัวเองได้ เช่น ผู้สูงอายุที่หายจากโรคเรื้อนแต่มีภาวะทุพพลภาพบางประการ รวมทั้งผู้สูงอายุโรคอื่น เช่น หลอดเลือดสมอง แต่อยู่ในภาวะที่ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ ซึ่งลักษณะบริการส่วนใหญ่เป็นแบบเน้นการดูแลช่วยเหลือการดำรงชีวิต (assisted living) และบริการล่าสุดที่เปิดดำเนินการ คือ การสร้างอาคารใหม่ขนาด 25 ห้อง โดยจัดเป็นห้องพักจำนวน 15 ห้อง เพื่อรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ในลักษณะของ residential home และอีกจำนวน 10 ห้องสำหรับรับดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม ซึ่งจะเปิดดำเนินการอย่างเป็นทางการในวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ปัจจุบันสถาบันเพื่อการฟื้นฟูสภาพแห่งนี้ มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนบริการที่เน้นดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ได้แก่ บริการผู้สูงอายุทุกระดับ ทั้งที่ยังมีสุขภาพดี ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย โดยไม่จำกัดเชื้อชาติ ศาสนา

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าสถาบันเพื่อการฟื้นฟูสภาพ มีบริการที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่หลายประเภทภายในสถาบันเดียวกัน คือ มีสถานบริบาล สถานดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และมีลักษณะที่แฝงอยู่ คือ บ้านพักคนชราที่คิดค่าบริการ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล เพราะได้มีการขอใบอนุญาตจัดตั้งเป็นโรงพยาบาล และรับรักษาผู้ป่วยทั่วไปในช่วงเวลาที่โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเริ่มดำเนินการใหม่ แต่บริการนี้คาดว่าจะหมดไปในเร็วๆ นี้ เพราะประสบกับความขาดทุนและสถาบันต้องการขอปรับใบอนุญาตจากโรงพยาบาลเป็น สถานพยาบาล นอกจากนี้มีบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายที่ไม่ได้วางระเบียบข้อกำหนดอย่างชัดเจน แต่มีการปฏิบัติอยู่ด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ได้เจาะจงเลือกเฉพาะส่วน การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตเท่านั้น ข้อมูลจึงไม่ครอบคลุมบริการทั้งหมดที่ดำเนินการจริงของสถาบัน แต่การวิจัยนี้ต้องการนำข้อมูลบริการในส่วนอื่นจากสถานบริการอื่นมารวมกันให้เห็นภาพรวมทั้งหมดอีกครั้งหนึ่ง

2. ประเภทของการดูแล

ประกอบไปด้วยการดูแลที่ไม่ซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับสภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลช่วยเหลือการดำรงชีวิต ดังนี้

2.1 การจัดการพื้นฐานชีวิต (basic life management)

หน่วยงานที่เป็นส่วนการดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) เป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่ไม่ต้องการการดูแลใกล้ชิด ผู้สูงอายุบางคนช่วยเหลือตัวเองได้ดีพอสมควร เพียงแต่มีความพิการบางส่วน เช่น ไม่มีนิ้วมือ นิ้วเท้า เดินไม่สะดวก บางคนใช้รถเข็น (wheelchair) แต่บางคนเคลื่อนไหวด้วยตนเองไม่ได้ นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเกือบตลอดเวลา การดูแลจึงมีความแตกต่างกัน แต่การดูแลระยะยาวโดยภาพรวมเป็นการดูแลด้านพื้นฐานในการดำรงชีวิตมากกว่าการดูแลสุขภาพโดยตรง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างให้ข้อมูลในทางเดียวกัน คือ การให้ที่อยู่อาศัยและปัจจัยพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิต แม้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ส่วนใหญ่มีปัญหาที่ต้องการการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับตั้งแต่น้อยไปจนถึงมาก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ครบถ้วนทุกอย่าง สถานบริการได้ให้การดูแลที่จำเป็น คือ การช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว เป็นกิจกรรมหลัก และมีการช่วยเหลือด้านการฟื้นฟูสภาพตามแต่ปัญหา โดยเป็นการช่วยบริหารร่างกาย แขน และขาที่ทำโดยพยาบาลเทคนิคและเจ้าหน้าที่ดูแลที่ทำงานมานาน ในรายที่ต้องการการฟื้นฟูโดยนักกายภาพบำบัด ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ร่วมกับการตัดสินใจจากญาติผู้สูงอายุในการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการดูแลตามปกติแล้วเท่านั้นจึงจะให้การฟื้นฟูสภาพโดยนักกายภาพบำบัดจากหน่วยการดูแลระยะยาวส่วนที่เป็นงานบริบาล (nursing home) ซึ่งเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งในสถานดูแลระยะยาวแห่งเดียวกันนี้ การดูแลส่วนใหญ่จึง ได้แก่

หลักของเราเลยตั้งแต่ต้นมาคือ 1) เรื่องให้ที่พัก 2) เรื่องอาหาร 3) สุขอนามัย เรื่องเสื้อผ้า คือว่าเรียกว่า วงจรชีวิตทั้งหมด (AL2)

เลี้ยงดูก็มีการหาอาหาร จัดเตรียมอาหารให้ 3 มื้อ บริการสุขภาพให้ อาบน้ำให้เหมือนกับโรงพยาบาลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ทุกอย่างนะครับ ป้อนข้าวป้อนน้ำ อาบน้ำจัดยาทุกอย่าง ที่จะดูแล (AL10)

ตื่นเช้าก็ต้องมีเอาไปอาบน้ำอะไร เปลี่ยนผ้าอ้อม ก็ดูแลเหมือนเด็กเลยครับ ดูแลทุกอย่าง ถึงเวลา 7 โมงเช้า 11 โมง และ 4 โมงเย็น กินข้าว ได้ทานข้าว 3 มื้อ เขาจัดผ้าอ้อมให้ (AL9)

เป็นกิจกรรม Nursing care ทุกอย่าง เช่น อาบน้ำ เช็ดตัว ดูแลสายสวนปัสสาวะ อาบน้ำ เตรียมจัดท่าทานอาหาร ยกอาหารไปให้ที่เตียง ป้อนอาหารที่เตียงเกือบจะทุกราย ในการอาบน้ำต้องยกผู้สูงอายุนั่งล้อเข็นไปอาบน้ำที่ห้องน้ำทุกราย นอกจากนี้ก็มีอ่านหนังสือ

ให้ฟัง ซื้อขนมมาให้รับประทาน ถ้ามีกรณีฉุกเฉินจะทำไม่ทัน นอกจากนี้เรายังต้องดูแลบ้านทุกหลังที่ต้องมีการหยอดยาตา กิจกรรมตอนบ่าย ทำ exercise ให้ เพราะว่าถ้าไปทำที่ ALT/OT จะทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายของญาติเพิ่มขึ้น ทำให้ญาติมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ... (AL4)

2.2 การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation)

รูปแบบการดูแลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีหลายวิธีและให้บริการโดยทั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาคือ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด รวมทั้งพยาบาลและผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การทำงานมานาน การฟื้นฟูสภาพโดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการฟื้นฟูที่ใช้อุปกรณ์ในสถานที่ หรือกระทำกับผู้สูงอายุที่เตียง แต่การฟื้นฟูสภาพที่ผู้สูงอายุกระทำเองเป็นการฟื้นฟูที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถยืน เดินได้ จึงเป็นการออกกำลังกายในที่โล่ง และใช้อุปกรณ์ง่ายๆ เช่น ไม้กระบอง ดังข้อมูลต่อไปนี้

จุดเด่น คือ การฟื้นฟูสภาพ สำหรับที่นี่เรามีอุปกรณ์ มีบุคลากรที่พร้อม สามารถให้เวลากับคนไข้ได้ ของรัฐมีเวลาจำกัดจะให้เวลาประมาณ 1ชั่วโมงนะ แต่ที่นี่สามารถให้เวลากับคนไข้ได้ถึง 2 ชั่วโมง บางทีชั่วโมงนี้อาจนั่งอยู่เฉยๆ ก็ได้ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องใช้เวลา เขาจะไม่เหมือนคนอายุน้อย ต้องออกกำลังด้วย พักด้วย ถ้าให้ออกกำลังไปเรื่อยๆไม่พักจะไม่เกิดประโยชน์ ผู้สูงอายุบางทีเลิกเร็ว จะทำหนักไม่ได้ ต้องเบาๆ ต้องพักเป็นช่วงๆ (AL5)

ตอนนี้ก็มีรำกระบอง จะมีวันอังคาร พุธ ศุกร์ ออกกำลัง บริหารร่างกาย... (AL8)

2.3 การสนับสนุนภาวะจิตวิญญาณ (spiritual support)

เนื่องจากสถานดูแลระยะยาวแห่งนี้เป็นขององค์กรทางศาสนา ซึ่งมีเป้าประสงค์ในการให้บริการโดยไม่หวังผลกำไร แต่ต้องการช่วยเหลือชีวิตมนุษย์ที่ขาดแคลน โดยถือว่าเป็นการให้เพื่อนมนุษย์ด้วยกัน การดูแลจึงไม่ได้มุ่งเน้นแต่เพียงการให้ที่อยู่อาศัยและดูแลด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังมีการดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งทั้งผู้ดูแลและผู้รับบริการต่างมีความพึงพอใจในการดูแลในฐานะผู้ให้และผู้รับ รวมทั้งยังมีผู้เยี่ยมเยียนจากกลุ่มต่างๆซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคริสเตียนจากในประเทศและต่างประเทศ นอกจากการดูแลจากผู้ให้บริการและผู้เยี่ยมเยียนแล้ว การดูแลโดยผู้สูงอายุด้วยกันเองก็เป็นอีกทางหนึ่งที่ดำเนินอยู่ในบริบทของสังคมไทย เป็นความเอื้ออาทรต่อกัน และดูแลกันในยามที่เจ็บป่วย ดังข้อมูล

...จะมีทีมที่จะไปเยี่ยมทุกวัน จะไปเล่าเรื่องความรักของพระเจ้าให้เขาเข้าใจ ให้เขามีที่พึ่ง ต้องการเพื่อน เราก็รู้ว่าตามความเชื่อของคน เชื่อว่าผู้ที่จะอยู่กับเราไปตลอดก็คือพระเจ้า (AL4)

เค้าก็มีโครงการเยี่ยมผู้สูงอายุเหมือนกัน และก็นี่อย่างเกาหลี (ผู้เยี่ยมเยียนจากประเทศเกาหลี) ที่มานี่ พอเค้าแสดงเสร็จเค้าก็จะสวดอะไรก็ไม่รู้กัน ผู้สูงอายุงี้น้ำตาไหลพรากๆ แต่ฟังไม่รู้เรื่องหรอกนะคะ พี่ว่ามันคงมีอะไรบางอย่างที่สื่อถึงกันได้ (AL6)

คือเขาจะจัดกลุ่มไปเยี่ยมไข้กัน พอใครไม่สบายต้องไปนอนที่เรือนพยาบาล เขาก็จะไปเยี่ยมกัน พวกของเยี่ยมทางโรงครัวเราก็จะเตรียมไว้ให้ (AL6)

3. คุณภาพการดูแล (quality of care)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง คุณภาพการดูแลไว้ 2 ประเด็นหลัก คือ จุดเด่นจุดด้อย และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต มีรายละเอียดดังนี้

3.1 จุดเด่นจุดด้อยของสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต

จุดเด่นของสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต

1) บริการด้านกายภาพบำบัด

จากข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวถึงข้อดีของสถานบริการแห่งนี้ในเรื่องบริการด้านกายภาพบำบัด เนื่องจากได้มีแพทย์และนักกายภาพบำบัดจากต่างประเทศที่มีความเชี่ยวชาญมาริเริ่มงานไว้ในอดีต จึงเป็นที่รู้จักของผู้สูงอายุและคนในพื้นที่มานาน และการที่มีผู้รับบริการจำนวนไม่มากนัก ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถให้เวลาในการทำฟื้นฟูผู้สูงอายุได้โดยไม่เร่งรีบ

ถือได้ว่างานกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดเป็นงานเด่นของที่นี่ เมื่อก่อนย้อนไป 10 ปี มีหมอเวชศาสตร์ฟื้นฟูกายภาพบำบัดชื่อ... มาวางรูปแบบไว้ดี หัวหน้าแผนกบำบัดตอนนี้ออกไปอยู่กับมูลนิธิขาเทียม น้องคนนั้นก็ทำดีมาก จากนั้นมีแพทย์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูมาอยู่ที่นี่สัก 2-3 ปี ... (AL3)

สามารถให้เวลากับคนไข้ได้ ของรัฐมีเวลาจำกัดจะให้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงนะ แต่ที่นี่สามารถให้เวลากับคนไข้ได้ถึง 2 ชั่วโมง (AL5)

2) สถานที่

สถานดูแลระยะยาวแห่งนี้มีพื้นที่กว้างขวางมากกว่า 500 ไร่ มีต้นไม้ร่มรื่น อากาศเย็นสบาย ทำให้ผู้อาศัยและผู้ให้บริการมีความเห็นร่วมกันว่า เป็นจุดเด่นของสถานดูแลที่หาได้ยาก แต่เนื่องจากเป็นสถานบริการที่ตั้งต้นจากการบริการโรคเรื้อน และเป็นสถาบันคริสต์เตียน จึงทำให้บุคคลภายนอกส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูลในลักษณะของบริการผู้สูงอายุระยะยาวมากนัก ในทางตรงกันข้ามผู้ที่รู้จัก

สถาบันแมคเคนกลับกลายเป็นชาวต่างประเทศ ซึ่งอาจเนื่องจากมีเวปไซต์ที่เป็นภาษาอังกฤษมานาน รวมทั้งมีการติดต่อด้านความช่วยเหลือและเป็นสถานที่ดูงานของชาวต่างชาติจำนวนมาก

3) บริการครอบคลุม

การบริการที่ให้มีทั้งส่วนที่เป็นอาคารที่ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลค่อนข้างมาก เปรียบได้กับสถานบริบาล (nursing home) และอาคารที่ให้บริการแบบช่วยเหลือการดำรงชีวิตซึ่งเป็นพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลของภาคเหนือในครั้งนี้ นอกจากนี้ยังรับดูแลผู้สูงอายุไปจนวาระสุดท้ายของชีวิต แม้จะไม่ได้จัดแยกอาคารที่ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย แต่ทางสถานบริการได้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เสียชีวิตมาตลอด และในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ได้มีการก่อสร้างและเปิดอาคารหลังใหม่เพื่อรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตัวเองได้ส่วนหนึ่ง ซึ่งเป็นลักษณะของ Residential home และอีกส่วนหนึ่งของอาคารจะรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งน่าจะเข้ากับลักษณะของ Nursing home จึงกล่าวได้ว่าสถานบริการแห่งนี้ให้บริการระยะยาวทุกประเภทดังข้อมูล

ทุกประเภท All in one คือผู้สูงวัยเนี้ย ยินดีรับ ดูแลไปจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต.... ใช่ รวมไปถึง Hospite (สถานดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย) ด้วย เหมาหมดเลย ทำมาตลอด ก่อนคำนี้จะถูกกำหนดขึ้นมา เราดูแลจนตาย แล้วก็ทำพิธีศพ ทำอะไร มีโบสถ์ มีอะไรหมดเลย ที่... จะไม่ทอดทิ้งใคร เมื่อเข้าไปแล้วจะมีความสุขมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โบสถ์ร่มรื่น (AL1)

ปัจจัยส่งเสริมจุดเด่นหรือการบริการที่ดี

ด้านปัจจัยที่ส่งเสริมการบริการที่ดีพบว่ามีข้อมูลด้านเดียว คือ การบริการด้วยใจรัก เพราะคิดว่าผู้สูงอายุเปรียบเสมือนพ่อแม่และผู้ให้บริการมีความเชื่อในองค์พระผู้เป็นเจ้า ที่เห็นว่า การบริการให้ผู้อื่นมีความสุข คือพระประสงค์ของพระเจ้าดังคำกล่าว

เรายังยึดปณิธานแล้วก็อุดมการณ์ของมิสชันนารีที่มาก่อตั้ง.... ถือว่ามนุษย์ทุกคนเป็นลูกของพระเจ้า ...แล้วถ้าเราบอกว่าเราเป็นพี่น้องกัน แล้วพี่น้องเรามีความทุกข์ยาก เราไม่ช่วย เราก็ได้ชื่อว่าเป็นคนใจจืดใจดำ เพราะฉะนั้นนี่คือกรอบที่ว่าเราจะต้องช่วยชีวิตเขา (AL1)

คิดว่าเป็นเรื่องที่เราให้บริการด้วยใจนะคะ เราดูแลเค้าเหมือนเป็นปู่ย่าตายาย แล้วเราก็เป็นลูกๆ หลานๆ ที่มาดูแล ผู้สูงอายุที่นี่เขาจะอยู่กันนาน มันก็มีความผูกพันกัน (AL6)

จุดด้อยของสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต

1) อุปกรณ์ ปัญหาอุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอ และค่อนข้างเก่า เป็นปัญหาหนึ่งที่ต้องการการปรับปรุง ส่วนใหญ่เป็นของใช้ทั่วๆไปในอาคาร ได้แก่ พัดลม เครื่องวัดความดันโลหิต เตียง และ

สัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่ ส่วนอุปกรณ์ด้านกายภาพบำบัด ส่วนใหญ่บอกว่ามีมาก แต่บางรายบอกว่ามีการชำรุดไปบ้าง ควรมีการซื้อใหม่เพิ่มเติม

... ปัญหาที่มีคือเรื่องอุปกรณ์ ความสะดวกยังไม่ดีพอ เช่น พัดลมเสีย ไม่มีที่ดูดอากาศ ทำให้มีกลิ่นเหม็นอับ อุปกรณ์ที่นี่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้เทคนิคการปฏิบัติกับคนไข้ก็ไม่เท่าไหร่ เช่น เครื่องวัด BP มีเครื่องเดียวที่ใช้ได้ (หัวเราะ) แล้วใช้มากด้วย (AL4)

... ในสหรัฐฯ บางคนถ้าเริ่มลุกจากเตียง เขาจะมี alarm มีอุปกรณ์เยอะ ที่นี่จะไม่ค่อยมี (AL3)

2) บุคลากร ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานที่ช่วยเหลือการดำรงชีวิตแห่งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่หายจากโรคเรื้อน แต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ต้องการการช่วยเหลือจากสถานดูแลในระดับหนึ่ง แต่เหตุผลหลักคือ การที่ไม่สามารถกลับไปอยู่ในสังคมเดิมได้จากความรังเกียจ และรู้สึกอายต่อการเป็นโรคเรื้อนและมีภาวะทุพพลภาพ การดูแลจึงไม่ใช่ลักษณะที่ต้องดูแลใกล้ชิด เพราะส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ อย่างไรก็ตามปัจจุบันได้มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม และโรคเรื้อรังอื่นๆ แต่พ้นระยะเฉียบพลันมาแล้ว จึงต้องการการดูแลมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่มานานตั้งแต่อดีต ดังนั้นจึงมีความต้องการดูแลมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเห็นว่า ขาดบุคลากร แต่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้แสดงความเครียด ดังข้อมูล

ควรมีเจ้าหน้าที่ PT/OT โดยตรงมาอยู่ประจำเลยเพราะเจ้าหน้าที่นี่งานเยอะอยู่แล้ว คิดว่าอยู่ไปก่อน ... แต่ถ้าคิดด้านภาระงานควรจะเพิ่ม ... แล้วจำนวนเจ้าหน้าที่กับคนไข้ก็ไม่สมดุลกัน (AL4)

3) ความรู้และทักษะการดูแล ผู้ให้การดูแลโดยตรงเป็นพยาบาลเทคนิคเพียงคนเดียว นอกจากนั้นเป็นเจ้าหน้าที่ที่ทำงานมานาน และไม่มีนักกิจกรรมบำบัด หรือนักกายภาพบำบัดที่อยู่ในหน่วยงานหรืออาคารนี้ แต่จะมาให้การฟื้นฟูได้หากจำเป็น ดังนั้น การดูแลจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับบริการและบุคลากรอื่นได้สะท้อนความเห็นว่า ผู้ดูแลควรเป็นผู้ที่มีความรู้ หรือได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะ เพื่อให้การดูแลที่มากกว่าการทำหน้าที่ตามภารกิจประจำวัน ดังข้อมูล

การเอาใจใส่ พูดตามตรงคือเจ้าหน้าที่เขาทำตาม routine ทำตามหน้าที่ที่จะต้องทำเป็นวัน แต่ยังขาดการดูแลเอาใจใส่ ....กายภาพบำบัดให้ครบถ้วนหน่อย .... เรื่องของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลต้องมีจิตใจที่อยากดูแลจริงๆ ไม่ใช่ดูแลแบบ Routine ซึ่งถ้าไม่เป็นแบบนั้น รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก็จะไม่ดี (AL9)

ควรจะ More structure เรื่องนี้ ในตึกใหม่ ทุกๆ คนที่มีหน้าที่ช่วยคนไข้ต้องเรียน 12 ชั่วโมงต่อปีทุกปีต้องจดว่าได้พัฒนาเรื่องอะไรบ้าง อยากให้ More definite เพราะที่นี่ แบบง่ายๆ สงสัยว่าถ้ากำลังเขียนกฎ น่าจะมีเรื่องนี้ กำหนดว่าทุกปี ควรได้รับการอบรมเท่าไร พัฒนาเท่าไร.... ควรมีนโยบายที่จะอบรม Nurse Aide ในเรื่องต่าง ๆ หลายเรื่องเปลี่ยนไปเรื่อยเพื่อเพิ่มความรู้ อย่างในสหรัฐอเมริกา Nurse Aide ต้องอบรม 12 ชั่วโมงต่อปี (AL3)

3.2 คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต

ผู้ให้การดูแลโดยตรงเป็นพยาบาลเทคนิคเพียงคนเดียว นอกจากนั้นเป็นเจ้าหน้าที่ที่ทำงานมานาน และไม่มีนักกิจกรรมบำบัด หรือนักกายภาพบำบัดที่อยู่ในหน่วยงานหรืออาคารนี้ แต่จะมาให้การฟื้นฟูได้หากจำเป็น ดังนั้น การดูแลจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับบริการและบุคลากรอื่นได้สะท้อนความเห็นว่า ผู้ดูแลควรเป็นผู้ที่มีความรู้ หรือได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะ เพื่อให้การดูแลที่มากกว่าการทำหน้าที่ตามภารกิจประจำวัน ดังข้อมูล

การเอาใจใส่ พูดตามตรงคือเจ้าหน้าที่เขาทำตาม Routine ทำตามหน้าที่ที่จะต้องทำเป็นวัน แต่ยังขาดการดูแลเอาใจใส่ ....กายภาพบำบัดให้ครบถ้วนหน่อย (AL9)

เรื่องของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลต้องมีจิตใจที่อยากดูแลจริงๆ ไม่ใช่ดูแลแบบ Routine ซึ่งถ้าไม่เป็นแบบนั้นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก็จะไม่ดี (AL9)

ควรจะ More structure เรื่องนี้ ในตึกใหม่ ทุกๆ คนที่มีหน้าที่ช่วยคนไข้ต้องเรียน 12 hr ต่อปีทุกปี ต้องจดว่าได้พัฒนาเรื่องอะไรบ้าง อยากให้ More definite เพราะที่นี่ แบบง่ายๆ สงสัยว่าถ้ากำลังเขียนกฎ น่าจะมีเรื่องนี้ กำหนดว่าทุกปี ควรได้รับการอบรมเท่าไร พัฒนาเท่าไร.... ควรมีนโยบายที่จะอบรม Nurse Aide ในเรื่องต่าง ๆ หลายเรื่องเปลี่ยนไปเรื่อยเพื่อเพิ่มความรู้ อย่างในสหรัฐอเมริกา Nurse Aide ต้องอบรม 12 ชั่วโมงต่อปี (AL3)

4. การจัดการทางด้านคุณภาพ

4.1 มีสหสาขาวิชาชีพ

การจัดการด้านคุณภาพที่เกี่ยวกับการดูแลโดยตรงประกอบด้วยทีมผู้ดูแลที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ มีการประชุมทีมเพื่อปรึกษาหารือและมีการปรึกษาข้ามสาขาในกรณีที่มีความจำเป็น ดังข้อมูล

จะมีแพทย์ตรวจอยู่แล้ว ถ้ามีอาการฉุกเฉิน ที่ไม่ได้เตรียมการไว้ สามารถให้แพทย์ขึ้นมาดูได้ ถ้าไม่เร่งรีบจะมีการเขียนใบ Consult ถึงแพทย์ได้ พยาบาลได้ ถึงกายอุปกรณ์

ได้ ถ้ามีอะไรที่ต้องเพิ่มเติมเข้าไป มีการส่งต่อคนไข้ มีการประชุมอยู่แล้ว ทุกอาทิตย์จะ มีแพทย์ พยาบาล นักจิตบำบัด นักกายภาพบำบัด จนถึง นักสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายออกชุมชน มาประชุมร่วมกันอยู่แล้ว มีการติดตามเยี่ยมบ้าน สำหรับคนไข้ที่กลับไปอยู่บ้าน (AL5)

4.2 การประเมินผลลัพธ์การดูแล

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลหรือการดูแลอื่นเป็นไปแบบงานประจำ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำงานมาเป็นเวลานาน มีความรู้ในการประเมินปัญหาได้ แต่ไม่มีมาตรฐานที่เป็นแนวปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การประเมินแผลกดทับ การประเมินภาวะพลัดตกหกล้ม ดังข้อมูล

ก็ไม่ได้บันทึกอะไรมาก แต่ที่ผ่านมาก็ไม่มีอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มอะไร และไม่มีแผลกดทับด้วย แต่มีมาจากบ้านแล้ว เราก็ประเมินโดยการวัดเราก็ทำแผลให้ แผลพวกนั้นก็เล็กลง หรือหายไป แต่ถ้าไม่มีเราก็พยายามอย่าให้มี (AL5)

4.3 มีการประเมินความพึงพอใจจากผู้รับบริการ

การจัดการด้านคุณภาพอีกประการหนึ่ง คือ การรับข้อคิดเห็นจากผู้รับบริการ โดยการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ อย่างไรก็ตามไม่มีการกล่าวถึงการประเมินโดยวิธีอื่น ดังข้อมูล

โดยประเมิน Feedback จากญาติ ๆ จากแบบสอบถามความพึงพอใจ (AL5)

4.4 มีการจัดกิจกรรม

การจัดกิจกรรมของสถานดูแลมีหลากหลายประเภท ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการใช้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นกิจกรรมที่ได้ทั้งความแข็งแรง มีความบันเทิงและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุด้วยกันและกับผู้ดูแล ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมบันเทิงในวันพิเศษต่างๆ และกิจกรรมที่ได้ผลผลิตที่นำมาใช้ได้ และสามารถขายเป็นรายได้เล็กๆ น้อยๆ ดังข้อมูล

เขาก็จัดกิจกรรมให้เช่น กิจกรรมวันคริสต์มาส ออกกำลังกาย เช่น รำกระบอง รำมวยจีน ทำกลุ่มดอกไม้จันทน์ น้ำยาปรับผ้านุ่ม งานฝีมือ ก็ดีค่ะทำให้คนแก่มีกิจกรรมร่วมกัน หรือมีกิจกรรมดูงานนอกสถานที่ แล้วแต่งบประมาณแต่ก่อนก็ไปทะเลกัน แต่ตอนนี้ไม่ได้ไป เพราะงบไม่มี แต่ถ้าออกไปเขาก็มีความสุขดี หรือดูสวนสมุนไพร (AL4)

4.5 การจัดสภาพแวดล้อม (environmental management)

สถานที่ตั้งและสภาพแวดล้อมของสถานดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่ส่งเสริมบรรยากาศของความน่าอยู่ และสร้างความประทับใจแก่ผู้อาศัย ญาติและผู้มาเยี่ยมเสมอ แม้แต่ผู้ให้บริการที่ทำงานอยู่ก็มีความภาคภูมิใจ พึงพอใจกับสถานที่ที่กว้างขวางหลายร้อยไร่ มีต้นไม้มาก เกิดความร่มรื่น และเงียบสงบเนื่องจากอยู่ห่างไกลจากชุมชนเมืองที่มีคนอาศัยมาก โดยบุคลากรหลายคนบอกว่าเป็นจุดเด่นของสถานดูแลระยะยาวแห่งนี้ ดังข้อมูล

ผมเป็นคนทำงานในนี้มองว่า... มีศักยภาพมากพอที่จะพัฒนาต่อไป เพราะมีพื้นที่มากกว่า 500 ไร่ (AL10)

สถานที่เราก็จะเน้นเรื่องความร่มรื่น พี่มีเจ้าหน้าที่ดูแลสถานที่สามคน คนหนึ่งดูแลตัดหญ้า ตัดแต่งต้นไม้ อีกคนคอยดูแลซ่อมแซมบ้านพักที่ให้ผู้สูงอายุอยู่เพราะบางทีหลังที่ไม่มีคนอยู่ก็เก่ามาก ต้องซ่อมบ่อยๆ บางครั้งก็สงสารผู้สูงอายุเหมือนกัน เพราะบ้านมันเก่ามาก ถ้าซ่อม ทาสี บางทีก็น่าอยู่ขึ้นมาหน่อย เจ้าหน้าที่อีกคนจะดูแลเรื่องเก็บขยะ นอกนั้นถ้ามีปัญหาเรื่องไฟฟ้า น้ำประปาอะไรพวกนี้ ที่นี่เราก็มีช่างของเราหมดแล้ว ถ้าอะไรเสีย ผู้สูงอายุก็จะมาบอก พี่ก็ประสานงานให้เขามาซ่อม แต่ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุเขาจะอยู่นาน ถ้าเป็นบ้านหลังที่มีคนอยู่ เขาก็จะดูแลของเขาเอง ตัดหญ้า ปลูกต้นไม้ (AL6)

4.6 การบริการส่งและรับ (transportation)

ข้อมูลการดูแลพบว่าไม่เพียงแต่จำกัดอยู่เฉพาะในสถานบริการเท่านั้น แต่ยังมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยที่มากกว่าบริการที่มีอยู่ จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทาง หรือเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น รวมทั้งไปตรวจรักษากับแพทย์ประจำตามนัด โดยมีบริการรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล ซึ่งเป็นความประทับใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ดังข้อมูล

บริการรับส่งตลอด เวลาหมอนัดก็ไปส่งทุกครั้ง เสร็จแล้วก็โทรเรียกให้ไปรับ ที่นี่เขาบริการดี๊ดี เขาดูแลดี ดีที่สุดแล้ว .... เมื่อก่อนไปผ่าตา ใส่เลนส์ ที่สวนดอกเขาก็บริการไปส่งเอาไปส่งตัวจากใกล้หมอ (AL7)

.... มีการ refer ไปที่ไหน บัตรทองไปที่ไหนจะโยกย้ายให้ทั้งหมด มีเจ้าหน้าที่ดูแล (AL3)

5. ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ

ความเห็นเรื่องความคุ้มค่า คุ้มทุน เป็นไปในทางเดียวกันว่า สถานบริการไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องนี้มากนัก เพราะเป็นองค์กรทางศาสนา ไม่ได้หวังกำไร และในอดีตที่ผ่านมาสถานบริการได้รับเงินสนับสนุนจากองค์กรศาสนาจากต่างประเทศค่อนข้างมาก ปัจจุบันนี้ความช่วยเหลือดังกล่าวได้ลดน้อยลง จึงเห็นว่า แม้จะไม่หวังผลกำไรแต่ก็ควรมีรายรับที่สามารถรองรับภารกิจได้ ดังนั้น หากจะมองที่ความคุ้มทุนจะพบว่า ไม่คุ้มทุนในด้านการเงิน แต่ถือว่าคุ้มทุนในด้านมนุษยชนที่ได้ช่วยเหลือคนและสังคม

เราเป็นองค์กรที่ไม่หวังกำไร ตลอดเวลาที่ผ่านมาเราได้รับการสนับสนุนจากสภาคริสต์จักรในแห่งประเทศไทย และองค์กรต่างประเทศ แต่ขณะนี้การช่วยเหลือจากต่างประเทศลดลงไปมาก ต่อไปนี้เราก็ต้องคิดใหม่ ปรับวิธีการที่ให้เราอยู่ได้ด้วย (AL3)

ถ้าพูดถึงเรื่องความคุ้มค่า คุ้มทุน ถ้าจะพูดในเชิงของธุรกิจไม่คุ้ม แต่ถ้าพูดถึงเรื่องคุณภาพชีวิตมันคุ้มค่ามาก การที่จะช่วยให้ตามความเชื่อของคริสต์ศาสนาของพวกเรา เราเชื่อว่าการที่จะช่วยให้ใครสักคน เข้าใจความหมายของความเป็นคน คุณค่าของคน มันคุ้มค่าและคุ้มทุน แต่จริงๆ แล้ว ถ้าเรามาเทียบดู เมื่อเทียบกันระหว่างค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปในสงคราม ผมจำตัวเลขไม่ได้ ใช้เงินจำนวนมาก เพราะฉะนั้นถ้าพูดถึงเรื่องความคุ้มค่าของสภาที่จัดเนี้ย เราคุ้มค่าคุ้มทุน เพราะว่าในเชิงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ การที่เราสามารถช่วยให้คนหนึ่งคนตั้งตัว ตั้งชีวิตได้ใหม่... เพราะฉะนั้นในเรื่องของความคุ้มค่าคุ้มทุน เราได้รับเงินสนับสนุนจากคนทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันการสนับสนุนจากต่างประเทศลดลง แต่ในประเทศเรายังคงได้รับน้ำใจจากคนไทยก็มีมากขึ้น ถือว่าคุ้มค่าและคุ้มทุน.... ไม่ได้คิดถึงเรื่องกำไร กำไรไม่มาสู่... แต่กำไรจะกลับไปสู่สังคม ถ้ามีกำไรก็จะทำให้ขยายบริการให้มากขึ้น เพราะว่าเป้าหมายก็คือเพื่อประชาชนไทยจะได้มีชีวิตที่ครบบริบูรณ์ กลับไปสู่พี่น้องคนไทยหรือคนต่างชาติที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย (AL1)

6. นโยบายสาธารณะ

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตแห่งนี้เป็นสถาบันที่ก่อตั้งโดยมิชชันนารีในศาสนาคริสต์เตียนเพลสไบทีเรียน โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานทางศาสนาคริสต์เตียนทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก การบริการที่ดำเนินมาโดยตลอดไม่ได้พึ่งนโยบายสาธารณะ แต่ในช่วงระยะเวลา 10-20 ปี มานี้ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในสถานบริการด้วย นอกเหนือจากนี้สถาบันยังไม่มีการใช้นโยบายสาธารณะใดในการดำเนินการ จึงกล่าวได้ว่า นโยบายสาธารณะมีความเกี่ยวข้องกับสถานบริการน้อยมาก แต่ได้บริหารจัดการโดยยึดถือหลักปรัชญาทางศาสนา คือ การรับใช้พระเจ้าในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ดังนั้นสถานดูแลจึงยึดถือหลักปรัชญาการดูแลแทนนโยบายสาธารณะ ดังคำกล่าว

เรายังยึดปณิธานแล้วก็อุดมการณ์ของมิสซินนารีที่มาก่อตั้ง...ไว้ก็เพราะว่าตามพระวัจนะของพระเยซูคริสต์ หรือบันทึกไว้ในยอนข้อ 10 ที่ว่า พวกเขาทั้งหลายซึ่งให้ชีวิต ก็จะได้ชีวิตที่ครบบริบูรณ์ ฉะนั้นอันนี้เป็นกรอบแห่งความคิด ซึ่งนำการบริการที่นั่น และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ... เป็นผู้ก่อตั้ง ก็ถือว่ามีภาระต่อเรื่องนี้มาก ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อยู่ใต้สะพาน ตอนนั้นท่านแปลกใจในครั้งแรก มีอยู่คืนท่านก็ไปเที่ยวดูลำน้ำปิง แล้วท่านก็เห็นว่ามันมีอะไรเคลื่อนไหวอยู่ใต้คอสะพาน ท่านก็เลยลงไปดู ท่านก็พบผู้ป่วยโรคเรื้อน เมื่อ 100 ปีที่แล้วยังไม่มีใครรู้วิธีรักษาตายอย่างเดียว คุณหมอ... ก็เลยจะรักษาพยาบาล ถือว่ามนุษย์ทุกคนเป็นลูกของพระเจ้า ฉะนั้นในฐานะที่เราเป็นพี่น้อง เมื่อพระเจ้าสร้างเรา พระเจ้าก็สร้างคนอื่นด้วยเป็นพี่น้องกัน แล้วถ้าเราบอกว่าเราเป็นพี่น้องกัน แล้วพี่น้องเรามีความทุกข์ยาก เราไม่ช่วยเราก็ได้ชื่อว่าเป็นคนใจจืดใจดำ เพราะฉะนั้นนี่คือกรอบที่ว่าเราจะต้องคืนไปให้เขา.... แล้วก็ได้ยึดถือ ทฤษฎีพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาโดยตลอด อยู่แบบพอเพียง ไม่ใช่เพียงแต่ว่าเราจะดูแลเขา เพื่อเขาเป็นผู้รับบริการ แต่จะเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้กลับมาเป็นคนที่ครบทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จะมีการฝึกหัตถกรรม การฝึกอาชีพ การฝึกกายภาพบำบัดเพื่อจะได้ช่วยตัวเองได้ (AL1)

สรุป

การดูแลเพื่อช่วยเหลือการดำรงชีวิตที่เดิมเป็นบริการส่วนหนึ่งของสถาบันเพื่อการฟื้นฟูสภาพเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน มีปรัชญาการดูแลที่มาจากความเชื่อในศาสนาคริสต์ที่ให้การช่วยเหลือโดยไม่หวังผลกำไร หลังจากที่อุบัติการณ์โรคเรื้อนลดลงอย่างมาก ทำให้ภารกิจของสถาบันเริ่มเปลี่ยนไปเป็นให้บริการผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่ต้องการการดูแลมากนักแลมีอาการคงที่ แต่ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ ด้านของคุณภาพในการดูแลได้ข้อมูลด้านจุดเด่น ปัจจัยที่ส่งเสริมบริการที่เป็นจุดเด่น และปัญหาอุปสรรคของการดูแลด้วย นอกจากนี้พบว่าในส่วนที่เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ สถานที่ช่วยเหลือการดำรงชีวิตแห่งนี้ไม่ได้ให้บริการโดยอิงหลักของนโยบายสาธารณะที่ชัดเจน แต่ดำเนินงานอย่างอิสระภายใต้หลักปรัชญาทางศาสนามากกว่า อย่างไรก็ตาม แม้ข้อมูลที่ได้บอกได้ถึงระดับบริการที่ไม่ต้องการการดูแลมากนัก แต่สถาบันโดยรวมมีบริการที่สามารถรับย้ายผู้สูงอายุที่มีอาการเปลี่ยนแปลงและต้องการการดูแลที่มากขึ้น โดยการย้ายไปอีกอาคารหนึ่งซึ่งมี แพทย์ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรอื่นที่ให้บริการแบบสถานบริบาลได้ หรือส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลที่เป็นการดูแลเฉียบพลันได้เช่นกัน

บทที่ 6
การดูแลผู้สูงอายุในสถานสถานบริบาล

1. บริบท

จากแนวโน้มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและต้องการการดูแลที่หลากหลายมีมากขึ้น และบางกลุ่มก็ต้องการการดูแลที่เฉพาะทาง ส่งผลทำให้การดูที่บ้านไม่สามารถทำได้อย่างครอบคลุม จึงต้องมีการก่อตั้งสถานบริบาลขึ้นมาเพื่อให้มีการดูแลที่เฉพาะและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และเท่าที่พบสถานพยาบาลในประเทศไทยที่ให้การดูแลผู้สูงอายุแบบนี้ ที่มีแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร แบบครอบคลุมยังมีน้อย ก็เลยมีการก่อตั้งสถานพยาบาลนี้ขึ้น เพื่อให้มีการดูแลประเภทนี้ขึ้นมา สาเหตุที่ผู้สูงอายุมารับบริการในสถานบริบาลแห่งนี้ก็เนื่องมาจาก ปัญหาด้านสุขภาพและการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง เช่น สมองเสื่อมขั้นปานกลางหรือรุนแรง เกิดแผลกดทับ มีภาวะติดเชื้อ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รับประทานอาหารเองไม่ได้ต้องให้อาหารทางสายยาง สวนปัสสาวะวันละ 2 ครั้ง บางรายญาติไม่สามารถให้การดูแลด้วยตนเองได้ การดูแลในระดับสูงเป็นภาระที่หนักมากสำหรับญาติ เกรงว่าจะให้ดูแลได้ไม่ดีพอหรือดูแลเองไม่ได้ ทำเองไม่ได้ ทางบ้านไม่สะดวกเนื่องจากมีภารกิจอื่นที่ต้องดูแล หรือเกรงว่าจะให้การดูแลเอาใจใส่ไม่ถี่ถ้วนมากพอ นอกจากนี้การออกแบบอาคารสถานที่ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ใช้ประกอบในการตัดสินใจเลือกสถานบริบาล ส่วนใหญ่ญาติจะเป็นผู้ที่เสาะแสวงหาสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุเองหรือบางรายรู้จักสถานบริบาลผ่านจากเพื่อนๆ ที่มีญาติผู้ใหญ่เคยมารับบริการในสถานบริบาลแห่งนี้ และปัจจัยที่ช่วยในการตัดสินใจเลือก เช่น อยู่ใกล้ที่ทำงาน สะอาด ตัวอาคารที่โล่งโปร่งหรือมีบรรยากาศดี เป็นต้น สำหรับผู้ให้บริการ ประกอบไปด้วยผู้ก่อตั้งสถานบริบาลและเจ้าหน้าที่ที่ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีทั้งแพทย์ พยาบาล นักจิตวิยา นักกายภาพบำบัด และผู้ช่วยดูแล มีระยะเวลาในการทำงานในสถานบริบาลแห่งนี้มาประมาณ 1 – 13 ปี เพื่อให้บริการดูแลที่เฉพาะและมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2. ระดับของการดูแล

ผู้สูงอายุที่มารับบริการส่วนใหญ่มีภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือเป็นอัมพาต ต้องการการดูแลในระดับสูง ผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบโดยแต่ละวิชาชีพ ตรวจสอบสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหา ขณะเดียวกันก็ตรวจสอบสิ่งที่ผู้สูงอายุและญาติบอกว่าเป็นปัญหา เพื่อนำมารวบรวมเพื่อหาทางแก้ไขปัญหา บริการที่จะได้รับ เช่น

1) การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเช็ดตัว การแต่งตัว ดูแลด้านการขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และดูแลช่วยเหลือการรับประทานอาหาร 3 มื้อ เป็นต้น

2) ดูแลด้านสุขภาพ มีบริการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการดูแล การให้ยา การให้ออกซิเจน และให้การพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง

3) การติดตามอาการของอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทีมดูแลจะติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้สูงอายุทุกวันๆ ละ 3 ครั้ง และมีการรับ-ส่งเวรกับเจ้าหน้าที่ในแต่ละเวร

4) การฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุจะได้รับการทำกายภาพบำบัดคนละ 2 ครั้งต่อสัปดาห์และใช้ผู้ช่วยกายภาพบำบัดใช้วันอื่นๆ ของสัปดาห์ และมีกิจกรรมพาไปออกกำลังกายตอนเช้า

5) การส่งต่อ ไปยังโรงพยาบาลที่ญาติผู้ป่วยต้องการ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพฉุกเฉินและเร่งด่วน

3. คุณภาพการดูแล (quality of care)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลที่กล่าวถึงคุณภาพการดูแลไว้ 3 ประเด็นหลัก คือ จุดเด่นจุดด้อยของสถานบริบาล คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ประกอบไปด้วยผู้สูงอายุและญาติ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 จุดเด่นจุดด้อยของสถานบริบาล

จุดเด่นของสถานบริบาล

จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พบว่าได้ข้อมูลสามารถจัดแบ่งบริการที่เป็นจุดเด่นและน่าสนใจออกเป็นหมวดหมู่ได้ ดังนี้

1) ด้านบุคลากร สถานบริบาลแห่งนี้มีแพทย์ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุเป็นเจ้าของ มีบุคลากรที่เป็นสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนากรและผู้ช่วยเหลือดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุ

2) ด้านการบริการ ผู้ให้บริการมีเป้าประสงค์ ที่จะให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและญาติมากที่สุด จัดบริการดูแลที่ครอบคลุมทั้งในด้านสุขภาพ การจัดให้มีกิจกรรมกระตุ้นต่างๆ และด้านสังคมโดยจัดให้มีกิจกรรมนอกสถานที่ รวมทั้งมีรูปแบบการบริการที่หลากหลาย โดยมุ่งเน้นให้บริการทางด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในระดับสูง ดังนี้

2.1) บริการด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มารับบริการส่วนใหญ่มีภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เป็นอัมพาต ต้องการการดูแลในระดับสูง บริการที่ให้ส่วนใหญ่จึงเป็นบริการทางด้านสุขภาพ โดยมีแพทย์และพยาบาลคอยควบคุมการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น

บริการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเช็ดตัว การแต่งตัว ดูแลด้านการขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และดูแลช่วยเหลือการรับประทานอาหาร 3 มื้อ เป็นต้น

บริการดูแลสุขภาพ โดยมีบริการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการดูแล ดูแลด้านกายภาพบำบัด การดูแลเรื่องการรับประทานยา การให้ออกซิเจน และให้การพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการประเมินผู้สูงอายุโดยแต่ละวิชาชีพอย่างเป็นระบบ โดยแต่ละวิชาชีพทำการตรวจสอบสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหา ขณะเดียวกันก็ตรวจสอบสิ่งที่ผู้สูงอายุและญาติบอกว่าเป็นปัญหา เพื่อนำมารวบรวมเพื่อหาทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นมีการชี้แจงประเด็นปัญหาที่พบ

อธิบายให้เข้าใจ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้สูงอายุและญาติจะได้รับด้วย เช่นกล่าวว่า

> *ก็มาจากการประเมินอย่างเป็นระบบ เค้าได้ประโยชน์จากตรงนี้มั้ย เค้าต้องการมั้ย คือแต่ละบริการก็ต้องผ่านการประเมินแบบเดียวกัน เช่น คุณอาจจะอยากพาใครสักคนออกไปเที่ยวข้างนอก ก็ต้องคำนึงถึงว่าเค้าจะได้ประโยชน์จากการออกไปมั้ย มันอาจจะทำให้เค้ามีความสุขมากขึ้นแต่ญาติเค้าไม่มีตังค์จ่ายที่จะใช้สำหรับการออกไปเพราะฉะนั้นทุกบริการที่เราให้เราต้องประเมินทุกอย่างทั้งผู้รับบริการและญาติ และประเมินในฐานะวิชาชีพ แล้วก็ชี้แจงจุดที่มีปัญหาไม่เข้าใจ แล้วก็ตัดสินใจร่วมกันว่าจะเลือกบริการนั้นหรือไม่ใช้บริการนั้นอย่างไร (NH1)*

มีระบบติดตามอาการของผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยให้บริการดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง มีบุคลากรติดตามความก้าวหน้าเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยการบันทึกติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการทุกวันวันละ 3 ครั้ง และมีการรับ-ส่งเวรระหว่างเจ้าหน้าที่ในแต่ละเวร นอกจากนี้การที่สถานบริบาลแห่งนี้มีแพทย์เป็นเจ้าของทำให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกว่าอยู่ใกล้ชิดกับแพทย์ มีความเชื่อและไว้วางใจ

บริการฟื้นฟูสภาพ มีนักกายภาพบำบัดทำกายภาพให้ผู้สูงอายุคนละ 2 ครั้งต่อสัปดาห์และใช้ผู้ช่วยกายภาพบำบัดใช้วันอื่นๆ ของสัปดาห์ มีกิจกรรมพาไปออกกำลังกายตอนเช้า หรือช่วงเวลาที่เหมาะสม พาเดินเล่น ผู้สูงอายุบางคนต้องการออกกำลังกายเฉพาะกล้ามเนื้อบางมัด นอกจากนี้มีกิจกรรมพัฒนาสมอง ฝึกให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถดูแลตัวเองได้มากขึ้นเท่าที่จะทำได้

บริการกิจกรรมบำบัด มีการพูดคุยกับผู้สูงอายุ บริการจัดกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกใกล้ชิดกับทุกคน ให้ความสนใจและดูแลเอาใจใส่จนผู้สูงอายุบางรายมีอาการดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น

มีระบบการส่งต่อ ไปยังโรงพยาบาลที่ญาติผู้ป่วยต้องการ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพฉุกเฉินและเร่งด่วน โดยพยาบาลจะโทรศัพท์ติดต่อญาติแจ้งอาการของผู้สูงอายุและประสานกับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยและญาติต้องการให้ส่งรถฉุกเฉินมารับเพื่อไปทำการรักษาต่อ และเมื่อผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นแล้วก็จะถูกส่งตัวกลับมารับการดูแลจากสถานบริบาลตามเดิม

2.2) การดูแลทางด้านสังคม เช่น พาผู้สูงอายุไปทัศนศึกษานอกสถานที่ จัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา และกิจกรรมในโอกาสต่างๆ

2.3) บริการดูแลหลายรูปแบบ เช่น การดูแลกลางวัน (day care) ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ยังพักอาศัยอยู่ที่บ้าน โดยที่ญาติจะพามารับการดูแลแบบเช้าไป-เย็นกลับ การดูแลแบบชั่วคราว (respite care) เป็นบริการรับฝากดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้นๆ และการดูแลระยะยาว (long-term care) เป็นบริการที่ผู้สูงอายุจะย้ายเข้ามาพักอาศัยอยู่ในสถานบริบาล ในระยะเวลายาวนานตามอาการที่ต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ผู้ให้บริการกล่าวว่า

สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย ... ก็คือว่าคนเราต้องการไม่เหมือนกัน บางคนอาจจะต้องการคนอยู่เป็นเพื่อน บางคนอาจจะต้องการอยู่คนเดียว บางคนต้องการการพยาบาลระดับสูง บางคนไม่ต้องการการพยาบาล บางคนต้องการอาหารประเภทหนึ่ง บางคนต้องการอีกประเภทหนึ่ง บางคนต้องการการดูแลแบบ Protective บางคนต้องการแบบส่งเสริม Independent นะครับนี่คือความหลากหลาย และต้องมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บางคนอาจจะมีหายป่วยเป็นคนที่แข็งแรงขึ้น บางอาจจะแข็งแรงแล้วกลายเป็นไม่แข็งแรง มันจะไม่เหมือนเด็กพิการ เด็กพิการก็คือเด็กพิการ เราต้องประเมินความต้องการให้ได้ (NH1)

3) ด้านการบริหาร

3.1) อาคารสถานที่ มีการออกแบบอาคารสถานที่โดยเฉพาะที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นอาคารดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นอาคารสูง 5 ชั้น แต่ละชั้นแบ่งออกเป็น 2 ฟาก และแต่ละฟากจะมีห้องพักรวมแยกหญิง-ชาย ประมาณ 10 เตียง รวมถึงหอผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการ รวมจำนวนเตียงให้บริการตั้งแต่ชั้น 2 ถึงชั้น 4 จำนวน 60 เตียง ผนังอาคารทาสีขาว แลดูสะอาดตา มีแม่บ้านคอยทำความสะอาดเช้า-เย็น มีการออกแบบให้ดูโล่งโปร่ง อากาศถ่ายเทดี ไม่มีกลิ่นและมีบรรยากาศดี

3.2 การดูแลด้านความปลอดภัย ในที่นี้ หมายถึงการดูแลรักษาความปลอดภัยทั้งการป้องกันการตกเตียง การพลัดตกหกล้ม โดยจัดให้มีผู้ช่วยดูแลคอยดูแลอย่างใกล้ชิด และเนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีอาการสมองเสื่อม สถานบริบาลแห่งนี้จึงมีระบบรักษาความปลอดภัยโดยการปิดประตูเข้าออก และผู้สูงอายุจะออกมาได้โดยต้องมีเจ้าหน้าที่พาออกมาเท่านั้น

มีปัจจัยส่งเสริมการบริการที่ดี

ปัจจัยที่ทำให้บริการดังที่กล่าวมาแล้วเป็นจุดเด่นก็คือ

1) นโยบายขององค์กร หน่วยงานมีนโยบายที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุเปรียบเสมือนญาติและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

2) ความรู้และทักษะของบุคลากร บุคลากรมีความสามารถในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลบางรายบอกว่า มีบุคลากรบางคนยังขาดความรู้ในเรื่องเทคนิคการปลอดเชื้อและขาดความตระหนักในการดูแล เช่น เปิดเผยร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นต้น

3) รูปแบบการทำงาน มีการให้การดูแลเป็นทีมและเป็นทีมที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์และพยาบาลคอยควบคุมการดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ญาติเกิดความไว้วางใจ เช่น ญาติผู้สูงอายุกล่าวว่า

พี่คิดว่า ส่วนหนึ่งก็เป็นหมอนะ และก็พยาบาลที่มาดูแลใกล้ชิด อย่างเช่น คุณพ่อนี่ ... ต้อง Feed อาหาร เดี๋ยวเป็นโน่นเป็นเนี่ย เราก็ไม่รู้จะทำอะไร อย่างน้อยอยู่ที่นี่ เราก็อุ่นใจ อยู่ใกล้หมอใกล้พยาบาล เขามาดูแลใกล้ชิดทุกวัน (NH9)

4) บุคลากรมีอัธยาศัยดี ให้การต้อนรับผู้สูงอายุและญาติเป็นอย่างดี มีความเป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส ชวนพูดคุย และทักทายผู้สูงอายุและญาติอยู่เสมอๆทำงานด้วยใจและมีใจให้บริการ เช่น ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี กุลีกุจอให้บริการ บริการด้วยความเต็มใจและมีใจกับผู้สูงอายุ เช่น ญาติผู้สูงอายุกล่าวว่า

เด็กที่ดูแลที่นี่ดี เขาทำด้วยความเต็มใจ ไม่มีว่าทำแล้วแสดงหน้าตาไม่ชอบหรือว่าอะไร ยิ้มแย้มแจ่มใส ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะเลอะเทอะก็ไม่บ่น ทำด้วยใจรัก (NH8)

ก็ดีนะ ความสะอาดของสถานบริการ การบริการ บุคลากร ดูแลดี โดยรวมก็ดูแลผู้ป่วยดี คือ มีใจกับผู้ป่วย ดูด้วยความเต็มใจ ไม่มีการบังคับ หรือหวังเงิน หรือสิ่งตอบแทนอะไรต่าง ๆ เราดูเราก็รู้นะ ก็พอใจนะ พยาบาลเขาก็ยิ้มแย้ม พูดคุย ทักทาย สนใจผู้ป่วยดีเป็นกันเอง เราก็ชอบ (NH9)

จุดด้อยของสถานบริบาล

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ได้ระบุสิ่งที่ทำให้การบริการนั้นเป็นจุดด้อย คือ

1) **จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ** โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักกายภาพบำบัดและผู้ช่วยดูแล ที่ผ่านมามีนักกิจกรรมบำบัดลาออกเมื่อ 5 เดือนก่อนจนถึงปัจจุบันยังไม่หาบรรจุทดแทนได้ และเนื่องจากสถานบริบาลมีหลายสาขา จึงไม่สามารถจัดให้มีนักกายภาพบำบัดอยู่ประจำตึกได้ จะใช้วิธีเวียนให้บริการในแต่ละสาขา บางสาขาจะไปช่วงเย็นๆ อาทิตย์ละ 2-3 วัน ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง จึงต้องฝึกอบรมให้ผู้ช่วยดูแลมาช่วยงาน อย่างไรก็ตามต้องมีการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บได้

2) **ความถี่การตรวจเยี่ยมของแพทย์** น้อยเกินไป โดยปกติแล้วแพทย์จะออกตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุในตอนเย็นและเมื่อมีการแจ้งด่วนจากพยาบาลเวร แต่ญาติผู้สูงอายุต้องการให้ตรวจเยี่ยมบ่อยครั้งขึ้น

3) **วุฒิภาวะของบุคลากร** บุคลากรบางรายที่ไม่มีวุฒิภาวะในการควบคุมกิริยามารยาทของตนเอง เช่น พูดคุยเล่นกันไม่สนใจดูแลผู้สูงอายุ การพูดไม่มีหางเสียง ตะโกนคุยข้ามเตียงผู้สูงอายุ และบางครั้งแสดงพฤติกรรมที่ขาดความเคารพและให้เกียรติผู้สูงอายุ ซึ่งผู้บริหารทราบก็ได้กล่าวตักเตือนไปแล้ว เช่น ผู้สูงอายุกล่าวว่า

คือบางทีเด็กก็ยังเด็กน่ะ คุยเล่นกัน มั่วสุมกันอยู่แหล่งหนึ่ง หันหลังให้เรา เรา ต้องการบริการจะเรียก ก็ไม่เห็นนะ" (16 NH)

4) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ใช้วิธีการทำความสะอาดไม่เหมาะสมในการปัดหยากไย่บนเพดาน ซึ่งจะย้ายเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถเดินหรือนั่งรถเข็นได้เท่านั้น ส่วนผู้สูงอายุที่นอนลุกไม่ได้ก็จะเลื่อนเตียงหลบแต่ยังนอนอยู่ในห้องที่กำลังปัดกวาดอยู่ ซึ่งอาจมีฝุ่นผงฟุ้งกระจาย ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคภูมิแพ้บางรายอาจเกิดอาการแพ้ได้

5) อื่นๆ เช่น อุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ เช่น รถเข็นไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการใช้ ทำให้ช่วงที่ต้องเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุจะต้องรอคิวรถเข็นอยู่เสมอๆ และกับข้าวบางมื้อมีรสจัดไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ทำให้การบริการเป็นจุดด้อย

ปัจจัยที่ทำให้การบริการที่กล่าวมาแล้วเป็นจุดด้อย เช่น

1) มีผู้สนใจทำงานในสถานดูแลระยะยาวค่อนข้างน้อย หรือมีการผลิตบุคลากรในบางสาขาอาชีพไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักกิจกรรมบำบัด เนื่องจากพบว่า สถานบริบาลมีการเปิดรับสมัครในตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัดที่ว่างลงมานานถึง 5 เดือนแต่ไม่มีใครมาสมัครงาน จึงทำกิจกรรมบำบัดบางอย่างต้องงดไป

2) ช่วงเวลาการทำงานที่ยาวนาน เวรละ 12 ชั่วโมง ทำให้บุคลากรมีความเหนื่อยล้าและเครียด และอาจเป็นสาเหตุทำให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่าควรแบ่งเวลาการทำงานออกเป็น 3 เวร เวรละ 8 ชั่วโมง เป็นต้น

3.2. คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล

สิ่งที่บ่งบอกว่าบริการมีคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการเห็นว่าสิ่งที่บ่งบอกว่าสถานบริบาลให้บริการที่มีคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ

1) ด้านผู้ให้บริการ พบว่า สิ่งที่บ่งบอกว่าบริการมีคุณภาพ คือ ความสามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย การดูแลเอาใจ การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน การส่งต่อ สถานที่ และการบริหารจัดการ มีรายละเอียดดังนี้

สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย แก่ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการมีคนอยู่เป็นเพื่อน ต้องการการพยาบาล มีบริการดูแลกลางวันสำหรับผู้ที่ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้านและต้องการพักอาศัยอยู่ที่บ้าน บริการแบบชั่วคราวหรือบริการดูแลระยะยาว

สามารถให้การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินได้ เนื่องจากมีแพทย์และพยาบาลประจำ มีเครื่องให้ออกซิเจนพร้อมให้บริการ

บุคลากรให้บริการดูแลเอาใจใส่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ดูแลเสมือนญาติผู้ใหญ่ ให้ความเคารพ และให้เกียรติผู้สูงอายุที่มาพักอาศัยทุกคน และให้บริการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน

มีระบบการส่งต่อ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่ญาติผู้สูงอายุต้องการในกรณีฉุกเฉิน

สถานที่ สะอาด ไม่มีกลิ่น ตัวอาคารถูกออกแบบมาโดยเฉพาะ โล่งโปร่ง

การบริหารจัดการ ไม่มีกฎข้อบังคับในการบริการมากเกินไป เช่น ญาติสามารถนำยาและอุปกรณ์ในการดูแลต่างๆ มาเองจากบ้านได้ ไม่จำเป็นต้องซื้อจากสถานบริบาลเท่านั้น

2) ด้านผู้รับบริการ พบว่า สิ่งที่บ่งบอกว่าบริการมีคุณภาพ คือ การกลับมารับบริการการบอกต่อๆ กันแบบปากต่อปาก และผู้รับบริการมีอาการดีขึ้นหรือมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ดังนี้

การกลับมารับบริการ จากผู้ที่เคยมาใช้บริการมาก่อน เช่น ลูกของผู้สูงอายุเคยพาคุณพ่อมารับบริการในสถานบริบาลแห่งนี้มาก่อน และหลังจากคุณพ่อเสียชีวิตและคุณแม่มีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจึงได้พาคุณแม่มารับบริการอีก เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

> *สมัยก่อนแม่มักจะสาวกว่า เมื่อ 4 ปีก่อนพ่อเคยมาตายที่นี่ ตอนนี้แม่เริ่มแก่ ก็มาอยู่ที่นี่ให้ดูแล หรืออาจจะเตียงนี้เป็นญาติกับเตียงนั้น เตียงนั้นเป็นเพื่อนบ้านกันอะไรอย่างนี้นะเค้าก็จะโฆษณาบอกต่อ มันก็ดี (NH1)*

การบอกต่อๆ กันแบบปากต่อปาก จากผู้ที่เคยมีประสบการณ์มาใช้บริการมาก่อน เช่น จากเพื่อน พี่ หรือ ญาติพี่น้องของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการมีอาการดีขึ้นหรือมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น เช่น ผู้สูงอายุภาวะสุขภาพดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับอาการแรกรับ มีสุขภาพจิตดีขึ้นจากการที่มีคนคอยดูแล ชวนพูดคุย เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ และผู้สูงอายุบางรายที่ต้องย้ายเข้ามาอยู่ในสถานบริบาลแห่งนี้เนื่องจากตกเตียงที่บ้านอยู่บ่อยๆ ถึงแม้มีคนเฝ้า แต่ภายหลังจากย้ายเข้ามาอยู่ไม่เคยตกเตียงได้รับอันตรายอีกเลย

ลักษณะของการบริการที่มีคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ให้ข้อมูลลักษณะของการดูแลที่มีคุณภาพดังนี้

1) การบริการดูแลสุขภาพ บุคลากรแต่ละสาขาวิชาชีพทำการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมารวมกัน มีการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ที่มุ่งเน้นการแก้ไขสาเหตุของปัญหา หรือช่วยทำให้อาการดีขึ้น มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง และจะไม่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุนอนอยู่บนเตียงเฉยๆ ผู้ที่เดินได้จะมีเจ้าหน้าที่พาเดิน มีแนวปฏิบัติป้องกัน

การพลัดตกหกล้ม และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงทุกวัน เช่น ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง โดยเจ้าหน้าที่จะมีสมุดพกติดตัวเพื่อบันทึกอาการและอาการแสดงตามที่ได้รับมอบหมาย สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม มีแผนจัดทำกิจกรรมกระตุ้น และมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ส่งเสริมการออกกำลังกาย

2) มีระบบการบริหารจัดการที่ดี โดยมีระบบพยาบาลพี่เลี้ยงและประเมินผลบุคลากรตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด มีการส่งเวรและมีแพทย์ประจำเวลาฉุกเฉิน

3) มีบุคลากรพร้อมทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ให้การดูแลผู้สูงอายุเสมือนญาติผู้ใหญ่ ยิ้มแย้ม เต็มใจให้บริการ และให้การดูแลทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

4) การดูแลด้านความปลอดภัย เช่น มีระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไม่มีการพลัดตกหกล้ม เช่น ญาติผู้สูงอายุกล่าวว่า

ที่นี่เขาก็คอยระวังนะ เพราะคุณพ่อยังไม่เคยตกเตียง ตั้งแต่เริ่มฟื้นตัว มีแรงลุก ก็ไม่ค่อยอยู่กับที่นานเท่าไหร่ อย่างที่เห็นแหละ แต่เขาก็ระวังดีนะ ยังไม่เคยตกเตียง (NH9)

ปัจจัยที่ทำให้การดูแลมีคุณภาพ

ปัจจัยที่ทำให้การดูแลนั้นๆ มีคุณภาพ เนื่องมาจาก

1) บุคลากรมีความสามารถและมีมาตรฐานวิชาชีพในการเข้าถึงปัญหาของผู้รับบริการ และการประเมินปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ

2) มีการพัฒนาความรู้และทักษะบุคลากร เพื่อช่วยเสริมการทำงานของบุคลากรที่มีจำนวนไม่เพียงพอ เช่น การฝึกอบรมผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดจากผู้ช่วยดูแล เพื่อบรรเทาในสถานการณ์ที่มีนักกายภาพบำบัดไม่เพียงพอสามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3) มีการติดต่อประสานงานกันและการประชุมทีมอยู่เสมอๆ เพื่อร่วมกันพิจารณาแนวทางในการดำเนินงานและตัดสินใจร่วมกัน

4) มีแพทย์และพยาบาลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และควบคุมการดูแลทั่วไป ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับบริการที่เป็นลูกหลานของผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจและเกิดความอุ่นใจในการบริการที่ให้

6) ให้บริการดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง โดยการดูแลเอาใจใส่การทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ดูแลการรับประทานอาหารและยา

เช่นญาติผู้สูงอายุกล่าวว่า

แผลกดทับของคุณตา ดีขึ้นนะ ดีขึ้นเยอะเลย คิดว่าจากหลายอย่างนะ หนึ่งได้อาหารบำรุงเต็มที่ สองบริการดูแลดี ทำความสะอาดแผลดี มาพลิกตัวดูแลดี เช้า – กลางวัน – เย็น และสามยาทา มีประสิทธิภาพดี (NH9)

3.3 ความพึงพอใจการบริการ

ผู้ให้ข้อมูลให้ทัศนะว่ามีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับดังนี้

1) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการและการจัดกิจกรรมกระตุ้น ในระดับปานกลางจนถึงพึงพอใจมาก (ร้อยละ 50 ขึ้นไป) โดยที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการที่ให้ว่าได้ให้การดูแลเป็นอย่างดี มีจัดกิจกรรมกระตุ้นเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงาและเป็นการสร้างความใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่อีกด้วย สำหรับผู้รับบริการก็มีความพึงพอใจจากการบริการที่ได้รับเช่นกัน ญาติพึงพอใจที่ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้น และการให้บริการก็เป็นแบบสบายๆ ไม่จุกจิก

2) สำหรับประเด็นที่มีความพึงพอใจน้อยต้องการให้มีการปรับปรุง เช่น กิจกรรมการบริการในการดูแลกลางวันมีน้อยเกินไปควรเน้นให้บริการเพิ่มขึ้น การพัฒนาความรู้ความก้าวหน้าทางวิชาชีพการดูแลผู้สูงอายุ กฎหมายที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน ยังขาดการส่งเสริมจากภาครัฐ และรายได้ของผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ แต่ที่สถานบริการยังสามารถเปิดให้บริการได้ก็เนื่องมาจาก มีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลค่อนข้างมากในสังคม

4. การจัดการทางด้านคุณภาพ

ความหมายของคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายเกี่ยวกับคำว่า “คุณภาพ” ที่แตกต่างกัน คือเป็นทั้งปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ และเป็นผลลัพธ์ เช่น

“คุณภาพ” คือ การตอบสนองความต้องการได้ ผู้รับบริการพึงพอใจ

“คุณภาพ” ก็คือ ความสะอาด ความสุภาพอ่อนโยนกับคนไข้ ไม่ใช่อยากจะทำอะไรก็เป็นเหมือนตุ๊กตา กระโชกโฮกฮาก”

“คุณภาพ” คือ การทำให้ลูกหมดห่วง

“คุณภาพ” ก็คือ ความสะอาดของสถานบริการ การบริการ บุคลากร ดูแลดี โดยรวมก็ดูแลผู้ป่วยดี คือ มีใจกับผู้ป่วย ดูด้วยความเต็มใจ ไม่มีการบังคับ หรือหวังเงิน หรือสิ่งตอบแทนอะไรต่างๆ บุคลากรยิ้มแย้ม พูดคุย ทักทาย สนใจผู้ป่วยและเป็นกันเอง

“คุณภาพ” คือ ผู้รับบริการได้ประโยชน์สูงสุด

เช่น ผู้ให้ข้อมูลบางท่านกล่าวว่า

คุณภาพมีการพัฒนาไปตามความต้องการของผู้รับบริการ และเมื่อใดที่คนต้องการในสิ่งที่ดีแล้ว มีการยอมรับมากขึ้น คุณภาพก็จะมีการพัฒนาขึ้น “เราต้องเข้าใจความต้องการของเขา เราถึงจะให้การบริการที่มีคุณภาพได้” (NH1)

คุณภาพคงจะต้องดูตั้งแต่สถานที่ ที่ผู้บริโภคติดต่อขอใช้บริการก็ควรที่จะมีสถานที่ที่ดูดี เป็นอาคารมีพนักงานคอยอำนวยความสะดวก คอยรับติดต่อ ปัจจุบันเท่าที่ทราบมาเป็นลักษณะของการเช่าห้องแถวเล็กธรรมดา มีคนคอยติดต่ออยู่ คนสองคน แล้วก็ปิดหนีหายไป

ง่ายๆ ซึ่งดูแลคุณภาพก็คงไม่ค่อยมี และอีกประการหนึ่ง คนที่ไปให้บริการต้องมีคุณภาพด้วย มีความรู้ในแต่ละเรื่อง เช่น ดูแลเด็ก คนป่วย คนชรา ตรงนี้ ก็ควรจะต้องมีคุณภาพ ไม่ใช่ว่าเอาใครก็ไม่ทราบ บางครั้งคนต่างด้าวด้วยซ้ำไป (NH10)

สรุป คุณภาพ ตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้มีอำนาจทางด้านนโยบาย หมายถึง การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ที่ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ ให้การดูแลที่ดี มีความสุภาพอ่อนโยน เต็มใจดูแลและเอาใจใส่เสมือนญาติ มีสถานที่ที่ดูดี มีอาคารที่มั่นคง และมีเจ้าหน้าที่คอยอำนวยความสะดวกและติดต่อประสานงาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้รับบริการได้ประโยชน์สูงสุด และการที่ทำให้ลูกหลานของผู้สูงอายุหมดห่วง

วิธีการจัดการด้านคุณภาพที่เป็นจุดเด่น

ตัวอย่างวิธีการจัดการด้านคุณภาพที่เป็นจุดเด่น เช่น

1) การมีวัฒนธรรมองค์กร โดยที่มีการปลูกฝังค่านิยมการอยู่กันเหมือนครอบครัวที่น่ารัก ทุกคนล้วนมีจิตใจดี มีความสุขที่ได้พูดคุยกับผู้อื่น ซึ่งเป็นพื้นฐานในการที่จะให้บุคลากรนั้นๆ สามารถพัฒนาคุณภาพได้

2) การมีกิจกรรมที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

พาไปออกกำลังกายตอนเช้า หรือแล้วแต่ช่วงเวลาว่าช่วงเวลาไหนจะเหมาะสมกับคนไข้ แต่ว่าเราก็ต้องดูให้ตรงกับแต่ละท่าน พาเดินเล่น ผู้สูงอายุบางคนต้องการกล้ามเนื้อเฉพาะที่คะ กล้ามเนื้อมัดนี้ก็จะแข็งแรง (NH3)

3) มีระบบการติดตามอาการของผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

ถ้าโรงพยาบาลทั่วไปนะคะ นักกายภาพก็จะไม่ได้เข้าทุกวันนะคะ อยู่ที่เรามีโอกาสได้ใกล้ชิดผู้ป่วย ได้รู้ว่าผู้ป่วยคนนี้เป็นยังไง Program ไปถึงไหนแล้วคะ (NH3)

วิธีการจัดการคุณภาพด้านปัจจัยนำเข้า

1) ผู้บริหาร การที่ผู้บริหารเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและเป็นเจ้าของน่าจะได้รับการยอมรับมากกว่าและบริหารจัดการได้ดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับสถานบริการที่มีระบบการดำเนินการแบบธุรกิจใหญ่ๆ ที่จะต้องมีระบบการคัดเลือกบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ มีระดับการศึกษาสูงๆ และมีระบบการฝึกอบรมที่เป็นทางการ เพื่อที่จะได้มีรูปแบบการบริการที่ดีและได้รับการยอมรับ

2) มีบุคลากรที่เป็นสหสาขาวิชาชีพครบทุกตำแหน่ง เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนากร ผู้ช่วยเหลือดูแล เป็นต้น

3) มีอุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อม เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมะ ที่นอนลม เป็นต้น

4) มีหอผู้ป่วยที่สามารถสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิด

5) มีนโยบายที่ชัดเจน คือ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและญาติ

วิธีการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการ

หลังจากที่มีปัจจัยนำเข้าแล้ว ทางสถานบริบาลมีกระบวนการจัดการดังต่อไปนี้

1) ด้านการดูแล ในด้านการดูแลเป็นกิจกรรมหลักในการให้บริการ มีกระบวนการจัดการที่ค่อนข้างมากและซับซ้อนดังนี้

1.1) มีระบบการประเมินผู้สูงอายุแรกรับ และมีหอผู้ป่วยแรกรับเพื่อสังเกตอาการก่อนย้ายไปอยู่ในหอพักที่เหมาะสมต่อไป เช่น การรับผู้ป่วยมาวันแรก จะให้นอนดูอาการที่ชั้น 4 หากอาการคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงก็จะให้ย้ายลงมาชั้น 3 หรือชั้น 2 แต่ถ้ามีอาการป่วยติดเชื้อ ก็จะถูกย้ายขึ้นชั้น 4 ตามเดิม เพื่อให้ยาฆ่าเชื้อหรืออะไรการรักษาพยาบาล ในการประเมินจะใช้วิธีที่ให้แต่ละวิชาชีพประเมินผู้สูงอายุ เพื่อรวบรวมข้อมูลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงประเมินญาติและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ของครอบครัว

1.2) มีการวางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นไปที่การจัดการสาเหตุของปัญหา และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

1.3) ใช้กลยุทธ์และเทคนิคในการดูแล เช่น ให้การเอาใจใส่ ชวนผู้สูงอายุพูดคุยเป็นเพื่อน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติหรือญาติมาเยี่ยมนานๆ ครั้ง สำหรับผู้สูงอายุที่มีอารมณ์โมโหร้าย อาระวาด ไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ให้การดูแลจะปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเงียบๆ สักพัก จนมีอารมณ์เย็นลงแล้วจะกลับเข้าไปใหม่ เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงการปะทะอารมณ์กัน

1.4) พยาบาลจะเป็นผู้ที่คอยกำกับดูแลบุคลากรในทีม เช่น ผู้ช่วยดูแล โดยมีการติดตามอาการทุกวันทุกเวร มีการ Conference ช่วงเช้าเพื่อช่วยในการวางแผนการดูแลในแต่ละวัน จากนั้นจะมีการสรุปกิจกรรมที่ทำไปแล้วในช่วงเย็นว่าผลเป็นอย่างไรบ้าง

1.5) มีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุในกรณีที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพฉุกเฉินและเร่งด่วน เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

> *การวางแผน และเราต้องให้น้ำหนักการจัดการสาเหตุ ซึ่งแต่ละคนสาเหตุอาจจะไม่เหมือนกันใช่ไหม ทีนี้เราอาจจะตัดสินไม่เหมือนกัน ใครคนใดคนหนึ่งตัดสินอาจจะผิด ฉะนั้นคือต้องใช้การตัดสินร่วมกัน เช่น พยาบาลอาจจะรู้เรื่องเกี่ยวญาติด้วย ว่า Case (ผู้ป่วยรายกรณี) นี้เป็นยังไง ๆ ไม่ยอมให้มัดมือ หมอเองอาจจะไม่รู้ หมออาจจะตัดสินว่า Case นี้ต้องผูกไว้ก่อน ถ้าคุณไม่ผูกแล้วเกิดตะแคงกลับแล้วจะเป็นแผล แต่พยาบาลอาจจะรู้ว่า Case นี้ลูกไม่*

ยอมให้มัด เพราะฉะนั้น Care plan (แผนการดูแล) อาจจะออกมาว่างั้น Case นี้ให้นั่งหลับไป" (NH1)

2) การพัฒนาบุคลากร ผู้บริหารค่อนข้างให้ความสำคัญต่อการพัฒนาบุคลากร โดยการให้ทุนบุคลากรเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น เช่น สนับสนุนพยาบาลวิชาชีพให้เรียนต่อในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ สนับสนุนให้บุคลากรไปศึกษาดูงานยังต่างประเทศ เพื่อเรียนรู้ว่าการทำงานที่มีประสิทธิภาพนั้นเป็นอย่างไร จะได้นำความรู้และแนวคิดที่ได้มาปรับใช้กับสถานบริบาลได้

3) การบริหารจัดการด้านกำลังคน เนื่องจากบุคลากรทางด้านกายภาพบำบัดมีจำนวนจำกัด ถึงแม้ทางสถานบริบาลเปิดรับสมัครมานานหลายเดือนแต่ก็ไม่มีใครมาสมัครเพื่อช่วยให้นักกายภาพบำบัดสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงมีการเปิดรับสมัครผู้ช่วยดูแลที่สนใจมาฝึกอบรมวิธีการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น เพื่อเป็นผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมและให้บริการได้บ่อยครั้งมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้พยายามจัดให้มีจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ โดยมีอัตราส่วนดังนี้

แพทย์ 1 : 200 (ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ - ต้องการการช่วยเหลือในระดับเล็กน้อย)

พยาบาล 1 : 30 (เฉพาะในส่วนของสถานบริบาลที่ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับปานกลาง - มากที่สุด)

นักกายภาพบำบัด 1 : 80 (รวมผู้สูงอายุที่อยู่ในสาขาอื่นๆ)

ผู้ช่วยดูแล 1 : 5

4) ระบบการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อ เช่น ในช่วงที่ไข้หวัด 2009 ระบาด ทางสถานบริบาลบุคลากรและญาติผู้สูงอายุสวมหน้ากากอนามัยเวลาให้กิจกรรมการพยาบาลหรือเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุ

5) การบริหารจัดการด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยบริหารให้มีพอดี ไม่ขาด และไม่ใช้ให้สิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์

วิธีการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์

ตัวอย่างการจัดการกับผลลัพธ์ เช่น

1) ด้านการส่งเสริมทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุ ในทีมดูแลจะตั้งเป้าหมายร่วมกันว่าจะต้องป้องกันข้อติดยึดในผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรทุกคนจะพยายามไม่ให้ผู้สูงอายุนอนอยู่แต่บนเตียง แต่จะพยายามพาผู้สูงอายุลงเดินหรือเปลี่ยนอิริยาบถอยู่บ่อยๆ ให้มีกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อติดยึด บันทึกความถี่ของการออกกำลังกายของแต่ละคน และนักกายภาพบำบัดก็มีการตั้งเป้าหมายว่าจะให้ผู้สูงอายุทุกรายปฏิบัติอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 ครั้ง เป็นต้น เช่นผู้ให้บริการกล่าวว่า

มีคะ ตั้ง (เป้าหมาย) ไว้คะ ออกกำลังกายไม่ให้ข้อติด เราก็เช็คไว้ว่าวันละกี่ครั้งๆ จดไว้ แล้วก็ทำภายในวันนั้น ปฏิบัติตาม (NH5)

2) การจัดการแผลกดทับ จะมีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับก่อนในรายที่ยังไม่เป็น จากนั้นก็ให้ดูแลโดยพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง สำหรับผู้ที่มีแผลกดทับแล้ว ในทีมจะตั้งเป้าหมายร่วมกันว่าจะทำให้แผลกดทับหายไปภายในกี่อาทิตย์ จะให้การดูแลทำแผล ป้ายยาเพื่อรักษาแผลอย่างดี และส่งเวรให้บุคลากรในทุกเวรทราบความก้าวหน้าของแผลกดทับ

3) การจัดการเรื่องการพลัดตกหกล้ม ในทีมดูแลจะตั้งเป้าหมายร่วมกัน เช่น ไม่ให้มีอุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในเดือนนี้ และมีข้อปฏิบัติที่ชัดเจนว่าให้ใช้สายยูโดรัดเอวผู้สูงอายุทุกครั้งที่พาเดิน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้ทางนักกายภาพบำบัดยังเข้ามาดูแลด้านการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา เพื่อเสริมความมั่นคงในการยืนและเดินได้

5. ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ

ความคุ้มค่าคุ้มทุนในแต่ละบริการ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ให้ข้อมูลเชิงเศรษฐศาสตร์ที่เป็นตัวเลขที่ชัดเจน แต่ได้ใช้การเปรียบเทียบความคุ้มค่าคุ้มทุน โดยพิจารณาจากค่าบริการและผลลัพธ์การบริการ และพิจารณาจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและบริการที่ได้รับ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่บอกว่าบริการที่ได้รับมีความคุ้มค่าคุ้มทุน และกลุ่มที่บอกว่าไม่คุ้มค่าคุ้มทุน ดังต่อไปนี้

1) **กลุ่มที่บอกว่าบริการที่ได้รับมีความคุ้มค่าคุ้มทุน** ส่วนใหญ่จะพิจารณาจากค่าบริการและผลลัพธ์การบริการ

ค่าบริการ ผู้รับบริการหลายรายบอกว่าค่าใช้จ่ายไม่แพง อยู่ในระดับที่พอใจ มีความสมเหตุสมผลเมื่อเทียบกับสถานบริการอื่นๆ โดยปกติแล้วก่อนที่ญาติจะพาผู้สูงอายุเข้ามาพักอาศัยส่วนใหญ่มักสืบราคาค่าบริการสถานบริบาลต่างๆ มาก่อน บางแห่งอาจจะมีค่าใช้จ่ายถูกกว่าแต่อาจเห็นว่าสภาพสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ไม่สะอาด อาคารสถานที่ไม่ปลอดโปร่ง บรรยากาศไม่ดี ที่สำคัญก็คือในสถานบริบาลแห่งนี้ให้การบริการบางอย่าง เช่น การทำกายภาพบำบัด เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลพยาบาลโดยที่ผู้รับบริการไม่ต้องจ่ายเพิ่ม ยกเว้น ยาบางโรค ออกซิเจน ที่อาจต้องจ่ายเพิ่ม และเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่แล้วญาติจะต้องจ่ายค่าบริการเพิ่มเกือบ 500 บาทต่อครั้ง

ผลลัพธ์การบริการ ผู้รับบริการบอกว่า ผู้ให้บริการได้ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดจนทำให้อาการดีขึ้นและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับตอนที่ย้ายมาอยู่ใหม่ๆ ญาติผู้สูงอายุเหล่านี้จึงตอบว่าคุ้มค่าคุ้มกับเงินค่าบริการที่เสียไป

เช่น ญาติผู้สูงอายุกล่าวว่า

ก็โอเคนะ สำหรับเรา แต่คนอื่นในอัตรานี้เราก็ไม่รู้เหมือนกัน แต่เท่าที่ฟังจากคนอื่นที่มาเยี่ยมญาติ มาคุยกัน ราคาน้อยกว่านี้ก็มี สูงกว่าก็มี น้องสาวก็เคยไปดูมาเหมือนกัน แต่ไม่ไหว สถานที่ไม่สะอาด บรรยากาศไม่น่าอยู่ ไม่โล่ง ไม่โปร่ง ที่นี่ดีกว่าเยอะ ถึงจะแพง

กว่านิดหน่อย เราก็โอเค นะ เพราะว่าถ้าแน่นเกินไป ก็ไม่น่าอยู่ ก็ต้องเลือกที่ดีที่สุดสำหรับญาติเรา (NH9)

2) **กลุ่มที่บอกว่าบริการที่ได้รับไม่คุ้มค่าคุ้มทุน** ส่วนใหญ่พิจารณาจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและบริการที่ได้รับ

ค่าใช้จ่ายเพิ่ม ที่นอกเหนือจากค่าการพยาบาลที่มีราคากำหนดไว้แล้ว ซึ่งผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบจ่ายค่าวัสดุอุปกรณ์ที่เจ้าหน้าที่ใช้กับตนเอง เช่น ถุงมือ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าสถานบริบาลควรเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้เองเนื่องจากเป็นวัสดุอุปกรณ์ที่เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องใช้ เป็นต้น

บริการที่ได้รับ เช่น บริการดูแลกลางวันมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าควรจัดให้มีกิจกรรมเพิ่มมากกว่าที่มีอยู่

เช่น ญาติผู้สูงอายุกล่าวว่า

"ค่อนข้างแพงนะ ถ้าพูดไปอ่ะ เห็นก็ใหม่ๆ ก็ 24,000 ก็ตายตัว ค่านอนที่เตียงกับค่าอาหาร 3 มื้อตายตัวนี้ 24,000 ไปมาเดี๋ยวนี้นะค่ะ ถุงมือยางของพนักงานที่นี้ก็คิดกับคนไข้ ซึ่งควรจะเป็นเรื่องของโรงพยาบาล เพราะคนของตัวใช้ คิดเดือนหนึ่งรวม 3000 ใช่ไหมเนี้ย กล่องละประมาณ 95 ถึง 100 บาท/กล่อง ใส่ถุงมือยาง เดือนหนึ่งเกือบสามพันบาท จะไปแล้วสามหมื่น" (NH6)

การประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุน

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ใช้วิธีการการประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนที่แตกต่างกัน ดังนี้

1) **ผู้ให้บริการ** มักจะใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมการบริการของผู้รับบริการ โดยสังเกตจากผู้ที่เคยมาใช้บริการมีการกลับมาใช้บริการอีก เช่น พ่อเคยมาใช้บริการและเสียชีวิตในสถานบริบาลแห่งนี้มาก่อน และเมื่อแม่มีอายุมากขึ้นช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ลูกๆ ก็พาแม่มารับบริการอีก เป็นต้น

2) **ผู้รับบริการ** จะใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมการให้บริการ ผลลัพธ์การบริการและสิ่งแวดล้อม เช่น ดูจากสีหน้าและความเต็มใจบริการและการเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ ความสะอาดของสถานที่ ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับอาการก่อนมารับบริการ มีสภาพจิตใจดีขึ้น ไม่บ่นต้องการกลับบ้าน และญาติผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจและอุ่นใจที่ให้ผู้สูงอายุอยู่ในสถานบริบาลแห่งนี้ เช่น ญาติของผู้สูงอายุกล่าวว่า

คิดว่าคุ้มคะ จากที่ดูของแม่ เอาใจใส่ รู้สึกอาการจะดีขึ้น ตอนนี้พยายามจะเดินเอง จากแต่แรกไม่เดินเลย ก็พยายามช่วยตัวเองมาเรื่อยๆ จากที่ขาตั้งไม่ได้ ตั้งปุ๊บล้ม เดี๋ยวนี้ตั้งขาเองได้ ยกขาเองได้ (NH8)

6. นโยบายสาธารณะ

นโยบายที่จำเป็นในการดำเนินงานให้บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญไปที่บทบาทของภาครัฐในการพัฒนาระบบการบริการให้มีความครอบคลุมและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ได้แก่

1) มีมาตรการให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เช่น

การพิจารณาเพิ่มเบี้ยยังชีพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ต้องการการดูแลระยะยาว เช่น ผู้รับบริการกล่าวว่า

"จะมาช่วยอะไรเราได้ ก็มีเรื่องค่าใช้จ่ายอ่ะนะ แต่จะช่วยยังไงบางคนลูกหลานต้องจ่ายเดือนละ 4 หมื่น 5 หมื่นไม่เคยเห็นเค้าช่วยคนแก่ ลูกโต เค้าได้เงินแค่ 500" (NH6)

2) มีมาตรการให้การช่วยเหลือแก่สถานประกอบการ เช่น

การอุดหนุนหรือชดเชยส่วนต่างค่าบริการที่เพิ่มขึ้น การจัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานจะทำให้ผู้ประกอบการมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่ผู้ประกอบการจะนำไปเป็นต้นทุนการให้บริการทำให้ค่าบริการสูงเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้โอกาสการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นลดลงไปด้วย ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ารัฐบาลควรพิจารณาชดเชยค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นควบคู่ไปกับการประเมินหรือตรวจสอบคุณภาพ รวมทั้งให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับลูกหลานที่ต้องซื้อบริการจากภาคเอกชน การสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลที่จำเป็น และค่าเดินทาง เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

ในเรื่องของ Long term care (การดูแลระยะยาว) เนี้ยถ้าเกิดรัฐบาลเข้ามาควบคุมคุณภาพเนี้ย ก็จะมีคนส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถจ่ายเงินในระดับที่จะซื้อคุณภาพนั้นๆ ได้ ในเมื่อรัฐบาลมาควบคุมคุณภาพไม่ให้ต่ำไปกว่านั้น รัฐบาลก็ควรจะเป็นผู้ชดเชยค่าใช้จ่ายในส่วนนั้น ... เพราะว่าตอนนี้รัฐบาลจะเข้ามาวางคุณภาพ เพราะฉะนั้นมันก็จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ซึ่งจะมีคนที่ไม่สามารถที่จะจ่ายเงินตรงนั้นได้ ในเมื่อรัฐบาลจะเข้ามาควบคุมคุณภาพรัฐบาลก็น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการจ่ายค่าชดเชยตรงนั้น (NH1)

การสนับสนุนทางด้านการเงินแก่ผู้ประกอบการ ที่ผ่านมาผู้ประกอบการต่างๆ ดำเนินกิจการโดยไม่ได้รับการสนับสนุนใดๆ จากภาครัฐ ทำให้การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการต่างๆ เป็นไปอย่างล่าช้า ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า ภาครัฐควรสนับสนุนภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการที่รัฐไม่สามารถจัดบริการที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยจัดหาแหล่งเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำ หรือให้เงินสนับสนุนสถานประกอบการของภาคเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรที่ดำเนินการโดยมูลนิธิหรือองค์กรการกุศลต่างๆ เป็นต้น

3) มีการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละระดับ ให้มีเนื้อหาสาระและจำนวนชั่วโมงเรียนที่เหมาะสม ไม่ควรมุ่งเน้นเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุมากจนเกินไป ผู้เรียนควร

สามารถแยกความแตกต่างระหว่างผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้ ควรมีการสอนวิธีการประเมิน การวางแผนป้องกันและการแก้ไขปัญหารายบุคคล วิธีการที่จะให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีการปลูกฝังความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะในการดูแลและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

4) การจัดให้มีบริการสถานบริบาลโดยภาครัฐ เพื่อให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส หรือในรายที่ญาติไม่มีเงินมากพอที่จะไปซื้อบริการจากภาคเอกชน โดยเป็นบริการแบบเสียค่าใช้จ่ายในราคาที่เหมาะสม ควรจัดให้มีบริการครอบคลุมทุกจังหวัดเพื่อที่ญาติจะได้ไม่ต้องเดินทางไกล ทั้งนี้อาจปรับปรุงหน่วยงานของภาครัฐที่มีอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ารัฐบาลอาจใช้วิธีซื้อการบริการจากสถานบริการเอกชนเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกผู้ให้บริการด้วยตนเองได้ รวมทั้งส่งเสริมให้มีอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการเพิ่มมากขึ้น

5) มีการควบคุมและตรวจสอบมาตรฐาน ผู้รับบริการให้ข้อเสนอแนะว่าภาครัฐควรเข้าไปดูแลโครงการที่เป็นของภาคเอกชน ว่ามีการจัดให้บริการมีคุณภาพมาตรฐานมากน้อยเพียงไร โดยกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบในควบคุมมาตรฐานและกำกับดูแลสถานบริการ ให้ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนดและดำเนินการโดยมีกฎหมายรองรับ เช่น จำนวนบุคลากรที่เหมาะสม และความครอบคลุมของกิจกรรมการดูแล เป็นต้น

6) มีการออกกฎหมายให้ครอบคลุม และเอื้อต่อการเขียนขยายความในอนาคตได้ เนื่องจากหากเขียนกฎหมายที่ตีกรอบมากจนเกินไป จะทำให้การบริการที่อยู่นอกขอบเขตของกฎหมายไม่สามารถกำหนดหน่วยงานหรือองค์กรเข้าไปดูแลหรือรับผิดชอบได้ หรือหากเขียนแยกรายละเอียดปลีกย่อยมากจนเกินไปก็จะส่งผลทำให้หากฎกติกามารองรับยากขึ้น เช่น ผู้มีส่วนในการผลักดันนโยบายกล่าวว่า

> *ผมอยากให้มีหน่วยงานใดรับผิดชอบ ให้แปลความหมายให้กว้าง ให้ครอบคลุมไปเลย ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือธรรมดา ก็ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของหน่วยงานเนี้ย มีกฎระเบียบกติกาอย่างเนี้ย ต้องมีคนมีคุณภาพเข้าไปดูแล มีคุณสมบัติอย่างนี้ๆ ต้องให้กว้าง ไม่ใช่ตีกรอบอย่างเนี้ยๆ (NH10)*

บทบาทของคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) จากเดิมที่มีขอบเขตความรับผิดชอบเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในเรื่องเกี่ยวกับสินค้า เช่น สินค้าที่บกพร่อง ไม่มีมาตรฐาน หรือสินค้าที่ใช้แล้วจะเกิดอันตรายต่อผู้บริโภคและหากทำให้ผู้บริโภคได้รับความเดือดร้อนเสียหายต่อชีวิตร่างกาย จะถือว่าเป็นละเมิดสิทธิทั้งสิ้นซึ่งเป็นคดีอาญา ผู้บริโภคสามารถขอความช่วยเหลือจาก สคบ. เพื่อฟ้องร้องคดีได้ และต่อมาทางสคบ.พบว่าได้รับการร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการมากขึ้นและยังไม่มีกฎหมายรองรับ จึงได้เสนอขอแก้ไข พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค) มาตรา 39 ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 3 เพิ่มคำว่าบริการ ในข้อวงเล็บ 2 เป็นสินค้า***หรือบริการ***อาจเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคเพื่อให้ผู้ใช้บริการต่างๆ ได้รับความคุ้มครองเพิ่มขึ้น รวมทั้งเป็นผู้ประสานหาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามารับผิดชอบในการกำกับดูแลสถานบริการ เช่นกล่าวว่า

*พรบ.คุ้มครองผู้บริโภคมาตรา 39 อันนี้เป็นมาตรารวม ถ้าผู้บริโภคถูกละเมิดสิทธิ์ แจ้งมาที่ สคบ. ได้ สคบ. ก็จะเสนอคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อขอความเห็นชอบแล้วก็จะแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นทนายความทำเรื่องฟ้องศาล อันนี้กฎหมายใหม่ ฉบับคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่งแก้ไขเกี่ยวกับ สินค้า**<u>**หรือบริการ**</u>*อาจเป็นอันตรายต่อผู้บริโภค (NH10)*

7. ประเด็นอื่น ๆ

7.1 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในสถานบริบาล

จากการดำเนินงานเพื่อให้บริการสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุมามากกว่า 10 ปี ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานดังนี้

1) ภาครัฐให้การส่งเสริมไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง ที่ผ่านมาภาครัฐบาลผ่านกระทรวงแรงงานเคยสนับสนุนให้ทุนกู้ยืมเรียนในหลักสูตรผู้ช่วยดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ แต่ต่อมาได้ถูกยกเลิกไปทำให้มีคนมาเรียนในหลักสูตรน้อยลง ส่งผลกระทบต่อการสรรหาผู้ช่วยดูแลมาทำงานในสถานบริบาล นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ประจำ ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรับบริการในสถานบริการของเอกชนก็จะมาจากลูกหลานเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลกระทบต่อโอกาสเข้ารับบริการของผู้สูงอายุในรายที่ญาติมีข้อจำกัดในการจ่ายได้

2) ปัญหาทางด้านบุคลากร เช่น บุคลากรบางรายมีข้อจำกัดของในการเข้าถึงความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด ที่จบใหม่ ที่ไม่เคยผ่านการฝึกงานในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมาก่อน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุให้อย่างครอบคลุมได้

นอกจากนี้สถานบริการมักประสบปัญหา ไม่สามารถจัดหาบุคลากรให้เพียงพอต่อความต้องการได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติงานในสถานดูแลระยะยาวไม่ท้าทาย หรือไม่มีความก้าวหน้าเหมือนกับโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ รวมทั้งภาวะขาดแคลนบุคากรในบางวิชาชีพที่มีการผลิตไม่เพียงพอต่อความต้องการของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาขานักกิจกรรมบำบัดและนักกายภาพบำบัด ทำให้สถานบริการไม่สามารถให้บริการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถจัดให้มีกิจกรรมกระตุ้นได้บ่อยครั้งตามที่ต้องการได้

3) สถานบริบาลผู้สูงอายุยังขาดกฎหมายรองรับและยังไม่หน่วยงานรับขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน ที่ผ่านมาผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาส่วนหนึ่งไปขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาล แบบผู้ป่วยพักค้างคืนกับกองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการจัดอัตราบุคลากรและการจัดให้มีบริการอื่นๆ เช่น จะต้องจัดให้มีแผนกผู้ป่วยนอกและมีเภสัชกรประจำตามข้อกำหนดสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสมกับสถานบริบาล ทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสูงขึ้นส่งผลให้มีการเก็บค่าบริการสูงขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้พบว่าผู้ประกอบการส่วนหนึ่งไปจดทะเบียนกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า ที่รับจดทะเบียนนิติบุคคลในการประกอบธุรกิจเท่านั้นแต่จะไม่มีส่วนในการควบคุมกำกับดูแลสถานบริการแต่อย่างใด ดังนั้นยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าสถานบริการประเภทนี้ควร

อยู่ในความดูแลของหน่วยงานใด จึงมีความจำเป็นต้องมีการกำหนดหน่วยงานเฉพาะเรื่องที่จะเข้าไป เช่น สคบ.กล่าวว่า

ทาง สคบ. ก็เป็นห่วง เพราะว่าผู้สูงอายุก็คือผู้บริโภค ต้องได้รับการบริการด้วยความเป็นธรรม คิดว่าถ้าไม่มีเจ้าภาพหรือว่ากฎหมายเข้าไปดูแลตั้งแต่ต้น ก็ต้องเข้าไปเพื่อที่จะหาวิธีการที่จะให้มีหน่วยงานเข้าไปดูแลรับผิดชอบ อาจจะต้องเป็นเรื่องที่นำเสนอคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคหรือคณะรัฐมนตรี ... ถ้าหากว่าไม่สามารถหาหน่วยงานใดรับผิดชอบได้ จะเสนอว่าควรให้หน่วยงานใดรับ เพราะว่าปัจจุบันไม่มีหน่วยงานไหนรับ (NH10)

เมื่อเร็วๆ นี้ถึงขั้นการฟ้องร้องมี 2 ราย มีศูนย์พยาบาล ... อันนี้เป็นลักษณะ มีวัตถุประสงค์ดูแลคนป่วย คนชรา พนักงานแม่บ้าน เด็กแรกเกิดให้แก่ประชาชน เขาโฆษณาครอบคลุม บริการคนป่วย คนชรา เสร็จแล้วก็ไม่ดำเนินการให้เขา ตกลงทำสัญญาจะรับสภาพหนี้ให้แก่ผู้ฟ้องร้องแต่ก็เพิกเฉย ถือว่าละเมิดสิทธิ์ผู้ร้องก็ฟ้องคดีให้ (NH10)

4). เรื่องอื่นๆ เช่น วัสดุอุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุมีความต้องการรสชาดอาหารแตกต่างกัน การจัดการเรื่องความสะอาดไม่เหมาะสม การจัดเวร 12 ชั่วโมงและบางครั้งอาจต้องมีการต่อเวรยาวนานถึง 24 ชั่วโมงในกรณีที่ขาดคนฉุกเฉิน ทำให้บุคลากรเกิดการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ได้ เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

ใช่คะ คือน้องบางคนอาจจะเหนื่อยคะ อย่างเข้า 10 เช้า ออก 10 เช้าอีกวัน ถ้าเทียบกับที่อื่น อย่างเอกชนจะเป็น 3 กะ ใช่ไหมคะ คือทำให้พนักงานเพลีย อ่อนล้า ทำงานได้ไม่เต็มที่คะ น้องเหนื่อยคะ (NH3)

7.2 ประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการบอกหรือต้องการฝาก เช่น การทำงานบุคลากรควรคำนึงถึงความผาสุกในการทำงาน หากทำงานแล้วมีความสุข ผลงานก็จะออกมาดี ก็จะทำให้ญาติผู้สูงอายุพึงพอใจ และควรมีการการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยจัดให้มีกิจกรรมทัศนศึกษา ทำความรู้จักสถานที่สำคัญๆ เช่น พิพิธภัณฑ์ สนามหลวง พระราชวัง องค์กรสหประชาชาติ เพื่อเป็นการเปิดโลกทัศน์และเพิ่มพูนความรู้และมีความรู้รอบตัวแก่ผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

สรุป

แนวโน้มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลหลากหลายและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น ส่งผลทำให้การดูที่บ้านไม่สามารถทำได้อย่างครอบคลุม จึงมีการก่อตั้งสถานบริบาลแห่งนี้ขึ้นมาเพื่อให้มีการดูแลที่เฉพาะและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยมีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ที่รวมถึง แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนากร และผู้ช่วยเหลือดูแล ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการช่วยเหลือตนเองในระดับต่างๆ โดยให้การช่วยเหลือดูแลในกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และการส่งต่อกรณีที่มีอาการซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น คุณภาพการดูแลประเมินได้ผู้ให้บริการ เช่น จากความสามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย การดูแลเอาใจ การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน การส่งต่อ สถานที่ และการบริหารจัดการ และผู้รับบริการ เช่น การกลับมารับบริการ การบอกต่อๆ กันแบบปากต่อปาก และผู้รับบริการมีอาการดีขึ้นหรือมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น การจัดการด้านคุณภาพที่สำคัญ เช่น การมีวัฒนธรรมองค์กร การมีกิจกรรมที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และมีระบบการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการยังไม่สามารถบอกได้ชัดเจน แต่มักจะเปรียบเทียบกับ ค่าบริการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นกับบริการที่ได้รับ นโยบายสาธารณะที่จำเป็น เช่น มาตรการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มาตรการให้การช่วยเหลือผู้ประกอบการ การกำหนดหน่วยงานควบคุมมาตรฐานและกำกับดูแล และการออกกฎหมายให้ครอบคลุมเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

บทที่ 7
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล

1. บริบท

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงแห่งนี้ ตั้งอยู่ในเขตอีสานตอนกลาง ในอำเภอขนาดเล็กที่มีประชากรประมาณสี่หมื่นเศษ ห่างจากถนนมิตรภาพที่เป็นถนนสายหลักของภาคอีสานประมาณ 60 กิโลเมตร มีขอบเขตหน้าที่เช่นโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปที่เป็นศูนย์บริการและวิชาการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การปรับปรุงสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมชุมชน และการฟื้นฟูสภาพในระดับอำเภอ แต่พบว่าผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังและสูงอายุจำนวนมากและมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ

ด้วยลักษณะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับการรักษา กอปรกับกระแสการแพทย์ทางเลือกซึ่งเป็นการรักษาที่มีการกล่าวถึงและนำมาใช้ในการรักษาร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้อำนวยการแพทย์โรงพยาบาลปัจจุบันซึ่งย้ายมาเป็นผู้อำนวยการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 จึงเข้าอบรมการฝังเข็ม ทำให้เป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังที่เน้นการฟื้นฟูสภาพ และเกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้นว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพมีไม่พอ จำเป็นที่โรงพยาบาลต้องมุ่งเข็มที่จะให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีชีวิตที่ดี ดังที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกล่าวว่า *"ไม่มี hospital care ที่ไหนที่ดูแลกลุ่มนี้จริงๆ ... พอ discharge จากโรงบาลใหญ่แล้ว เขาจะบอกว่าไปทำกายภาพนะแล้วก็กลับไปบ้าน แล้วก็สอน caregiver ให้ทำให้แล้วก็จบไป จบที่บ้าน...caregiver เองบางทีก็ต้องไปทำมาหากิน คนไข้ก็จะถูกทอดทิ้งอยู่ที่บ้าน ถ้าเราให้เขาสามารถ rehabกลับมา functionได้...อย่างน้อยเขาช่วยตัวเองได้บ้าง เขาก็ยังมีกำลังใจสู้ชีวิตต่อ "* (LH1)

เมื่อมุ่งเน้นให้บริการด้านนี้โรงพยาบาลแห่งนี้ จึงกลายเป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงในเรื่องการฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์ทางเลือกดังที่ผู้สูงอายุที่มารักษาอาการอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง บอกว่า *"ไม่น่าเชื่อเลย ว่าโรงบาลเล็ก ๆ อยู่กลางป่า อยู่ต่างจังหวัด เป็นอำเภอเล็กๆ แบบว่าไม่น่าเชื่อเลยว่าจะมีด้านฝังเข็มอะไรแบบนี้..."*(LH4) ทำให้โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ มีความแตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชนอื่น และจากการดำเนินงานการดูแลเฉพาะทางด้านนี้มานานกว่าสิบปีเศษ ทำให้ชื่อเสียงเป็นที่เลื่องลือ เล่าต่อกันปากต่อปากว่าสามารถรักษาคนอัมพาตให้เดินได้ ทำให้มีผู้ใช้บริการที่มาจากต่างพื้นที่เข้ามารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นจากทั่วทุกภาคของประเทศโดยเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ตั้งใจมารักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังอาการของโรคคงที่ *"คงจะเป็นปากต่อปาก" (LH1) นอกจากชื่อเสียงด้านการรักษายังดึงดูดชาวต่างชาติบางกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพมารักษาที่นี่ "พอดีขึ้นทุเลาขึ้นเขาก็จะบอกต่อๆ ค่ะแม้แต่ต่างประเทศที่มีทัวร์สุขภาพเขาก็เข้ามา...ของแขกซาอุค่ะ"* (LH3)

จากแนวคิดการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่รักษาแพทย์ทางเลือกด้วยการฝังเข็มที่ริเริ่มเพียงอย่างเดียวก็ได้มีการขยายแนวทางการรักษาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ได้แก่ การนวดแผนไทย การอบประคบสมุนไพรโดยผู้ที่จบมาทางอายุรเวช ร่วมกับการรักษาฟื้นฟูแผนปัจจุบันที่เน้นการทำกายภาพ

และกิจกรรมบำบัด ธาราบำบัด ในที่เพิ่งเริ่มในการรักษาได้ไม่นานคือการจัดกระดูก “ผมมีเรื่องจัดกระดูก...เข้ามาเสริมในส่วนที่มีปัญหา...คนไข้พึงพอใจมากขึ้น...ฝังเข็มแล้วมานวดจัดกระดูกนะแล้วมันก็ลดอาการที่คุกคามเขาลงไป เขาก็สามารถมีชีวิตปกติสุขได้บ้าง” (LH1) ทำให้นำมาซึ่งคำกล่าวขานใหม่ในการฟื้นฟูสภาพร่างกายว่าที่นี่มี “การรักษาแบบครบวงจร” และเป็นที่นิยมมากขึ้น

เมื่อรัฐมีการปรับเปลี่ยนระเบียบการอยู่รักษาในโรงพยาบาล มีการจำกัดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบ มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายหากอยู่รักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องนานเช่นเดิม สามารถเบิกรักษาได้ เพียงครั้งละ 10 วัน “มีปัญหาค่าใช้จ่าย เพราะ 10 วันนี่เราสามารถเบิก DRG ได้เบิกในใช้สิทธิ์บัตรต่าง ๆ ของรัฐบาลได้ คนเบิกได้ ก็เบิก แต่ถ้าเกินมันจะไม่ได้ ถ้าเกินก็มีกรณี caseที่มากกว่า 3 เดือน ต้องมีคณะกรรมการแพทย์รับรองถึงจะมีสิทธิ์เบิกได้” (LH3) และเพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย แนวทางการรักษาจึงได้ปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับระเบียบที่เปลี่ยนไป และถือเป็นโอกาสของการปรับรูปแบบการดูแลใหม่เป็นโปรแกรมการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระยะยาว โดยอยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะครั้งละ ประมาณ 10 วัน นานประมาณ 10 เดือน หรือมากกว่าตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย*“ผู้อำนวยการท่านก็เลยว่าอยากให้ทำเป็นคอร์สมากกว่า จะไม่มีผลกระทบด้านค่าใช้จ่าย...คอร์สหนึ่ง ประมาณ 10 วันแล้วแต่โรค...บูรณาการว่าการดูแลผู้สูงอายุบวกกับการบริการฟื้นฟูสุขภาพในด้านแพทย์ทางเลือกไปเลย”* (LH3)

ลักษณะและความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการฟื้นฟูสภาพระยะยาว

ลักษณะผู้สูงอายุที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความบกพร่องทางด้านการเคลื่อนไหว “เป็นเพียง Impairment เฉย ๆ...ทุพลภาพบ้าง” (LH1) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเห็นความสำคัญและให้การบริการ ทั้งพบว่าในกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ *“ส่วนใหญ่ใน 10 case จะมีผู้สูงอายุ ที่มีโรคที่จะต้องมาฟื้นฟู เกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีค่อนข้างมากกว่าวัยอื่น**...ส่วนใหญ่**เกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ ประสาท ปวดหลังปวดเข่าชา พวกภาวะแทรกซ้อนจากCVAเป็นส่วนใหญ่”* (LH3) ได้แก่

1) ผู้ที่เป็นสโตร๊คเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่มากที่สุด *“ส่วนใหญ่จะเป็นด้าน CVA ค่อนข้าง 80 เปอร์เซ็นต์”* (LH3) เนื่องจากการเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ไม่สามารถจำกัดการรักษาเฉพาะวัยผู้สูงอายุได้ *“ไม่ใช่ Aging อย่างเดียว แต่พบผู้สูงอายุมากอันดับ” (LH1)*

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เข้าดูแลรักษาที่นี่มีเป้าหมายว่าต้องการมาฟื้นฟูสภาพเพื่อให้สามารถเดินช่วยเหลือตนเองได้ *“เป้าหมาย ก็ต้องการให้ช่วยเหลือตัวเองได้ อย่างน้อยก็กินข้าวได้เอง เดินเข้าห้องน้ำได้...ไม่เป็นภาระคนอื่น”* (LH9) โดยลักษณะของผู้ป่วย**ส่วนใหญ่จะมีปัญหาการเคลื่อนไหว** ไม่สามารถเดินได้เอง เคลื่อนไหวได้บนเตียง เดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ทำให้ช่วยเหลือตนเองเรื่องการขับถ่ายที่ห้องน้ำได้ลำบาก บางรายไม่สามารถรับประทานอาหารได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาจิตใจที่เป็นผลกระทบจากโรค ผู้ป่วยมักจะมีอาการซึมเศร้า เป็นต้น

2) โรคทางออร์โธปิดิกส์ ได้แก่ Cervical spondylosis ที่ปฏิเสธการรักษาด้วยการผ่าตัด

และตั้งใจมารักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก *“พวก Cervical spondylosis…คนไข้ก็มาฝัง (เข็ม) แล้วเขาไม่ต้องผ่าตัด...แล้วเขาสามารถใช้ชีวิตปกติสุขได้” (LH1)* ดังผู้สูงอายุรายหนึ่งมารักษาที่นี่ กล่าวว่า“เดินได้ไปห้องน้ำทำอะไรได้ส่วนตัวของเขา” และบอกว่ามีอาการดีขึ้น *“ดีขึ้น แต่ลูกสาวก็ว่าดีขึ้นค่ะกำลังก็มี ได้ออกกำลังกายอยู่บ้านก็ข้าวกินไม่ได้อยู่นี่ก็กินได้หน่อยหนึ่ง”* (LH5)

3) ผู้ที่มีอาการปวด ปวดหลัง เข่า มีอาการชาฝ่าเท้า และต้องการการรักษาด้วยการนวด *“กลุ่ม Pain หรือกลุ่มที่มีอาการชาฝ่าเท้าชา เขา (โรงพยาบาลทั่วไป) มีแค่ Rehab ธรรมดาดึง Traction แค่นั้นเองหรือไม่ก็ประคบ Ultrasound แต่ที่นี่มีตรงนี้เรามานวดจากกระดูกที่ว่าอันนี้เหมือนกับเสริมเรื่องนี้เข้าไป”* (LH5)

ประเภทการบริการ

การบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการครอบคลุมตามประเภทดังนี้

1) การบริการฟื้นฟูภาพอย่างหลากหลายต่อเนื่องครบวงจร มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูให้สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นการดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องระยะยาว

การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพอย่างหลากหลาย เป็นการดูแลรักษาที่ผสมผสานการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์ทางเลือก โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาจะคงการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้รับบริการเคยได้รับการรักษาด้วยยาประเภทใด จะคงการรักษานั้นไว้หรือโปรแกรมกายภาพบำบัดที่ได้รับการดูแลอยู่ *“ที่นี่ผมให้การรักษาด้วยยาที่เขาได้รับมา เหมือนไม่เปลี่ยนแปลง...บูรณาการกับแพทย์แผนปัจจุบัน”* (LH1) ในการฟื้นฟูสภาพยังมีการทำกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัด การทำอาชีวบำบัดโดยนักอาชีวบัด *“เราห้องกายภาพ บำบัดนะ มีน้องกายภาพและกิจกรรมช่วยดูแลฟื้นฟูด้วย”* (LH1) และในด้านการแพทย์ทางเลือกมีกิจกรรมการรักษาฟื้นฟูหลากหลาย *“แพทย์ทางเลือกที่นี่ที่พูดกันก็คือแพทย์ทางเลือก**ครบวงจร**ไม่ใช่เฉพาะฝังเข็ม ส่วนใหญ่หลักก็จะเรื่องของการฝังเข็ม นวดทำกายภาพ นวดประคบ อบ สมุนไพร นวดตัว นวดฝ่าเท้า วารีบำบัด ก็จะรวมหมด”* (LH3) และยังมีกิจกรรมการรักษาที่เพิ่งริเริ่มมาไม่นาน *คือ “การจัดกระดูก”* (LH1)

การบริการฟื้นฟูสภาพมีทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและใน การรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจะมีการนัดผู้สูงอายุมาฟื้นฟูสภาพตามโปรแกรมที่กำหนดร่วมกับแพทย์ในผู้สูงอายุที่ไม่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ส่วนการฟื้นฟูสภาพแผนกผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางไปกลับไปทุกวัน ต้องการอยู่รักษาในโรงพยาบาล กระบวนการฟื้นฟูในโรงพยาบาลเริ่มตั้งแต่ 1) การเข้ารับการตรวจและวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ เมื่อแพทย์รับเข้าอยู่รักษาแล้ว 2) การรับเข้าหอผู้ป่วยฟื้นฟู พยาบาลจะดำเนินการจัดการจัดหอผู้ป่วยตามความต้องการของผู้สูงอายุตามความเหมาะสมกับความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายขณะอยู่รักษา และความสามารถของญาติในการอยู่ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยฟื้นฟู จะมี 3 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยฟื้นฟูสามัญ “25 เตียง” ที่กำหนดว่าต้องมีญาติมาดูแล จึงเฝ้าได้ หอผู้ป่วยฟื้นฟูพิเศษรวม “10 เตียง” ซึ่งส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาได้ หากไม่มีญาติดูแลต้องจ้างผู้ช่วยเหลือดูแลของโรงพยาบาล (หรือที่เรียกว่าหอผู้ป่วยสูงอายุ) หอผู้ป่วยพิเศษเดี่ยวที่มีญาติเฝ้า หรือจ้างผู้ช่วยเหลือดูแล *“คนไข้ที่เข้ามา จะประเมินโดยแพทย์ก่อนว่า เป็นโรคนี้จะรักษาโดยปักเข็มที่ไหน ใช้*

เวลาเท่าไหร่ ค่าใช้จ่ายเท่าไหร่ คอร์สละเท่าไหร่ พอแพทย์ได้พูดคุยกับคนไข้ ทางทีมพยาบาลก็จะสาน (ประสาน) ต่อให้มีโอกาสเลือกระบบการนอน (ในโรงพยาบาล)" (LH3) 3) เข้าโปรแกรมฟื้นฟูสภาพ *"โปรแกรมการฟื้นฟูมี 3 โปรแกรมให้เลือก ฝังเข็มทุกวันร่วมกับนวดแผนไทย 5 ครั้ง กายภาพ 5 ครั้ง สลับกันแต่ละวัน ฝังเข็มทุกวันร่วมกับกายภาพ 5 ครั้ง ต่อด้วยนวดแผนไทย 5 ครั้ง ไม่ฝังเข็ม แต่ทำกายภาพบำบัดสลับกับนวดแผนไทย"* (LH4)

ส่วนขั้นตอนสุดท้ายคือ การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่อง จะมีการนัดญาติมารับทราบข้อมูลความรู้ในการดูแลเมื่อกลับบ้านเพื่อให้ญาติดูแลต่อเนื่อง มีระบบการโทรศัพท์ติดตามภายหลังออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ *"ตอนกลับเราก็จะถามว่า เราก็จะมีระบบว่าใครจะเป็น caregiver เราก็จะเล่าปัญหาสุขภาพให้ฟังว่าขณะที่อยู่นี่นี่ คนไข้มีปัญหาอะไร การนอนหลับเป็นยังไง การขับถ่ายเป็นยังไง การรับประทานอาหารเป็นยังไง กลับไปต้องระวังเรื่องอะไร เราก็จะเน้นให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การปฏิบัติตัว หลังคนไข้กลับบ้านนี่เราตั้งเกณฑ์ไว้ว่า ภายใน 1 สัปดาห์เราต้องโทรเยี่ยมทางโทรศัพท์"* (LH4)

2) การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลกิจวัตรประจำวันเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องให้การดูแล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ กิจวัตรประจำวันที่ให้การดูแลนั้น ส่วนใหญ่ดูแลการให้อาหาร *การดูแลเรื่องการอาบน้ำ แต่งตัว การเคลื่อนไหว และไปห้องน้ำ*

> *"แจกข้าวให้กับคนที่ช่วยตัวเองได้ หลังจากนั้นจะไปป้อนข้าวคนที่ช่วยตัวเองไม่ได้... กินข้าวเสร็จก็เก็บถาด...เอาคนไข้อาบน้ำ บางทีการยกขยับตัว เวลาจะลุก จะไปห้องน้ำต้องตามไป กลัวล้ม..."* (LH10)

3) การดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุต้องพึ่งพาลูกหลานเนื่องจากบางตั้งสามี/ภรรยาเสียชีวิต การดูแลจึงจำเป็นต้องให้กำลังใจในการการฟื้นฟูสภาพ

> *"ผู้สูงอายุนี่ยอมรับว่าลำบากเพราะว่ายอมรับว่าคู่ผัวตัวเมียนี่ส่วนใหญ่จะตายจากไปแล้ว ส่วนใหญ่นะที่มานี่จะเป็นลูกหลานพา ผมว่ามัน need ทาง psycho...ต้องพูดคุยให้กำลังใจ พยาบาล ผู้ดูแลต้องรู้จักปฏิสัมพันธ์"* (LH1)

4) การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ที่ผ่านมาก็มีผู้ป่วยเข้ามารักษาแผลกดทับ "ก็มาอยู่นาน" และพบปัญหานี้มากขึ้น ทำให้สนใจในการต่อยอดการรักษาที่มีอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว *"อีกอันหนึ่งก็จะทำ คือ เรื่องแผล bed sore...ที่ว่าจะมารักษาคนไข้ที่มีปัญหาเรื่อง paraplegia ที่มี bed sore เป็นตัวหนอนที่มาจากประเทศเยอรมัน... ให้คนไข้มานอนในน้ำตรงนี้แล้วให้หนอนตรงนี้มาช่วยกินเนื้อตายก็ทำให้เนื้อตายหลุดไปแล้วเนื้อดีก็จะมีขึ้นมาแล้ว healing จะเร็ว "* (LH1)

5) **สถานพักฟื้น** เป็นแนวคิดที่จะรับผู้ป่วยเข้ารักษาพยาบาลพักฟื้น ซึ่งกำลังเตรียมการ *เช่น กล่าวว่า "อนาคตท่านผู้อำนวยการจะทำเหมือน home stay ผู้ป่วยและญาตินอนได้ด้วย...อยู่ด้านหลังตอนนี้ก็ถมที่แล้ว กำลังจะริเริ่มน่าจะปีสองปีนี้"* (LH3)

6) การจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมการดูแลสุขภาพ โรงพยาบาลแห่งนี้มีแนวคิดในการจัดการสุขภาพผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังให้มีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ดูแลตนเองได้ เพื่อไม่เป็นภาระของผู้อื่น

> *"ผมเคย defend เรื่องศูนย์ฝึกนี่...ผมมองว่าคุ้ม เพราะเราสามารถจัดเป็นกลุ่ม help age ได้ จะช่วยทำให้กลุ่มนี้เขามีสถานที่ให้เขาได้ออกกำลังกาย ได้ธรรมชาติสัมผัสแล้วสิ่งที่มันเป็นเหมือนกับhome เลย" (LH1)*

7) **หน่วยคลินิกชุมชนเคลื่อนที่** เป็นการบริการตรวจรักษาโรคกลุ่มไม่ติดต่อ *"ก็มีพวก DM hypertension มาก...heart มีน้อย"* ตามนโยบายการดูแลแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ *"เครือข่ายCMU ดูแลคนไข้คลินิก NCD ที่ดูแลได้ดีระยะหนึ่ง เราก็จะเอาพยาบาลมาอบรมแล้ว เมื่อไรจะส่งคนไข้กลับ เราจะมี Guidelineที่ชัดเจนว่าเมื่อไรส่งคนไข้กลับ เมื่อไรส่งเข้ามา เรามีระบบ refer ระบบอะไรที่ชัดเจน ส่วนหนึ่งจะเห็นแบบว่า OPD คนจะน้อยลง"* (LH1)

2. ระดับของการดูแล

สถานบริการนี้มีการแบ่งระดับของการดูแลเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1) แบ่งตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสภาพ จะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น ระดับ 0 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ระดับ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้เคลื่อนย้ายตัวเองได้บนเตียง ระดับ 2 ลุกนั่งบนเตียงได้ทรงตัวได้ ระดับ 3 ลุกยืนได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุงเดิน ระดับ 4 เดินได้เองโดย เดินได้โดยใช้กายอุปกรณ์ และระดับ 5 ช่วยเหลือตัวเองได้หมด

> *"ระดับ 0 คือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย 0 คือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้นะคะ 1 ก็คืออย่างที่พี่บอกช่วยเหลือตัวเองได้เคลื่อนย้ายตัวเองได้บนเตียง 2 ก็คือลุกนั่งบนเตียงได้ทรงตัวได้ 3 ก็คือ ต้องมีลุกยืนได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุงเดินนี่ค่ะ 4 เดินได้เองโดย เดินได้โดยใช้กายอุปกรณ์ 5 ก็คือช่วยเหลือตัวเองได้หมด..."* (LH4)

2.2) แบ่งตามความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแล โดยใช้แนวทางการประเมินเพื่อจัดหาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย (ที่จัดจ้าง) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ 1 ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ช่วยเหลือทุกกิจกรรม ระดับ 2 นั่งทรงตัวได้ รับประทานอาหารได้เอง พาเดินเข้าห้องน้ำ ลึกนั่งได้แต่เดินไม่ได้ และระดับ 3 ช่วยเหลือตนเองได้เกือบทั้งหมด

"แบ่งระดับคนไข้ตามประเภทที่ช่วยเหลือตัวเอง...ได้น้อย ต้องดูแลกิจกรรมเกือบทุกอย่าง ดูแลทั้งการขับถ่าย การรับประทานอาหาร พลิกตะแคงตัว มีแผล bed sore อะไรพวกนี้ อันนี้ 1 ต่อ 1 คนดูแล... ดูแลเรื่องป้องกันอุบัติเหตุ แบบที่ 2 ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือแบบที่ 3 ช่วยเหลือตนเองได้เกือบทั้งหมด จะทรงตัวได้เอง ทานข้าวได้เอง เราแค่จัดเตรียมอาหาร จัดเตรียมยาไว้ให้ แล้วก็พาเดินเข้าห้องน้ำ เราก็จะให้ คนไข้ 2 ผู้ดูแล 1 คน...ส่วนใหญ่ก็จะเป็นแบบที่ 3 " (LH4)

3. คุณภาพการดูแล (quality of care)

คุณภาพการดูแลของสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล เห็นได้จากจุดเด่นจุดด้อยของสถานบริการ และคุณภาพการดูแล

3.1 จุดเด่นจุดด้อยของสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล

จุดเด่นของสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล

บริการที่เป็นจุดเด่นมีดังนี้ คือ การฟื้นฟูสภาพอย่างหลากหลายต่อเนื่องครบวงจร การดูแลรักษาพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความสะดวกในการรักษาฟื้นฟูสภาพ และสภาพแวดล้อม

1) การฟื้นฟูสภาพอย่างหลากหลายต่อเนื่องครบวงจร เป็นการดูแลรักษาที่เป็นที่กล่าวขานถือเป็นจุดบริการที่เด่นที่สุด เนื่องจาก

1.1) **สามารถให้การดูแลฟื้นฟูสภาพด้วยแพทย์ทางเลือกครบวงจร** ที่ให้การดูแลในโรงพยาบาลได้ ซึ่งต่างจากที่อื่นๆที่ให้รักษาแบบผู้ป่วยนอกซึ่งไม่สะดวก *"ที่โรงพยาบาล...ก็มี แต่มันไกล ไปมาไม่สะดวก"* (LH5) แต่ที่โรงพยาบาลนี้สามารถได้กิจกรรมการรักษาครบถ้วนตามโปรแกรมในผู้ป่วยในได้

"จุดเด่นก็คือใช้แพทย์ทางเลือกที่เน้นในการที่จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ เช่นในเรื่องของการปักเข็ม เรื่องของการกายภาพ การนวดรักษา แล้วก็เรื่องของการใช้สมุนไพรนะครับเช่นอบสมุนไพร...เรื่องของการให้บริการที่เป็นระบบครบวงจรครับ" (LH2)

1.2) ผลการรักษาทำให้หาย/ดีขึ้น ผู้ที่มารับบริการส่วนใหญ่บอกว่าที่มารักษาที่นี่เพราะมีคนบอกว่ารักษาแล้วหาย และเมื่อมารักษาก็ทำให้อาการดีขึ้น ซึ่งไม่เหมือนที่อื่น โดยเฉพาะการฝังเข็ม เพราะคิดว่าไปกระตุ้นระบบประสาทให้แข็งแรงขึ้น ร่วมกับการรักษาทางเลือกอื่น ที่สามารถรักษาได้ที่นี่ในเวลาเดียวกัน

"เส้นเลือดในสมองแตก แต่ไม่ดีขึ้น กลับบ้านยังเดินไม่ได้ ก็ไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลทุกวัน ไม่อยากเดินทางไกล...พ่อดองเขาบอกมาว่า มีคนรักษาที่นี่แล้วดีขึ้น... ลูกพามารักษามันก็ค่อยๆ ดีขึ้น ก็เดินได้...ที่นี่ไม่เหมือนที่อื่น ***มีฝังเข็ม****แล้วก็นวด นวดแล้วก็กายภาพบำบัด มันคล้ายๆผ่อนคลาย...****ที่นี่นะเขามีบำบัดพร้อมกัน...มันมีครบ…****"* (LH6)

*"กระดูกทับเส้นประสาท...ผ่าตัดแล้ว จะผ่าอีก ก็ไม่อยาก...มีบอกมาสองทาง...ว่ารักษาแล้วเดินได้ ก็อยากมา ไปที่...ก็รอ (กายภาพทุกวัน) นาน เบื่อ...**เด่นคือฝังเข็ม**...รู้สึกเบาตัวเบาขา... นวดไม่รู้สึกเบาเหมือนกับปักเข็ม"* (LH5)

ทั้งนี้ในมุมมองของผู้ให้บริการก็รับรู้ว่าไม่แตกต่างผู้รับบริการ

1.3) คุณภาพชีวิตดีขึ้น การรักษาด้วยวิธีนี้ เป็นการรักษาทางเลือก ทำให้สามารถเคลื่อนไหวได้เอง กลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม สามารถเลือกใช้แทนการรักษาโดยการผ่าตัด ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

"พวก cervical spondylosis…พอเขามาฝังแล้วเขาไม่ต้องผ่าตัด เขาสามารถใช้ชีวิตปกติสุขได้" (LH1)

"ใบข้อเสนอแนะของเขา (ผู้รับบริการ) ที่เขาส่งกลับมาให้เรา ที่เรารู้สึกว่าสิ่งที่เราทำอยู่นะมันมีประโยชน์ ก็คือหนึ่งคุณภาพชีวิตเขาดีขึ้นโรคเขาดีขึ้นแล้วก็เขา" (LH2)

1.4) เป็นการลดภาระครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ในครอบครัวที่ทำงานและไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ การที่ผู้สูงอายุเข้ารักษาโปรแกรมนี้ นอกจากช่วยให้ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นแล้ว ยังช่วยลดภาระการดูแลผู้สูงอายุได้ระยะเวลาหนึ่ง

"อยากให้เดินได้... ตัวเขาก็ลำบากยายก็ลำบากช่วยเหลือกันตลอด...เหนื่อย ผอมน้ำหนักลด ชีวิตเปลี่ยนไป... มานี่ (ตา) ดีขึ้น เดินได้ มีกำลังขึ้น อยู่บ้านก็กินไม่ได้ มานี่กินได้หน่อยหนึ่ง" (LHR2)

"ป้าสามารถทำกิจกรรมของตัวเองได้เหมือนเดิม โดยไม่ต้องมาห่วง...รับภาระของเราออกไปครึ่งหนึ่ง" (LHR3)

2) การดูแลรักษาพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ลักษณะการดูแลรักษาพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง "คนไข้เป็นจุดศูนย์กลาง" (LH1;2) เป็นนโยบายที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำหนดไว้และบุคลากรยึดถือปฏิบัติ เน้นให้บริการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษา ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

2.1) ตอบสนองความต้องการ มีการดูแลที่ตอบสนองความต้องการการดูแลรักษาของผู้สูงอายุตามสิ่งที่ผู้สูงอายุและญาติคาดหวัง หรือให้ดูแลแก้ใจปัญหาตามที่ต้องการอย่างรวดเร็ว

"เราก็ดูแลเขาแบบค่อนข้างตามใจ เขา Need อะไร เราพยายามเสิร์ฟให้เอาตามนั้น วันนี้อยากกายภาพนะอยากทำอะไรคือเราพยายามไม่ไปบล็อกเขาว่าต้องไปตามโปรแกรมนั้นโปรแกรมนี้เพราะว่าเราเคยบล็อกแล้วมันปรากฏว่าความไม่พึงพอใจมันเกิด" (LH1)

"เรามีฉุกเฉินอะไร ก็มาถามมาดูแลเราบอกว่าเราเป็นอะไรเจ็บตรงไหนเออเป็นอะไร ก็บอกไปเขาก็เอายามาให้ครับ ดีครับ...เราบอกเขา เขากลับมาแก้ไขให้เรา" (LHR4)

2.2) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษา ในกระบวนการดูแลรักษาผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกโปรแกรมการรักษา สามารถเปลี่ยนตารางการรักษาได้ตามความจำเป็น

"ให้เขาเป็นคนเลือกเองว่าที่นี่เขามีสิทธิ์เลือก ให้เขามีโอกาสเลือกอย่างวันนี้จะนวดตัวหรือนวดฝ่าเท้าก็เลือกได้ ให้เขาเลือกก็แล้วแต่คือพยายามให้โอกาสเขาเป็นคนเลือก เป็น Choice ให้เขาเลือกได้...ไม่ใช่เป็นการตัดสินใจของหมอว่าจะต้องอย่างนี้ๆ...ให้เขามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ" (LH1)

2.3) ดูแลแบบญาติมิตร มีการจัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยทีมที่เดิมเพื่อความคุ้นเคยเหมือนญาติให้การดูแลด้วยความรู้สึกว่าผู้สูงอายุเป็นญาติพี่น้อง

"ใช้ทีมงานเดิมนะครับคือเราไม่ได้เปลี่ยนทีมไม่ได้เปลี่ยนคนคือใช้ตัวหลักเดิม แล้วพยาบาลพยายามใช้คนเดิม น้องกลุ่ม nurse aide หรือกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้นี่จะเป็นกลุ่มที่เราค่อนข้างจะว่าคนเดิม ๆ ไม่ใช่เปลี่ยนคนบ่อยแล้วมองว่าเขากลับมาเขาก็มาทีไรเขาจะเจอคนกลุ่มนี้ถูกไหม หมายความว่าก็จะรู้สึกคุ้นเคยเหมือนกับเป็นญาติมิตร " (LH1)

*"เหมือนพี่น้องก็จะเอาใจเขามาใส่ใจเราไม่ใช่เฉพาะว่าเออรักษาตามหน้าที่" ((*LH10)

2.4) ไว้วางใจได้ ผู้รับบริการรับรู้ว่าการให้บริการที่ทำให้ญาติไว้วางใจได้ เกิดความมั่นใจในการเข้าอยู่รักษา

*"หลายๆ คนขอมาอยู่ที่นี่เพราะมองว่ามีคนดูแลให้ ดูแลไว้ใจได้ ...ติดต่อสื่อสารว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไร...ผิดปกติหรืออะไรก็ตาม...ก็จะบอกกับญาติก็ได้ คือเขาเกิด**ความมั่นใจ** สามารถดูแลแทนญาติได้...มีหลาย ๆ คนแต่แรกที่มา เขาก็จัดหาผู้ดูแลมาเฝ้าซึ่งค่าใช้จ่ายจะสูงกว่า ...พอเห็นความแตกต่างว่าไม่เหมือนกับที่เราดู คือเราทำนี่เราทำได้หมดคือไม่ได้รังเกียจ... เขา OK ... ผู้รับบริการก็พึงพอใจในส่วนนี้อันหนึ่ง แล้วก็มั่นใจตรงนี้"* (LH1)

2.5) มีความเป็นกันเอง การดูแลมีลักษณะให้ความเป็นกันเอง ดังที่แพทย์ผู้อำนวยการ พยาบาล และผู้ดูแลกล่าวว่า

"จุดเด่น...ในการบริการผู้สูงอายุ คิดว่าเป็นในเรื่องที่ผู้ให้บริการมีความเป็นกันเอง" (LH1)

"ชอบหมอ ชอบหมอรักษาดีหรืออะไรดีเป็นกันเองเลยหมอ...ก็ชอบพนักงานที่นี่ทุกแผนกเลย ไปที่ไหนก็เป็นกันเองหมดเลย" (LH3)

"ก็บอกเขาว่าโรงบาลนี้รักษาดีหมอก็ดียาก็ดีพนักงานเจ้าหน้าที่ก็เป็นกันเองหมด ดีหมดทุกอย่างเลยค่ะไม่มีที่ติเลยค่ะ" (LH6)

2.6) เอื้ออาทร เอาใจใส่ดูแล มีกริยามารยาทดี พูดเพราะ อัทธยาศัยดี เสียสละ พบว่าพฤติกรรมการดูแลของบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือดูแลเป็นจุดที่สร้างความพอใจให้แก่ผู้สูงอายุ

"เจ้าหน้าที่นี่ ส่วนหนึ่งก็คือมารยาทวาจา มีอัธยาศัยที่ดีแล้วก็ให้บริการได้ตามที่เขาคิดว่าเขาจะได้รับนะครับ" (LH1)

*"แบบเอื้ออาทร คนไข้จะบอกว่า ไม่ดุไม่อะไรเหมือนที่อื่นที่เขาเคยเจอมาว่าเจ้าหน้าที่น่ารักทุกคน Nurse aide ถ้าเขาประทับใจเขาก็จะเขียนชื่อมา" (*LH3)

"เขาก็ติดใจ เจอเจ้าหน้าที่ พูดเพราะ" (LH10)

3) ความสะดวกในการรักษาฟื้นฟูสภาพ ความสะดวกเริ่มตั้งแต่การเข้าถึงการรักษา สามารถแจ้งความประสงค์ในการรักษาทางโทรศัพท์ *"ก็โทรมาบอก เราก็นัดมาที่ OPD ให้แพทย์ตรวจ แพทย์รับก็สามารถรับการรักษาได้"* (LH3) หรือในกรณีที่ไม่สามารถมาเองได้ ก็ส่งรถไม่รับ *"ระบบสนับสนุนของที่นี่ให้คนไข้เช่นคนไข้ไม่มีรถระบบการสนับสนุนผู้อำนวยการก็จะให้รถโรงพยาบาลไปรับถึงบ้านเลย...บริการตามกิโล"* (LH4) ความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาแต่ละแผนกในระหว่างการอยู่รักษาการ มีการจัดพื้นที่การรักษาฟื้นฟูสภาพ มีการวางแผน ปรับปรุงขยายพื้นที่ที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพให้สะดวกแก่การเคลื่อนย้าย ซึ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้

"ตรงนี้(หอผู้ป่วย)ก็อยู่ติดกับฝังเข็มเลยคนไข้สะดวกดีไม่ต้องได้เคลื่อนย้ายไปไหน คือหมอเป็นคนมาทำให้ถึงที่เลย... เหลือขั้นตอนแค่กระบวนการเรื่องกายภาพหรือการนวดซึ่งอาจจะมีการเคลื่อนย้ายนิดหน่อย" (LH1)

ความสะดวกในการจองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในคอร์สต่อเนื่อง ทางโรงพยาบาลจะพยายามจัดผู้ช่วยเหลือดูแลทีมเดิม เพื่อให้ผู้สูงอายุคุ้นเคย

"เตียงเขาได้อยู่อย่างนี้ตลอดประจำไม่ใช่ว่าเดี๋ยวย้ายไปย้ายมา ก็ fix เตียง หลาย ๆ คนจะมองว่าเวลามาทีไรจะขอจองเตียงนี้นะเตียงนี้ขอตรงนี้ เป็นส่วนหนึ่งที่เขา OK ...เรามองว่าให้ความเชื่อมั่นมั่นใจมากขึ้นในเรื่องทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการก็พึงพอใจ" (LH1)

4) สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่เป็นชนบทในหมู่บ้านเล็ก ห่างไกลชุมชน ทำให้มีอากาศ ปลอดโปร่ง โล่ง สบาย สะอาด มีพื้นที่ในการเดินออกกำลังกาย ทำให้สุขภาพดีขึ้น มีร้านอาหาร ร้านสหกรณ์ขายของเครื่องใช้ต่างๆ อาหารทั่วไป และอาหารสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อผู้ป่วยและญาติหาซื้อได้ง่ายในราคาถูก เนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ห่างจากชุมชน

"ด้านหลังโรงบาลคนไข้ก็จะเดินไปออกกำลังกาย อากาศมันดี บางคนมาไม่เคยเจออากาศแบบนี้...ความสะดวกสบายต่างๆ เราก็พยายาม Support ให้ เช่น ร้านอาหาร สหกรณ์ เพราะว่าเป็นโรงพยาบาลที่ห่างจากตลาด 2 กิโล" (LH3)

"ห้องที่เราอยู่นี่ค่อนข้างจะโปร่ง โล่งขึ้น อากาศต่างๆ ถ่ายเทแล้วก็ดูสถานที่ก็ปลอดโปร่ง" (LH10)

ปัจจัยที่ทำให้บริการเป็นจุดเด่น

1) นโยบายรัฐบาล ที่สนับสนุนให้มีการรักษาแบบแพทย์แผนไทย โดยสนับสนุนการฝึกอบรม

"ผมมองว่ามันขึ้นอยู่กับนโยบายเบื้องบน ถ้าสนับสนุนให้เราทำงานตรงนี้ ก็จะมีส่วนช่วยเหลือ ผมมองตรงแพทย์แผนไทยแพทย์ทางเลือกก็เป็นตัวหนึ่งที่จะพัฒนาการต่อยอดตรงนี้ก็เป็นว่าถ้านโยบายข้างบนเปิดกว้างแล้ว เราส่งคนสนใจส่งไปแล้วกลับมาใช้งานได้เราก็เลือกมาตรงนี้" (LH1)

2) มีวิสัยทัศน์ นโยบายและแผน องค์กรชัดเจน ผู้นำองค์กรมีนโยบาย มีการกำหนดวิสัยทัศน์และวางแผนกลยุทธ์ชัดเจน และดำเนินการจริง ส่งผลให้มีแนวปฏิบัติดี

"ที่นี่ทำได้...ผู้บริหารนะครับ..วิสัยทัศน์ดี." (LH2)

"ผู้อำนวยการคือผู้บริหารสูงสุดเล่นเอง นโยบายชัดเจน เอาจริง ก็ไปได้โลด(ไปได้ดี) อย่างเราเป็นระดับกลาง ก็ต้องสอดคล้องกับนโยบาย มันก็ไปได้ ...ถ้าผู้อำนวยการลงเล่นเอง มันไม่มีทางจะไม่สำเร็จหรอก...เราเพิ่งทำแผน วิสัยทัศน์พันธ์กิจกันใหม่ว่าเราจะเป็นโรงพยาบาลที่เป็นเลิศ ทางด้านการแพทย์ทางเลือก ที่เป็นเลิศในประเทศไทยในภาคอีสาน" (LH3)

3) บุคลากรมีทัศนคติดี จิตสำนึกดี กระตือรือร้น ดูแลจากใจ ด้วยความรัก ความเข้าใจผู้สูงอายุ ดังที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย กล่าวว่า

"มาจากใจเรา ลำดับแรกแล้วอีกอย่างก็คือว่ามันเป็นหน้าที่ ต้องรับผิดชอบอย่างเต็มที่ เราก็รักงานของเรา หน่วยงานตรงนี้ก็เปรียบ เสมือนว่าเป็นบ้านเรา เราก็ต้องอยากดูแลบ้านเราให้ดีที่สุด" (LH10)

"จิตสำนึก...สมมุติว่าหัวหน้าไม่อยู่หรือพยาบาล ไม่อยู่เราอยู่คนเดียว เราต้องการอยากให้หัวหน้าเราแบบว่าเวลาเกิดว่ามีธุระแบบไปนั่น ไปนี่อะไรได้โดยที่ว่าไม่ต้องกังวลงานที่เกี่ยวกับตรงนี้...ก็ทำแทนให้ ดูแลแทนให้" (LH10)

4) หัวหน้าองค์กรเป็นแบบอย่างที่ดี สถานบริการนี้มีหัวหน้าองค์กรระดับต่างๆ ที่ทำงานเป็นแบบอย่างที่ดีในการบริการการดูแลผู้ป่วย

"หัวหน้าดี เขาจะให้เราทำงานอะไร ๆ เขาก็นึกถึง จิตใจว่า คิดยังไงคือ เขามองหมดมองจิตใจผู้ร่วมงาน อบอุ่นเป็นกันเองเขาไม่ได้แบบว่าสั่งงานอย่างเดียว...การดูแลคนไข้เขาก็ทำเหมือนที่แบบเราทำ" (LH1)

5) ความสามารถของบุคลากร แม้โรงพยาบาลใกล้เคียงมีบริการแพทย์ทางเลือกเช่นกัน แต่ผู้รับบริการยังต้องการมารักษาที่นี่และมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เพราะมีความเชี่ยวชาญในด้านการฝังเข็มและคุณภาพการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เช่นกล่าวว่า *"ที่นี่มีชื่อเสียงเรื่องฝังเข็ม...ก็คือความสามารถของคุณหมอและพนักงานที่เขาดูแลค่ะ" (LH2)*

6) งบประมาณเพียงพอ จากการบริการในส่วนการฟื้นฟูสภาพที่มีงบประมาณจากรัฐบาลแล้วยังได้รับการสนับสนุนจากเอกชน มูลนิธิต่างๆในการขยายอาคารฟื้นฟู อุปกรณ์การรักษา

"มีเงินมีงบประมาณ มีบุคลากร มีของ มันค่าใช้จ่ายก็ไม่มีปัญหา...งบประมาณก็ได้จากของรัฐ และที่ผู้ป่วยจ่าย...จากการบริจาคของคหบดี...อย่างตึกพิเศษ 15 ล้านก็ได้มาจากการบริจาคพอเรามาทำแพทย์ทางเลือกห้องพิเศษเยอะเราก็มีเงินในการบริหารของเราเอง...จากของเอกชนมีอันหนึ่งก็คือของมูลนิธิท้าว" (LH1)

จุดด้อยของสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล

ด้วยลักษณะการบริการที่ประทับใจข้างต้น จึงทำให้ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่กล่าวถึงความด้อยของการบริการเลย *"...ดีหมด"* (LH6) "*ไม่มีหรอกค่ะยังเคยพูดกับคุณ ผ.อ.นี่ เมื่อก่อนนี้คนป่วยจะต้องลงมารอ ผ.อ.แต่เช้าเดี๋ยวนี้ว่ามาปักถึงเตียง ก็ดีอยู่แล้วค่ะ"* (LH6) *"ไม่อยากให้มีบริการแบบไหนอีกหรอกเท่าที่บริหารอยู่นี่ก็ดีแล้ว"* (LH7) อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอว่าให้มีการปรับปรุงบางเรื่อง

1) ห้องน้ำไม่เหมาะสมกับลักษณะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ค่อนข้างคับแคบ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงต้องการผู้ดูแลเข้าไปในห้องน้ำเพื่อช่วยเหลือ ความคับแคบทำให้ขยับตัวยาก ช่วยเหลือไม่ค่อยสะดวก ไม่มีมีราวจับป้องกันการลื่นล้ม

"ห้องน้ำก็สะอาดใช้ได้ครับ แต่น่ากลัวครับ...มันลื่น อยากให้มีแนวเหล็กที่สำหรับให้คนไข้ที่เดินไม่สะดวกได้เกาะได้เดินได้ ได้เกาะเข้าห้องน้ำได้ จะได้พลาดไม่ล้มครับ...คนป่วยก็ตัวใหญ่แม่บ้านก็ตัวเล็กอย่างงี้ แล้วถ้ามันลื่นไปปุ๊บมันสู้แรงกันไม่ไหวฮะ...ถ้าปรับปรุงห้องน้ำนี่สุดยอดเลยครับให้มีราวเหล็กพอได้เกาะส่วนที่มันจะเดินเข้าไปฮะสะดวกขึ้นนะผมว่า" (LH5)

2) จำนวนบุคลากรและความรู้บุคลากรยังไม่เพียงพอ มีการขาดแคลนบุคลากรแพทย์จำนวนไม่พอเพียง ขาดแพทย์เฉพาะทางด้านอายุกรรมที่สามารถให้การรักษาโรคทางด้านผู้สูงอายุได้ดี ขาดแคลนพยาบาล มีการใช้พยาบาลร่วมกันระหว่างหอผู้ป่วยและขาดความรู้เฉพาะในการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพด้านผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้สูงอายุ ปัญหาเฉพาะที่เกิดในผู้สูงอายุ มีแนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะทุพลภาพ

"จุดด้อย คือ...แพทย์ไม่พอ แพทย์โรงบาลชุมชน ต้องตรวจคนไข้มาก หมออีกคนหนึ่งก็ Round ward เหลือหมออีกคนหนึ่งตรวจคนเดียวคือแพทย์มี 4 คนจะอยู่…คุณหมอ...ต้องมาฝังเข็มแต่เช้า แต่แพทย์อีกท่านหนึ่งตื่นเช้าก็ต้องไป Round ward ตึกโน้น ก็มีแพทย์คนเดียว เกิดฉุกเฉินเกิดอะไรอีกก็ต้องไป....พยาบาลจะมีปัญหาเวรนอกเวลาบางทีพยาบาลก็ควบ" (LH3)

3.2 คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล

สิ่งที่สะท้อนให้เห็นให้เห็นการบริการที่มีคุณภาพ คือ

1) ผลการรักษาทำให้หาย/ดีขึ้น ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่างมีความเห็นพ้องกันว่าผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหาย คือ หายจากความเจ็บป่วย คือสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการทำกิจวัตรประจำวันอื่นๆ ไม่เป็นภาระครอบครัว

"ถ้าเขาสามารถเรียนรู้ว่าโรคที่เขาเป็นนี่เขาสามารถกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านอย่างถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกายหรือการปฏิบัติตัวภารกิจประจำวันต่างๆ นี่…แล้วก็เป็นProgress ดีขึ้น…เราก็มองว่านั่นคือคำว่าคุณภาพเขาสามารถช่วยตัวเองได้ระดับดีขึ้นกว่าเดิม improve ขึ้นกว่าเดิม" (LH1)

2) ผู้ให้บริการให้การบริการที่ประทับใจแก่ผู้รับบริการ การบริการที่ประทับใจ ได้แก่ การดูแลที่ให้ด้วยใจ ความรัก เป็นกันเอง ให้ความสนใจ ดูแลผู้รับบริการเสมือนญาติ โดยพูดดี พูดคุยให้กำลังใจ เพราะกำลังใจจะช่วยให้จิตใจดีขึ้น ลักษณะของผู้ให้บริการต้องพูดจาไพเราะ มีความเป็นกันเอง ดังที่กล่าวไว้ดังนี้

"ต้องบริการด้วยใจคือ บริการด้วยคือความรัก...ก็พยายามคุยกับพยาบาลว่าเราพยายามให้เขาเปรียบเสมือนเขาเป็นญาติคนหนึ่งเพราะว่าเขามาอยู่นี่เขามาจากที่ไกลแล้วก็บางทีก็มาคนเดียวไม่มีญาติถ้าเขาตรงนี้แล้วเราเจอกับเราซึ่งแบบชวนคุย ให้ความเป็นกันเอง เขาจะสบายใจเหมือนกับว่าเป็นบ้านหลังที่สองหลังที่สามแล้ว " (LH1)

"เขาพูดจาดีกับเรา ให้กำลังใจ เขาให้ความสนใจ เป็นอะไรเราก็เรียกเขาเขาก็มานะไม่ใช่ว่าให้บริการให้เราดีอะไร เหมือนอย่างว่าเราเออนะนอนไม่หลับนะ เขาก็เออเขาก็สนใจมาดูแลว่าเอายานอนหลับไหม" (LHR4)

3) การดูแลอย่างเป็นองค์รวม เป็นการดูแลที่ครอบคลุม การดูแลด้านสถานที่สิ่งแวดล้อมให้คล้ายบ้าน เช่น ทางลาด ราวจับ ห้องน้ำที่มีชักโครก การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันเช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การกินอาหาร การดูแลตัวเองอื่น ๆ และ การป้องกันอุบัติเหตุ ดูแลด้านจิตใจและสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางด้านศาสนา เช่น การทำบุญ สวดมนต์ โดยมีบุคคลากรหลากหลายอาชีพบุคคลากรควรประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล

"เราต้องดูแลคนไข้องค์รวมอยู่แล้ว กาย จิต สังคมอยู่ด้วย กันอยู่แล้ว ดึง Caregiver เข้ามาดูแล ...เราดูแลเรื่องขับถ่าย การกินการอยู่ การอุบัติเหตุหกล้ม" (LH4)

" ต้ององค์รวม...สถานที่เอื้ออำนวย... มีทางลาดมีราวจับ ห้องน้ำก็ควรจะเป็นห้องน้ำแบบที่เขาเรียกชักโครก เพราะว่าผู้สูงอายุจะไปนั่งอย่างก็ลุกเดิน บุคลากร มีบุคลากรตั้งแต่แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลตั้งแต่เรื่องการให้บริการ ตั้งแต่เรื่องอาหารการกิน การบริการการ Nursing care...การช่วยเหลือกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่นการอาบน้ำ การแต่งตัว การกินอาหาร การดูแลตัวเองอื่น ๆ การจัดการอุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นอุปกรณ์ในบ้าน การเดินทาง รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น การทำที่ยึดเกาะทางลาด...ด้านขนบธรรมเนียมประเพณี.อยากให้มีตักบาตรทุกวันพระหรือว่าสวดมนต์ก่อนนอน...ห้อง ไม่อยากอยู่ในห้องโดดเดี่ยวบางทีถ้าญาติไม่ไปเยี่ยมเขาจะเหงาก็อยากให้นอนกันรวม ๆ...สิ่งแวดล้อม ต้องทำคล้ายบ้าน มีสวนให้สวย" (LH10)

4) การให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นมุมองของบุคลากรที่มองการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพ หากได้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพแห่งตนแล้วคุณภาพต้องดี เช่น มีความรู้ ให้การพยาบาลตามมารฐานคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ทั้งนี้เพราะว่ายังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุหรือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ให้บริการกล่าวไว้ดังนี้

"ผู้ให้บริการต้องมีความรู้...อยากให้เจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุทุก ๆ ด้าน ว่ามาตรฐานของผู้สูงอายุที่จะทำ ตรงนี้เขาก็จะเน้นเกี่ยวกับเรื่อง Long term care ... ถ้าผู้สูงอายุมันน่าจะมีมาตรฐานซักอย่าง เกี่ยวกับเกณฑ์คุณภาพ เอาตามเกณฑ์นั้น" (LH1)

"คุณภาพมองอยู่ 2 ประเด็น ประเด็นแรกคือเรื่องของมาตรฐานการบริการของแต่ละวิชาชีพชีพ สองคือสามารถตอบสนองความต้องการผู้รับบริการได้ มาตรฐานของแต่ละวิชาชีพต้องมีอยู่แล้ว ของวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัช ทันตแพทย์...อีกอย่างหนึ่งก็คือคุณภาพคือสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้" (LH3)

ปัจจัยที่ทำให้การดูแลมีคุณภาพ

1) มีใจรัก มีความรับผิดชอบ บุคลากร ส่วนใหญ่มีใจรักในการการดูแลผู้สูงอายุ มีความตั้งใจที่จะทำการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ช่วยเหลือดูแลที่ได้รับการชื่นชมจากหัวหน้าผู้สูงอายุและญาติ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วย

"มาจากใจเรา...จากใจรักลำดับแรกแล้วอีกอย่างก็คือว่ามันเป็นหน้าที่ของเราคือที่เราต้องรับผิดชอบอย่างเต็มที่ เราก็รักงานของเราอยู่เพราะว่า หน่วยงานตรงนี้มันก็เปรียบเสมือนว่าเป็นบ้านเรา เราก็ต้องอยากดูแลบ้านเราให้ดีที่สุด" (LH10)

4. การจัดการด้านคุณภาพ

การจัดการด้านคุณภาพที่เป็นจุดเด่น

1) มีการกำหนดนโยบายชัดเจนในการพัฒนาการโรงพยาบาล มีการกำหนดวิสัยทัศน์นโยบายและแผนงานโรงพยาบาลชัดเจน รวมทั้งการสนับสนุนการทำงานของบุคคลากร

"เราพึ่งทำแผน วิสัยทัศน์พันธกิจกัน ว่าเราจะเป็นโรงพยาบาลที่เป็นเลิศทางด้านการแพทย์... เป็นเลิศในประเทศไทย ในภาคอีสาน" (LH4)

2) มีทีมสหสาขาที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งแผนปัจจุบันและทางเลือก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล อายุรเวช นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น และที่มีการทำงานเป็นทีมวางแผนการทำงานร่วมกันในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

"เรามีครบนะ ทีมสหสาขา แพทย์ พยาบาล ทันต เภสัช อายุรเวช นักกายภาพ นักกิจกรรม บำบัด...ทำงานร่วมกัน ... มีการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยติดตามการดูแล ร่วมกัน" (LH1)

3) มีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง แพทย์ผู้ให้การรักษาจะมีการติดตามอาการความก้าวหน้าของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการถ่ายภาพวิโอเทป และในด้านการพยาบาลมีระบบการติดตามอาการเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านทางโทรศัพท์ หรือในรายที่ถึงกำหนดนัด จะมีการโทรติดตาม

"ผม update เป็นถ่ายวีดีทัศน์ ใส่ CD ถ่ายเก็บหมดแต่ละครั้งมาแล้วครั้งต่อไปเป็นยังไงแล้วสัมภาษณ์จากคนไข้เองว่า หลังจากเราทำไปแล้วเขาดีขึ้นอย่างไรอย่างมีบางคนนี่ตอนคอร์สแรกมานอนมาคอร์ดหลังนี่เดินแล้ว" (LH1)

"เราตั้งเกณฑ์ไว้ว่าภายใน 1 สัปดาห์เราต้องโทรเยี่ยมทางโทรศัพท์...กรณีที่คนไข้มีปัญหาให้เขาโทรกลับมา consult เราได้" (LH4)

4) มีการดูแลความปลอดภัยจากอุบัติเหตุหรืออาการแทรกซ้อนที่เกิดจากความเจ็บป่วยและผู้สูงอายุ สิ่งหน่วยงานพยายามจัดดำเนินการป้องกัน คือการดูแลเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ โดยผู้อำนวยการจะประกาศเน้นให้ระมัดระวังในเรื่องการหกล้ม ตกเตียง หรือ อาการท้องผูกในผู้สูงอายุ

"ถ้าแบบล้มลงหรือตกเตียงลงไปนี่คนไข้จะเป็นมากกว่าเก่าอีกค่ะ เราต้องระวังตรงนี้ ...นาน ๆ ทีจะเจอ แล้วท่าน ผ.อ.ท่านจะเน้นตรงนี้มาก ๆ เลย" (LH10)

5) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ในการให้ความสะดวกสบายในการบริการฟื้นฟูสภาพ โดยการปรับปรุงหอผู้ป่วยและแผนกกายภาพบำบัดให้มีอยู่ใกล้สะดวกในการเคลื่อนย้าย

"คนไข้ที่มา Rehab ฟื้นฟูน่ะไปนอนเพื่อที่จะทำกายภาพบำบัดแล้วก็มาปักเข็ม มานวดแผนไทยเพื่อ Rehab กับ COPD มันไข้คนละประเภทอยู่แล้วไปอยู่รวมกันบางทีตีสามตีสี่มาพ่นยาฟ่อ... คนไข้เราพลอยไม่ได้นอนด้วย" (LH3)

วิธีการจัดการคุณภาพด้านปัจจัยนำเข้า

มีการดำเนินการเกี่ยวกับการคัดเลือกตัวบุคลากรที่ให้การดูแล มีการประเมินคุณภาพการดูแลจากแบบประเมินผู้รับบริการเมื่อเข้ารักษาในโรงพยาบาล เครื่องมือ อุปกรณ์ มีการให้นโยบายในการดูแลชัดเจนในเรื่องการให้การดูแลผู้รับบริการ

1) การคัดเลือกบุคลากร ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง คือ มีความรู้ ทักษะ ใจรักงานดูแล ใจเย็น และเป็นบุคคลในพื้นที่ที่มีความเข้าใจในการทำงานร่วมกันบุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนพื้นที่

"คนที่อยู่ส่วนใหญ่ ถ้าเป็นพยาบาลหรืออย่างอื่นก็จะเป็นคนพื้นที่ อย่างตัวเองก็คือไปอยู่ที่อื่น เมื่อนั้นก็กลับมาอยู่บ้านของเจ้าของก็เป็นคนพื้นที่ แต่ว่านักกิจกรรมบำบัดก็อย่างอายุรเวชหรือว่านวดหมอนวดนี่ก็เป็นคนพื้นที่หมด...ทำงานเต็มที่" (LH3)

"พยาบาลที่เลือกมาเขาก็ค่อนข้างเขากับทีมงาน ส่วนใหญ่ก็จะเลือกคนที่ค่อนข้างจะมี Positive thinking ในส่วนนี้เข้ามาคนแก่หลายๆ คนมีความรู้สึกว่าอยากได้การดูแลรักษาพยาบาลด้วย แล้วก็ในเรื่องการทำกิจกรรมอะไรต่างๆ" (LH1)

2) การจัดการด้านเครื่องมือการตรวจสอบ มีการสอบเทียบคุณภาพของเครื่องมือ เช่น กล่าวว่า *“เครื่องมือมันก็จะมีระบบสอบเทียบ มีกรรมการเครื่องมือ มีคณะกรรมการเครื่องมือ คณะกรรมการอีพียู ตัวเต็มจำไม่ได้” (LH3)*

วิธีการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการ

1) มีการประเมินผู้สูงอายุ แนวทางการประเมินผู้สูงอายุใช้รูปแบบเดียวกับผู้ป่วยวัยอื่นๆ ไม่ได้มีการประเมินเฉพาะผู้สูงอายุ การประเมินเป็นส่วนหนึ่งของการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ มีการประเมินเกี่ยวกับ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ความต้องการของผู้สูงอายุ รูปแบบผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือ กาจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ

*“เรา (พยาบาล) ประเมินตั้งแต่แรก... ยังไม่ได้แบ่งการดูแลผู้สูงอายุน้องเขาก็จะ Assess คือ**ประเมินตั้งแต่แรก** ว่ามีญาติมาเฝ้าไหมคะหรือต้องการเรามีบริการแบบนี้ญาติต้องการยังไง”* (LH3)

“มีการใช้กระบวนการพยาบาล “Nursing process ประเมินคนไข้เราประเมินความต้องการเขาก่อน เราจะให้การดูแลแบบไหน...ระบบที่จ้างคนเฝ้า...ในการ Assess ของกระบวนการพยาบาลแสดงปัญหาผู้สูงอายุมันจะมีนอนไม่หลับ ปัญหาการหกล้ม” (LH 4)

2) การพัฒนาบุคลากร มีการจัดการคุณภาพโดย

2.1) การอบรมบุคคลากรใหม่ บุคลากรใหม่ต้องผ่านการฝึกอบรมและประเมินความสามารถตามลักษณะงาน เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลต้องมีความสามารถในการเคลื่อนย้าย การดูแลผู้ที่ได้ออกซิเจน มีพฤติกรรมการดูแลดี

“สำหรับ Nurse aide ใหม่ เราก็ train ให้แล้วเราก็มีการประเมิน 2 เรื่อง ก็คือ กำหนดว่าคนที่จะขึ้นมานี่หนึ่งต้องมีทักษะในเรื่องของการเคลื่อนย้าย รู้เรื่องรู้ระบบของโรงพยาบาลทุกอย่างน่ะ ความเสี่ยง IC การ CPR เครื่องมือ หมอนวดนี่ต้อง train ก็คืออันดับแรกให้เอามาฝึกแบบเทรนนิ่ง…ฝึกงานก่อนฝึกงานร่วมกับพี่เก่าประเมินก่อนถึงจะให้ขึ้นเวร” (LH3)

2.2) ส่งเสริมการศึกษาต่อและการฝึกอบรม ส่งเสริมให้พยาบาลศึกษาต่อและการอบรมพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้นทางด้านผู้สูงอายุ การพยาบาลจิตเวช พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู

“ตอนนี้เรามุ่งเน้นให้หัวหน้างานไปก่อน หัวหน้างานก็คือในหวอดเขาจบบริหารขอนแก่น ...คุณ (หัวหน้าหอผู้ป่วยฟื้นฟู) ก็กำลังเรียนต่อ ”(LH3)

"พยาบาล ผมอยากจะได้พยาบาลที่คอยดูแลโดยตรงคือเหมือนกับว่าเฉพาะทางที่จะต้องดูแลในกลุ่มพยาบาลฟื้นฟู..แล้วก็ aging แล้วก็จิตวิทยาที่อยากได้นี่เข้ามา 3 อันนี้เป็นจุดใหญ่ที่อยากได้เป็นทีม" (LH1)

3) การรับเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานและดูงานของ แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล เป็นต้น การที่รับเป็นสถานที่ฝึกงานนั้น ทำให้บุคลากรต่างๆ มีความกระตือรือร้น ต้องมีการเตรียมการสอน ทำให้มีการพัฒนาตนเอง

"มีคนมาดูงาน...ที่นี่รับฝึกงานมาแพทย์จาก.. แพทย์ ผู้ดูแล ดี ครับผมชอบเวลามาผมก็สอน ทำให้เราต้องเตรียมตัว ต้องอ่านหนังสือ ดีครับ" (LH2)

"ใครมาดูงานหรือฝึกงานจากประเทศจีน หรือว่านักเรียนที่ไปฝังเข็มคอร์สฝังเข็มจากองค์การแพทย์ ท่านก็จะเอาอาจารย์จากเมืองจีนน่ะพามาฝึกที่นี่เลย" (LH3)

4) การพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพงาน ได้แก่ มีการพัฒนาการคิดกลุ่มเวร

4.1) มีการพัฒนาการคิดกลุ่มเวร เพื่อการจัดการผู้ดูแล ที่ใช้ร่วมกันระหว่าง แผนกพยาบาลกายภาพ และอายุเวช

"การพัฒนาแล้วก็คิดกลุ่มคิดเวรขึ้นมาคิดว่าจะโปรแกรมคิดอะไร เกณฑ์ขึ้นมาควบคู่กับนักกายภาพนี่นี่ฮะกับโปรแกรมนวดแผนไทยว่าเขาจะทำอะไรให้ได้กับคนไข้ยังไงแล้วเขาก็คิดโปรแกรมว่าเขาจะทำอะไรขึ้นมานะ แต่ผมก็เพียงแต่ว่าปรับพอคุณเลือกมาคือผมไม่สามารถจะไปทำ ให้เขาคิดกันแล้วก็เสนอที่ปรึกษา" (LH1)

4.2) การพัฒนาระบบนัดผู้ป่วยเข้าอยู่รักษาเพื่อการฟื้นฟูได้อย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงความสามารถในการจัดผู้ดูแลผู้สูงอายุในขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล

"มีระบบนัดคนไข้ เรานะมันมีแค่ 10 เตียง เราต้องจัดระบบให้คนไข้ คนไข้เราเดี่ยวนี้ที่หมุนเวียนประมาณ 20 คน แล้วมีคนไข้อื่นอีกที่มา แบบ case คนไข้เก่า 20 คนเราต้องหมุนเวียนให้เขาอยู่ ล็อกเตียงมันครองเตียง 10 วัน ต้องจัดล็อกเรามีสมุดนัด" (LH2)

4.3) การติดตามอาการที่บ้าน โดยการใช้โทรศัพท์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์

"ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะถ้ามี underling เป็น hypertension อย่างงี้ เราก็จะเน้นให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การปฏิบัติตัวแล้วก็ให้ความรู้กับคนดูแล เราก็จะมีเบอร์โทรติดต่อญาติหลังคนไข้กลับบ้านนี่เราตั้งเกณฑ์ไว้ว่าภายใน 1 สัปดาห์เราต้องโทรเยี่ยมทางโทรศัพท์ (LH4)

4.4) การจัดระบบผู้ดูแล การเข้าหอผู้ป่วยฟื้นฟูและไม่มีญาติดูแล ครอบครัวจะต้องว่าจ้างผู้ดูแลในโรงพยาบาล การจัดระบบผู้ดูแลจะแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 แบบที่ต้องการกิจกรรมการดูแลที่แตกต่างกัน เป็นพื้นฐานการจัดผู้ดูแลให้เพียงพอกับผู้สูงอายุ

"แบบ 1 ต้องป้อน (อาหาร) แบบ 2 จัดเตรียม(อาหาร) ให้ แบบ 3 ก็แค่ไปดูให้ได้แม่ครัวจ่ายดูเราก็ดูว่าจะต้องกินได้กินยาได้ดูแลได้ทำกิจกรรมได้ดูแลเรื่องการขับถ่ายนอนหลับป้องกันอุบัติเหตุ ที่ไม่มีญาติดูแล แบบ 2 มา 5 ถ้ามี 10 คนแบบ 2 มาก็ต้อง 5 คนต่อวัน ใช่ค่ะ แบบ 3 มาหมดก็ เราก็ต้องดูแลเราตั้ง Rate ไว้ว่าถ้าคนไข้ 2 คนนี่อย่างน้อยผู้ดูแล 1 คน แต่ถ้าคนไข้ 3 คนขึ้นไปนี่ผู้ดูแล 2 เรามี Rateว่า ถ้าอย่างน้อย 1 นี่ อย่างน้อย คนไข้ 1 คนผู้ดูแล 1 คน 1 ถึง 2 นี่ PT (หมอนวดที่ทำหน้าที่ผู้ดูแล) 1 ถึง 2 นี่ผู้ดูแลนี่ 1 แต่ถ้า PT 3 คน ถึง 3 ถึง 5 นี่ 3 ถึง 4 นี่ผู้ดูแล 2 5 ขึ้นไป เลขขี่ขึ้นไปนี่ผู้ดูแลจะเพิ่มถ้าเป็นประเภทนี้นะ ค่ะถ้าเลขขี่ขึ้นไปผู้ดูแลจะเพิ่ม 5 คนก็อาจจะ 4 คนคือสูงสุดที่พี่เคยจัดขึ้น 4 คน 4 คนนี่เฉพาะเวรบ่ายดึก" (LH4)

4.5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีมาตรฐานการป้องกันภาวะแทรกซ้อนชัดเจน เช่น การฝังเข็ม การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การหกล้ม นอกจากนี้ยังมีการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการหกล้ม การสร้างความตระหนักให้ระวังเรื่องการหกล้ม

"มีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ฝังเข็ม...ดูสัญญาณชีพ ดูเรื่องของการพยาบาลทุกอย่าง ถ้าผิดปกติก็คือต้องรายงานแพทย์ประจำ...มีใบเสี่ยง...ฝังเข็มแล้วเข็มคา หรือไปนวดผู้ป่วยนวดแล้วแผลฟกช้ำมากขึ้นอย่างงี้ก็จะมี หรือแม้กระทั่งผู้ป่วย Bed sore นอนนานแล้วเกิดแผล Bed sore" (LH4)

"หกล้มง่ายนี่สำคัญที่สุดเลย...ผอ.จะเน้นตรงนี้มากๆเลย...แล้วก็คนไข้ตกเตียง...ต้องระวัง บางทีคนไข้พยุงตัวไม่ดี..ส่วนมากก็จะเป็นผู้สูงอายุ ...ถ้าคนไข้เข้าห้องน้ำทำธุระอะไรเสร็จ เราก็ไปรับในห้องน้ำ ต้องดูตลอด..."(LH10)

4.6) มีการพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพงาน โดยการจัดตั้งเป็นศูนย์ประสานงานเพื่อพัฒนางานคุณภาพ

"เป็นนโยบายของโรงบาล ที่จะทำแผนพัฒนาคุณภาพในแต่ละปี ปีหนึ่งทำแผนครั้งหนึ่ง หัวหน้าแต่ละหัวหน้านี่ทบทวนว่าลูกน้องตัวเอง ขาดทักษะอะไร แล้วจะพัฒนาด้านใดปีนี้...เราจัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อที่จะให้ระบบนี่ค่ะแก้ไขปัญหาระบบที่มันต้องประสานหลายจุด สองก็คือพัฒนาเชิงสร้าง" (LH4)

4.7) การบริหารอัตรากำลัง เนื่องจากมีการขยายตึกมากขึ้น จำนวนพยาบาลปฏิบัติการไม่
เพียง จึงต้องมีการจัดอัตรากำลังพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ได้ทุกเวร ทุกหอผู้ป่วย

"เราคละกัน คือ พยาบาลเราจัดเวร แค่ 2 โซน โซนที่เป็นคนไข้ที่มา Admit แพทย์แผนปัจจุบันกับโซนที่ admit ฝั่งแพทย์ทางเลือกฝั่งแพทย์ทางเลือกก็มี 3 ตึก ตึกวีไอพีกับตึกที่ไปสัมภาษณ์ตอนนั้น แล้วก็ตึกนี้ 3 ตึก 3 ตึกนี้ใช้อัตรากำลังร่วมกัน 3 ตึกนี้ใช้อัตรากำลังร่วมกัน แต่ว่าเขาจะแยกเลยว่ามีคนคละกันอยู่ พยาบาลคละกัน 10 คน พยาบาลคละกันนี่ทั้งฝ่ายนี้กับตรงนี้คละกันนี่ 15 คนแต่เป็นของคนที่มาสังกัดกลุ่มโครงสร้างนี้แหละ 5 คนค่ะแต่เวลาขึ้นเวรเอามาคละกัน" (LH4)

วิธีการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์

โรงพยาบาลจะเน้นเรื่องการป้องกันการหกล้มเป็นกรณีพิเศษ โดยมีการย้ำเน้นตั้งแต่ระดับผู้อำนวยการ นำไปสู่การตระหนักให้มีการจัดการในระดับผู้ปฏิบัติ ได้แก่ เรื่องการป้องกัน การหกล้ม การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และหากมีปัญหาจะมีการททบทวนเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป

1) การประเมินภาวะเสี่ยง การประเมินความเยงที่ปฏิบัติอยู่ใช้มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ยังไม่มาตรฐานนี้ในผู้สูงอายุ เช่นกล่าวว่า *"ใช้มาตรฐาน QA การดูแลผู้ป่วยในเรื่องความปลอดภัย การบริหารจัดการความเสี่ยงค่ะ ใช้อันกลางเลยค่ะ"* (LH4)

2) การสอบสวนหาสาเหตุ มีระบบทบทวนปัญหาเพื่อใช้ในการค้นหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการพูดคุยกัน

*"มีปัญหาเราก็จะมี**ระบบทบทวน**ค่ะ หรือจะมีใบความเสี่ยงถ้าน้องเขาไม่อยากพูด ไม่อยากอะไร เขาก็จะเขียนใบความเสี่ยงระบบโรงบาล ความเสี่ยงเป็นเรื่องข้อเสนอแนะก็ได้ ไม่ใช่ว่าอุบัติการณ์ที่เกิดหรือเป็นเชิงรุกก็ได้ น้องเขาจะเขียนๆ แล้วเราก็จะมาทบทวนคนไข้ร้องเรียนเกี่ยวข้องกับอะไรเราก็นั่งคุยกัน แล้วก็หาแนวทาง"* (LH4)

3) การว่ากล่าวตักเตือน บุคลากรที่ปฏิบัติงานบกพร่องจำได้รับการประเมิน และตักเตือนเพื่อการแก้ไข เช่นกล่าวว่า *"Nurse aide คนหนึ่งเขาจะพูดจาไม่เพราะเลยเราก็เรียกมาพูดคุยว่าปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยบุคลิกเขา...ถูก Feed back มาสองครั้ง เราก็เลยขอให้เขาปรับจากนั้นเขาก็ดีขึ้น" (LH3)*

4) ดูแลความปลอดภัยเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ ได้แก่ การล้ม การตกเตียง การปัสสาวะเล็ด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาการท้องผูก ด้วยการเฝ้าระวัง ภาวะฟกช้ำจากการนวด รักษาด้วยการดูแลอย่างใกล้ชิด วิธีการฝังเข็ม

*"เรื่อง**การล้ม**นี่เราพยายาม Care คนไข้ ผมเน้นเลยว่าอย่าให้มีหกล้มเกิดขึ้นนะคือว่าต้องดูแลถ้าเกิดหกล้มมันเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากเรานี่เราต้องแก้ไข"* (LH1)

"เอาใบความเสี่ยงแล้วก็มีการเข้าประชุมเป็นทีมของหน่วยงาน แล้วก็ได้รับการดำเนินการแก้ไข ...มีการมาประเมินแล้วก็ปรับปรุง" (LH2)

5) มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือแก้ไขชัดเจน มีการกำหนดแนวปฏิบัติการดูแล เช่น การป้องกันความเสี่ยงจากทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ หารป้องกันการเกิดแผลกดทับ การพยาบาลขณะฝังเข็ม

"มีแนวทางปฏิบัติ แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ทีม PTT ที่ดูแลองค์กรแพทย์ เขาจะดูแลทั้งหมด เขาจะมีแพทย์ ทันตแพทย์ ครอบคลุมวิชาชีพทุกอันแนวทางปฏิบัติ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ cath แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ" (LH4)

"มาตรฐานการดูแลการพยาบาล เช่น ก่อนปักเข็มต้องมีการวัดสัญญาณชีพนะครับ หลังถอดเข็มต้องมีการวัดสัญญาณชีพอีกครั้ง ตรวจสอบเรื่องของเข็ม ถ้าเกิดภาวะฉุกเฉินนี่เราจะต้องมีมาตรฐานการดูแล การ CPR จะมีรถ emergency เตรียมพร้อมนะครับ" (LH2)

6) การติดตามประเมินผล ติดตามการประเมินผลการดูแล มีหลายวิธี คือ ประเมินผลจากการผู้ป่วยโดยการซักถาม ตรวจดูอาการ ถ่ายวิดีโอผู้ป่วยโดยตรง เพื่อดูความก้าวหน้า และปรับแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ นักกายภาพบำบัดและพยาบาลมีการใช้เครื่องในการประเมินความก้าวในการฟื้นฟูกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการประเมินจาการใช้แบบสอบถามผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขคุณภาพการดูแลเช่นกัน

"จากการถ่ายวีดีทัศน์... ดูว่ามันดีขึ้นอย่างไร เดินได้แบบบางทีบางคนก็เห็นชัดว่าครั้งแรกมา Walker ครั้งสอง Walker ครั้งสามเป็นไม้สามขาแล้วสี่ห้าไม้สามขา พอครั้งที่หกเป็นไม้ขาเดียว...กายภาพก็มี ของพยาบาลเขาพยายามทำ Bathel อยู่ ใช้ Bathel index ดูว่าเขา Improve ช่วยตัวเองอะไรได้มากขึ้น จากครั้งนี้ครั้งก่อน เราเห็นได้ว่าเขาสามารถช่วยตัวเองได้มากขึ้น" (LH1)

7) มีการตรวจประเมินผลการภายใน ในโรงพยาบาลมีคณะกรรมการตรวจประเมินผลภายใน ตรวจสอบว่ามีการปฏิบัติตามมาตรฐานหรือไม่

"เราจะตรวจประเมินคุณตามมาตรฐานแผนไทย กายภาพบำบัด มามาตรฐานวิชาชีพของนักกายภาพ คุณต้องให้ได้สแตนดาสตามมาตรฐานที่คุณว่านะทันตแพทย์มีวิชาชีพของทันตแพทย์ ถ้าคุณเป็นพยาบาลคุณใช้พยาบาลนะ ใช้ Nursing process ..." (LH4)

8) การจัดการตามมาตรฐานการพยาบาล เป็นการจัดการตามมาตรฐานการพยาบาลโดยทั่วไป โดยใช้มาตรฐานการดูแลที่สถาบันรับรองคุณภาพกำหนดไว้ แต่เนื่องจากในกลุ่มผู้สูงอายุยังไม่มีมาตรฐานการดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มผู้สูงอายุเฉพาะ ทั้งนี้หอผู้ป่วยฟื้นฟูมีการแยกหอผู้ป่วยชัดเจนจึงใช้มาตรฐาน 6 ด้าน

"เราใช้ QA 6 ด้าน คือเรื่องการบริหารจัดการ เรื่องทรัพยากร เรื่องผลลัพธ์ผู้ป่วย มาตรฐานการพยาบาล เรื่องความเสี่ยง ความพร้อมของเครื่องมือ แล้วก็มาตรฐานด้านวิชาการ" (LH4)

"เป็นมาตรฐานเหมือน Ward ทั่วไปแต่เพียงแต่ว่าต้องเน้นในเรื่องของวัสดุอุปกรณ์ เรื่องของเตียง เรื่องของห้องน้ำ เรื่องของกิจกรรมที่อยู่ใน ward ให้เหมาะสมนะครับเช่นเตียงก็อาจจะไม่สูงมาก ในห้องน้ำก็ต้องมีที่จับมีให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ" (LH2)

5. ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ

ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พอสรุปได้ดังนี้

5.1 หาย-เดินได้-ช่วยเหลือตนเองเอง ได้ คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ความคุ้มค่าที่มารับบริการที่นี่ คือ "การหาย-เดินได้-ช่วยเหลือตนเองได้" ไม่ได้เปรียบเทียบความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายกับสุขภาพที่ได้รับ แต่เป็นการมองเพียงผลการรักษาที่ทำให้หาย คือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องเป็นภาระของญาติ ญาติสามารถไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ

"ยายคิดว่ามันก็คุ้มเกินคุ้มเลยล่ะ..หนึ่งเดินได้โดยไม่ต้องใช้ไม้เท้า สองใส่เสื้อผ้าเองสาม เข้าห้องน้ำได้" (LH7)

"คุ้มค่ะ ก็ไม่เป็นภาระของเรา..ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องมาเป็นห่วงไม่เหมือนเดิมก็ตามก็ยังรับภาระของเราออกไปได้ครึ่งหนึ่ง...ไปทำมาหากินได้." (LH4)

5.2 คุ้มค่า-อยู่ได้ แพทย์เห็นว่า ความคุ้มค่าไม่ได้เน้นที่กำไรขาดทุน เพราะโรงพยาบาลรัฐไม่ได้มองที่กำไรขาดทุน**และคุ่มค่าจริงที่สามารถอยู่ได้** เช่นกล่าวว่า *"ภาครัฐเราไม่ได้เน้นกำไรขาดทุนเพราะเรามองว่าเราทำให้คนไข้พึงพอใจและประสิทธิภาพให้ดีที่สุดแต่ไม่คำนึงถึงกำไรหรือขาดทุนผมคิดว่าเป็นนโยบายที่ทำอย่างนี้ลงไป...เราไม่ได้หวังกำไร เราหวังแค่**เราอยู่ได้**" (LH1)*

5.3 คุ้มค่าเชิงจิตใจ การที่ผู้สูงอายุมีภาวะจิตใจที่ดีขึ้น หลังเกิดภาวะเจ็บป่วยถือว่าคุ้มค่า เช่น กล่าวว่า *"คุ้มค่าผมมองว่าในเชิงจิตใจ ผมมองว่าจิตใจนี่เป็นตัวใหญ่เลย ผมว่าเพราะคนไข้ที่มาส่วนใหญ่เป็นคนไข้ที่เหมือนกับถูกคัดออกเป็นคนไข้กลุ่มที่แบบว่าเขา Treat ไม่ได้แล้วโรงบาลเขาทำไม่ได้แล้วเขาส่งมาอย่างนี้ โรงบาลอำเภอ... เขายังมีความหวังในการ treatment มีความหวังที่จะกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหรือมีความหวังในการรักษาพยาบาลจากที่เขาถูกปฏิเสธมาจากหลาย ๆ ที่ คือผมมองว่าอันนี้คือทางจิตใจว่าเขาได้ตรงนี้แล้ว" (LH1)*

5.4 ความเติบโตของสถานบริการ *"มีความคุ้มค่าอยู่... ผมมองว่าความคุ้มค่านี่มี เพราะที่เราเติบโตมาถึงทุกวันนี้ก็เพราะตรงนี้แหละฮะอาจารย์ที่เรามีอาคารมีอะไรเพิ่มเติมมาก็จากตรงนี้แหละ ว่าถ้าลำพังเราtreat เฉพาะ general เราก็คงจะมีแค่นั้นมาคือจุดหนึ่ง "* (LH1)

6 นโยบายสาธารณะที่จำเป็น

ผู้ให้ข้อมูลทั้งที่เป็นผู้ให้และผู้รับบริการให้ข้อเสนอแนะไว้ดังนี้

6.1 การเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและญาติเห็นว่า รัฐควรเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เนื่องจากค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอเมื่อเจ็บป่วย เช่นกล่าวว่า *"เงินที่ให้ไม่พอ ถ้าเพิ่มได้ก็ดี เพราะมีค่าใช้จ่ายมาก จะได้เอามาช่วยรักษา"* (LH5)

6.2 การเพิ่มสวัสดิการการรักษา ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์เห็นว่าควรมีสวัสดิการด้านสุขภาพมากขึ้นโดยเพิ่มวงเงินค่าใช้จ่ายการรักษามากขึ้น และควรเพิ่มระยะเวลาการอยู่รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากขึ้น เพื่อให้คุณภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น

> *"ผมมองว่ารัฐบาลให้แค่เพียง 500 บาทต่อเดือนคือผมว่าอันนี้มันเพียงแค่ค่าใช้จ่ายเฉย ๆ แต่ถ้าเป็นสวัสดิการที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุจัดเป็นแพ็กเกจของผู้สูงอายุเลย นี่หมายความว่าจะมีแพ็กเกจอะไรให้ผู้สูงอายุ ให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น..."* (LH1)

6.3 สนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนเกิน การเข้ารักษาด้วยการฝังเข็มที่นี่ ผู้สูงอายุต้องจ่ายเงินค่าฝังเข็มที่เป็นส่วนเกินจากสวัสดิการการรักษาที่กำหนดให้ ครั้งละ 200 บาท ทำให้ผู้สูงอายุต้องจ่ายเพิ่ม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถมารักษาได้

> *"อยากให้ช่วยเหลือเสียเงินไม่ให้ได้เสียเยอะนี่แหละ สมมุติวันละ 200 ก็อย่างน้อยก็วันละ 100 ก็ยังดีค่ะ"* (LHR1)
>
> *"ช่วยตรงที่ว่า ถ้ามารักษานี่เหมือนใช้บัตรทองไม่ต้องออกอะไรเลย...บางคนไปแนะนำให้เขามาบอกว่ามารักษาที่นี่สิเขาก็บอกว่าเขาไม่มีเงินที่จะมาเสียค่าใช้จ่าย ค่าอยู่ค่ากินอะไรอย่างนี้..." (LHR4)*

6.4 พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นหรือเฉพาะทางการฟื้นฟูสภาพ จากการที่ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังมากขึ้นและผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยต้องการอยู่ใกล้บ้าน ใกล้ครอบครัว

"Tertiary ไม่เหมาะดูผู้สูงอายุ...ไกลบ้าน...ตอนนี้ถ้าศักยภาพที่พอจะเป็นไปได้ก็เริ่มจากโรงบาลชุมชน สถานีอนามัยก็ยังศักยภาพไม่พอ โรงบาลชุมชนพอจะเป็นไปได้...มีบุคลากรพร้อมสามารถจะถ้ามีสิ่งสนับสนุนพอสมควรก็เขาสามารถจะเปิด...เพราะใกล้บ้านใกล้ใจ" (LH11)

6.5 การปรับโครงสร้างทางกายภาพของโรงพยาบาลให้เหมาะสม ควรมีงบประมาณให้มีการปรับโครงสร้างโรงพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

"โรงพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุ ระบบมันจะต้องมีตั้งแต่สถานที่ คน เครื่องมือ ของ ต้องเอื้อหมด คือตอนนี้พอบางทีเอามาให้เรา เราปรับ...บริบทของผู้สูงอายุเช่นห้องน้ำต้องปรับพื้น...ราวต้องปรับ ทำอย่างนี้ มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม" (LH3)

6.6 นโยบายการฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุ บุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล เห็นว่า การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุนั้น บุคลากรจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุแต่บุคลากรที่มีอยู่ยังไม่ได้มีความรู้ในการดุแลผู้สูงอายุ จึงเห็นว่าควรมีนโยบายที่ส่งเสริมให้บุคคลากรที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการอบรมด้านผู้สูงอายุ

"พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับด้านนี้โดยเฉพาะ" (LH11)

"คน...ก็อบรมแพทย์ดูแลเรื่องผู้สูงอายุให้มีความรู้...พยาบาลที่จะเข้ามา...ต้องการไปอบรมไม่มีที่ไป...มันจะต้องมีระบบตั้งแต่ประเทศ..นโยบายกระทรวง." (LH3)

7. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

7.1 บุคลากรไม่เพียงพอและขาดความความรู้เฉพาะทาง จำนวนบุคลากรมีไม่เพียงพอ บุคลากรต้องทำงานหนัก เนื่องจากจำนวนไม่เพียงพอ แพทย์พยาบาลต้องทำงานหนัก โดยเฉพาะแพทย์ต้องเริ่มทำงานตั้งแต่เช้าก่อนเวลาทำงาน และยังต้องทำงานนอกเวลา นอกจากนี้ยังขาดบุคคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทางด้านอายุกรรมและผู้สูงอายุ

"ถ้าผมได้แพทย์พอเพียงนี่ผมสามารถจะทำได้ดีกว่านี้ปัญหาใหญ่ คือ เรื่องแพทย์เพราะว่าแพทย์เราหมุนคือ Overload มันเยอะไง ...ผมอยากได้แพทย์ Med ตรงนี้ก็แปลว่าถ้าผมสามารถมีหมอ Med มาคนหนึ่งนี่ผมจะ Happy กว่านี้เพราะคนไข้ที่มา Aging ลักษณะมันเป็นพวก Medทั้งนั้นเลย...พยาบาล คือตอนนี้ติดเรื่องอัตรากำลัง...ขยายงานไม่ได้" (LH1)

7.2 ขาดการสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารเห็นว่าด้วยลักษณะการให้บริการเน้นการฟื้นฟูสภาพที่เป็นการดูแลเฉพาะทาง ไม่ตรงบทบาทความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ทำให้การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลรักษา ไม่ว่าการขอขยายจำนวนแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรไม่ได้รับการสนับสนุน ระเบียบการเงินไม่เอื้อในการดำเนินงานการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการอยู่ ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายการฝังเข็มได้ตามจริงเนื่องจากขัดกับระเบียบการเบิกจ่ายค่ารักษา ทำให้ต้องคิดค่ารักษาบางส่วนจากผู้รับบริการ

> *" ส่วนราชการถ้าเบื้องบนสั่งมาจริง เปิดช่องว่างให้เบิก (ค่าฝังเข็ม) ได้เฉพาะโรงบาลรัฐบาลเท่านั้น ผมว่าจะยิ่งทำให้ตรงนี้ Boom มากขึ้น แต่คราวนี้เขาเปิดกว้างว่าเอกชนก็เบิกได้...ผมเคยถูก comment จากคนอื่น...ว่าเหมือนกับว่าเราทำเกินตัวเอง หมายความว่าเราโรงบาลชุมชนเราควรจะทำแค่นี้แต่ผมนี่ไปทำเกินหน้าที่เองไป ทำแบกรับหน้าที่ของน่าจะเป็นของโรงพยาบาลที่ care เฉพาะ เราไปทำบทบาทซึ่งมันคนละบทบาท...ซึ่งผมมองจะต่างจากเขา ผมมองอนาคตว่าผมต้องทำอย่างนี้แหละ แต่เขามองว่าหน้าที่เขาคือจะแค่ดูแลให้หายกลับบ้าน เขาไม่ได้มองระยะยาว..."* (LH1)

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุโรงพยาบาลแห่งนี้ เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและระบบประสาทเป็นส่วนใหญ่ ที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว และเนื่องด้วยนโยบายรัฐ ที่ส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกในดูแลรักษาร่วมกับศักยภาพของบุคลากรด้านการแพทย์ทางเลือกด้านการฝังเข็มในระยะแรกและขยายการรักษาจนกระทั่งมีความหลากหลาย ครบวง และในปัจจุบันปรับเป็นการดูแลที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ต่อเนื่องระยะยาว รูปแบบการจัดการบริการของโรงพยาบาลแห่งนี้ เป็นรูปแบบของสถานบริการที่ทำหน้าที่ของการดูแลส่งเสริม และรักษาการการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่หลากหลายครบวงจร ที่เกิดจากแนวปฏิบัติการบริการที่เน้นการผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่พร้อมในบริบทแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพ โดยมีผู้นำองค์กรที่มีวิสัยทัศน์ดี เป็นตัวอย่างที่ดี มีบุคลากรที่ยึดเป้าหมายองค์กรเป็นหลักในการทำงาน ด้านกระบวนการจัดการคุณภาพการบริการ มีการวางแผนกลยุทธ์ในการจัดการบุคลากรให้มีความสามารถในการดูแลผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มนี้ และยังสามารถขยายผลงานในด้านการรักษาทั่วไปได้เป็นอย่างดี บุคลากรมีการปฏิบัติตามแผนงาน พัฒนาตามคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และยังการพัฒนางานให้เหมาะสมเป็นลักษณะเฉพาะของหน่วยงาน ทั้งนี้ การปฏิบัติการคุณภาพการบริการมีอุปสรรคเรื่องนโยบาย และกำลังคนในการส่งเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น

บทที่ 8
การดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะสุดท้าย

1. บริบท

หอผู้ป่วยประคับประคองแห่งหนึ่ง ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะพระสงฆ์ที่มีกิจวัตรปฏิบัติแตกต่างกับฆราวาสเนื่องจากต้องประพฤติตามหลักแห่งพระวินัยนิยมบรมพุทธานุญาต การพัฒนาหอผู้ป่วยประคับประคองเริ่มจาก มีพยาบาลประจำการท่านหนึ่งได้ไปรับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากนั้นก็ได้เขียนโครงการจัดให้มีบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขึ้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความสนใจและสนับสนุนการก่อตั้ง โดยมอบหมายให้แพทย์อาวุโสท่านหนึ่งมาเป็นหัวหน้ากลุ่มงานประคับประคองเพื่อพัฒนาด้านวิชาการและงานบริการ มีการหาแนวร่วมจากวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานผู้ช่วย เป็นต้น จากนั้นก็มีการสนับสนุนให้บุคลากรไปศึกษาดูงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ และได้จัดตั้งหอผู้ป่วยประคับประคองขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2550 โดยแพทย์มีบทบาทในการตรวจรักษา ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวด และแก้ไขปัญหาในการเข้านอนและการอนุญาตกลับบ้านของผู้ป่วย พยาบาลให้การดูแลให้เกิดความสุขสบายลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ โภชนากรมีส่วนในการจัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ส่วนนักกายภาพบำบัดก็จะมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพ

2. ระดับของการดูแล

ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย จะต้องเป็นผู้ที่แพทย์คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 3 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและแบ่งตามระดับการช่วยเหลือตนเองออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ จะได้รับการฝึกเดินและฝึกยืน การใช้กลุ่มของความร้อนตื้นเพื่อช่วยในการบรรเทาปวด

2) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จะได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว กรณีที่มีการติดขัดของข้อต่อก็จะช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อของผู้ป่วยที่ข้างเตียงคนไข้ ถ้ากรณีที่มีความเจ็บปวดรุนแรงมาก ๆ จนกระทั่งขยับแล้วมีปวด ก็จะใช้วิธีการเคลื่อนไหวอย่างนุ่มนวล เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากเกินไป

จากนั้นจะมีการวางแผนให้การดูแลตามความเหมาะสม ตามบทบาทของแต่ละสาขาวิชาชีพ แพทย์จะพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการให้การช่วยเหลือ รวมทั้งดูแลทางด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด พยาบาลจะดูแลเรื่องการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ความสะอาดของร่างกายและการกระทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลความสุขสบายให้การดูแลด้วยความนุ่มนวลและประสานงานกับวิชาชีพอื่นเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย โภชนากร ก็จะประเมินลักษณะและความต้องการทางด้านสานอาหารของผู้ป่วย ปรับพลังงานสารอาหารและมื้ออาหาร

ให้เหมาะสม ส่วนนักกายภาพบำบัด จะประเมินระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและวางแผนการให้การช่วยเหลือให้เหมาะสม

นอกจากนี้จะมุ่งเน้นที่การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตวิญญาณ โดยมีบุคลากรที่มีความผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจะประเมินตั้งแต่ภูมิหลังของผู้ป่วย ว่าเคยทำงานอะไรก่อนบวช แล้ว ณ ขณะนี้ยังมีความต้องการอะไร ยังมีอะไรบางอย่างที่ยังห่วงหรือกังวลหรือไม่ ยังมีสิ่งที่ค้างคาใจหรือเปล่า ยังรู้สึกว่ามีความรู้สึกว่าทำอะไรผิดหรือเปล่าแต่ไม่กล้าแสดงออกมา ผู้ที่ดูแลด้านจิตวิญญาณก็จะพยายามค้นหา แล้วก็จะดูว่าจริง ๆ แล้วผู้ป่วยต้องการจะทำแบบไหน ทำอะไรและทำอย่างไร เช่น ต้องการถวายสังฆทานไหม หรือว่าต้องการจะกลับไปที่วัดหรือกลับไปที่บ้านเพื่อไปทำอะไรซักอย่างหนึ่ง หรือว่าต้องการเจอใคร อาจจะต้องการพบใคร ทางเจ้าหน้าที่ก็จะพยายามค้นหาแล้วก็จะหาทางช่วยเหลือเป็นต้น

3. คุณภาพการดูแล (quality of care)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลที่กล่าวถึงคุณภาพการดูแลไว้ 3 ประเด็นหลัก คือ จุดเด่นจุดด้อยของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ประกอบไปด้วยผู้สูงอายุและญาติ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 จุดเด่นจุดด้อยของการบริการ

บริการที่เป็นจุดเด่นของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถจัดแบ่งบริการที่เป็นจุดเด่นและน่าสนใจในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นหมวดหมู่ได้ดังนี้

1) ด้านการบริการ หอผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ให้บริการดูแลแบบองค์รวม ดังต่อไปนี้

1.1) บริการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ หอผู้ป่วยประคับประคองนี้ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลที่ให้บริการสำหรับพระสงฆ์โดยเฉพาะและเป็นที่รู้จักกันดีในกลุ่มของพระสงฆ์และบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยบางรูปรู้จักโรงพยาบาลนี้มานาน 50 ปี ตั้งแต่ยังบวชเป็นสามเณร บางรูปมีพระอาจารย์ผู้ใหญ่แนะนำให้มารับการรักษาต่อที่นี่ เนื่องจากมีบริการดูแลผู้ป่วยที่เป็นพระสงฆ์ที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่แพทย์คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 3 เดือน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย

1.2) บริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

การดูแลทางด้านร่างกาย การบริการจะมุ่งเน้นไม่ให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน โดยดูแลการได้รับยาบรรเทาอาการปวดและยาอื่นๆ การบำบัดกลุ่มอาการและภาวะแทรกซ้อนตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลความสะอาดของร่างกายและกิจวัตรประจำวัน เช่น การช่วยในการฉันท์อาหาร ดื่มน้ำ การขับถ่าย ช่วยพาไปตรวจนอกสถานที่

การดูแลทางด้านจิตใจ บุคลากรจะพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น ให้ความเห็นใจและให้กำลังใจและเป็นหอผู้ป่วยแห่งเดียวในโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ญาติผู้ป่วยอยู่เฝ้าได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะให้ความสำคัญในการดูแลทางด้านจิตวิญญาณเป็นอย่างมาก โดยมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่จะประเมินตั้งแต่ภูมิหลังของผู้ป่วย ว่าเคยทำงานอะไรก่อนบวช แล้ว ณ ปัจจุบันยังมีความต้องการอะไร ยังมีอะไรบางอย่างที่ยังห่วงหรือกังวลหรือไม่ ยังมีสิ่งที่ค้างคาใจหรือไม่ หรือยังมีความรู้สึกว่าตนเองเคยทำอะไรผิดแต่ยังไม่กล้าแสดงออกมา หรือการสอบถามเรื่องความกลัว ผู้ดูแลทางด้านจิตวิญญาณจะพยายามค้นหาในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะทำ ว่าต้องการทำอะไร ทำแบบไหน และทำอย่างไร แล้วหาทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้บรรลุในสิ่งที่ต้องการ เช่น ต้องการถวายสังฆทาน หรือว่าต้องการจะกลับไปที่วัดหรือกลับไปที่บ้านเพื่อไปทำอะไรซักอย่างหนึ่ง หรือว่าต้องการพบใคร ที่อาจเป็นญาติที่ไม่พบกันมานาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังจัดให้มีพิธีรดน้ำศพ พิธีการเคารพศพและพิธีอโหสิกรรมในหอผู้ป่วยได้ โดยคำนึงถึงสถานะทางสังคมและศักดิ์ศรีของสมณะเพศ เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

> *เป็นหวอดเดียวที่เราให้คนไข้มีญาติเฝ้าได้ แล้วก็เป็นหวอดเดียวที่มีพิธีมรณานุสติ คือ พิธีเรียกว่าสวดมนต์ในหวอดเออให้พระสวดมนต์ในหวอด แล้วเวลาพระมรณภาพแล้วเราก็ให้ความเคารพศพนะ มีการรดน้ำศพ เพราะหวอดธรรมดาจะไม่มีครับทำไม่ได้ (PC1)*

ในบริการการดูแลโดยทั่วไปแล้ว แต่ละสาขาวิชาชีพจะมีบทบาทในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติตามความเชี่ยวชาญของตน โดยใช้วิธีการสอบถาม สังเกตอาการและการใช้แบบประเมิน จากนั้นก็จะนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและวางแผนการดูแลร่วมกัน บุคลากรให้การดูแลเอาใจใส่และสนใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี ปฏิบัติด้วยความเคารพ สอบถามปัญหาและความต้องการอยู่เสมอๆ หากพบว่าญาติไม่เข้าใจก็จะพยายามพูดคุยและอธิบายให้ฟัง

1.3) บริการฟื้นฟูสภาพ นักกายภาพบำบัดจะประเมินและแบ่งผู้ป่วยตามระดับการช่วยเหลือตนเองหลังจากนั้นก็จะมีการวางแผนการให้การดูแลตามความเหมาะสม เช่น การทำงานของนักกายภาพบำบัด ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เริ่มจากการรับให้คำปรึกษา (consult) แล้วจะมีการแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในส่วนที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ก็จะให้ฝึกเดินและฝึกยืน แล้วมีการใช้กลุ่มของความร้อนตื้นเพื่อช่วยในการบรรเทาปวด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จะต้องรีบให้มีการฟื้นฟูสภาพ กรณีที่มีการติดขัดของข้อต่อก็จะช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อของผู้ป่วยที่ข้างเตียงคนไข้ ถ้ากรณีที่มีความเจ็บปวดรุนแรงมาก ๆ จนกระทั่งขยับแล้วมีปวด ก็จะใช้วิธีการเคลื่อนไหวอย่างนุ่มนวล เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากเกินไป การฟื้นฟูนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น มีความภูมิใจในตนเองมากขึ้น และยิ่งในกรณีที่ญาติดูแลอยู่ตลอดอยู่แล้ว จะยิ่งช่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองไม่เป็นภาระของญาติมากขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้นตามไปด้วย

1.4) ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล โดยปกติแล้วทางโรงพยาบาลจะไม่อนุญาตให้ญาตินอนเฝ้าผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากได้เล็งเห็นความสำคัญที่ต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างมีความสุขท่ามกลางญาติพี่น้อง ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงอนุญาตให้ญาติในหอผู้ป่วยประคับประคองสามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีการสอนญาติให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดทำอาหารปั่นให้ผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งประสานการติดต่อญาติที่ผู้ป่วยต้องการพบให้มาเยี่ยมผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

1.5) บริการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ภายหลังผู้ป่วยได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้กลับได้ทางโรงพยาบาลจะมีบริการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอาการความเจ็บป่วยที่วัดอย่างน้อย 2 ครั้ง

2) ด้านบุคลากร เนื่องจากเป็นที่ของสงฆ์ดังนั้น

2.1) บุคลากรจึงมีความเข้าใจในธรรมเนียมปฏิบัติต่อพระสงฆ์ดี แพทย์มีความเป็นกันเองกับพระสงฆ์ และบุคลากรทุกระดับคอยดูแลความสะดวกสบาย เอาใจใส่ดี ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ปล่อยปละละเลย ให้บริการช่วยเหลือทุกอย่าง นอกจากนี้ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ จิตแพทย์ พระภิญญาธิการ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร พนักงานผู้ช่วยผู้ป่วยและจิตอาสาด้านจิตวิญญาณ

2.2) มีบุคลากรที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ คือมี แพทย์ จิตแพทย์ พระภิญญาธิการ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานผู้ช่วยและจิตอาสาด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.3) มีแผนการพัฒนาบุคลากร ที่ผ่านมาบุคลากรเกือบทุกคนได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของพระภิกษุ

3) ด้านการบริหาร มีประเด็นด้านงบประมาณ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและการจัดการด้านคุณภาพ ดังนี้

3.1) มีการทำงานเป็นทีม การประชุมปรึกษาหารือเพื่อปรับปรุงแก้ไขวิธีการทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และมีใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

3.2) งบประมาณ เนื่องจากให้บริการดูแลรักษากลุ่มเฉพาะคือพระสงฆ์เท่านั้น (ยกเว้นเจ้าหน้าที่และญาติของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล) ดังนั้นจึงเป็นการให้บริการรักษาฟรีโดยใช้งบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งจากทางราชการ และจากเงินรับบริจาคจากเครือข่ายผู้บริจาคและจากบุคคลทั่วไป

3.3) มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้มีลักษณะคล้ายวัดและมีพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นพระสงฆ์ โดยจัดหอผู้ป่วยให้มีความเงียบสงบ ไม่พลุกพล่าน มีโต๊ะหมู่บูชาและอนุญาตให้มีการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา เช่น มีการสวดมนต์ จัดให้มีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือในการปลงผมในวันโกน มีน้ำตกจำลองเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย มีอุปกรณ์ในการฟื้นฟู เช่น ราวฝึกเดิน เก้าอี้ไฟฟ้าสะอาด สิ่งแวดล้อมสะอาด ไม่มีกลิ่น มีเตียงผู้ป่วยเพียง 10 เตียง ตั้งอยู่ห่างๆ กัน ไม่แออัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น นอกจากนี้ยังจัดให้มีห้องแยกสำหรับพระที่ใกล้

มรณภาพเพื่อให้มีความเป็นส่วนตัว มีญาติอยู่รอบๆ เพื่อช่วยให้จากไปอย่างสงบ เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

เรามีห้องแยกนะ เรามีห้องแยกสำหรับพระที่ใกล้จะถึงมรณภาพจริง ๆ นะ เรามีห้องแยกไป แล้วก็ให้อยู่กับญาติเลย อยู่ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้เกิดภาพพจน์แล้วก็ความพึงพอใจ คนอื่นมาดูเขาเห็นเขาก็พึงพอใจว่า พระนี่จะมรณภาพก็ได้มรณภาพเป็นส่วนตัว เออไม่มีใครพระองค์อื่นมาเห็นด้วยหรือว่าญาติโยมที่อื่นมาเห็นพระก็จะมรณภาพอย่างสงบ คนเห็นเขาก็ชื่นชม (PC1)

3.4) การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน ทางโรงพยาบาลได้จัดให้มีระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) และมีระบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continue Quality Improvement: CQI) เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการ จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง (Clinical practice guideline) โดยส่งเผยแพร่ไปทั้งประเทศ ถึงแม้ว่า ยังไม่มีการคำนึงถึงประเด็นการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุหรือแนวทางการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะก็ตาม

ปัจจัยส่งเสริมการบริการที่ดี

สำหรับปัจจัยที่ทำให้การบริการที่ให้เป็นจุดเด่นมี 3 ประการใหญ่ๆ คือ ความสนใจของบุคลากร ความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ และการบริหารจัดการที่ดี มีรายละเอียดดังนี้

1) ความสนใจและความร่วมมือร่วมใจของบุคลากร จากการสัมภาษณ์พบว่าบุคลากรเป็นหัวใจสำคัญในการบริการ หอผู้ป่วยประคับประคองเกิดขึ้นจากความสนใจของบุคลากรและการพัฒนางานบริการร่วมกัน โดยเริ่มจากพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่มีความสนใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และมีโอกาสไปเข้ารับการอบรมแล้วจึงได้เขียนโครงการขึ้น มีการหาแนวร่วมผู้สนใจในเรื่องเดียวกัน จากนั้นผู้บริหารให้ความสนใจ และให้การสนับสนุนโดยส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องไปศึกษาดูงานจากทั้งในและต่างประเทศ หลังจากนั้นจึงมีการจัดตั้งหอผู้ป่วยประคับประคองขึ้น นอกจากนี้โครงการนี้ยังได้รับความร่วมมือที่ดีจากบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนาการ พนักงานผู้ช่วยและบุคลากรอื่นๆ ทุกระดับ

3) การบริหารจัดการที่ดี ผู้บริหารได้มอบหมายให้แพทย์อาวุโสท่านหนึ่งให้เป็นหัวหน้ากลุ่มงานเพื่อช่วยพัฒนาด้านวิชาการและการบริการ จัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร ประชุมปรึกษาหารือกันอย่างสม่ำเสมอ ติดต่อประสานงานกันและแบ่งงานกันทำ มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ ทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนาการบริการอยู่เสมอๆ เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

คอยประชุมอยู่เรื่อย ๆ และคอยประสานงาน อบรมเราก็จะไปกันเป็นทีมของเราและมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง แล้วก็เอามาประชุมกัน แล้วแบ่งงานกันทำ ส่วนงานด้านผู้ป่วยที่ดู

กันเป็นทีมก็คือจะส่งต่องานกัน ตอนแรกก็คือหมอดูก่อน พยาบาลก็จะส่งให้นักกายภาพและโภชนากรดู (PC3)

จุดด้อยสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ได้ระบุสิ่งที่ทำให้บริการนั้นเป็นจุดด้อย คือ

1) ความครอบคลุมของการบริการ เนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลได้ครอบคลุมทุกรายได้ทั้งนี้เนื่องมาจาก

1.1) ข้อจำกัดด้านจำนวนเตียง เนื่องจากหอผู้ป่วยประคับประคองนี้มีเพียง 10 เตียง และมีพระมรณภาพที่นี่ประมาณ 30 รูปต่อปี ในขณะที่มีพระมรณภาพทั้งโรงพยาบาลประมาณ 240 รูปต่อปี ดังนั้นจึงมีพระมากกว่า 200 รูปที่ยังไม่ได้รับการดูแลก่อนมรณภาพ ซึ่งผู้ให้บริการบอกว่าเป็นงานที่ท้าทายที่จะหาวิธีการที่จะให้ผู้ป่วยมาเสียชีวิตที่หอผู้ป่วยประคับประคองมากขึ้น และต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

1.2) มีบุคลากรไม่เพียงพอที่จะดำเนินการให้บริการเต็มรูปแบบ ปัจจุบันมีจิตแพทย์เพียง 1 คน มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเพียง 1 คน ยังขาดบุคลากรที่มีความสามารถนำผู้ป่วยไปสู่การตายที่ดีและบุคลากรที่ให้คำปรึกษา เนื่องจากพบว่ามีบุคลากรที่ให้ความสนใจในด้านการดูแลแบบประคับประคองและการฟื้นฟูสภาพค่อนข้างน้อย รวมทั้งบุคลากรมีภาระงานด้านเอกสารเกี่ยวกับการประกันคุณภาพโรงพยาบาล และภาระอื่นๆ ค่อนข้างมากทำให้มีเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติน้อยลง และยังทำให้ไม่สามารถติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังออกจากโรงพยาบาลได้ครบทุกราย

1.3) ทีมทำงานยังไม่ได้มีการให้บริการเชิงรุก ถึงแม้มีการสำรวจในโรงพยาบาลพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลระยะสุดท้าย แต่ไม่มีการดำเนินการประสานงานเพื่อติดต่อให้บริการออกไป ส่วนใหญ่ที่ผ่านมาจะเป็นการรอให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ประสานเข้ามาเพื่อขอให้รับผู้ป่วยเท่านั้น

1.4) อุปกรณ์ที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพยังมีไม่เพียงพอ

2) ยังขาดการประเมินความเห็นของผู้รับบริการ เช่น มีการจัดให้มีการบำบัดด้วยกลิ่นหอมและการจัดให้มีน้ำตกในหอผู้ป่วย แต่ยังไม่มีการประเมินความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เช่นกล่าวว่า

กิจกรรมเช่นว่า สร้างกลิ่นหอมให้ใน Ward (หอผู้ป่วย) คือ ... ผมบอกช่วยประเมินหน่อยเพราะว่าผมก็ไม่แน่ใจใช่ไหมว่าพระ 10 รูปนี่จะชอบไอ้กลิ่นตระไคร้เหมือนกันหมดทุกรูปหรือเปล่าใช่ไหม บางครั้งท่านอาจจะนอนไม่หลับก็ได้นะ ... คือเขาก็ปรารถนาดี งั้นก็พยายามหาจุด Optimal การตกแต่งหวอดก็เป็นจุดที่น่าจะพัฒนา การเอาของ เอาน้ำตกที่มีเสียงดังป๊อกแป๊ก ๆ มาไว้ในตึกนี่พระจะรู้สึกยังไงไหม เออเขาก็ยังไม่ได้ประเมินพระ คือเขาคิดว่าไอ้นี่ดีไอ้นี่สวยอ้าวใส่เข้าไปก่อน คือเราก็ต้องค่อย ๆ เรียนรู้กันไป (PC1)

3) ทักษะในการสื่อสารและการจัดการของบุคลากรบางรายยังมีไม่เพียงพอ ผู้ป่วยบางรายบอกว่าไม่ได้รับข้อมูลสาเหตุความเจ็บป่วยและอาการที่เป็นอยู่ ในขณะที่ผู้ให้บริการบอกว่าสาเหตุที่ไม่ได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เนื่องจากการรักษาที่ยังไม่ประสบความสำเร็จและไม่ทราบสาเหตุว่ามาจากอะไร นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความเชื่อว่า การจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นั้นขึ้นอยู่กับเรื่องบุญและวาสนา ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการการบอกว่า รู้สึกหนักใจที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ทุกสถานการณ์ได้ เป็นต้น

ปัจจัยที่ทำให้การบริการเป็นจุดด้อย

1) ความร่วมมือของทีมแพทย์ในโรงพยาบาล ในการส่งผู้ป่วยเข้ามาพักรักษาในหอผู้ป่วยประคับประคอง โดยปกติแล้วแพทย์ประจำหอผู้ป่วยประคับประคองจะไม่สามารถย้ายผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วยประคับประคองได้ หากแพทย์เจ้าของไข้ไม่ขอคำปรึกษาเข้ามา ถึงแม้พบว่ามีผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควรได้รับการดูแลระยะสุดท้ายก็ตาม เช่น กล่าวว่า

เป้าหมายสูงสุดผมคือจะดูแลพระที่จะมรณภาพทุกรูปนี่ในโรงบาลสงฆ์นี่ทุกรูปแต่ยังทำไม่ได้เพราะว่าเจ้าของไข้แต่ละคนเขาก็เป็นผู้เชี่ยวชาญของเขาทั้งนั้นก็ไม่มาเห็นคล้อยตามเราง่ายๆ หรอก (PC1)

นอกจากนี้ความร่วมมือของทีมแพทย์ในการพิจารณา ส่งผู้ป่วยเข้ามาพักรักษาในหอผู้ป่วยประคับประคองควรเป็นไปตามกฎระเบียบที่ตั้งไว้ ก็คือ ต้องเป็นผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 3 เดือน (ดูรายละเอียดในภาคผนวก 6) แต่พบว่าที่ผ่านมาโดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยแต่ละคนนอนอยู่ในหอผู้ป่วยนี้ประมาณ 6 เดือน ทำให้ผู้ป่วยคนอื่นมีโอกาสเข้ามารับการดูแลในระยะสุดท้ายลดลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์เจ้าของไข้ที่ส่งผู้ป่วยมาเพื่อขอรับการปรึกษาเท่านั้น ซึ่งแพทย์หัวหน้าหอผู้ป่วยประคับประคองไม่มีอำนาจในการคัดเลือกว่าใครที่เหมาะสมมากกว่าที่ควรย้ายเข้ามาอยู่ เช่น กล่าวว่า

เอ่อจัดระเบียบพูดคุยกับแพทย์ที่จะนำผู้ป่วยไปอยู่ Ward (หอผู้ป่วย) ประคับประคองเพราะว่าคนไข้ที่ Ward ประคับประคองนี่ก็คือ คนไข้ที่แพทย์ส่งมาจาก Ward อื่น เห็นว่ารักษาไม่หายแล้วก็ส่งมานอน ทีนี้ตามกติกานี่เราบอกว่าควรจะเป็นคนไข้ที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 3 เดือนแต่ปัจจุบันนี้นี่ระยะเวลาเฉลี่ยของการนอนเตียงของผู้ป่วยนี่ 6 เดือน 180 วัน ก็ทำให้มีผู้ป่วยผ่าน Ward น้อย ถ้าเกิดนอน 6 เดือน ๆ นี่ 10 เตียงนี่ยังไง ๆ มันก็ไม่พอใช่ไหมเพราะฉะนั้นมันถึงค้างอยู่ที่หวอดอื่นมาก แต่ถ้าเราให้นอนได้คนละเดือนนะ เดือนหนึ่งแล้วตาย คนไข้นี่จะอยู่ได้เป็นร้อยเลย (PC1)

2) ความเหมาะสมของบริการที่ให้ บางครั้งทำกิจกรรมหรือใส่อุปกรณ์หรือกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยมากเกินไปและไม่มีการประเมินผลจากผู้รับบริการ

3) อัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอ มีแพทย์ที่ปรึกษา 1 คน แพทย์เจ้าของไข้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน พยาบาล 6 คน ผู้ช่วยเหลือ 5 คน และคนงาน 1 คน ทำให้ดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึงและไม่สามารถให้บริการเต็มรูปแบบได้

อัตรากำลังในแต่ละเวร มีดังนี้

เวรเช้า พยาบาล 2 คน	ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 1 คน	คนงาน 1 คน
เวรบ่าย พยาบาล 1 คน	ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 2 คน	คนงาน - คน
เวรดึก พยาบาล 1 คน	ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 2 คน	คนงาน - คน

3.2 คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สิ่งที่บ่งบอกว่าบริการมีคุณภาพ

การที่จะบอกได้ว่าสถานบริการแห่งนั้นๆ ให้บริการที่มีคุณภาพ อาจดูได้จากความพึงพอใจจากญาติ เช่น การกล่าวคำชื่นชมจากการดูแล ความเชื่อถือและความศรัทธาของญาติ การที่ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานลดลง ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น และจากการที่ผู้ป่วยมีความภูมิใจในการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ไม่เป็นภาระของผู้อื่น มรณภาพอย่างสงบ ไม่โดดเดี่ยวมีญาติพี่น้องอยู่รอบๆ เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

...สิ่งที่เราทำไปนี่มันจะมีผลตอบรับมาในรูปของความพึงพอใจ ความเชื่อถือจากญาติ ความศรัทธาจากญาติโยมทั่วไปที่เห็นนี่ก็จะมีสูง ส่วนความคุ้มทุนนี่เราไม่ได้คิดหรอกเพราะเราไม่ได้มีสิ่งตอบแทนจากการกระทำอันนี้มัน จะบอกว่าขาดทุนหรือกำไรนี่เราไม่ได้คิด (PC1)

ลักษณะของการบริการที่มีคุณภาพ

ลักษณะของการบริการที่มีคุณภาพ ตัวอย่างเช่น

1) การพูดคุยกับคนไข้แบบองค์รวม เช่น แพทย์ผู้ให้บริการกล่าวว่า การพูดคุยกับคนไข้นอกจากจะถามความทุกข์ความสุขของท่านแล้ว ยังถามความทุกข์ความสุขของญาติพี่น้องผู้เกี่ยวข้องของท่าน แล้วก็ดูทั้งเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ ส่งเสริมให้ญาติพี่น้องให้รู้จักการตอบแทนบุญคุณของผู้ใหญ่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หากท่านมีความจำเป็นต้องการอะไร แล้วเราสามารถจัดหาให้ได้ก็ควรจะให้ โดยความเป็นจริงแล้วพระส่วนใหญ่ไม่ต้องการมากหรอก ที่ต้องการมากที่สุดก็คือ จิตใจความดูแลความเอาใจใส่ การมาแสดงความเห็นอกเห็นใจ

2) การประเมินและแบ่งผู้ป่วยตามระดับการช่วยเหลือตนเอง และวางแผนการให้การดูแลตามความเหมาะสมตามบทบาทของแต่ละสาขาวิชาชีพ เช่น การทำงานของนักกายภาพบำบัด ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เริ่มจากการรับให้คำปรึกษา (consult) แล้วจะมีการแบ่งผู้ป่วย

ออกเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในส่วนที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ก็จะให้ฝึกเดินและฝึกยืน แล้วมีการใช้กลุ่มของความร้อนตื้นเพื่อช่วยในการบรรเทาปวด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จะต้องรีบให้มีการฟื้นฟูสภาพ กรณีที่มีการติดขัดของข้อต่อก็จะช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อของผู้ป่วยที่ข้างเตียงคนไข้ ถ้ากรณีที่มีความเจ็บปวดรุนแรงมาก ๆ จนกระทั่งขยับแล้วมีปวด ก็จะใช้วิธีการเคลื่อนไหวอย่างนุ่มนวล เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากเกินไป การฟื้นฟูนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น มีความภูมิใจในตนเองมากขึ้น และยิ่งในกรณีที่ญาติดูแลอยู่ตลอดอยู่แล้ว จะยิ่งช่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองไม่เป็นภาระของญาติมากขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้นตามไปด้วย

3) การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ จะมีบุคลากรที่มีความผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจะประเมินตั้งแต่ภูมิหลังของผู้ป่วย ว่าเคยทำงานอะไรก่อนบวช แล้ว ณ ขณะนี้ยังมีความต้องการอะไร ยังมีอะไรบางอย่างที่ยังห่วงหรือกังวลหรือไม่ ยังมีสิ่งที่ค้างคาใจหรือเปล่า ยังรู้สึกว่ามีความรู้สึกว่าทำอะไรผิดหรือเปล่าแต่ไม่กล้าแสดงออกมา ผู้ที่ดูแลด้านจิตวิญญาณก็จะพยายามค้นหาแล้วก็จะดูว่าจริง ๆ แล้วผู้ป่วยต้องการจะทำแบบไหน ทำอะไรและทำอย่างไร เช่น ต้องการถวายสังฆทานไหม หรือว่าต้องการจะกลับไปที่วัดหรือกลับไปที่บ้านเพื่อไปทำอะไรซักอย่างหนึ่งหรือว่าต้องการเจอใคร อาจจะต้องการพบใคร ทางเจ้าหน้าที่ก็จะพยายามค้นหาแล้วก็จะหาทางช่วยเหลือเป็นต้น

ปัจจัยที่ทำให้การดูแลมีคุณภาพ

ปัจจัยที่ทำให้การดูแลที่ให้มีคุณภาพ เช่น

1) มีบุคลากรที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร และพนักงานผู้ช่วย เป็นต้น

2) มีการทำงานเป็นทีม โดยมีการประชุมกลุ่มอยู่เสมอๆ ปรึกษาหารือและหาแนวทางในการดำเนินการหรือแก้ไขปัญหา การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในทีม กับผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นและหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการร่วมกัน เช่นกล่าวว่า

เรามีทีมสหวิชาชีพอยู่ปัจจุบัน เวลาทำอะไรเราทำกันเป็นทีม คอยประชุมอยู่เรื่อย ๆ และคอยประสานงาน อบรมเราก็จะไปกันเป็นทีมของเราและมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง เช่น ล่าสุดที่เราเพิ่งไปอบรมมาค่ะ เราก็ได้รู้ว่าตัวชี้วัดมันเพิ่มขึ้นแล้วนะ คือจาก 17 ตัวเป็น 20 ตัวอะไรเงี้ย แล้วก็เอามาประชุมกัน แล้วแบ่งงานกันทำ ส่วนงานด้านผู้ป่วยที่ดูกันเป็นทีมก็คือจะส่งต่องานกัน ตอนแรกก็คือหมอดูก่อน พยาบาลก็จะส่งให้นักกายภาพและโภชนากรดู (PC3)

3) มีความร่วมมือระหว่างแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ทุกระดับ

4) การนำความรู้ ประสบการณ์และทักษะของบุคลากรในการปฏิบัติงาน ไปใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มให้กับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เช่น กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) การเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (self help group, support group)

5) การลดภาระงานทางด้านเอกสารลง หรือเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอในการให้บริการที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

6) การสนับสนุนจากผู้บริหารในการดำเนินงานและนโยบาย

7) มีคณะกรรมการช่วยกันผลักดันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เป็นนโยบายในระดับชาติ

3.3 ความพึงพอใจการบริการ

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการ แต่มีความแตกต่างกันตรงที่ผู้รับบริการมีความพึงพอกับการบริการมากกว่าผู้ให้บริการ ดังนี้

1) ด้านผู้ให้บริการ ตามมุมมองของผู้ให้บริการพบว่าส่วนใหญ่จะมีความพึงพอใจกับการบริการในระดับปานกลาง บางรายกล่าวว่าเนื่องจากยังไม่สามารถสร้างระบบการดูแลระยะสุดท้ายให้กับพระที่ใกล้มรณภาพในโรงพยาบาลได้ครอบคลุมทุกรูป บางรายบอกว่ายังต้องการจะทำอะไรให้มากกว่านี้ หรือบอกว่ายังต้องการพัฒนาอีกหลายอย่าง และบางรายบอกว่าปัจจุบันยังมีภาระงานด้านเอกสารมากกว่าการไปนั่งพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียง เป็นต้น

2) ด้านผู้รับบริการ ในมุมมองของผู้รับบริการบอกว่ามีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับในระดับมาก มีความประทับใจในการดูแลเอาใจใส่ การช่วยเหลืออุปถัมภ์ ให้บริการดี รวดเร็ว เจ้าหน้าที่เป็นกันเอง ให้บริการที่ไว้ใจได้ และบางรายบอกว่าประทับใจในทุกๆ อย่าง และมีอุปกรณ์พร้อมทุกอย่าง

เช่นผู้ให้บริการกล่าวว่า

ของโรงบาล...นี่นะ ขณะนี้นี่นะพึงพอใจอยู่ระดับปานกลางแล้วกัน เอออยังไม่มาก เพราะว่าผมยังไม่สามารถที่จะสร้างระบบที่จะดูแลพระที่จะมอรณภาพทุกรูปในโรงบาลสงฆ์ได้ เป้าหมายสูงสุดผมคือจะดูแลพระที่จะมรณภาพทุกรูปนี่ในโรงบาล...นี่ทุกรูปแต่ยังทำไม่ได้ (PC1)

4. การจัดการทางด้านคุณภาพ

ความหมายของคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้คำนิยามของคำว่าคุณภาพ ที่เป็นทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์การบริการ ดังนี้

“คุณภาพ” คือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย

“คุณภาพ” คือ การบริการ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริการ ให้บริการที่ดี ดูแลดี ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ตามเกณฑ์ที่เป็นไปได้

“คุณภาพ” คือ การทำงานตามตัวชี้วัด ทำงานตรงตามเป้าหมายที่วางไว้ และตรงตามมาตรฐาน

“คุณภาพ” คือ เครื่องมืออุปกรณ์ และใช้ของที่มีอยู่ให้เต็มศักยภาพ

“คุณภาพ” คือ ทุกสิ่งทุกอย่างต้องพร้อม ต้องให้เพียงพอกับผู้ป่วย ทั้งทางด้านการบริการ เครื่องมือ และบุคลากร

เช่นกล่าวว่า

จริง ๆ คุณภาพมองเป็นสองแนวครับ คุณภาพด้านของบริการกับเรื่องของคุณภาพเรื่องเครื่องมือและอุปกรณ์อะไรพวกนี้ ... พยายามจะจัดรูปแบบของการให้บริการนี่อ่าคือ มองเรื่องของความพึงพอใจของคนไข้นี่เป็นหลัก แล้วก็รวมทั้งจัดรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทที่เรามี เช่น อุปกรณ์หรืออะไรต่าง ๆ ที่เรามีเราก็พยายามจะใช้ให้เต็มที่ ... แล้วก็อีกอย่างหนึ่งก็คือตอนนี้เราก็พยายามที่จะปรับปรุงเรื่องของพฤติกรรมการบริการอะไรอย่างงี้ครับ เรื่องเกี่ยวกับการให้เพื่อนร่วมงานนี่เหมือนกับสะท้อนกันเองว่าโอเคไหมคนอื่นเขามองยังไง แล้วก็ผู้ที่อยู่เป็นผู้บังคับบัญชามองยังไงก็คือเอาพวกนี้เอามารวมกัน แล้วก็ส่ง Feedback กลับไปให้ผู้ร่วมงานทุกคน คือทุกคนนี่มีสิทธิ์ในการที่จะ Comment กันได้ (PC4)

ดังนั้นคำว่า “คุณภาพ” ที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ หมายถึง ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากรที่ความเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติงานและพฤติกรรมการบริการของผู้ให้บริการที่ตามเป้าหมายตามตัวชี้วัด และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วิธีการจัดการด้านคุณภาพที่เป็นจุดเด่น

วิธีการจัดการด้านคุณภาพที่เป็นจุดเด่น ตัวอย่างเช่น

1) ด้านการดูแล บุคลากรจะพูดทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ โดยพูดคุยใช้วาจาที่นุ่มนวลและใช้วิธีการสัมผัส มีการนัดพบปะพูดคุยกับญาติผู้ป่วยทุกวันศุกร์ เพื่อเปิดโอกาสให้ญาติเล่าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและความต้องการ โดยบุคลากรจะให้การดูแลตามความสามารถที่เป็นไปได้ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพ และดูแลตามค่านิยมของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการยอมรับในเรื่องโรค การรักษาและชีวิตที่ยังเหลืออยู่ ผู้ป่วยจะได้ไม่รู้สึกกระวนกระวาย ไม่กระสับกระส่าย หรือเกรงกลัวความตายที่จะเผชิญ ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมรณภาพอย่างสมศักดิ์ศรี เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

Palliative care นี่ไม่ใช้เครื่องมืออะไรมากหรอก แต่ว่าใช้ Soft ware น่ะ คือ ใช้การติดต่อทางจิตใจน่ะ ใช้จิตใจน่ะมากกว่าใช้เครื่องมือ คือการพูด แล้วก็การทำความเข้าใจกับคนไข้แล้วก็ญาติคนไข้จะต้องใช้มากกว่าผู้ป่วยทั่วๆ ไป ทำยังไงเราจะพูดให้คนไข้แล้วก็ญาติคนไข้นี่รู้ตัวว่า อีกไม่เกินสามเดือนจะตายแล้วก็โดยที่ให้เขายอมรับด้วยคนไข้บางคน

ยังไม่ยอมรับ ญาติบางคนก็ยังไม่ยอมรับ ซึ่งเราก็ต้องพัฒนาวิธีการพูดของเรานี่ให้เขายอมรับเข้าใจมันก็จะได้เกิดความสุข แล้วก็จะปฏิบัติตัวได้ถูกได้ง่าย (PC1)

การพัฒนาพฤติกรรมการบริการของบุคลากร จะใช้วิธีการประเมินบุคลากรทุกคนจากผู้บริหาร เพื่อนร่วมงานและจากผู้ใต้บังคับบัญชา หลังจากนั้นจะส่งผลการประเมินกลับไปที่ผู้ถูกประเมินเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพฤติกรรมการบริการของบุคลากรนั้น รวมทั้งใช้วิธีการถ่ายทอดประสบการณ์ดีๆ จากบุคลากรที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญให้กับพนักงานผู้ช่วยเพื่อใช้เป็นแนวคิดและนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยต่อไป เช่นผู้ให้บริการกล่าวว่า

ใช่ ๆ ค่ะแล้วก็แม้แต่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ของเรา เราก็ปลูกฝัง แล้วก็ถ่ายทอดสิ่งดี ๆ จากเรานี่ไปสู่น้องเราก็สอนประสบการณ์จากการที่เขาดูแลผู้ป่วย เพราะว่าน้องเขามาจากอายุ 19, 20 กัน แล้วประสบการณ์ตรงนี้เขาจะน้อย แต่เราพยายามให้ประสบการณ์ตรงนี้ค่ะ... เพราะว่าการที่จะมารับอารมณ์ของผู้ป่วยหรือการยอมรับผู้ป่วย หรือการยอมรับญาติได้ทุกคนนี่พยาบาลจะน้อย ... จะปล่อยให้น้องนะระบายๆ ให้หมดเสร็จเรียบร้อยเราค่อยถึงจะใส่อะไรลงไป ... แต่พอผู้ป่วย Dead ปุ๊บ เราจะบอกน้องเลยว่าเห็นไหมคะผลที่สุดท่านก็จากเราไปถ้า ณ วันนั้นเราไม่ไปใส่อารมณ์กับท่านเราก็จะไม่มีเวรมีกรรมต่อกันเพราะว่าเราไม่ได้ไปยืนอยู่ในจุดของท่านคือเราไม่ได้เป็นคนคนที่กำลังจะตาย เราไม่ได้เป็นคนที่ไปยืนอยู่ปากเหวเราก็ไม่รู้ความรู้สึกหรอกว่ามันเป็นยังไง แต่ซักวันหนึ่งถ้าเราไปยืนอยู่ตรงนั้นเราถึงจะรู้แต่ ... ผลที่สุดตอนหลังนี่ พฤติกรรมตรงนี้น้องก็ทนได้ แล้วน้องจะรู้เลย ถ้าคนไหนที่ไม่มีญาติจะต้องไปอยู่ด้วย ... น้องก็จะรับรู้เลยว่าท่านจะเรียกทุก 15 นาที เดี๋ยวเรียก ๆ น้องก็จะไม่โมโหแล้วก็จะหัวเราะ ... แล้วผลที่สุดนี่ ตอนหลังนี่ พี่จะพาเขาทำพิธีอโหสิกรรมกับผู้ป่วยด้วยเพราะกลัวว่าจะมีเวรมีกรรมต่อกัน พี่ก็จะพาทำ ค่ะเราก็จะใช้ประสบการณ์สอนเขา (PC2)

2) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้คล้ายกับวัด เนื่องจากพระส่วนใหญ่จะต้องการความเงียบสงบเพื่อช่วยในการทำสมาธิ ดังนั้นทางหอผู้ป่วยก็จะมีเตียงผู้ป่วยเพียง 10 เตียง ไม่แออัดมากเกินไป ตั้งเตียงห่างกันพอสมควรเพื่อให้เกิดความเป็นส่วนตัว จัดให้มีโต๊ะหมู่บูชาและอนุญาตให้มีการสวดมนต์ภายในหอผู้ป่วยด้วย

วิธีการจัดการคุณภาพด้านปัจจัยนำเข้า

ผู้ให้ข้อมูลจากหอผู้ป่วยประดับประคองได้ให้ข้อเสนอแนะการจัดการกับปัจจัยนำเข้าว่า ควรมีวิธีการดังต่อไปนี้

1) ด้านบุคลากร ควรมีการการคัดเลือกที่มีคุณภาพและมีประสบการณ์ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น มีใจให้บริการ มีความรู้เฉพาะโรค มีความเชี่ยวชาญในการพูดคุยกับญาติและ

สามารถเรียนรู้ร่วมกันและประสานงานกันได้ และควรมีเครื่องในการประเมินบุคลากรเพื่อใช้ทดสอบความรู้และมีรูปแบบการประเมินที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

เช่นกล่าวว่า

จัดการกับปัจจัย ก็ปัจจัยที่ทำให้เกิดคุณภาพที่สำคัญที่สุด ก็คือ บุคลากรสำคัญที่สุด เพราะว่า ในอดีตที่ผ่านมานี่โรงพยาบาลเราไม่เคยมีการประเมินคุณภาพ มันมาถูกประเมินคุณภาพก็ไอ้ช่วงนี้นี่ แล้วทีนี้มันมาหลายรูปแบบเหลือเกิน มาจนกระทั่งบุคลากรงงเลย การประเมินนี่ไม่รู้จะประเมินยังไง เพราะฉะนั้นเราจะต้องจัดรูปแบบการประเมินนี่ให้มันเป็นทิศทางเดียวกัน ให้เหมือนกันหมดทุกคนจะได้ทำถูก (PC1)

2) ด้านอุปกรณ์ โดยปกติแล้วการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีราคาแพงแต่อย่างไร และอุปกรณ์ที่ใช้ส่วนใหญ่จะสามารถนำมาใช้ได้อีกไม่ใช่วัสดุสิ้นเปลือง เช่น เครื่องบรรเทาอาการปวด หรือกลุ่มของผ้าร้อน เป็นต้น

3) ด้านนโยบาย นโยบายเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและการให้บริการของหน่วยงาน ดังนั้นหน่วยงานควรมีนโยบายการจัดการด้านคุณภาพ มีแผนและนโยบายพัฒนาบุคลากรให้ชัดเจน เช่น การฝึกอบรมและการศึกษาดูงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ มีการประเมินพฤติกรรมการบริการเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ดำเนินการวิจัยควบคุมกับการบริการเพื่อพัฒนาระบบและมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

วิธีการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการ

การหน่วยงานมีการจัดการกับกระบวนการดังนี้

1) การพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน ทางโรงพยาบาลได้จัดให้มีระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation: HA) และมีระบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continue Quality Improvement: CQI) เพื่อแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน เช่น การค้นหาสาเหตุและการแก้ปัญหาหลังตรวจพบเชื้อในอาหารของผู้ป่วย เป็นต้น

2) การบริหารจัดการด้านกำลังคน เช่น มีระบบเจ้าหน้าที่อาสาสมัครทางด้านจิตวิญญาณมาปฏิบัติงานแทนในกรณีที่พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านนี้ติดภารกิจอื่น

3) การพัฒนาบุคลากร ทางโรงพยาบาลได้ส่งเสริมบุคลากรไปศึกษาทั้งในและต่างประเทศ เช่น พยาบาลทุกคนได้ไปศึกษาดูงานการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ประเทศสิงคโปร์ เป็นต้น

4) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ดังนี้

4.1) การดูแลทางด้านร่างกาย บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น แพทย์จะพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการให้การช่วยเหลือ รวมทั้งดูแลทางด้านการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด พยาบาลจะดูแลเรื่องการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ความสะอาดของร่างกายและการกระทำกิจวัตรประจำวัน ดูแล

ความสุขสบาย ให้การดูแลด้วยความนุ่มนวลและประสานงานกับวิชาชีพอื่นเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย โภชนากร ก็จะประเมินลักษณะและความต้องการทางด้านสานอาหารของผู้ป่วย ปรับพลังงานสารอาหาร และมื้ออาหารให้เหมาะสม ส่วนนักกายภาพบำบัด จะประเมินระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและวางแผนการให้การช่วยเหลือให้เหมาะสม

4.2) การดูแลทางด้านจิตใจ มีเจ้าหน้าที่ที่คอยพูดคุยและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ยังประโยชน์ต่อสังคม เพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง เช่น ผู้ป่วยพระที่ยังสามารถเทศน์ได้ก็จะถูกกระตุ้นให้กลับไปจำวัด เพื่อโปรดสัตว์หรือบิณฑบาตแทนการอยู่เฉยๆ ในโรงพยาบาล กระตุ้นให้ลูกหลานมีส่วนร่วมในการดูแล โดยอนุญาตให้มีญาติเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง และจัดมีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตเพื่อให้มีความเป็นส่วนตัวและจากไปอย่างสงบ

4.3) การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ เช่น จะมีการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในสิ่งที่ค้างคาจิตใจ ในสิ่งที่ต้องการทำและช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรลุความสำเร็จ การอนุญาตให้ผู้ป่วยสวดมนต์และทำกิจของสงฆ์ หรือพิธีกรรมตามความเชื่อ

เช่นกล่าวว่า

การดูแลทางด้านจิตวิญญาณนี่มันค่อนข้างจะยากนะ ... เราจะดูถึงภูมิหลังของท่านด้วยค่ะ ... ว่าท่านเคยทำงานอะไรก่อนบวช แล้วตอนนี้ ณ ขณะนี้ท่านยังมีความต้องการอะไร ยังมีบางอย่างยังห่วงหรือกังวลกับอะไรไหม ค่ะ แล้วก็ยังมีอะไรมีสิ่งที่ค้างคาใจหรือเปล่า ถ้ามีเราก็จะช่วยหาคนมาช่วยขจัดสิ่งที่ค้างคาใจ หรือว่าท่านยังรู้สึกว่ามีความรู้สึกว่าทำอะไรผิดหรือเปล่าแต่ไม่กล้าแสดงออกมาอะไรอย่างงี้ค่ะ เราก็จะพยายามค้นหา ค้นหาแล้วก็จะดูว่าจริง ๆ แล้วท่านอยากจะทำแบบไหน อยากจะทำอะไร อยากถวายสังฆทานไหมหรือว่าอยากจะกลับไปที่วัดหรืออยากจะกลับไปที่บ้านเพื่อไปทำอะไรซักอย่างหนึ่ง หรือว่าอยากจะเจอใคร อาจจะมีค่ะอยากจะพบใครเราก็จะพยายามค้นหา (PC2)

วิธีการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์

ผู้ให้ข้อมูลได้ยกตัวอย่างวิธีการจัดการด้านคุณภาพด้านผลลัพธ์ไว้สั้นๆ เช่น การเพิ่มตัวชี้วัดเรื่องการมรณภาพ การลดระยะเวลาในการนอนในหอผู้ป่วยประคับประคอง การลดการปนเปื้อนในอาหารเหลวของผู้ป่วย โดยใช้วิธี CQI การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ การดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจจากอาการปวดที่เกิดจากโรคมะเร็ง และการประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

เราจะให้พยาธิตรวจให้เราทุก 1 เดือน โดยตรวจตั้งแต่แรกคือวัตถุดิบที่รับมา อาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว แล้วก็ Blender light (อาการเหลว) เราก็ต้องตรวจเดือนละ 2 ครั้ง เคยเจอนะคะ แต่ว่าเมื่อเราทำ CQI (การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง) ขึ้นมาตรงนี้ก็หายไปเลย เราก็มาประชุมว่าเกิดจากอะไร มีการปนเปื้อนจากอะไร จากนั้นมาก็ไม่เกิด เดือนสิงหาคมที่ตรวจมาก็ไม่มี (PC3)

5. ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งนี้ ยังไม่มีแนวคิดในการด้านความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการกับผู้ป่วยที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นสถานบริการของภาครัฐ ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐบาล และมีเงินบริจาคเพื่อใช้ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ

ความคุ้มค่าคุ้มทุนในแต่ละบริการ

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลด้านความคุ้มค่าคุ้มทุนในแต่ละบริการทั้งมุมมองในเชิงศาสนาและศีลธรรม และในเชิงเศรษฐศาสตร์โดยคร่าว ๆ ดังนี้

1) มุมมองในเชิงศาสนาและศีลธรรม ผู้ให้บริการส่วนใหญ่บอกว่ามีความคุ้มค่ามากที่เห็นคุณค่าของพระสงฆ์ ถึงแม้ว่าจะให้บริการฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เพราะถือว่าเป็นการทำบุญกับพระ และบางรายบอกว่าไม่เคยคิดเรื่องกำไรขาดทุน

2) มุมมองในเชิงเศรษฐศาสตร์ ผู้ให้บริการบอกว่าการดูแลแบบประคับประคองมีค่าใช้จ่ายไม่แพงมาก เนื่องจากไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ไม่มีการย้ายเข้าไปอยู่ในห้องผู้ป่วยอาการหนัก (ICU) ทำให้ไม่มีการใช้ยาราคาแพง ๆ ไม่ใช้เทคโนโลยีที่มากเกินไป ไม่ใช้วัสดุสิ้นเปลืองมากเกินไป แต่จะให้การรักษาตามกลุ่มอาการ มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าสามารถนำกลับมาใช้ได้อีก เช่น เครื่องบรรเทาอาการปวด หรือกลุ่มของผ้าร้อน นอกจากนี้บุคลากรยังให้การดูแลทางด้านจิตใจโดยใช้วิธีพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ให้เวลากับผู้ป่วยและญาติมากขึ้น เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลโดยอนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ตลอด 24 ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความเข้าใจและเห็นใจ รู้สึกอบอุ่น มีสมาธิ ควบคุมอารมณ์ ความกลัวได้ และจากไปอย่างสงบ

เนื่องจากค่าบริการส่วนใหญ่ได้จากการรับบริจาค และทางโรงพยาบาลก็มีเครือข่ายผู้บริจาค โรงพยาบาลจึงไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการบริการจึงไม่มีการคำนึงถึงความคุ้มค่าคุ้มทุนมากนัก เช่น ผู้ให้บริการกล่าวว่า

> *Palliative care (การดูแลแบบประคับประคอง) คุ้มค่าคุ้ม ผมว่าคุ้มมากด้วยนะ เพราะว่า เราให้คุณค่าของพระสงฆ์นี่มากขึ้นนะแล้วก็ญาติก็จะเห็นด้วยคล้าย ๆ กับว่าเราทำบุญน่ะ เราทำบุญกับพระระยะสุดท้ายนี่มากขึ้นกว่าที่เคยทำมา ฉะนั้นสิ่งที่เราทำไปนี่มันจะมีผลตอบรับมาในรูปของความพึงพอใจ ความเชื่อถือจากญาติ ความศรัทธาจากญาติโยมทั่วไปที่เห็นนี่ก็จะมีสูง ส่วนความคุ้มทุนนี่ เราไม่ได้คิดหรอกเพราะเราไม่ได้มีสิ่งตอบแทนจากการกระทำอันนี้มันจะบอกว่าขาดทุนหรือกำไรนี่เราไม่ได้คิด (PC1)*

การประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุน

ความคุ้มค่าประเมินได้หลายประเด็น เช่น ประเมินจาก

1) จุดที่มีประโยชน์มากที่สุด ซึ่งเป็นจุดที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

2) การเกิดภาพพจน์ที่ดีในการดูแล เช่น จากการที่จัดให้มีห้องแยกสำหรับพระสงฆ์ที่ใกล้มรณภาพ ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเป็นส่วนตัวและจากไปอย่างสงบ เป็นที่ชื่นชมแก่ผู้พบเห็น

3) ผู้ป่วยมีสมาธิ สามารถทำจิตใจให้สงบ ไม่เกิดความกลัวต่อความตาย

4) ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจดีขึ้น ยิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น และให้อภัย

4) ผู้ป่วยมรณภาพอย่างสมศักดิ์ศรี ซึ่งก็เป็นไปตามปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ที่ผู้สูงอายุจากไปตามความเหมาะสม ตามคตินิยมไม่จำเป็นต้องความหรูหราเป็นต้น

6. นโยบายสาธารณะ

สำหรับนโยบายที่จำเป็นต่อการดำเนินงานของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น

6.1 นโยบายที่เกี่ยวกับประชาชนและสังคม คือ การปลูกฝังค่านิยมการดูแลบุพการี ผู้มีพระคุณ ถึงแม้จะอยู่ในสมณะสงฆ์ก็ตาม

6.2 นโยบายที่เกี่ยวกับภาครัฐ เช่น

1) การเตรียมแผนในการรองรับดูแลระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากมีพระสงฆ์ที่มาบวชตอนมีอายุมากเพิ่มขึ้น

เช่นกล่าวว่า

แผนในอนาคตก็เป็นผู้สูงอายุอยู่แล้ว เพราะว่าคนที่จะมาบวชนี่ ที่จะบวชตั้งแต่เด็กจริงๆ นี่จะลดลง แต่มาบวชทีหลังนี่จะเยอะขึ้น เนื่องจากสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลง นอกจากกรณีที่ว่าสังคมมีเหมือนกับว่ามีเรื่องของภาวะเศรษฐกิจ คนก็จะหันมาบวชมากขึ้น อาจจะเห็นเด็กๆ มาบวชเยอะขึ้น แต่เด็ก ๆ จะไม่ค่อยมาโรงพยาบาล (PC4)

2) ส่งเสริมให้พระสงฆ์ มีบทบาทในการรับความรู้และถ่ายทอดความรู้ทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนมากขึ้น

3) การให้เบี้ยยังชีพแก่พระสงฆ์สูงอายุเช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไปด้วย เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการเดินทางไปพบแพทย์ เช่น ผู้รับบริการกล่าวว่า

ทั่วไปก็เดี๋ยวนี้เขาให้เดือนละห้าร้อยบาทน่ะ แต่ว่าไม่ให้พระนะ ฆราวาสโดยทั่วไป ถ้าฆราวาสมาป่วยเค้าก็ให้ในนามของฆราวาส อย่างอาตมาเนี่ยเป็นสัญญาบัตร มีเงินเดือนพอหมดหน้าที่การปกครองเค้าก็ไม่ให้ ยังสู้ฆราวาสที่เค้าอายุเท่านั้นเท่านี้ไม่ได้นะ (PC7)

4) มีนโยบายสนับสนุนค่าโดยสารหรือให้ได้รับการยกเว้นค่าโดยสารแก่พระภิกษุสงฆ์ที่มีความจำเป็นต้องเดินทาง เช่นการเดินทางไปพบแพทย์ เป็นต้น

5) นโยบายทางด้านสถานบริการ เช่น

5.1) ส่งเสริมให้มีการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงความเชื่อทางศาสนาด้วย เช่น ศาสนาอิสลามจะต้องพาผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน

5.2) มีการจัดตั้งสถานดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจน มีระบบการประเมินคุณภาพ มีการพัฒนาบุคลากรและการเตรียมบุคลากรในระยะยาว

5.3) ส่งเสริมให้บุคลากรให้มีความรู้ความเข้าในในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น

5.4) เพิ่มอัตรากำลังให้เพียงพอเพื่อให้สามารถจัดบริการได้มากยิ่งขึ้น

5.5) ควรมีระบบ Re-imbursement โดยมี สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เข้ามามีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบริการ

6.6) มีระบบการติดตามประเมินผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ

7. ประเด็นอื่น ๆ

7.1 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) ความรู้ความเข้าใจในกฎเกณฑ์และระเบียบของผู้ปฏิบัติงาน เช่น เกณฑ์การย้ายผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วยประคับประคองที่จะต้องคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 3 เดือน แต่ที่ผ่านมาโดยเฉลี่ยผู้ป่วยคนหนึ่งๆ จะอยู่นานถึง 6 เดือน จากการรับรู้และเข้าใจไม่ตรงกันก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และพยาบาลกับบุคลากรในหอผู้ป่วยอื่นๆ ได้

2) ความร่วมมือของแต่ละฝ่าย เช่น

2.1) ความร่วมมือของญาติ ด้วยความต้องการจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบไม่พลุกพล่านเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิ และเนื่องจากมีการอนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ปรากฏว่ามีญาติของผู้ป่วยบางรายไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล มีการออกไปข้างนอกแล้วกลับมาพักกับผู้ป่วยดึกๆ และมีจำนวนญาติมาเฝ้ามากกว่า 2-3 คน ไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ มักจะกีดขวางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เช่น ขณะให้การพยาบาล หรือจัดการกับศพผู้ป่วย มีญาติบางรายไม่เข้าใจ จะความต้องการสิ่งที่ดีที่สุด ทันสมัยที่สุด ที่อาจมีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งไม่ไปด้วยกันกับนโยบายของหอผู้ป่วยที่ต้องการให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ไม่ทุกข์ทรมานจึงจะไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) หรือการส่งเข้ารับการรักษาต่อในห้องผู้ป่วยอาการหนัก (ICU) แต่ญาติผู้ป่วยบางรายพบว่า ไม่ให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติในการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากบางรายไม่ใช้ญาติจริงแต่เป็นโยมอุปฐาก นอกจากนี้มีลูกหลานบางรายไม่ให้ความสนใจมาเยี่ยม นำผู้ป่วยมาทิ้งไว้กับโรงพยาบาลไม่สนใจ หรือดูแลแม้กระทั่งทางโรงพยาบาลพยายามติดต่อไปเพื่อให้มาพบผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัวภายหลังจากบวชเรียน ซึ่งผู้ที่ไปบวชได้ละทิ้งทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อเข้าไปบวชในขณะที่ญาติก็อาจรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งไป ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

คือพระนี่น่าสงสารอยู่อย่าง คือ ท่านเป็นสาวกพระพุทธเจ้าน่ะ แล้วก็มีความคิดเห็นสอดคล้องกับพระพุทธเจ้านะถึงแม้ว่าส่วนมากจะออกบวชตอนแก่แล้ว แต่ว่าก็ยังปฏิบัติตามกฎตามระเบียบของพระพุทธเจ้าคือ ตัดขาดจากโลกภายนอกไปอยู่โลกทางธรรม คือไม่ยุ่งเกี่ยวกับกิเลสทั้งหลายแหล่ เพราะฉะนั้นความโลภ ความโกรธ ความหลง ความรัก ความเกลียดอะไรนี่เป็นสิ่งที่พระจะต้องไม่มี จะต้องพยายามตัด ฉะนั้นความสัมพันธ์ระหว่างพระกับญาตินี่มันถึงหมด ก็หมด... พระพุทธเจ้ายังสละลูกสละเมียให้หมดเลยนะเพราะฉะนั้นพระนี่ก็ต้องทำตาม พระนี่จะไม่ห่วงลูก ไม่ห่วงเมีย ไม่ห่วงญาติพี่น้องไปอยู่ในวัดอยู่ในโลกของพระ แต่พอพระแก่ลงไม่สบายจะเรียกลูก เรียกเมียเรียกลูกเรียกหลานไปช่วยดูแลมันก็ไม่ได้แล้ว (PC1)

2.2) ความร่วมมือของบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรใหม่ๆ ที่อาจมีความรู้และความเชื่อในแนวปฏิบัติที่แตกต่างกัน ที่ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งการอบรม การฝึกปฏิบัติงานและการเรียนรู้จากประสบการณ์จากด้วยตนเอง

3) การบริหารจัดการในการดูแล เช่น การติดต่อประสานงานภายในทีมและกับภายนอกเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการแบบเต็มรูปแบบ ระยะเวลาในการให้การรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนไม่เท่ากัน ข้อจำกัดในเรื่องเวลาของบุคลากรที่จะต้องไปทำภาระงานอื่นๆ ด้วยทำให้มีเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยลดลง แผนการพัฒนาบุคลากรเพื่อทดแทนผู้ที่ใกล้เกษียณอายุยังไม่ชัดเจน บุคลากรในองค์กรอีกจำนวนมาก ที่ยังขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดฐานข้อมูลพระภิกษุที่ควรดำเนินการวิจัยมากขึ้น

4) อัตรากำลังไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถให้บริการที่เต็มรูปแบบตามที่ควรจะเป็นได้ เช่น กล่าวว่า

ก็เหมือนที่อัตรากำลังไม่พออย่างงี้ค่ะมันก็ถือเป็นจุดด้อยของพวกเราเหมือนกันคือเราทำงานกันหนักอยู่ ก็เยอะเหมือนกันนะค่ะแล้วคนไม่พออย่างงี้ค่ะ มันก็จะแบบงานมันก็จะโหลดมันก็จะบางทีอย่างเราทำงานเยอะ ๆ หลาย ๆ ชั่วโมงอย่างงี้มันก็จะไม่มีประสิทธิภาพน่าจะ... (PC5)

7.2 ประเด็นอื่นๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการบอกหรือต้องการฝาก เพิ่มเติมที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว คือ

1) บุคลากรทุกคนที่ทำงานในสถานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีแนวคิดและทิศทางในการดูแลที่สอดคล้องกัน

2) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล โดยไม่แบ่งแยกผู้ป่วยว่าเป็นผู้ป่วยอายุกรรมหรือศัลยกรรม ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าเกณฑ์ที่จะต้องได้รับการดูแลก็ควรได้รับการดูแลเหมือนกันและเท่าเทียมกัน ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับกำลังใจ ไม่กลัวความตาย แต่ยอมรับความตาย

สรุป

หอผู้ป่วยประคับประคองตั้งอยู่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่ให้บริการสำหรับพระสงฆ์โดยเฉพาะ เนื่องจากมีกิจวัตรปฏิบัติแตกต่างกับฆราวาสโดยทั่วไป ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายที่แพทย์คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 3 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและแบ่งออกเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คุณภาพการดูแลประเมินได้จากความพึงพอใจจากญาติ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานลดลง ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและผู้ป่วยมีความภูมิใจในการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ไม่เป็นภาระของผู้อื่น มรณภาพอย่างสงบ ไม่โดดเดี่ยว การจัดการด้านคุณภาพที่สำคัญคือ การพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติให้มากขึ้นและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้คล้ายวัด ความคุ้มค่าคุ้มทุนที่ผ่านมาไม่มีการประเมิน เนื่องจากให้บริการฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ แต่ถือว่าคุ้มค่ามากที่เห็นคุณค่าของพระสงฆ์ นโยบายสาธารณะที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน แบ่งเป็นนโยบายที่เกี่ยวกับประชาชนและสังคม และนโยบายที่เกี่ยวกับภาครัฐ ที่สำคัญ เช่น เช่น การปลูกฝังค่านิยมการดูแลบุพการีและผู้มีพระคุณ การเตรียมแผนในการรองรับดูแลระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและการจัดตั้งสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน มีระบบการประเมินคุณภาพ มีการพัฒนาบุคลากรและการเตรียมบุคลากรในระยะยาว

บทที่ 9
สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ และศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดลง ทำให้ความต้องการการดูแลในสถานบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมียังไม่มีระบบการกำกับดูแลที่ชัดเจน ขาดแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดี ที่ต้องตระหนักถึงคุณภาพในการดูแล คุณภาพชีวิต และสิทธิของผู้สูงอายุในสถานบริการเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษา รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทยขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและยกระดับมาตรฐานการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานบริการในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย
2. ให้ข้อเสนอรูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการในประเทศไทย

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ ที่เลือกสรรจากสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแต่ละประเภท โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ดังนี้

1) การสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (focus group discussion) เช่น นักวิชาการและนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง เพื่อหาเกณฑ์ในการเลือกสถานบริการที่มีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิระบุ

2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ที่มีอำนาจทางด้านนโยบายและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 3 กลุ่ม โดยสัมภาษณ์ตัวแทนแต่ละกลุ่มทีละคนใช้เวลาคนละประมาณ 1- $1^{1/2}$ ชั่วโมง และทำการบันทึกเทป ส่วนกำหนดวัน-เวลาและสถานที่ ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความต้องการของผู้ให้สัมภาษณ์

3) การสนทนากลุ่มโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากตัวแทนผู้ให้ข้อมูลของทั้ง 3 กลุ่ม ในการเสนอข้อคิดเห็นต่อข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผ่านการสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปที่เห็นพ้องต้องกัน

1.3 ผลการศึกษาและอภิปราย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เลือกสรร จากทั้ง 5 ประเภท สรุปได้ดังนี้

1) บ้านพักคนชรา สถานที่ศึกษาเดิมเป็นสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐแห่งหนึ่ง ที่ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อไปเป็น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้พักอาศัยจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จุดเด่นในการบริการแบ่งเป็นด้านบุคลากร ด้านการบริการและด้านการบริหาร มีระบบการตรวจสอบคุณภาพ และหน่วยงานได้การผ่านการตรวจมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ การจัดการทางด้านคุณภาพที่เป็นจุดเด่น เช่น มีการประชุมทีมอย่างสม่ำเสมอ การแบ่งงาน การสอบการทำงาน การรายงานตามลำดับขั้น ผู้บริหารให้ความสนใจและสนใจติดตามงานอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมเสริมทักษะและเพื่อความผ่อนคลาย ส่งเสริมการออกกำลังและดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีพ มีระบบส่งต่อตลอด 24 ชั่วโมง ถึงแม้หน่วยงานไม่เคยมีการคำนวณต้นทุนการบริหาร แต่ผู้ให้บริการบอกว่ามีความคุ้มค่าคุ้มทุนในเชิงศาสนาและศีลธรรมจรรยา สำหรับนโยบายสาธารณะที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน แบ่งออกเป็นนโยบายด้านครอบครัว ชุมชนและสังคมและนโยบายด้านสถานบริการ

จากการศึกษาพบว่า ส่วนมาตรฐานการจัดบริการสวัสดิการสังคม สำนักบริการสวัสดิการสังคม กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดทำมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พ.ศ.2550 โดยมีตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมขององค์การสวัสดิการสังคมที่ชัดเจน (ดูรายละเอียดในภาคผนวก 5) และบ้านพักคนชราแห่งนี้ได้นำเกณฑ์มาตรฐานนี้มาใช้ในหน่วยงาน และพบว่าเป็นหน่วยงานเดียวในกรมที่ผ่านการประเมิน แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เมื่อพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นระยะเวลานานๆ อาจเกิดการเจ็บป่วย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ต้องการการดูแลในระดับที่สูงกว่าการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และต้องการการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้นอย่างเลี่ยงไม่ได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2552) จากข้อมูลบ้านพักคนชราแห่งนี้ เมื่อปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้สูงอายุทั้งหมด 204 คน มีจำนวนหนึ่งที่มีภาวะพึ่งพานอนพักอยู่อาคารผู้ป่วย และมีผู้สูงอายุจำนวน 32 คน ที่มีภาวะสมองเสื่อมพักอยู่ในเรือนคนหลง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการทักษะทางการพยาบาลในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2552) ที่พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่พักอยู่ในบ้านพักคนชรามีภาวะพึ่งพา

ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาบ้านพักคนชราแห่งนี้จะมีบุคลากรครบทุกวิชาชีพครบทุกตำแหน่ง ตามที่กำหนดไว้สำหรับภารกิจทางด้านการจัดสวัสดิการสังคม ซึ่งจำนวนบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีอยู่คือ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน พี่เลี้ยง 33 คน นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด 2 คน อาจไม่เพียงพอต่อภาระความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาได้ เมื่อเปรียบเทียบกับ The Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy (DALTCP) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้

กำหนดสัดส่วนอัตรากำลังของผู้ให้บริการขั้นต่ำในสถานบริบาล ใน Arkansas ปี ค.ศ. 2001 โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัดส่วนพยาบาลต่อผู้สูงอายุเป็น 1 : 40 ในการปฏิบัติงานช่วงกลางวัน และ 1 : 80 ในการปฏิบัติงานช่วงกลางคืน เป็นต้น (Tilly, Black, & Ormond, 2003) แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถคำนวณตัวเลขเพื่อหาอัตราส่วนบุคลากรต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่ชัดเจนได้ เนื่องจากบุคลากรเหล่านี้ต้องดูแลผู้สูงอายุทั้งหมดในบ้านพักคนชราที่รวมทั้งผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ด้วยตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ พ.ศ.2550 ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันจะมุ่งเน้นทางด้านสวัสดิการสังคมซึ่งเป็นภารกิจหลักของหน่วยงาน แต่ยังไม่ครอบคลุมกับมาตรฐานการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนามาตรฐานการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบตัวอย่างรายการดัชนีชี้วัดคุณภาพ (quality indocators: QI) ในสถานดูแลระยะยาวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงดัชนีชี้วัดคุณภาพเพื่อนำมาใช้กับบริบทของประเทศไทย ประกอบด้วย การเกิดอุบัติเหตุ (accidents) รูปแบบพฤติกรรมหรือภาวะทางอารมณ์ (behavioral/emotional patterns) การจัดการทางคลินิก (clinical management) รูปแบบเชาน์ปัญญา (cognitive patterns) การขับถ่าย/การกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ (elimination/incontinence) การควบคุมภาวะติดเชื้อ (infection control) โภชนาการและการรับประทานอาหาร (nutrition/eating) การทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) การใช้ยาทางจิตเวช (psychotropic drug use) คุณภาพชีวิต (quality of life) และการดูแลผิวหนัง (skin care) (Capitman, Leutz, Bishop, & Casler, 2005)

2) สถานดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานบริการแห่งนี้เดิมเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันเพื่อการฟื้นฟูสภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน มีปรัชญาการดูแลจากความเชื่อในศาสนาคริสต์ที่ให้การช่วยเหลือโดยไม่หวังผลกำไร หลังจากที่อุบัติการณ์โรคเรื้อนลดลงอย่างมากทำให้มีการปรับเปลี่ยนภารกิจไปให้บริการผู้สูงอายุ ทั้งผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่ แต่ต้องการการดูแลบางส่วน เช่น การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพ ในด้านคุณภาพการดูแล ได้ข้อมูลด้านจุดเด่น ปัจจัยที่ส่งเสริมบริการที่เป็นจุดเด่นและปัญหาอุปสรรคของการดูแล นอกจากนี้พบว่า ในส่วนที่เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ สถานที่ช่วยเหลือการดำรงชีวิตแห่งนี้ไม่ได้ให้บริการที่อิงหลักของนโยบายสาธารณะที่ชัดเจน แต่ดำเนินงานอย่างอิสระภายใต้หลักปรัชญาทางศาสนามากกว่า

เนื่องจากสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต เป็นสถานบริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าความต้องการการดูแลจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังพึ่งพาตนเองได้และไม่ต้องการการดูแลบำบัดในระดับที่สูงหรือซับซ้อน ซึ่งสถานบริการแห่งนี้ได้ให้บริการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีเกณฑ์การรับผู้สูงอายุที่ชัดเจน บริการที่เป็นจุดเด่นที่สำคัญก็คือ หากผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงและต้องการการดูแลที่มากขึ้น จะสามารถ

ย้ายไปรับการดูแลในระดับที่สูงขึ้นได้ในโรงพยาบาลที่ให้บริการฉุกเฉิน การฟื้นฟูสภาพและมีบริการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ที่อยู่บริเวณเดียวกันและอยู่ภายใต้องค์กรทางศาสนาคริสเหมือนกัน แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการกำหนดมาตรฐานการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย และในต่างประเทศก็ไม่พบหลักฐานการกำหนดมาตรฐานการดูแลที่ชัดเจน แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาก็ยังไม่สามารถสรุปมาตรฐานกลางของประเทศในสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตได้ ทั้งๆ ที่มีความต้องการมาตรฐานเพื่อในการประเมินคุณภาพ (Resnick & Mitty 2009) ด้วยความตระหนักว่ามีสถานดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตเพิ่มมากขึ้นแต่ยังไม่มีระบบการกำกับดูแลที่ชัดเจน Capitman & Bishop (2005) จึงได้เสนอว่าควรมีการขยายมาตรฐานการดูแล โดยใช้ดัชนีผลลัพธ์หรือดัชนีชี้วัดคุณภาพโดยใช้ผลลัพธ์เป็นฐาน (outcome-based quality indicators: OBQI) ที่คำนึงถึงการวัดคุณภาพที่กระบวนการและผลลัพธ์การดูแล จากเดิมที่ใช้กับสถานบริบาล (nursing home) เท่านั้นจึงควรขยายการกำหนดมาตรฐานการดูแลไปยังสถานดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตและสถานบริการต่างๆ ที่ให้บริการในลักษณะเดียวกันด้วย และหลักฐานการกำหนดมาตรฐานสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ผู้วิจัยสืบค้นได้ พบในเฉพาะส่วนที่เป็นการพยาบาล ประกอบด้วย 6 มาตรฐาน (ดูรายละเอียดหน้า 33-36) ได้แก่ (Alnursing.org, 2005)

มาตรฐานที่ 1 การประเมิน พยาบาลต้องมีความสามารถในการใช้เครื่องมือ และมีเทคนิคในการรวบรวมข้อมูลสุขภาพ

มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัย พยาบาลจะร่วมกับทีมดูแลในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อให้มีความเที่ยงตรง ร่วมกันวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการดูแล

มาตรฐานที่ 3 การระบุผลลัพธ์ พยาบาลต้องระบุผลลัพธ์การดูแลที่สะท้อนถึงสภาวะสุขภาพ การรับรู้และการแสดงออกถึงความผาสุกของผู้สูงอายุ

มาตรฐานที่ 4 การวางแผน พยาบาลต้องมีการวางแผนการพยาบาลที่ให้การดูแลครอบคลุมสาขาวิชาชีพ และเป็นการดูแลภายใต้แนวทางการพยาบาลหรือการติดตามของพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์

มาตรฐานที่ 5 การปฏิบัติการ ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลและมีการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 6 การประเมินผล การประเมินความก้าวหน้าของผู้สูงอายุ ให้เป็นไปตามเป้าหมาย สอดคล้องกับที่วางแผนการดูแลไว้

ดังนั้นเพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐาน การดูแลผู้สูงอายุในสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิตในประเทศไทย ผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจต้องศึกษามาตรฐานข้างต้นอย่างชัดเจนอีกครั้งเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานและเกณฑ์การประเมิน ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทวัฒนธรรมของไทยต่อไป

3) สถานบริบาล จากแนวโน้มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่มีต้องการการดูแลหลากหลายและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น ส่งผลทำให้การดูที่บ้านไม่สามารถทำได้อย่างครอบคลุม จึงมีการก่อตั้งสถานบริบาลของภาคเอกชนแห่งนี้ขึ้นมาเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่เฉพาะและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยมีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนากร และผู้ช่วยเหลือดูแล ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการช่วยเหลือตนเองในระดับต่างๆ โดยให้การช่วยเหลือดูแลในกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านสุขภาพ การพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และการส่งต่อกรณีที่มีอาการซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น คุณภาพการดูแลที่ประเมินจากผู้ให้บริการ เช่น จากความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่หลากหลาย การดูแลเอาใจ การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน การส่งต่อ สถานที่ และคุณภาพการดูแลที่ประเมินได้จากผู้รับบริการ เช่น การกลับมารับบริการ การบอกต่อๆ กันแบบปากต่อปาก และผู้รับบริการมีอาการดีขึ้นหรือมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น การจัดการด้านคุณภาพที่สำคัญ เช่น การมีวัฒนธรรมองค์กร การมีกิจกรรมที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และมีระบบการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่วนความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการยังไม่สามารถบอกได้ชัดเจน แต่มักจะเปรียบเทียบจากค่าบริการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นกับบริการที่ได้รับ นโยบายสาธารณะที่จำเป็น เช่น มาตรการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มาตรการให้การช่วยเหลือผู้ประกอบการ การกำหนดหน่วยงานควบคุมมาตรฐานและกำกับดูแล และการออกกฎหมายให้ครอบคลุมเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

ด้วยสถานบริบาล เป็นสถานบริการที่ผู้พักอาศัยมักมีความเสื่อมหลายด้านและมีปัญหาโรคเรื้อรังที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพา ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง (Ribbe, et al., 1997) แต่ยังเป็นการบริการรูปแบบใหม่สำหรับประเทศไทย ถึงแม้พบว่ามีบริการในลักษณะเดียวกันในบ้านพักคนชราทั้งของภาครัฐและเอกชนทั่วไป (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2552) แต่ผู้ให้บริการไม่ได้รับรู้ว่าเป็นการให้บริการดูแลในระดับสูง จึงยังไม่มีการบัญญัติคำนิยามที่ชัดเจน ไม่มีหน่วยงานใดเป็นเจ้าภาพในการขึ้นทะเบียนหรือกำกับดูแล และไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลในสถานบริบาลโดยเฉพาะ แต่เนื่องจากสถานบริบาลที่ศึกษามีขนาดค่อนข้างใหญ่ เพื่อให้มีการดำเนินกิจการที่ถูกต้องตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในปัจจุบัน จึงไปขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง กับกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ที่จะต้องมีอัตราส่วนของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรต่างๆ ต่อจำนวนผู้ป่วย และต้องมีแผนกผู้ป่วยนอกตามระเบียบของสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามลักษณะของการให้บริการแล้วพบว่าระเบียบบางประการอาจไม่จำเป็นสำหรับสถานบริบาล และอาจส่งผลทำให้ต้นทุนการบริการมีราคาสูงขึ้นโดยไม่จำเป็นได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลในสถานบริบาลที่ชัดเจนมากขึ้น

สำหรับพัฒนาการของคุณภาพการดูแลในสถานบริการระยะยาวในต่างประเทศ พบว่า จากเดิมการประเมินคุณภาพของสถานบริบาลจะใช้แนวคิดของ Donabedian (1980) ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ต่อมาได้ให้ความสำคัญที่กระบวนการดูแล (ตัวชี้วัด เช่น การผูกมัดทางกายหรือโดยใช้ยาหรือสารเคมี) และผลลัพธ์การดูแล

(ตัวชี้วัด เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย) ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการการพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพ (quality indicators: OIs) โดยสร้างเครื่องมือที่ชื่อว่า Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument (MDS-RAI) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผู้สูงอายุในสถานบริการระยะยาวที่มีความครอบคลุม เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ และยังถูกนำไปใช้ในประเทศแคนนาดา ประเทศไอร์แลนด์ และหลายประเทศในยุโรป

พัฒนาการการประเมินคุณภาพในระยะต่อมา ได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น เช่น พัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพ (quality indocators: QI) ประกอบด้วย การเกิดอุบัติเหตุ รูปแบบพฤติกรรมหรือภาวะทางอารมณ์ การจัดการทางคลินิก รูปแบบเชาน์ปัญญา (การขับถ่าย/การกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ การควบคุมภาวะติดเชื้อ โภชนาการและการรับประทานอาหาร การทำหน้าที่ของร่างกาย การใช้ยาทางจิตเวช คุณภาพชีวิต และการดูแลผิวหนัง และปัจจุบันการประเมินคุณภาพได้มุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์การดูแลมากขึ้น จึงเริ่มพัฒนาดัชนีผลลัพธ์หรือดัชนีชี้วัดคุณภาพโดยใช้ผลลัพธ์เป็นฐาน (outcome-based quality indicators: OBQI) ในสถานบริการ นอกจากนี้ยังได้รับอิทธิพลจากระบบ Total Quality Management (TQM) ที่พยายามให้หน่วยงานและองค์กรที่ให้บริการ มีการติดตามการจัดกระทำต่างๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมกระบวนการดูแลและปรับปรุงผลลัพธ์ของการดูแล (Capitman, Leutz, Bishop, & Casler, 2005) ซึ่งการนำดัชนีชี้วัดคุณภาพไปใช้อย่างเป็นระบบ จะทำให้ทราบถึงสภาพและต้นเหตุของปัญหาทางคุณภาพสำหรับทั้งบุคลากรและผู้ประเมิน ผู้พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกๆ เพื่อสามารถนำไปปรับปรุงคุณภาพการดูแลได้อย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

4) สถานดูแลผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ศึกษาได้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีปัญหาการเคลื่อนไหวจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและระบบประสาท ต้องการการฟื้นฟูสภาพ และจากนโยบายรัฐที่ส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกในดูแลรักษา ร่วมกับศักยภาพของบุคลากรการแพทย์ทางเลือกด้านการฝังเข็มในระยะแรก และขยายการรักษาจนกระทั่งมีความหลากหลาย ครบวง และในปัจจุบันได้มีการปรับให้เป็นการดูแลเข้ารับการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องระยะยาวทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยให้บริการดูแลส่งเสริมและรักษา และการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่หลากหลายครบวงจร ที่เกิดจากแนวปฏิบัติการบริการที่เน้นการผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความพร้อมในบริบทแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพ มีผู้นำองค์กรที่มีวิสัยทัศน์ดี เป็นตัวอย่างที่ดี มีบุคลากรที่ยึดเป้าหมายองค์กรเป็นหลักในการทำงาน ด้านกระบวนการจัดการคุณภาพการบริการ มีการวางแผนกลยุทธ์ในการจัดการบุคลากร ให้มีความสามารถในการดูแลผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มนี้ และยังสามารถขยายผลงานในด้านการรักษาทั่วไปได้เป็นอย่างดี บุคลากรมีการปฏิบัติตามแผนงาน พัฒนาตามคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และยังมีการพัฒนางานให้เหมาะสมเป็นลักษณะเฉพาะของหน่วยงาน ทั้งนี้การปฏิบัติการคุณภาพการบริการมีอุปสรรคเรื่องนโยบาย และกำลังคนในการส่งเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น

ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ เป็นการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังภายหลังเกิดความเจ็บป่วยเฉียบพลันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ต้องการทักษะการดูแลทั้งด้านการรักษาและการพยาบาล โดยให้การดูแลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตลอดจนการดูแลที่บ้าน ซึ่งการบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปให้เป็นโรงพยาบาลที่เน้นการฟื้นฟูสภาพนี้ มีลักษณะคล้ายการพัฒนาโรงพยาบาลระยะยาวในประเทศอเมริกา(Maramatsu, 2000; Medpac, 2004) ประเทศไอร์แลนด์และประเทศอังกฤษ (Derrick, 1998; National Council on Aging and Older People, 2001) ที่จัดให้มีโรงพยาบาลระยะยาวขึ้นเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ยังต้องการการดูแลที่ใช้ทักษะทางการพยาบาล หรือทักษะทางการดูแลกิจวัตรประจำวันที่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง แทนการอยู่รักษาในโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อลดปัญหาการอุดกั้นของเตียง แต่ลักษณะการให้การบริการของโรงพยาบาลนี้มีความเฉพาะและเด่นกว่าคือ มีการให้การดูแลรักษาแบบแพทย์ทางเลือกที่สามารถสนองความต้องการและเป็นที่พึงพอใจของผู้สูงอายุ และสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลเป็นองค์รวม

สำหรับมาตรฐานการดูแลที่ใช้ในขณะนี้ แม้ดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปก็ตาม แต่พบว่าลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยฟื้นฟูส่วนใหญ่ก็สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลของกระทรวงสาธารณสุขประเทศอังกฤษ ที่ระบุว่า โรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจะต้องให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลที่ครอบคลุมการประสานการดูแลของวิชาชีพต่างๆ การจัดทำโปรแกรมการดูแล การทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมประสบการณ์การดูแลในประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลฉุกเฉิน การจัดการความปวด การดูแลแผลกดทับ การดูแลบาดแผล การดูแลการควบคุมขับถ่ายไม่ได้ การดูแลโภชนาการ การดูแลเรื่องการติดเชื้อ การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลสิ่งแวดล้อม ความสะอาดของโรงพยาบาล ต้องมีโปรแกรมที่รับประกันว่าโรงพยาบาลสะอาด และการพยาบาลต้องครอบคลุม การให้การยอมรับและการให้คำแนะนำ เป็นต้น (Department of Health, 2002)

5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานบริการที่ศึกษาตั้งในหอผู้ป่วยประคับประคองในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย และคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 3 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและแบ่งตามระดับการช่วยเหลือตนเอง ออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บริการที่เป็นจุดเด่น คือ เป็นบริการสำหรับสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะคือพระสงฆ์ มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้คล้ายวัด การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นที่การดูแลทางด้านจิตวิญญาณ การฟื้นฟูสภาพและการพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน คุณภาพการดูแลอาจประเมินได้จากความพึงพอใจจากญาติ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานลดลง ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และผู้ป่วยมีความภูมิใจในการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ไม่เป็นภาระของผู้อื่น มรณภาพอย่างสงบ ไม่โดดเดี่ยว ความคุ้มค่าคุ้มทุนที่ผ่านมาไม่มีการประเมิน เนื่องจากเป็นบริการของรัฐที่ให้บริการแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายแก่พระสงฆ์ ผู้ให้บริการเห็นว่ามีความคุ้มค่ามากเนื่องจากเป็นการให้คุณค่าแก่พระสงฆ์ นโยบายที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน เช่น การ

ปลูกฝังค่านิยมการดูแลบุพการี ผู้มีพระคุณ การเตรียมแผนในการรองรับดูแลระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และมีการจัดตั้งสถานบริการดูแลระยะสุดท้ายที่ชัดเจน มีระบบการประเมินคุณภาพ มีการพัฒนาบุคลากรและการเตรียมบุคลากรในระยะยาว

ที่ผ่านมาในประเทศไทย มีการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ค่อนข้างรุดหน้าและมีการนำไปปรับใช้อย่างเป็นรูปธรรม ถึงแม้ว่าสถานบริการแห่งนี้ก็ได้มีการกำหนดขอบเขตการรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลที่ชัดเจน (ดูภาคผนวกที่ 6) และอยู่ระหว่างพัฒนาตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับงานเพิ่มมากขึ้น และมีการนำเกณฑ์ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้และได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) แล้ว มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบไปด้วย 6 หมวด คือ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ, 2552).

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ เช่น การนำองค์กร ทิศทางนโยบาย

หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร เช่น การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ และระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ เช่น กระบวนการคุณภาพทั่วไป กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ เช่น องค์กรแพทย์ การบริหารการพยาบาล

หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร เช่น สิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์กร

หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินและวางแผนดูแลรักษา กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

แต่อย่างไรก็ตามการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะมุ่งเน้นที่การประเมินระบบงาน ไม่ได้มุ่งประเมินการทำงานในระดับบุคคลหรือวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ระบบงานที่กำหนดไว้จะส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานวิชาชีพมาปฏิบัติมากขึ้น และในมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากร เช่น คน สถานที่ เครื่องมือ และจะเน้นหนักในเรื่องการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรเหล่านั้น เพื่อให้มีทรัพยากรที่มีคุณภาพและพร้อมที่จะใช้งาน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มากกว่าที่จะดูเฉพาะปริมาณของทรัพยากรเพียงอย่างเดียว และจำกัดขอบเขตในโรงพยาบาลที่เน้นให้บริการรักษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน แต่ยังไม่ครอบคลุมประเด็นการดูแลระยะยาวและกลุ่มประชากรเป้าหมายคือผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาวร่วมด้วย ควรมีการพัฒนาตัวชี้วัดมาตรฐานให้สอดคล้องกับลักษณะของงานและกลุ่มผู้รับบริการให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. ความเหมือนและความแตกต่างของแต่ละสถานบริการ

จากการศึกษา พบว่า ทุกสถานบริการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการในลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ การช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ ดูแลแบบองค์รวม การจัดหรือ

ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และให้บริการโดยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ รองลงมาคือ มีการให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีการช่วยเหลือตนเองในระดับต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะเน้นให้การบริการดูแลทางด้านจิตวิญญาณเป็นสำคัญ ทั้งนี้ในบ้านพักคนชราและสถานดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตจะเน้นให้บริการด้านสวัสดิการสังคมและการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเท่านั้น ส่วนสถานบริบาล สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมุ่งเน้นการดูแลรักษา มีระบบการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง สถานบริการ 3 ใน 5 แห่ง ที่มีการดำเนินการเกี่ยวกับระบบประกันคุณภาพ และ 2 แห่งให้บริการเฉพาะกลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและที่พักสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งสถานบริการแห่งสุดท้ายยังไม่พบว่ามีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน

2.1 ระดับการดูแล (level of care)

จากการศึกษามีประเด็นสำคัญที่พบก็คือ สถานบริการทุกประเภทได้ให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีระดับความต้องการการช่วยเหลือดูแลตั้งแต่ระดับต่ำสุดไปจนถึงระดับสูงสุด จึงเห็นได้ว่าเกือบทุกสถานบริการมีการแบ่งผู้สูงอายุตามระดับความต้องการในการดูแล ที่พบบ่อยที่สุดคือ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ยกเว้นในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลที่ปรับเปลี่ยนภารกิจให้บริการที่เน้นการฟื้นฟูสภาพมากขึ้น จึงมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยละเอียดเพิ่มขึ้นเพื่อประโยชน์ในการวางแผนในการฟื้นฟูสภาพ แต่ที่พบแตกต่างกันก็คือ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาจะพบได้มากในสถานบริบาล สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในขณะที่บ้านพักคนชราและสถานช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตอาจพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพาถึงร้อยละ 50 (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Srithamrongsawat,et al. (2009) พบว่าสถานบริบาลและสถานรับเลี้ยงดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาแบบทั้งหมดและมีภาวะพึ่งพิงในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 69 และร้อยละ 65 ตามลำดับ ในขณะที่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 36 ในด้านกิจกรรมการบริการ พบว่า บ้านพักคนชราและสถานดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตจะมุ่งเน้นการดูแลทางด้านสังคม การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ในขณะที่สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลระยะสุดท้าย จะมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพและการพยาบาลและการรักษาเพื่อประคับประคองอาการ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาแนวโน้มการพัฒนาสถานดูแลระยะยาวในต่างประเทศ พบว่า ในประเทศอังกฤษและประเทศสก็อตแลนด์ จากเดิมมีการแบ่งประเภทสถานดูแลระยะยาวต่างๆ ออกเป็น สถานบริบาลและบ้านพักคนชรา ต่อมาได้เรียกชื่อสถานดูแลระยะยาวต่างๆ เหล่านี้รวมกันว่า “บ้านที่ให้บริการดูแล (Care Home)” หมายถึง สถานที่ให้บริการที่พักอาศัย การพยาบาลและการดูแลส่วนบุคคล และแบ่งการขึ้นทะเบียนออกเป็น 2 ประเภทคือ 1) บ้านที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานที่ให้การดูแลส่วนบุคคล และ 2) บ้านที่ให้บริการพยาบาลร่วมด้วย โดยที่บ้านที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานที่ให้การดูแลส่วนบุคคล จะให้บริการดูแลส่วนบุคคลเท่านั้น ส่วนบ้านที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานที่ให้บริการพยาบาล จะสามารถให้บริการทั้งการ

ดูแลส่วนบุคคลและมีพยาบาลอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้การพยาบาล (Department of Health, 2003) ซึ่งพัฒนาการนี้ ค่อนข้างสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงเมื่อเปรียบเทียบกับการให้บริการของสถานบริการประเภทต่างๆ ในประเทศไทย ที่พบว่า สถานดูแลระยะยาวเกือบทุกประเภทมีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลเกือบทุกระดับ และหากแบ่งประเภทสถานบริการตามวัตถุประสงค์การให้บริการตั้งไว้ เช่น บ้านพักคนชรา สถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเป็นไปได้ยากเนื่องจากข้อจำกัดเรื่องงบประมาณและบุคลากร จึงควรพิจารณารูปแบบจากต่างประเทศมาศึกษาในรายละเอียดเพื่อให้เกิดความชัดเจนและใช้เป็นแนวทางในการปรับใช้กับบริบทของไทย การพัฒนามาตรฐานการดูแลควรคำนึงถึงสัดส่วนของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ให้เหมาะสมกับการบริการที่ให้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาต้องการการดูแลระยะยาว และควรการแบ่งระดับการขึ้นทะเบียนให้ถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป

2.2. คุณภาพในการดูแลในสถานบริการ

บริการที่เป็นจุดเด่น สำหรับบริการที่เป็นจุดเด่นที่พบในทุกสถานบริการ คือ การทีมีบุคลากรที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับกับผู้สูงอายุ รองลงมาคือการให้บริการที่ดี มีความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ และบริการที่ครบวงจร

ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้บริการนั้นเป็นจุดเด่นที่พบเกือบทุกสถานบริการก็คือ ความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่ายและ/หรือการมีทัศนคติและจิตสำนึกที่ดีต่อการบริการและต่อผู้สูงอายุ รองลงมาคือความรู้ความเชี่ยวชาญของบุคลากร การทำงานเป็นทีม วิสัยทัศน์ของผู้นำองค์กร ชื่อเสียงของหน่วยงาน ความสะดวก ความเป็นกันเองของบุคลากร มีแพทย์และพยาบาลควบคุมในการดูแล และมีระบบสนับสนุนการบริการที่ดี เป็นต้น

บริการที่เป็นจุดด้อย บริการที่เป็นจุดด้อยที่ผู้ให้ข้อมูลระบุไว้ ที่พบ 3 ใน 5 สถานบริการ คือ ความรู้และความชำนาญในการปฏิบัติงาน มักพบในสถานบริการที่ไม่ใช่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล เช่น บ้านพักคนชรา สถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและสถานบริบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริบาลที่ระบุไว้ชัดเจนว่าจะพบในบุคลากรที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน จึงเรียกร้องให้มีการปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น บริการที่เป็นจุดด้อยที่พบรองลงมาก็คือ จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และการสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ที่ไม่ทั่วถึง

ปัจจัยที่ทำให้การบริการนั้นเป็นจุดด้อย เช่น ระดับการศึกษาของบุคลากรบางกลุ่มค่อนข้างต่ำ ความรู้ความชำนาญของบุคลากรทางด้านไอที ทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาศักยภาพ เป็นต้น ข้อสังเกตบริการที่เป็นจุดด้อยและปัจจัยที่ทำให้บริการเป็นจุดด้อย จะพบในสถานบริการที่อยู่ในโรงพยาบาลค่อนข้างน้อย แต่อย่างไรก็ตามทั้งผู้ให้ข้อมูลในบ้านพักคนชราและในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลประสบปัญหาเช่นเดียวกัน คือ การที่มีอัตราของบุคลากรไม่เพียงพอส่งผลทำให้ความสามารถให้บริการลดลง ไม่สามารถให้บริการที่ไม่ครอบคลุมในสิ่งที่ควรจะมีได้ นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า ปัญหาเกิดจากการขาดแคลนบุคลากร เช่น นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด

เป็นปัญหาหลักของสถานบริการภาคเอกชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีผู้ที่สนใจทำงานในสถานดูแลระยะยาวค่อนข้างน้อย อีกทั้งมีการผลิตบุคลากรสาขานี้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของสังคม

คุณภาพในการดูแล ในด้านคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการที่ผ่านมา ยังไม่มีการพัฒนามาตรฐานการดูแลระยะยาวที่เป็นทางการ ยกเว้นมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง และต่อมามีการพัฒนา “มาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กรสวัสดิการสังคม (มสก.)” สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ, 2551) ส่วนสถานบริการดูแลระยะยาวที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ ก็ได้มีการดำเนินการเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ขึ้น ซึ่งหน่วยงานของรัฐส่วนใหญ่จะได้รับการรับรอง แต่อย่างไรก็ตาม ดัชนีชี้วัดยังไม่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง มีภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลระยะยาวในสถานบริการ สำหรับหน่วยงานของภาคเอกชน ถึงแม้ว่ายังไม่มีระบบประกันคุณภาพการบริการโดยเฉพาะเช่น ในสถานบริบาลหรือสถานดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต แต่หน่วยงานเหล่านี้ก็จัดให้มีระบบการดูแลภาวะสุขภาพ ป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันการหกล้ม การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ระบบส่งเพื่อรักษาต่อ และการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งก็เป็นการเริ่มต้นที่ดี

ปัจจัยที่ทำให้การดูแลมีคุณภาพนั้นจากการศึกษา พบว่า การที่บุคลากรมีใจรัก มีเมตตาและให้การดูแลเสมือนญาติ และการใช้เงินบริจาคผ่านมูลนิธิเพื่อช่วยในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาการบริการเป็นสิ่งที่ได้รับการกล่าวถึงบ่อย นอกนั้นเป็นปัจจัยค่อนข้างเฉพาะตามประเภทของสถานบริการ

2.3 การจัดการด้านคุณภาพ

จากข้อมูลพบว่าการจัดการคุณภาพที่เป็นจุดเด่นที่พบได้บ่อย ได้แก่ การที่สถานบริการมีระบบรักษาความปลอดภัยและการป้องกันอันตรายต่อผู้สูงอายุ รวมทั้งการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ปรับภูมิทัศน์ จัดสวนปลูกต้นไม้ให้ร่มรื่นและตกแต่งทาสีอาคารให้มีสภาพดีขึ้น รองลงมาคือการที่มีทีมเป็นสหสาขาวิชาชีพ จัดให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและมีกิจกรรมกระตุ้นต่างๆ บุคลากรให้ความเอาใจใส่มีการพูดคุยกับผู้สูงอายุและญาติเพิ่มขึ้น การจัดการให้มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว บางแห่งจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมให้เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีระบบการประเมินโดยสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการเพื่อนำมาปรับปรุงการบริการให้ดียิ่งขึ้น

สำหรับการจัดการคุณภาพด้านปัจจัยนำเข้า ที่พบมากที่สุด คือ มีการคัดเลือกบุคลากรพบในสถานบริการ 3 ใน 5 แห่ง เนื่องจากต้องการบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ หรือมีทัศนคติที่ดีในการให้บริการผู้สูงอายุ รองลงมาก็คือ การที่สถานบริการนั้นๆ มีนโยบายที่ชัดเจน การที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ครบพร้อมและไม่ใช้วัสดุที่สิ้นเปลือง

การจัดการคุณภาพด้านกระบวนการ สถานบริการเกือบทุกแห่งมีระบบการพัฒนาบุคลากร ซึ่งอาจเป็นการสนับสนุนให้เข้ารับการประชุมวิชาการ การฝึกอบรมต่างๆ ตามสาขาวิชาชีพ รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาตนเอง รองลงมาคือ มีการวางแผนร่วมกันระหว่างวิชาชีพในการดุแล มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ซึ่งจะพบได้บ่อยในบ้านพักคนชรา สถานดูแลช่วยเหลือดำรงชีวิตและสถานบริบาล นอกจากนี้ยัง

พบว่ามีการดูแลแบบองค์รวม การบริหารจัดการด้านกำลังคน และการจัดให้มีผู้รับผิดชอบกำกับดูแลการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในด้านการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ จากการศึกษาพบว่า มีบางสถานบริการเท่านั้นที่มีระบบการจัดการที่ชัดเจน เช่น มีระบบการสอบสวนหรือหาสาเหตุของปัญหา การติดตามประเมินผลหลังจากแก้ไขปัญหาไปแล้ว รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

วิธีการจัดการคุณภาพด้านนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพการดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอนาคตได้ ถึงแม้ว่าจากการเปรียบเทียบการศึกษาของ Denham (1991) กับตัวบ่งชี้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ (ตารางที่ 9.1) ได้ตัวบ่งชี้ที่แตกต่างกันก็ตาม แต่ควรนำตัวบ่งชี้คุณภาพการดูแลที่ได้จากต่างประเทศที่มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดูแลแล้วเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพการดูแลในประเทศไทยต่อไป

ตารางที่ 9.1 ตัวบ่งชี้การประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ตัวบ่งชี้การประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์	
ตัวบ่งชี้จาก Denham (1991)	**ตัวบ่งชี้ที่ได้จากการวิจัยนี้**
ตัวบ่งชี้การประเมินปัจจัยนำเข้าและโครงสร้าง	**ตัวบ่งชี้การประเมินปัจจัยนำเข้าและโครงสร้าง**
บุคลากรพยาบาล (จำนวน ประเภท)	การคัดเลือกบุคลากร
การเข้าถึงนักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ นักอาชีวบำบัด นักอรรถบำบัด	หน่วยงานมีนโยบายที่ชัดเจน
ความครอบคลุมการรักษา (medical cover)	มีอุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อม
โอกาสการฝึกอบรมบุคคลากร	ไม่ใช้วัสดุที่สิ้นเปลือง
ระบบการบันทึก	
สิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ	
การใช้อาสาสมัครในการช่วยเหลือ	
สิ่งแวดล้อมส่วนตัวของผู้อาศัย	
ตัวบ่งชี้กระบวนการ	**ตัวบ่งชี้กระบวนการ**
กระบวนการพยาบาล	การพัฒนาบุคลากร/พัฒนาตนเอง
จำนวนเวลาที่พักอาศัยยืดหยุ่นได้	การวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
มีตัวเลือกในเรื่องอาหาร	มีระบบส่งต่อ
มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย	การดูแลแบบองค์รวม
ความสามารถในการเข้าถึงผู้เยี่ยม	การบริหารจัดการด้านกำลังคน
มีการจัดกิจกรรมนอกสถานที่	มีผู้รับผิดชอบกำกับดูแลการทำงาน

ตัวบ่งชี้จาก Denham (1991)	ตัวบ่งชี้ที่ได้จากการวิจัยนี้
ตัวชี้วัดผลลัพธ์	**ตัวชี้วัดผลลัพธ์**
การเคลื่อนไหว	ระบบการตรวจสอบหรือหาสาเหตุของปัญหา
การดูแลตนเอง	การติดตามประเมินผล
สถานภาพทางด้านร่างกาย	การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ
การกลั้นปัสสาวะไม่ได้	
ภาวะไม่พึ่งพา	
การปฏิสัมพันธ์กับสังคม	

2.4 ความคุ้มค่าคุ้มทุน

จากการศึกษาพบว่า ไม่สามารถหาข้อสรุปเรื่องความคุ้มค่าคุ้มทุนที่เป็นตัวเลขได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากผู้ให้บริการส่วนใหญ่ที่เป็นของภาครัฐจะไม่ได้มองเรื่องการให้บริการเป็นเรื่องของกำไรขาดทุน ส่วนในภาคเอกชนก็จะมองในเชิงของภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและบริการที่ให้ และผู้บริโภคก็จะมองความคุ้มค่าคุ้มทุนในเชิงผลลัพธ์มากกว่า

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในสถานบริการของภาครัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่ง บ้านพักคนชราและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ให้บริการบอกว่าไม่เคยมีการคิดต้นทุนการบริการและเห็นว่าบริการที่ให้นี้ไม่ควรคิดเรื่องกำไรขาดทุน เพราะเป็นเรื่องของมนุษยธรรมและศีลธรรมจรรยาที่ภาครัฐควรให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนและต้องการการช่วยเหลืออยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตามเมื่อให้พิจารณาในมุมมองเชิงเศรษฐศาสตร์ โดยใช้วิธีเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้ในแต่ละปีจะพบว่าไม่เพียงพอต่อการดำเนินการ ดังนั้นสถานบริการของภาครัฐทั้งสองแห่ง จะต้องให้เงินจากกองทุนในรูปของมูลนิธิที่ได้รับจากการบริจาคมาใช้ในการบริหารจัดการ เช่น การจ้างบุคลากรให้เพียงพอต่อความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ และการจัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นและการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ในด้านผู้รับบริการส่วนใหญ่จะมีความพอใจในการบริการในระดับที่มากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ได้รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ที่มองว่าบริการที่ได้รับมีความครบถ้วนสมบูรณ์ทุกอย่าง และผู้รับบริการแบบเสียเงินในบ้านพักคนชราก็มีความเห็นเป็นไปในแนวทางเดียวกันว่า สิ่งที่ได้รับมีความคุ้มค่ามากเมื่อเปรียบเทียบกับเงินที่จ้องจ่ายไปในแต่ละเดือน

สำหรับผู้ให้บริการของภาคเอกชนมองว่า ต้นทุนเป็นเรื่องของภาวะสุขภาพและการบริการ ดังนั้นต้นทุนในแต่ละการบริการจะมีความหลากหลาย ตามภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและการบริการที่ได้รับ และสถานบริการแต่ละแห่งมีการตั้งเกณฑ์การบริการของตนเอง ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า *“เมื่อเปรียบเทียบกับการบริการของโรงแรมว่าจะเป็นโรงแรมที่ให้บริการในระดับกี่ดาว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้บริโภครับรู้ระดับของการบริการที่ได้รับและจะช่วยให้ผู้บริโภคสามารถเปรียบเทียบว่า การบริการที่ได้รับคุ้มค่ากับค่าบริการที่จ่ายไปหรือไม่ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น”* จากการศึกษานี้พบว่า ผู้รับบริการประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนในเชิงผลลัพธ์จากการบริการ เช่น จากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ว่ามีสุขภาพกายและ

สุขภาพจิตดีขึ้น ความเต็มใจของผู้ให้บริการ ความไว้วางใจความอุ่นใจและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและความสะอาดของสถานที่ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจจากสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่งทั่วประเทศ ของศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ (2552) พบว่ามีจำนวนเตียงที่สามารถรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เพียงจำนวน 11,602.5 เตียง เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีความพิการทั่วประเทศ 1.06 ล้านคน (ร้อยละ 15.3) แบ่งออกเป็นผู้ที่มีความลำบาก/ปัญหาสุขภาพ 1.06 ล้านคน (ร้อยละ 15.2) มีความยากลำบากในการดูแลตัวเองอย่างน้อย 1 อย่าง 2.3 แสนคน (ร้อยละ 3.4) และมีลักษณะความบกพร่องอย่างน้อย 1 ลักษณะ 7.1 แสนคน (ร้อยละ 10.2) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550: 55 อ้างอิงใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ, 2552) ด้วยภาวการณ์ขาดเตียงมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลในสถานบริการที่สูงขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อการควบคุมราคาค่าบริการ ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงการบริการและคุณภาพการดูแลอันเนื่องมาจากสภาพขาดการแข่งขันได้ (Scanlon, 1988)

2.5 นโยบายสาธารณที่จำเป็น

สำหรับนโยบายที่จำเป็นสำหรับในการดำเนินงานพบว่า มีความแตกต่างในระหว่างสถานบริการที่เป็นของภาครัฐและภาคเอกชน โดยที่ในส่วนของภาครัฐจะมุ่งเน้นนโยบายลดการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริการโดยไม่จำเป็น ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการที่ลูกหลานทอดทิ้งไม่ดูแลผู้สูงอายุ จึงเรียกร้องให้มีการสร้างความตระหนักหรือรณรงค์ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งเรียกร้องให้มีการออกฎหมายการเลี้ยงดูบุพการี ส่วนในสถานบริการของภาคเอกชน พบว่า มีการเรียกร้องให้มีการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบการขึ้นทะเบียนและกำกับดูแลให้ชัดเจน เพื่อที่จะได้ปรับรูปแบบการทำงานและดำเนินการให้ถูกต้อง พร้อมทั้งต้องการให้ภาครัฐให้เงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว และการส่งเสริมภาคเอกชนให้มีส่วนร่วมในการจัดบริการโดยภาครัฐอาจให้การสนับสนุนแหล่งทุนในการดำเนินการด้วย นอกจากนี้ยังเรียกร้องให้มีนโยบายการจัดบริการดูแลระยะยาวของภาครัฐสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ที่มีรายได้ปานกลาง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ญาติไม่สามารถให้การดูแลตามลำพังและญาติไม่สามารถซื้อบริการจากภาคเอกชนที่มีราคาแพงได้

2.6 ปัญหาอุปสรรค

ในการดำเนินงานพบว่า สถานบริการประสบปัญหาในการดำเนินงานที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามพบว่าปัญหาที่ทุกสถานบริการประสบก็คือ ความรู้ความชำนาญและทักษะของบุคลากร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ที่เฉพาะด้าน เป็นงานที่ค่อนข้างใหม่สำหรับสังคมไทยทำให้มีบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญในด้านนี้เฉพาะค่อนข้างน้อย หลักสูตรที่ผ่านมายังมีเนื้อหาองค์ความรู้ที่จำเป็นยังไม่ครอบคลุม ถึงแม้ได้รับฝึกอบรมมาแล้วแต่ยังต้องการประสบการณ์ในการทำงานด้วย นอกจากนี้ยังพบปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาครัฐ ที่มีข้อจำกัดในเรื่องการบรรจุบุคลากรเข้ารับราชการและงบประมาณในการจ้างบุคลากรที่ลดลง ดังนั้นสถานบริการบางแห่ง เช่น บ้านพักคนชรา และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีหน่วยรับบริจาค ก็จะใช้ช่องทางนี้ใน

การนำเงินที่ได้รับจากการบริจาค ไปจัดจ้างเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอกับความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่ในภาคเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรกลับพบว่า ได้รับเงินช่วยเหลือบริจาคจากต่างประเทศลดลง ต้องบริหารจัดการองค์กรเพื่อให้ดำรงอยู่ได้จึงอาจจำกัดจำนวนบุคลากรลง ส่วนของภาคเอกชนที่หวังผลกำไรกลับประสบปัญหา ไม่สามารถหาบุคลากรเข้ามาทำงานในตำแหน่งที่ต้องการได้ อาจเนื่องมาจากภาวะขาดแคลนบุคลากรรวมทั้งค่านิยมของบุคลากรในการทำงานในสถานดูแลระยะยาว

3. รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถแบ่งรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยได้ 2 รูปแบบดังนี้

3.1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (low care)

เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่เน้นการดูแลทางด้านสังคมและสวัสดิการ การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันหรือช่วยเหลือการดำรงชีวิต โดยที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์ แต่จะเน้นการดูแลการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว และการใช้อุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหว การดูแลระยะยาวที่อยู่ในระดับนี้ได้แก่ บ้านพักคนชรา (residential home) และสถานช่วยเหลือเพื่อการดำรงชีวิต (assisted living) การดูแลระดับนี้ส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์ประจำ หน้าที่หลักเป็นของนักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด นักโภชนากร อาจมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1-2 คน เจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าพยาบาล และอาจมีนักกายภาพบำบัด การดูแลระดับต่ำแม้ไม่มีแพทย์ให้การรักษาโดยตรง แต่ผู้สูงอายุได้รับยาที่รับประทานประจำตามโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษามาก่อนอย่างสม่ำเสมอ หากมีการเจ็บป่วยที่มากขึ้น ก็จะได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษา รวมทั้งได้รับบริการส่งผู้สูงอายุไปรับยา หรือตรวจตามแพทย์นัด (ดูตารางที่ 9.2)

3.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (high care)

เป็นการดูแลที่ต้องการการดูแลค่อนข้างมาก ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยังต้องการการช่วยเหลือดูแล การพยาบาล การติดตามอาการและการรักษาจากแพทย์ สถานดูแลระยะยาวที่มีการดูแลในระดับสูง คือ สถานบริบาล (nursing home) และสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long stay hospital) และสถานดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (hospice care) ที่ให้การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การคงสภาพการทำหน้าที่ของร่างกายและการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ให้ยาแก้ปวด ยาคลายเครียด ยาบรรเทาอาการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและอยู่ในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ จะไม่มีการให้เลือด ให้ยาเพื่อการรักษา ผ่าตัดหรือใส่อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหารีบด่วน ได้แก่ ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้ยาปฏิชีวนะ หรือช่วยชีวิต (do not resuscitation หรือ DNR) การดูแลจะเน้นการดูแลความสุขสบายทั่วไป การทุเลาจากความทุกข์ทรมาน และการดูแลแบบองค์รวมที่มีความมุ่งเน้นที่การดูแลจิตวิญญาณค่อนข้างมาก ที่ต้องมีผู้ที่ความรู้และประสบการณ์การทำงานมาพอสมควร (ดูตารางที่ 9.2)

ตารางที่ 9.2 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลในระดับต่ำและในระดับสูง

ประเด็นเปรียบเทียบ	การดูแลในระดับต่ำ	การดูแลในระดับสูง
1. กิจกรรมบริการ	- การดูแลด้านสังคมและสวัสดิการ - การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน - การดูแลสุขภาพเบื้องต้น - การส่งต่อเพื่อการรักษา	- การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน - การพยาบาล 24 ชั่วโมง - การติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง - การรักษาทางการแพทย์ - การส่งต่อเพื่อการรักษาโรคฉุกเฉิน หรือส่งกลับไปยังสถานบริการในระดับที่ต่ำกว่าเมื่ออาการดีขึ้น
2. คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ 2.1 บริการที่เป็นจุดเด่น	- บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ - สภาพแวดล้อม/สถานที่ - ความร่วมมือของทุกฝ่าย - ทำงานเป็นทีม - ชื่อเสียงของหน่วยงาน	- บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ - สภาพแวดล้อม/สถานที่ - ความร่วมมือของทุกฝ่าย - ทำงานเป็นทีม - มีแพทย์ พยาบาลควบคุมในการดูแล
2.2 คุณภาพการดูแล	- มาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กรสวัสดิการสังคม (มสก.) - ระบบการป้องกันการติดเชื้อ - ระบบส่งเพื่อรักษาต่อ	- การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) - การดูแลภาวะสุขภาพ - ระบบป้องกันการหกล้ม - ระบบป้องกันการเกิดแผลกดทับ - ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล
3. การจัดการด้านคุณภาพ	- การคัดเลือกบุคลากร - วางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ - การดูแลองค์รวม (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) - ดูแลความปลอดภัย ป้องกันอันตราย - การพัฒนาบุคลากร - การประเมินความพึงพอใจ - ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค - การฟื้นฟูสภาพ - กิจกรรมสันทนาการ - มีระบบการส่งต่อ	- การคัดเลือกบุคลากร - วางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ - การดูแลองค์รวม (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) - ดูแลความปลอดภัย ป้องกันอันตราย - การพัฒนาบุคลากร - การประเมินความพึงพอใจ - การพยาบาล และ/หรือการรักษา - ฟื้นฟูสภาพ - การดูแลแบบประคับประคอง - ส่งต่อในกรณีต้องการการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น

ประเด็นเปรียบเทียบ	การดูแลในระดับต่ำ	การดูแลในระดับสูง
4. ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ	- องค์กรภาครัฐ และองค์กรการกุศลไม่เน้นกำไรขาดทุน เป็นเรื่องของศีลธรรมมนุษยชน - ประเมินจากมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น	- องค์กรภาครัฐไม่เน้นกำไรขาดทุน เป็นเรื่องของศีลธรรม มนุษยชน - องค์กรภาคเอกชนขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและระดับการบริการ - ประเมินจากภาวะสุขภาพดีขึ้น ทุกข์ทรมานลดลง
5. นโยบายสาธารณะ	- รณรงค์การดูแลผู้สูงอายุ - กฎหมายเลี้ยงดูบุพการี	- กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบขึ้นทะเบียน กำกับดูแลให้ชัดเจน - การสนับสนุนภาคเอกชนเข้ามีส่วนร่วมจัดบริการ - การสนับสนุนด้านนโยบายและทุนในการดำเนินการแก่ภาคเอกชน

นอกจากรูปแบบการดูแล 2 ระดับแล้ว องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลยังต้องประกอบด้วย ปรัชญาการดูแล ซึ่งเป็นวัฒนธรรมพื้นฐานที่ช่วยให้ทิศทางของการดูแลดำเนินไปได้อย่างมีเป้าหมายที่ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการดูแลจะช่วยให้เกิดกระบวนการควบคุมคุณภาพ การจัดการด้านทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ งบประมาณและการจัดการอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วย จึงจะช่วยให้ระบบการดูแลระยะยาวประสบผลสำเร็จได้อย่างมีคุณภาพ

3.3 ปรัชญาการดูแล (philosophy of care)

แต่ละสถานดูแลระยะยาวมีหลักพื้นฐานความเชื่อ หรือประวัติศาสตร์ความเป็นมาที่แตกต่างกัน จึงมีการบริการการดูแลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อ และเป้าหมายที่ไม่เหมือนกัน ดังเช่น สถานดูแลผู้สูงอายุประเภทบ้านพักคนชรา เป็นสถานที่ตั้งขึ้นมาจากงานบริการสังคม โดยกรมประชาสงเคราะห์ในอดีต ปรัชญาการดูแลเป็นเรื่องของการให้ที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีบ้านหรือไม่มีใครดูแล แต่การดูแลได้ขยายขอบเขตกว้างขึ้นเป็นการดูแลด้านสุขภาพด้วยตามสภาพความต้องการการที่เป็นจริง ส่วนสถาบันเพื่อการฟื้นฟูสภาพก่อตั้งขึ้นจากหลักความเชื่อและปฏิบัติทางศาสนาคริสต์ ที่ต้องการช่วยเหลือเหลือเพื่อนมนุษย์ให้มีชีวิตที่รอดโดยไม่หวังผลกำไร และสถานดูแลระยะสุดท้าย เช่น หอผู้ป่วยประคับประคอง จากเดิมเป็นโรงพยาบาลที่สร้างขึ้นเพื่อดูแลพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยทั่วไป ต่อมาได้ขยายขอบเขตการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งส่วนใหญ่เป็นพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคมะเร็ง แม้พระสงฆ์จะศึกษาและปฏิบัติธรรมมามาก แต่การป่วยที่ไม่มีโอกาสหายและการถือครองสมณะเพศ เป็นการละจากทางโลกมานาน ทำให้มีสัมพันธภาพกับครอบครัวและญาติที่เป็นฆราวาสลดลง ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้การดูแลมีอุปสรรค หลักการดูแลในสถานบริการแห่งนี้มีความแตกต่างจากสถานดูแลระยะยาวประเภทอื่น มีการจัดสภาพแวดล้อมที่มีลักษณะคล้ายวัด ในขณะที่สถานดูแลระยะสุดท้ายแห่งอื่นๆ สร้าง

ขึ้นเพื่อบริการผู้สูงอายุทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามอาจมีทั้งความเหมือนและความแตกต่างของการดูแลขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายและปรัชญาการดูแลของสถานที่นั้นๆ

สถานบริบาลขององค์กรเอกชน เป็นสถานดูแลระยะยาวที่สร้างขึ้นตามแนวบริการธุรกิจที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหากมีการขึ้นทะเบียนมักเป็นประเภทสถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังกับกองประกอบโรคศิลปะ ดำเนินการภายใต้กรอบสถานพยาบาลที่กำหนด มีหลักการทางธุรกิจที่ต้องมีผลกำไรเพื่อสามารถดำเนินการอยู่ได้ อย่างไรก็ตามสถานบริบาลมีลักษณะการให้บริการและกิจกรรมการดูแลที่แตกต่างไปจากสถานพยาบาล ที่จะส่งผลให้มีอัตราบุคลากรแตกต่างจากสถานพยาบาลไปด้วย ดังนั้นในอนาคตควรแยกประเภทขึ้นทะเบียนของสถานบริบาลให้ชัดเจน

3.4 มาตรฐานขั้นต่ำ (minimum standard care)

สถานดูแลระยะยาวที่มีอยู่ในปัจจุบันและเป็นสถานบริการที่ศึกษาครั้งนี้ พบว่ายังไม่มีมาตรฐานการดูแลที่มีแผนการจัดดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่เป็นรูปธรรม ดังนั้นควรมีมาตรฐานขั้นต่ำที่กำหนดโดยรัฐ เพื่อช่วยในการจัดบริการและประกันคุณภาพให้กับสถานบริการทุกแห่ง การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำนี้ควรมีมาตรฐานในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

1) การดูแลที่เป็นองค์รวม
2) การฟื้นฟูสภาพ
3) การดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ
4) การจัดสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัย น่าอยู่ และคล้ายบ้าน
5) มีพยาบาลวิชาชีพดูแลในสถานดูแลระดับต่ำ และมีแพทย์และพยาบาล รวมทั้งสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลในสถานดูแลระดับสูง
6) ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี
7) เคารพในสิทธิของผู้สูงอายุ
8) ยอมรับวัฒนธรรมและความเชื่อด้านศาสนา และความเชื่ออื่นตามความเหมาะสม
9) มีระบบการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในระดับที่จำเป็น
10) มีบริการรับส่งผู้สูงอายุเพื่อทำกิจธุระที่จำเป็น
12) ให้ผู้สูงอายุ และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและวางแผนการดูแลรักษา
13) มีระบบประเมินความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ

ข้อมูลที่ได้จากแต่ละประเภทของการดูแลระยะยาวแม้จะมีความแตกต่างกันบ้าง แต่สามารถสรุปมาตรฐานขั้นต่ำได้ดังกล่าว ซึ่งมีความสอดคล้องกับมาตรฐานของประเทศไอร์แลนด์ดังผลการทบทวนวรรณกรรมที่กำหนดให้มีมาตรฐานการดูแลเป็นหมวดใหญ่และมาตรฐานรายข้อ แม้มาตรฐานบางข้อที่ได้จากงานวิจัยอาจไม่ตรงกับมาตรฐานของประเทศไอร์แลนด์ (Health Information and Quality Authority, 2009) แต่ก็มิได้หมายถึงว่าเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญ เพราะแต่ละประเทศก็มีบริบทที่แตกต่างกัน หรือประเทศนั้นๆ ได้ดำเนินการเป็นเรื่องปกติแล้ว จึงไม่ได้ระบุไว้ เช่น การดูแลแบบองค์รวมได้กล่าวไว้ถึงการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ดังมาตรฐานที่ 16 การฟื้นฟูสภาพได้กล่าวไว้ที่

มาตรฐานที่ 12 การจัดสิ่งแวดล้อมตรงกับมาตรฐานที่ 25-26 การดูแลผู้อาศัยอย่างมีศักดิ์ศรี ตรงกับมาตรฐานที่ 4 การเคารพต่อสิทธิของผู้สูงอายุตรงกับมาตรฐานที่ 1-7 การยอมรับวัฒนธรรม ความเชื่อศาสนา ตรงกับมาตรฐานที่ 5 เป็นต้น

4. แนวทางในการพัฒนา

4.1 การพัฒนาสถานฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลชุมชน

การศึกษาการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้สะท้อนให้เห็นช่องว่างการส่งต่อ การดูแลผู้สูงอายุภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังเจ็บป่วยเฉียบพลันว่า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิไม่สามารถให้บริการการดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุทุกรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุทุกรายไม่สามารถฟื้นฟูสภาพให้สมบูรณ์จนพึ่งพาตนเองได้ การให้บริการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลที่ผ่านมาก็เผชิญปัญหาข้อการเบิกจ่ายที่จำกัดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และการจำหน่ายกลับบ้านทันทีหลังการรักษาความเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นผลให้การฟื้นฟูสภาพขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ดูแลที่บ้านขาดความรู้ ทักษะ และความเข้าใจในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างจากวัยอื่น ซึ่งลักษณะการขยายงานและพัฒนางานด้านการฟื้นฟูของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ทำให้เห็นว่าโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิสามารถแก้ไขฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ อีกทั้งลักษณะบริบทของโรงพยาบาลเหมาะสมกับลักษณะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต้องการอยู่ในสถานที่ที่กว้างขวาง โล่ง โปร่ง ไม่แออัด อีกทั้งอยู่ใกล้ครอบครัวซึ่งมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ สะดวกต่อครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

ดังนั้นการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลทุติยภูมิ เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังเจ็บป่วยเรื้อรังระยะหนึ่งก่อนกลับบ้าน เปรียบเสมือนสถานบริการที่เชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน โดยให้การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุจนสามารถพึ่งพาตนเองได้ ส่งเสริมความต่อเนื่องในการดูแลรักษาได้ดี แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากสภาพปัจจุบันของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิทั้งเชิงโครงสร้างอาคารและระบบการบริการ ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งยังไม่ปลอดภัยกับผู้สูงอายุบางประการ จึงควรพัฒนาต่อไป ซึ่งแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลระดับทุติภูมิที่เคยให้บริการดูแลระยะยาว ไปเป็นสถานบริการให้การฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้สูงอายุมีดังนี้

1) ควรมีนโยบายในการขยายบทบาทการดูแลของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิให้มีหน่วยบริการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุเต็มรูปแบบในโรงพยาบาลได้ หรือเป็นโรงพยาบาลที่ให้การบริการเฉพาะด้านการฟื้นฟูสภาพเต็มรูปแบบสำหรับผู้สูงอายุ
2) สร้างระบบการส่งต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพระหว่างโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล
3) พัฒนาระบบการบริการฟื้นฟูสภาพทั้งในลักษณะที่อยู่ได้อย่างเนื่องระยะยาวหรือเป็นระยะ ๆ ดังโรงพยาบาลที่ศึกษา เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ตามความเหมาะสม

4) จัด/ปรับสถานที่และสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล รวมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ
5) พัฒนาบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดอัตรากำลังคนในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้เพียงพอ
6) พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับหลักการฟื้นฟู โดยเฉพาะพยาบาลและผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลากรหลักในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ
7) พิจารณาสิทธิการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพให้ครอบคลุมมากขึ้น
8) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลในกระบวนการฟื้นฟูในโรงพยาบาล

4.2 การขึ้นทะเบียนสถานดูแลระยะยาว

เพื่อให้สอดคล้องกับแนวโน้มการขึ้นทะเบียนสถานดูแลระยะยาวในต่างประเทศ แนวทางการพัฒนากับการแบ่งการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวออกเป็น 2 รูปแบบ ดังข้างต้น ดังนั้นการขึ้นทะเบียนสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับคือ

1) สถานดูแลระยะยาวที่ให้บริการดูแลในระดับต่ำ (ระดับ 1) ที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุทางด้านสังคมและการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั่วไป ควรขึ้นทะเบียนและกำกับดูแลโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2) สถานบริการดูแลระยะยาวที่ให้บริการดูแลในระดับสูง (ระดับ 2) ที่นอกจากให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันแล้ว ยังดูแลทางด้านสุขภาพที่มีการให้การพยาบาลและ/หรือให้การรักษาร่วมด้วย ควรขึ้นทะเบียนกับกองการประกอบโรคศิลปะ

โดยที่ผู้ที่ขึ้นทะเบียนในระดับสูง (ระดับ 2) จะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (ระดับ 1) ได้ แต่สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนในระดับต่ำ (ระดับ 1) จะไม่สามารถให้บริการในระดับสูง (ระดับ 2) ได้

4.3 การพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำในระดับประเทศ

ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการควรมีการพัฒนามาตรฐานขึ้นต่ำ ที่เป็นมาตรฐานกลางในระดับประเทศขึ้น เนื่องจากที่ผ่านมาผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในสถานบริการสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และกระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานของกระทรวง พม. จะเน้นการจัดสวัสดิการทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ ในขณะเดียวกันสถานดูแลระยะยาวที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลก็จะยึดมาตรฐานเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะยาว แต่ผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบบริการจากทั้งสองกระทรวงมีความคาบเกี่ยวกันอยู่ เช่น สถานสงเคราะห์คนชราหรือศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมจะมีผู้สูงอายุที่แข็งแรงช่วยเหลือตัวเองได้จนถึงนอนติดเตียง ดังนั้นควรมีการบูรณาการพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำร่วมกัน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม และเพื่อรองรับสถานบริการที่ต้องการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งสองระดับให้มีมาตรฐานการดูแลมากยิ่งขึ้น

5. ปัญหาอุปสรรคศึกษาวิจัย

5.1 ด้วยงานวิจัยเป็นเรื่องที่อ่อนไหวต่อความรู้สึก ผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่านมีความกังวลเรื่องผลกระทบต่อหน่วยงาน หรือการดำเนินธุรกิจ เพื่อให้เกิดความสบายใจทั้งสองฝ่าย ผู้วิจัยจึงต้องนำบทสัมภาษณ์ที่ถอดเทปแล้วนำไปให้ผู้ให้ผู้บริการสถานบริการให้ความเห็นชอบก่อนนำมาเผยแพร่ และไม่เปิดเผยชื่อสถานบริการที่ศึกษาเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง

5.2 คณะผู้วิจัยพบว่า การติดต่อประสานงานเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลจากสถานบริการมีความยากลำบากมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในงานวิจัยที่ผ่านมาได้ถูกหยิบยกไปนำเสนอเป็นข่าวในสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และข่าวสาร On-line ที่มีเนื้อหาในเชิงลบต่อสถานประกอบการ นอกจากนี้สังเกตพบว่าใน Website มีการโฆษณาบริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ มีการงดโฆษณาหรือถอดการโฆษณาจาก Website นั้นอย่างผิดปกติ

5.3 จากความเคลื่อนไหวในการร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาล (ดูภาคผนวกที่ 4) ที่กองการประกอบโรคศิลปะกำลังดำเนินการอยู่ รวมทั้งกรมอนามัยได้ตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ มาตรฐาน กิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ และจะดำเนินการประกาศเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตาม พรบ.สาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553 การขับเคลื่อนทางนโยบายเหล่านี้ อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเป็นไปด้วยความยากลำบาก

5.4 ผู้วิจัยพบข้อจำกัดในการสืบค้นข้อมูล เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลระยะยาวที่ดีในสถานดูแลระยะยาวแต่ละประเภท ทั้งด้านคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ การจัดการทางด้านคุณภาพ ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการและนโยบายสาธารณะ ข้อมูลที่สืบค้นได้ส่วนใหญ่ไม่มีรายละเอียดปลีกย่อยในแต่ละประเด็น แต่มักจะกล่าวไว้ในภาพรวมคือสถานดูแลระยะยาวเท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นความลับขอบหน่วยงานหรือความลับในเชิงธุรกิจบริการจึงไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเพื่อไปสู่การเสนอรูปแบบการปฏิบัติการดูแลระยะยาวที่ดีของสถานบริการในแต่ละประเภทได้ ผู้วิจัยจึงได้เสนอข้อมูลแนวทางการปฏิบัติการดูแลระยะยาวในสถานบริการในภาพรวมเท่านั้น

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) แบ่งรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย ออกเป็น 2 รูปแบบ คือ การดูแลในระดับต่ำและการดูแลในระดับสูง

1.1) การดูแลในระดับต่ำ เป็นการให้บริการที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุทางด้านสังคมและการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั่วไป

1.2) การดูแลในระดับสูง เป็นการให้บริการที่นอกจากการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันแล้ว ยังให้การดูแลทางด้านสุขภาพที่มีการให้การพยาบาลและ/หรือให้การรักษาร่วมด้วย

2) การขึ้นทะเบียน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

2.1) สถานดูแลระยะยาวที่ให้บริการดูแลในระดับต่ำ ที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุทางด้านสังคมและการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั่วไป ควรขึ้นทะเบียนและกำกับดูแลโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ

2.2) สถานบริการดูแลระยะยาวที่ให้บริการดูแลในระดับสูง ที่มีการให้การพยาบาลและ/หรือให้การรักษาร่วมด้วย ควรขึ้นทะเบียนกับกองการประกอบโรคศิลปะ

2.3) ผู้ที่ขึ้นทะเบียนในระดับสูงจะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำได้ แต่สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนในระดับต่ำจะไม่สามารถให้บริการในระดับสูงได้

อย่างไรก็ตามในประเด็นผู้รับขึ้นทะเบียนนี้ อาจจัดตั้งหน่วยงานกลางที่ประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องมาหน้าที่รับขึ้นทะเบียนและกำกับดูแลได้

3) กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลระยะยาวในสถานบริการ ที่เป็นมาตรฐานกลางในระดับประเทศ ที่สามารถใช้ได้กับสถานบริการดูแลระยะยาวทุกประเภท ที่มีการบูรณาการทั้งการดูแลสุขภาพและสังคมและมีข้อกำหนดเพิ่มเติมในสถานดูแลที่ต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้น

4) ส่งเสริมให้สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลทุติยภูมิของภาครัฐและเอกชน ให้ปรับเปลี่ยนภารกิจไปให้บริการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (intermediate care) และช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับการช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้นไม่เป็นภาระของผู้ดูแล และเป็นการลดการย้ายผู้สูงอายุเข้าสู่การดูแลในสถานบริการ

5) เพิ่มการเข้าถึงการบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการสำหรับบุคคลที่มีความจำเป็นโดย

5.1) ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่ และมีความพร้อมจัดตั้งสถานบริบาล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการสำหรับประชาชนบางกลุ่มที่มีฐานะปานกลางถึงยากจน ที่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลในระดับสูงที่ญาติไม่สามารถตอบสนองได้ โดยอาจเป็นการให้บริการแบบประเมินรายได้ (mean test)

5.2) การส่งเสริมและสนับสนุนภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสำหรับกลุ่มที่มีฐานะปานกลางขึ้นไป เนื่องจากแนวโน้มความต้องการการดูแลระยะยาวในสถานบริการเพิ่มมากขึ้นและภาครัฐไม่สามารถจัดบริการให้ครอบคลุมกับความต้องการได้ จึงควรให้การส่งเสริมและสนับสนุนภาคเอกชนมากขึ้นเพื่อให้การจัดบริการเป็นไปอย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยมีมาตรการให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการจัดบริการ เช่น การงดการเก็บภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการที่ไม่ใช่สถานพยาบาลที่ดำเนินการไม่ถูกกฎหมาย มาขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการเพิ่มมากขึ้น การลดหย่อนภาษีเงินได้สำหรับกิจการบริการสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินการควบคุมค่าบริการมีความเป็นธรรม และสนับสนุนเงินกู้ยืมแก่ผู้ประกอบการภาคเอกชนที่ประสบปัญหาแหล่งเงินทุน เพื่อนำไปพัฒนาโครงสร้าง และการบริการให้มีมาตรฐานเพิ่มมากขึ้นและยังเป็นการเพิ่มการเข้าถึงการบริการสำหรับบุคคลชั้นกลางมากยิ่งขึ้น

6.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) การจัดตั้งสถานบริบาลควรมีเกณฑ์ที่ชัดเจน ทั้งอาคารสถานที่ ระบบการประเมินคุณภาพ และส่งเสริมพัฒนาบุคลากรให้เตรียมความพร้อมและแล้วให้ความสำคัญกับความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร

2) จัดทำแบบประเมินภาวะพึ่งพาที่เป็นที่ยอมรับและเข้าใจตรงกันของทุกฝ่าย เพื่อใช้ในการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เป็นเกณฑ์ในการรับบริการในสถานบริการที่มีระดับการดูแลที่แตกต่างกัน รวมทั้งสิทธิประโยชน์ในการรับความช่วยเหลือในอนาคต

2) ให้ข้อมูลกับหน่วยงานทุกภาคส่วน รวมทั้งหน่วยงานเอกชนที่มีสถานที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้การจัดการขององค์กรศาสนาคริสต์ คาทอลิก อิสลาม และมูลนิธิต่างๆ ทั้งของจีน อินเดียที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในประเทศไทย เพราะมูลนิธิเหล่านี้ยังเข้าไม่ถึงข้อมูลเกี่ยวกับแผน นโยบายด้านผู้สูงอายุของรัฐที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างมากในปัจจุบัน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวต้องดำเนินการไปพร้อมๆ กันทั้งหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานที่ไม่ใช่ของรัฐ

2) ส่งเสริมอาสาสมัครหรือจิตอาสาเพื่อดูแลผู้สูงอายุ โดยอาจให้ผลประโยชน์บางอย่าง เช่น การให้เกียรติยกย่อง การสะสมแต้มเพื่อรับการลดหย่อนภาษี การได้ตั๋วรถโดยสารฟรีที่จำเป็น หรืออื่นๆ

3) การเสนอข่าวของงานวิจัยของสื่อต่างๆ ควรเป็นไปในเชิงสร้างสรรค์ โดยนำเสนอข้อค้นพบจากการวิจัย และข้อเสนอแนะเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนา

บรรณานุกรม

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

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2552). การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวในประเทศไทย. **เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี 2552.** ระหว่างวันที่ 7-8 เมษายน พ.ศ. 2552 โรงแรมปรินซ์ พาเลซ กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). **รายงานประจำปี พ.ศ.2550.** กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.

จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2551). **การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อความคุ้มค่า คุ้มทุน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, ลินจง โปธิบาล และจิตตวดี เหรียญทอง. (2550). การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา. **พยาบาลสาร.** 35(1): 36-45.

พันธ์ทิพย์ วารวาท. (2551). **การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริการเอกชน เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พีรธร บุณยรัตพันธุ์. (2552). **เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง นโยบายสาธารณะ.** สาขาวิชารัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.baanram.com/images/1172603133/puplic%20policy.ppt#1. [9 ก.ย. 2552].

โรงพยาบาลรามาธิบดี, คณะกรรมการทำงาน คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี. **End of Life Care**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.ramacme.org/articles/3-16-207-2000-0705-01/index.asp. [1 พ.ย.2551]

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). **การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย.** ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

วรเวศม์ สุวรรณระดา, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์. (2552). **รายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 2 โครงการเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2549). **การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล.** ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ เตือนใจ ภักดีพรหม เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณอรุณแสง. (2552). **รายงานการโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุ**

ระยะยาวในประเทศไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2552). ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ. **วารสารประชากรศาสตร์. 25**(1)(มีนาคม): 45-62.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล (พิมพ์ครั้งที่ 2).** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. (2542). **ติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ.** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรจังหวัดพิษณุโลก.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ. (2552). มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.ha.or.th/index2008.asp. [10 ธ.ค. 2552].

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ดำหริการเลิศ, วริฎฐา แก้วเกตุ, เยาวภา สันติกูล, พินธุดา ธนกรทวีโชติ และจุฑารัตน์ นันทไชย (บรรณาธิการ). (2552). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ. (2551). **คู่มือการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมขององค์การสวัสดิการสังคม**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และทิพวรรณ อิสรพัฒนาสกุล. (2540). การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. **วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**, 20(2): 1-9.

อังคณา ตัณฑ์เอก**คุณ**. (2545**). คุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Alnursing.Org. (2006). **Scope of practice assisted living nursing**. Available from http://www.alnursing.org/alnursecert/SCOPE_AND_STANDARDS_FINAL2_09-19-06.pdf**,** retrieved on 10 July 2009**.**

Australian Government Department of Health and Ageing. (2009). **Guide to ethical conduct for providers of residential aged care: Guide for attending professionals.** Canberra: Commonwealth of Australia 2001.

Capitman, J., Leutz, W., Bishop, C., & Casler, R. (2005). **Long term care quality: Historical overview and current initiatives**. Report to the National Commission for Quality Long-term Care. Washington, DC: National Quality Forum.

Denham, M. J. (1991). **Care of the long –stay elderly patients**. London: Chapman and Hall.

Department of Economic and Social Affairs. (2007). **World economic and social survey 2007: Development in an ageing world**, New York: United Nations.

Department of Health and Children. (2009). **Long-term institutional care for older people.** Available from http://www.dohc.ie/public/information/health_ service-for _older_people/institutional_care.html**,** retrieved on 9 Oct**.** 2009**.**

Department of Health. (2001). **National service framework for older people**. London: Department of Health.

Department of Health. (2003). **Care home for older people: National minimum standards, care homes regulations (3rd editions).** London: The Stationary Office.

Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R., & Dubuc, N. (1995). Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. **Age and Ageing.** 24: 402-406.

Health Information and Quality Authority. (2009). **National quality standard for residential care settings for older people in Ireland.** Available from http://www.hse.ie/eng/Publications/services/Older/HIQA_National_Quality_ Standards_People, retrieved on 12 Aug 2009**.**

Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., & Trottier, L., et al (2001). Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. **Canadian Journal on Aging.** 20: 1-22.

Hollander, M. J. (1999). **The cost-effectiveness of community based long term care services for the elderly compared to residential care: A British Columbia perspective.** Unpublished PhD. Dissertation, University of British Columbia, Canada.

http://www.eldercarethailand.com/

Isola, A., Backman, K., Voutilainen, P., & Rautsiala, T. (2006). Quality of institutional care of older people as evaluated by nursing staff. **Journal of Clinical Nursing**: 1-10.

Kodner, D. L. (2003). Long-term care integration in four European countries: A review. In WHO. **Collection on long-term care: Key policy issues in long-term care**. Geneva: WHO.

Larson, P. K. (2008). The evercare story: Reshaping the health care model, revolutionizing long term care. **Journal for Nurse Practitioners**. 4(2): 132-136.

Lassey, W. R. & Lassey, M. L. (2001). Japan: Challenges of aging and culture change (pp. 286-316). In **Quality of life for older people: An international perspective**, New Jersey: Prentice Hall.

McLaughlin, F. E. & Marascuilo, L. A. (1990). **Advanced nursing and health care research: Quantification approaches.** Philadelphia P. A: W. B Saunders.

Medical Dictionary. (2009). **Definition of long-term care facility.** Available from http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=24859, retrieved on 30 Aug 2009.

Morgan, D. L. (1996). Focus groups**. Annual Review Sociology.** 22: 129-152.

Murphy, K. (2005). A qualitative study explaining nurses' perception of quality care for older people in long term care settings in Ireland. **Journal of Clinical Nursing.16**: 477-485.

National Commision for Quality Long Term Care. (2007) **From isolationa to intergration: Recommendations to improve quality in long term care.** Available from http://www.ncqltc.org, retrieved on 14 Aug 2009.

Netten, A. Darton, R. & Williams, J. (2005). Care homes and continuing care. In B. Roe & R. Beech (editors). **Intermediate and continuing care: Policy and practice**. Oxford: Blackwell.

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2005). **Long-term care for older people**. Paris: OECD Publishing.

Resnick, B. & Mitty**,** E. (2009) **Assisted Living Nursing: A Manual for Management and Practice**. New York: Springer publishing company.

Ribbe, M. W., Ljunggren, G., Steel, K., Topinkova, E., Hawes, C., Ikegam, N., Henrard, J. & Jonnson, P. V. (1997). Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and setting. **Age and Ageing**, Sept, 26-S2: 3-12.

Scanlon, W. J. (1988). A perspective on long-term care for the elderly. **Health Care Financing Review**, Annual Supplement: 7-15.

Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S., Odton, P., and Ratkjaroenkhajorn, S. (2009). **Research Report of "The Projection of demand and expenditure for institutional long term care in Thailand."** Finance management component, Health care reform project, Thai-European Cooperation for Health.

Stone, R. I. (2000). **Long-term care for the elderly with disabilities: Current policy, emerging trends, and implications for the twenty-first century,** The Milbank Memorial

Fund Reports. Available from http://www.milbank.org/0008stone/, retrieved on 30 Aug 2009.

Supportive Care Coalition. (2009). **Long- term care.** Available from http://www.supportivecarecoalition.org/LeadingPractices/longterm_care.php, retrieved on 4 Aug 2009.

The Joint commission. (2008)**. National Patient Safety Goals Long term care.** Available from http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08ltc_npsgs.htm, retrieved on 7 Aug 2009**.**

The Joint Commission. (2009)**. National Patient Safety Goals Long term care.** Available from http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08ltc_npsgs.htm, retrieved on 7 Aug 2009.

The Scottish Government Publications, **National care standards: hospice care**. Available from http://www.scotland.gov.uk/Publications/2002/03/14404/1266**,** retrieved on 30 Nov 2007.

Tilly, J., Black, K. & Ormond, B. (2003). **State experiences with minimum nursing staff ratios for nursing facilities: Findings from case studies of eight states**. **Retrieved on 20 Mar. 2009, from http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/8state.htm**

Tumlinson, A., & Woods, S. (2007). Long-term care in America/An introduction. Available from www.qualitylongtermcarecommission.org/.../ltc_america_introduction. pdf, retrieved on 7 Aug 2009.

United States General Accounting Office. (1994). **Long-term care: States of quality assurance and measurement in home and community-based services**, Report to the Chairman, Committee on Finance, Washington, D.C. : U.S. Senate.

Voutilainen, P., Backman, K., Isola, A. & Laukala, H. (2006). Family members' experiences of the quality of geriatric care. **Scandinavian Journal of Caring Sciences,** 17(4**)**: 99 – 408.

Wang, W-L, Chang, H-J, Liu, A-C, & Chen, Y-W. (2007). Research into care quality criteria for Long term care facilities. **Journal of Nursing Research, 15**(4): 255-263.

World Health Organization. (1980). **International classification of impairments, disabilities, and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease.** Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization. (2000). **Home-based long-term care: Report of a WHO study group.** Geneva: WHO.

World Health Organization. (2003). **Collection on long-term care: Key policy issues in long-term care**. Geneva: WHO.

Wunderlich, G. S. & Kohler, P.O. (2001). **Improving the Quality of Long-Term Care: Institute of medicine.** Washington, D.C.: National Academy Press.

Zhang, N. J., Unruh, L., Liu, R., Wan, T. T. (2006). Minimum nurse staffing ratios for nursing home. **Nurse Economics, 24**(2): 78-85.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแนวคำถามทั้งหมด 2 ชุดคือ แนวคำถามสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แนวคำถามสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่จบการศึกษาหรือผ่านการฝึกอบรมทางด้านผู้สูงอายุ นักวิชาการหรือนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย แพทย์ทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ คณาจารย์ทางด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ เป็นต้น

แนวคำถาม

1. ท่านคิดว่าการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ดีหมายความว่าอย่างไร
2. ท่านคิดว่าการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ดีควรประกอบไปด้วยอะไรบ้าง
3. เกณฑ์ที่ระบุว่ามีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในแต่ละสถานบริการ ได้แก่อะไรบ้าง
    1.1 บ้านพักคนชรา (residential home)
    1.2 สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting)
    1.3 สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-stay hospital)
    1.4 สถานบริบาล (nursing home)
    1.5 สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care)

ชุดที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ให้สัมภาษณ์ในสถานบริการแต่ละประเภท ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. ผู้ให้บริการ เช่น ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยดูแล/พี่เลี้ยง

ส่วนที่ 2. ผู้รับบริการ เช่น ผู้สูงอายุและญาติผู้สูงอายุ และ

ส่วนที่ 3. ผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายและทิศทางของสถานบริการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ประธานสภาผู้สูงอายุ ผู้บริหาร สวรส. และ สคบ. เป็นต้น

ส่วนที่ 1. แนวคำถามสำหรับผู้ให้บริการ

คำถามเกริ่นนำ

1. ท่านทำงานในสถานบริการแห่งนี้มานานมากน้อยเพียงไร
2. ท่านมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานสถานบริการแห่งนี้อย่างไรบ้าง

คำถามหลัก

1. สถานบริการของท่านมีการบริการอะไรบ้างที่เป็นจุดเด่นและน่าสนใจ
   1.1 อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าการบริการนั้นๆ เป็นจุดเด่น
   1.2 แต่ละบริการที่เป็นจุดเด่นมีลักษณะอย่างไร
   1.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การบริการดังกล่าวเป็นจุดเด่น
2. สถานบริการของท่านมีการบริการอะไรบ้างที่เป็นจุดด้อยที่ต้องการให้ปรับปรุง
   2.1 อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าการบริการนั้นๆ เป็นจุดด้อย
   2.2 แต่ละบริการที่เป็นจุดด้อยมีลักษณะอย่างไร
   2.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การบริการดังกล่าวเป็นจุดด้อย
3. มีบริการอะไรบ้างที่ท่านคิดว่ามีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการ
   3.1 แต่ละบริการมีความคุ้มค่าคุ้มทุนอย่างไร
   3.2 ความคุ้มค่าคุ้มทุนประเมินจากอะไร
4. สถานบริการของท่านมีการจัดการทางด้านคุณภาพอะไรบ้าง อย่างไร
   4.1 คำว่า “คุณภาพ” ในความคิดของท่านหมายถึงอะไร
   4.2 วิธีการจัดการด้านคุณภาพอะไรบ้างที่ท่านเห็นว่าเป็นจุดเด่น
   4.3 มีวิธีการในจัดการด้านคุณภาพอย่างไร
      4.3.1 มีการจัดการกับปัจจัยนำเข้าอย่างไร เช่น คน (มีการคัดสรร การพัฒนาอย่างไร) เครื่องมือ อุปกรณ์ นโยบาย
      4.3.2 มีการจัดการกับกระบวนการอย่างไร เช่น การให้การดูแล การจัดกระทำและรูปแบบการบริการ
      4.3.3 มีการจัดการกับผลลัพธ์อย่างไร เช่น ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีแผลกดทับ
5 ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไรบ้าง
6 ท่านคิดว่าสถานบริการของท่านให้การบริการในการดูแลอะไรบ้างที่มีคุณภาพ
   6.1 อะไรที่ทำให้ท่านจึงคิดว่าการบริการนั้นๆ มีคุณภาพ
   6.2 บริการในการดูแลที่มีคุณภาพมีลักษณะอย่างไร
   6.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การดูแลนั้นๆ มีคุณภาพ
7 ท่านคิดว่านโยบายสาธารณะอะไรบ้างที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน
8 ในภาพรวมแล้วท่านมีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับอย่างไรบ้าง

ส่วนที่ 2. แนวคำถามสำหรับผู้รับบริการ

คำถามเกริ่นนำ

a. ท่านรู้จักในสถานบริการแห่งนี้มานานมากน้อยเพียงไร

b. ท่านได้รับการบริการจากสถานบริการแห่งนี้อะไรบ้าง

คำถามหลัก

1. สถานบริการแห่งนี้มีการบริการอะไรบ้างที่เป็นจุดเด่นและน่าสนใจ
   1.1 อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าการบริการนั้นๆ เป็นจุดเด่น
   1.2 แต่ละบริการที่เป็นจุดเด่นมีลักษณะอย่างไร
   1.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การบริการดังกล่าวเป็นจุดเด่น
2. สถานบริการแห่งนี้มีการบริการอะไรบ้างที่เป็นจุดด้อย ที่ต้องการให้ปรับปรุง
   2.1 อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าการบริการนั้นๆ เป็นจุดด้อย
   2.2 แต่ละบริการที่เป็นจุดด้อยมีลักษณะอย่างไร
   2.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การบริการดังกล่าวเป็นจุดด้อย
3. มีบริการอะไรบ้างที่ท่านคิดว่ามีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการ
   1.1 แต่ละบริการมีความคุ้มค่าคุ้มทุนอย่างไร
   1.2 ความคุ้มค่าคุ้มทุนประเมินจากอะไร
4. สถานบริการแห่งนี้มีการจัดการทางด้านคุณภาพอะไรบ้าง อย่างไร
   4.1 คำว่า “คุณภาพ” ในความคิดของท่านหมายถึงอะไร
   4.2 วิธีการจัดการด้านคุณภาพอะไรบ้างที่ท่านเห็นว่าเป็นจุดเด่น
   4.3 มีวิธีการในจัดการด้านคุณภาพอย่างไร
      4.3.1 มีการจัดการกับปัจจัยนำเข้าอย่างไร เช่น คน (มีการคัดสรร การพัฒนาอย่างไร) เครื่องมือ อุปกรณ์ นโยบาย
      4.3.2 มีการจัดการกับกระบวนการอย่างไร เช่น การให้การดูแลแบบองค์รวม ที่คำนึงถึงการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจและ จิตวิญญาณ การจัดกระทำและรูปแบบการบริการ
      4.3.3 มีการจัดการกับผลลัพธ์อย่างไร เช่น ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีแผลกดทับ
5. ท่านเห็นว่าสถานบริการแห่งนี้มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอะไร บ้าง อย่างไร
6. ท่านคิดว่าสถานบริการแห่งนี้ให้การบริการในการดูแลอะไรบ้างที่มีคุณภาพ
   6.1 อะไรที่ทำให้ท่านจึงคิดว่าการบริการนั้นๆ มีคุณภาพ
   6.2 บริการในการดูแลที่มีคุณภาพมีลักษณะอย่างไร
   6.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การดูแลนั้นๆ มีคุณภาพ
7. ท่านคิดว่านโยบายสาธารณะอะไรบ้างที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน
8. ในภาพรวมแล้วท่านมีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับอย่างไรบ้าง

9 ท่านมีประเด็นอะไรที่อยากจะบอกที่นอกเหนือจากที่ถามไปแล้วหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 3. แนวคำถามสำหรับผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายและทิศทางของสถานบริการ

คำถามเกริ่นนำ

1. ท่านรู้จักในสถานบริการแห่งนี้มานานมากน้อยเพียงไร
2. ท่านมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานสถานบริการแห่งนี้อย่างไรบ้าง

คำถามหลัก

1. สถานบริการแห่งนี้มีการบริการอะไรบ้างที่เป็นจุดเด่นและน่าสนใจ
   1.1 อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าการบริการนั้นๆ เป็นจุดเด่น
   1.2 แต่ละบริการที่เป็นจุดเด่นมีลักษณะอย่างไร
   1.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การบริการดังกล่าวเป็นจุดเด่น
2. มีบริการอะไรบ้างที่ท่านคิดว่ามีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการ
   2.1 แต่ละบริการมีความคุ้มค่าคุ้มทุนอย่างไร
   2.2 ความคุ้มค่าคุ้มทุนประเมินจากอะไร
3. สถานบริการแห่งนี้มีการจัดการทางด้านคุณภาพอะไรบ้าง อย่างไร
   3.1 คำว่า “คุณภาพ” ในความคิดของท่านหมายถึงอะไร
   3.2 วิธีการจัดการด้านคุณภาพอะไรบ้างที่ท่านเห็นว่าเป็นจุดเด่น
   3.3 มีวิธีการในจัดการด้านคุณภาพอย่างไร
      3.3.1 มีการจัดการกับปัจจัยนำเข้าอย่างไร เช่น คน (มีการคัดสรร การพัฒนาอย่างไร) เครื่องมือ อุปกรณ์ นโยบาย
      3.3.2 มีการจัดการกับกระบวนการอย่างไร เช่น การให้การดูแล การจัดกระทำและรูปแบบการบริการ
      3.3.3 มีการจัดการกับผลลัพธ์อย่างไร เช่น ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีแผลกดทับ
4. ท่านคิดว่าสถานบริการแห่งนี้มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอะไรบ้าง อย่างไร
5. ท่านคิดว่าสถานบริการแห่งนี้ให้การบริการในการดูแลอะไรบ้างที่มีคุณภาพ
   5.1 อะไรที่ทำให้ท่านจึงคิดว่าการบริการนั้นๆ มีคุณภาพ
   5.2 บริการในการดูแลที่มีคุณภาพมีลักษณะอย่างไร
   5.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การดูแลนั้นๆ มีคุณภาพ
6. ท่านคิดว่านโยบายสาธารณะอะไรบ้างที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน

ภาคผนวก 2
คู่มือสำหรับผู้ช่วยวิจัย
ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในประเทศไทย เป็นการวิจัยที่มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการต่างๆ ที่มีอยู่ในประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติอยู่ และการปฏิบัติที่ดี

อุปกรณ์และสิ่งที่ต้องเตรียม

1. ในกรณีที่ได้ติดต่อกับสถานบริการเพื่อเก็บข้อมูลแล้วแต่ยังไม่ได้ส่งหนังสือ ให้นำ หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมกับนัดวัน เวลา เข้าพบกับผู้บริหารของสถานบริการ
2. หนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
3. หนังสือชี้แจงโครงการวิจัย
4. แบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก
6. เทปบันทึกเสียงพร้อมแบตเตอรี่ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคคล 3 กลุ่ม ที่ไม่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร และมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย รวมจำนวน 10 รายต่อหนึ่งสถานบริการ ได้แก่

1. ผู้ให้บริการ หมายถึง ผู้บริหารของสถานบริการ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวะบำบัด หรือผู้ช่วยดูแล/พี่เลี้ยง รวม 5 ราย
2. ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ญาติผู้สูงอายุ รวม 4 ราย
3. ผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายและทิศทางของสถานบริการ 1 ราย

เก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. แนะนำตัวเองกับผู้ที่คาดว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่าง
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จริยธรรมการวิจัย
3. ถามความสมัครใจของผู้ที่คาดว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับให้เซ็นชื่อแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. สัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้เวลาประมาณ 1 ชม./ราย และใช้เทปบันทึกเพื่อช่วยการจำ โดยใช้แนวคำถามดังที่แนบมาเป็นกรอบในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์สามารถปรับคำพูด

5. เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจได้โดยคงความหมายเดิมไว้ และถามเพิ่มเติมในรายละเอียดในแต่ละข้อคำถามได้ตามความเหมาะสม
6. ถอดเทปแบบคำต่อคำ พร้อมส่งให้นักวิจัยที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่

แนวการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลรายละเอียดได้มากขึ้น

"ที่ท่าน/คุณตา-ยาย..... พูดว่า..... นั้นหมายความว่าอย่างไรคะ"

"หากพูดคำว่า....(ตัวอย่างเช่นคำว่า คุณภาพ)... ท่าน/คุณตา-ยาย นึกถึงอะไร"

"อะไรทำให้ท่าน/คุณตา-ยาย.... นึก/คิด อย่างนั้น"

"กรุณาช่วยเล่า... (ในเรื่อง/ประเด็นที่เราต้องการทราบความเป็นมาหรือรายละเอียด).... ให้ฟังหน่อยซิค่ะ"

"ท่าน/คุณตา-ยาย มีอะไรที่อยากเล่า/อยากบอกอีกไหนคะ"

ตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 1. แนวคำถามสำหรับผู้ให้บริการ

แนวคำถาม	แนวการสัมภาษณ์
คำถามเกริ่นนำ 3. ท่านมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานสถานบริการแห่งนี้อย่างไรบ้าง 2. ท่านทำงานในสถานบริการแห่งนี้มานานมากน้อยเพียงไร	**ตัวอย่างการสัมภาษณ์** สวัสดีค่ะคุณ .... ดิฉันชื่อ ... วันนี้จะมาคุยด้วยเกี่ยวกับงานที่คุณทำอยู่กับผู้สูงอายุที่นี่ อย่าคิดว่าเป็นการสัมภาษณ์อะไรที่เป็นทางการเลยนะ เราคุยกันเรื่อยๆ ตามประสบการณ์ที่ทำอยู่ และตามความคิดเห็น ไม่มีอะไรผิดอะไรถูกหรอก แล้วข้อมูลที่ได้ก็จะเอาไปเขียนในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อคนหรือสถานบริการหรอก เพื่อจะได้นำเสนอในส่วนที่จะช่วยดูแลผู้สูงอายุในวันข้างหน้ากับหน่วยงานของรัฐ คุณ ... ทำงานที่นี่มานานหรือยังคะ ดูแลผู้สูงอายุมากี่ปีแล้ว ทำในหน้าที่อะไรคะ ... ชอบไหม...
คำถามหลัก 5. สถานบริการของท่านมีการบริการอะไรบ้างที่เป็นจุดเด่นและน่าสนใจ 1.4 อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าการบริการนั้นๆ เป็นจุดเด่น 1.5 แต่ละบริการที่เป็นจุดเด่นมีลักษณะอย่างไร 1.6 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การบริการดังกล่าวเป็นจุดเด่น	• ช่วยเล่าลักษณะงานบริการแก่ผู้สูงอายุที่นี่ว่ามีอะไรบ้าง • คิดว่างานที่ทำอยู่มีอะไรที่ดีๆ เป็นประโยชน์และเป็นจุดเด่นหรือจุดแข็งบ้าง • แล้วมีอะไรที่ช่วยเสริมให้งานบริการเหล่านี้เป็นงานเด่นไหม (ลองยกตัวอย่างให้ดูหน่อย)
6. สถานบริการของท่านมีการบริการอะไรบ้างที่เป็นจุดด้อยที่ต้องการให้ปรับปรุง 2.4 อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าการบริการนั้นๆ เป็นจุดด้อย 2.5 แต่ละบริการที่เป็นจุดด้อยมีลักษณะอย่างไร 2.6 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การบริการดังกล่าวเป็นจุดด้อย	ส่วนงานที่ให้บริการกับผู้สูงอายุแล้ว แต่รู้สึกว่ายังทำได้ไม่ค่อยดีมีไหม เช่นอะไร ช่วยยกตัวอย่างหน่อย • ทำไมถึงเป็นอย่างนั้น • มีอะไรเป็นปัญหาอุปสรรคหรือ ถึงทำได้ไม่ดี (** ตรงนี้อาจขยายความ หรือย้ำ หากได้คำตอบที่ไม่ชัดเจน) (ตรงนี้อาจใช้ว่า คิดว่าน่าจะมีการพัฒนาให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ น่าจะได้คำตอบที่กว้าง)

7. มีบริการอะไรบ้างที่ท่านคิดว่ามีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการ 3.3 แต่ละบริการมีความคุ้มค่าคุ้มทุนอย่างไร 3.4 ความคุ้มค่าคุ้มทุนประเมินจากอะไร	มีงานในส่วนไหนที่คิดว่าทำแล้วคุ้มค่า คุ้มทุน (คือไม่เปลืองงบ เสียเวลา หรือเสียกำลังคนนะ)
8. สถานบริการของท่านมีการจัดการทางด้านคุณภาพอะไรบ้างอย่างไร 8.1 คำว่า “คุณภาพ” ในความคิดของท่านหมายถึงอะไร 8.2 วิธีการจัดการด้านคุณภาพอะไรบ้างที่ท่านเห็นว่าเป็นจุดเด่น 8.3 มีวิธีการในจัดการด้านคุณภาพอย่างไร 8.3.1 มีการจัดการกับปัจจัยนำเข้าอย่างไร เช่น คน (มีการคัดสรร การพัฒนาอย่างไร) เครื่องมือ อุปกรณ์ นโยบาย 8.3.2 มีการจัดการกับกระบวนการอย่างไร เช่น การให้การดูแล การจัดกระทำและรูปแบบการบริการ 8.3.3 มีการจัดการกับผลลัพธ์อย่างไร เช่น ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีแผลกดทับ	ที่นี้เรามาพูดเรื่องคุณภาพกันหน่อยนะ คุณคิดว่า คุณภาพ คำนี้ หมายถึงอะไร (เอาตามความเห็นของคุณนะ) ● แล้วที่นี่เขามีการจัดการเรื่องคุณภาพของการบริการอย่างไรบ้าง คิดว่าดีหรือยัง หรือคิดว่าน่าจะมีอะไรที่ดีกว่านี้ ไหม ลองยกตัวอย่างซิ ● การจัดการด้านควบคุมคุณภาพคิดว่าควรมีด้านไหนบ้าง เช่น o ด้านกำลังคนควรเป็นอย่างไร o ด้านอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ เป็นอย่างไร o แล้วด้านวิธีการ กระบวนการต่างๆ เป็นมาอย่างไร หรือควรเป็นอย่างไร ● นอกจากที่พูดมาแล้วคิดว่ายังต้องมีปัจจัยอื่นๆ อีกไหม ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านคุณภาพของบริการแก่ผู้สูงอายุ ● เคยมีการตั้งเป้าหมายเอาไว้หรือเปล่าว่า คุณภาพที่ดีของบริการด้านต่างๆ (เช่นด้านควบคุมการหกล้ม การเกิดแผลกดทับ การขาดสารอาหาร ฯลฯ) จะต้องเป็นอย่างไร คือตั้งเป้าผลลัพธ์ว่าต้องไม่มีเหตุการณ์นั้น หรือ มีได้ไม่เกินกี่เปอร์เซ็นต์อะไรอย่างนี้นะ มีไหม o แล้วได้วัดผลไหมว่าเป็นอย่างไร o บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ไหม (ถ้ายังไม่บรรลุ คิดว่าจะต้องปรับปรุงอะไร) (ที่ดำเนินการไป จะเอาไปต่อจาก 2 เลย เพราะลื่นไหลกว่า และผู้ให้สัมภาษณ์จะเชื่อมโยงกับข้อเด่นได้

	ดี)
9. ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไรบ้าง	เท่าที่ทำงานมาหรือเห็นมาตลอด คิดว่ายังมีอุปสรรค ปัญหาในการบริการอย่างไรบ้าง (ข้อนี้อาจตอบข้อคำถามมาก่อน รวมอยู่ในต้นๆ แล้วก็ได้ แต่ผู้สัมภาษณ์ควรถามย้ำอีกรอบ อาจได้รายละเอียดเพิ่ม) (เห็นด้วยเพราะจะได้คำตอบในคำตอบเมื่อถามปัจจัยในข้อที่ผ่านๆมา)
6. ท่านคิดว่าสถานบริการของท่านให้การบริการในการดูแลอะไรบ้างที่มีคุณภาพ 6.1 อะไรที่ทำให้ท่านจึงคิดว่าการบริการนั้นๆ มีคุณภาพ 6.2 บริการในการดูแลที่มีคุณภาพมีลักษณะอย่างไร 6.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การดูแลนั้นๆ มีคุณภาพ	น่าจะได้คำตอบจากข้อ1-2 แล้ว (ที่ดำเนินการไป จะเอาไปต่อจาก 4 เลย เพราะลื่นไหลกว่า แล้วจึงถามเรื่องอุปสรรคในการดำเนินงาน) (ผู้ให้สัมภาษณ์จะไม่ได้ตอบคำตอบตามลำดับรายข้ออยู่แล้ว เพราะว่าจะฟังคำถามเราในขณะนั้นมากกว่า)
7. ท่านคิดว่านโยบายสาธารณะอะไรบ้างที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน	คิดว่าปัจจุบันนี้ บ้านเมืองเรามีนโยบายเพื่อส่วนรวมอะไรบ้างที่เอื้อต่อการทำงานด้านดูแลผู้สูงอายุบ้าง
8. ในภาพรวมแล้วท่านมีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ (น่าจะเป็น ที่ให้) อย่างไรบ้าง	ถ้าจะสรุปในภาพรวมนะ คุณพอใจกับบริการที่ทำอยู่ในปัจจุบันหรือยัง

ตัวอย่างการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ

ส่วนที่ 2. แนวคำถามสำหรับผู้รับบริการ

แนวคำถาม	แนวการสัมภาษณ์
คำถามเกริ่นนำ	
1. ท่านรู้จัก(ใน)สถานบริการแห่งนี้ได้อย่างไรและรู้จักมากน้อยอย่างไร(มานานมากน้อยเพียงไร)	สวัสดีค่ะ คุณยาย/ตา วันนี้ดิฉัน (หนู) มาขอคุยกับคุณ....หน่อยนะคะ ว่าทำไมคุณ....ถึงได้มาอยู่ (รักษา) ที่นี่ (เป็นอะไรมา รพ.) และทำไมถึงได้เลือกมาอยู่ (รักษา)ที่นี่
2. ท่านได้รับการบริการจากสถานบริการแห่งนี้อะไรบ้าง	
คำถามหลัก 1.สถานบริการแห่งนี้มีการบริการอะไรบ้างที่เป็นจุดเด่นและน่าสนใจ 1.1 อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าการบริการนั้นๆ เป็นจุดเด่น 1.2 แต่ละบริการที่เป็นจุดเด่นมีลักษณะอย่างไร 1.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การบริการดังกล่าวเป็นจุดเด่น	• คุณยาย/ตาช่วยเล่าให้ฟังๆได้ไหมค่ะ**ว่าการดูแลที่ได้รับตั้งมาอยู่ที่นี่ มีอะไรที่ดีมาก / ที่ถูกใจ/ที่ชอบใจ/ที่ประทับใจ(เลือกใช้ไปเรื่อยเพราะแต่ละท่านจะเข้าใจคำต่างกัน) บ้างค่ะ และมันเป็นอย่างไร (ลักษณะอย่างไร) ค่ะถึงบอกว่าดีมาก / ที่ถูกใจ/ที่ชอบใจ/ที่ประทับใจ** • คุณยาย/ตา**ช่วยบอกอีกนะค่ะว่า มีอะไรที่มีผลทำให้การดูแลที่ได้รับนั้นดี**
2.สถานบริการแห่งนี้มีการบริการอะไรบ้างที่เป็นจุดด้อย ที่ต้องการให้ปรับปรุง 2.1 อะไรที่ทำให้ท่านคิดว่าการบริการนั้นๆ เป็นจุดด้อย 2.2 แต่ละบริการที่เป็นจุดด้อยมีลักษณะอย่างไร 2.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การบริการดังกล่าวเป็นจุดด้อย	ทำนองเดียวกับข้อ 1 แต่ใช้คำว่ายังไม่พอใจ/อยากให้ปรับปรุง
3.มีบริการอะไรบ้างที่ท่านคิดว่ามีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการ 3.1 แต่ละบริการมีความคุ้มค่าคุ้มทุนอย่างไร	<u>*ลำดับคำถามตั้งแต่ข้อนี้ปรับเหมือนชุดที่ 1</u> คุณตา/ยาย .....คิดว่าการดูแลที่นี่ มีอะไรบ้างที่คิดว่า คุ้มค่า (ใช้คำว่าคุ้มค่าก็พอ เพราะจะได้คำตอบแล้ว จะบอกมาเอง แต่พอถามคุ้มทุน จะทำไมให้คิดนาน รู้สึกยาก เบื่อตอบได้ เพราะว่า ถามมา

3.2 ความคุ้มค่าคุ้มทุนประเมินจากอะไร	หลายข้อแล้วความสนใจลดลง)
4.สถานบริการแห่งนี้มีการจัดการทางด้านคุณภาพอะไรบ้างอย่างไร 4.1 คำว่า “คุณภาพ” ในความคิดของท่านหมายถึงอะไร 4.2 วิธีการจัดการด้านคุณภาพอะไรบ้างที่ท่านเห็นว่าเป็นจุดเด่น 4.3 มีวิธีการในจัดการด้านคุณภาพอย่างไร 4.3.1 มีการจัดการกับปัจจัยนำเข้าอย่างไร เช่น คน (มีการคัดสรร การพัฒนาอย่างไร) เครื่องมือ อุปกรณ์ นโยบาย 4.3.2 มีการจัดการกับกระบวนการอย่างไร เช่น การให้การดูแลแบบองค์รวม ที่คำนึงถึงการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจและ จิตวิญญาณ การจัดกระทำและรูปแบบการบริการ 4.3.3.มีการจัดการกับผลลัพธ์อย่างไร เช่น ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีแผลกดทับ	ที่นี้เรามาพูดเรื่องคุณภาพ/สิ่งที่ดีๆ /(ใช้คำนี้ผู้สูงอายุจะเข้าใจ) กันหน่อยนะ คำว่าการดูแลที่ดีๆ หรือที่มีคุณภาพนี้ หมายถึงอะไร (เอาตามความคิดของคุณ...นะ) ● แล้วที่นี่เขามีการจัดการการดูแลคุณตา/ยายอย่างไรบ้าง คิดว่าดีหรือยัง หรือคิดว่าน่าจะมีอะไรที่ดีกว่านี้ ไหม ลองยกตัวอย่างซิ ● แล้วการจัดการด้านควบคุมการดูแลให้ดีนั้น คุณ.....คิดว่าต้องควบคุมดูแลอะไรบ้างค่ะ เช่น (ถามต่อไปทีละข้อ เพราะว่าจะจำไม่ได้) o ควรจัดการเรื่องคนดูแลอย่างไร o อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลรักษาควรเป็นอย่างไร o แล้วด้านวิธีการ กระบวนการต่างๆ เป็นมาอย่างไร หรือควรเป็นอย่างไร ● นอกจากที่พูดมาแล้ว คิดว่าจะมีสิ่ง/เรื่องอื่นๆ อีกไหม ที่ทำให้จัดการดูแลดีขึ้น ● คิดว่าเมื่อเข้ามาดูแลรักษาที่นี่แล้ว ไม่อยากให้มีปัญหาแทรกซ้อนอะไรบ้าง หรืออยากให้มีการปรับปรุงให้ดีๆขึ้น และที่อยากให้ดีๆขึ้นนี้ อยากให้ดีขึ้นมากแค่ไหน
9 ท่านเห็นว่าสถานบริการแห่งนี้มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอะไร บ้าง อย่างไร	***ข้อ 5-6 เหมือนส่วนที่ 1**
10 ท่านคิดว่าสถานบริการแห่งนี้ให้การบริการในการดูแลอะไรบ้างที่มีคุณภาพ 6.1 อะไรที่ทำให้ท่านจึงคิดว่าการบริการนั้นๆ มีคุณภาพ	

6.2 บริการในการดูแลที่มีคุณภาพมีลักษณะอย่างไร 6.3 มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้การดูแลนั้นๆ มีคุณภาพ	
7. ท่านคิดว่านโยบายสาธารณะอะไรบ้างที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน	● คิดว่ารัฐบาลควรมีนโยบายช่วยเหลือให้โรงพยาบาลดูแลคนสูงอายุที่เข้ามารักษายังไง (ที่สัมภาษณ์ ก็ตอบได้ไม่ตรงเท่าใด จะตอบได้เพียงว่าจะช่วยตนเองอย่างไร เช่น ดูแลฟรี เป็นต้น)
8.ในภาพรวมแล้วท่านมีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับอย่างไรบ้าง	

ภาคผนวก 3
เกณฑ์การเลือกสถานบริการ

จากการทำสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เมื่อวันจันทร์ ที่ 13 กรกฎาคม 2552 เวลา 13.30-14.30 น. ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การหาเกณฑ์ในการเลือกสถานบริการ และผู้วิจัยได้นำไปสร้างเป็นแบบประเมินเพื่อคัดเลือกสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดังต่อไปนี้

แบบประเมินเพื่อการเลือกสถานบริการ

เกณฑ์การประเมิน	RH	AL	NH	LTCH	HC
1. ด้านการบริการ					
1.1 ต้องมีการระบุวัตถุประสงค์ มีการระบุ outcome					
1.2 ต้องมีการติดตามประเมินผล และบันทึกข้อมูล					
1.3 ต้องเป็นองค์รวม คือ ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม					
1.4 ต้องส่งเสริมให้มีการพึ่งตนเองได้มากขึ้น ส่งเสริมสุขภาพ					
1.5 ญาติต้องได้รับข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการ ทั้งข้อมูลการดูแล รักษา ข้อจำกัด ปัญหาต่างๆ					
1.6 ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี					
1.7 มีบริการฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะสุดท้าย					
1.8 ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ					
2. ด้านผู้ให้บริการ					
2.1 ต้องคำนึงถึงผู้รับบริการ ว่ามีความต้องการการดูแลในระดับใด					
2.2 ผู้รับบริการต้องมีอิสระ มีทางเลือก (choice) ในการตัดสินใจ					
2.3 ต้องมีการประเมินความพอใจของผู้รับบริการ (วัดความพึงพอใจ) วัดภาวะสุขภาพ วัดคุณภาพชีวิต หรือมีเกณฑ์วัดความสุข					
2.4 คำนึงถึงวัฒนธรรม สังคมเดิมของผู้สูงอายุ					
3. ด้านสภาพแวดล้อม ต้องดี ไปมาสะดวก อยู่สะดวกสบาย					
4. ด้านบุคลากร ต้องมีการพัฒนาบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ					
5. ด้านอาคารสถานที่					
5.1 ต้องจัดการให้มีราวจับในห้องน้ำ ทางลาดต้องได้ระดับที่ถูกต้อง ประตูห้องน้ำต่างๆ Wheelchair ต้อง					

เข้าได้					
5.2 ให้ผู้รับบริการรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย					
5.3 สถานบริการมีการให้การพยาบาล (nursing care) ต้องมีการจดทะเบียน					
5.4 สถานบริบาล (nursing home) ไม่จำเป็นต้องมีขนาดใหญ่ๆ เพราะค่าใช่จ่ายสูง					
5.5 สถานบริการอาจเป็นที่เดียว/อาคารเดียวกันแต่มีการแบ่งระดับบริการ ในแต่ละชั้น เช่น ชั้นหนึ่งเป็น Assisted living หากผู้สูงอายุอาการทรุดลงต้องการการดูแลมากกว่าการทำกิจวัตรประจำวันก็ย้ายไปอยู่ชั้นที่เป็นบริการ Nursing home หากคนไหนที่ Nursing home อาการดีขึ้นก็ย้ายไปชั้นอื่นที่ต้องการการดูแลที่ลดลง					

หมายเหตุ RH = บ้านพักคนชรา AL = สถานทาให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต
NH = สถานบริบาล LTCH = สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล
HC = สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

รายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน
1.	พ.อ.นพ.เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์	โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2.	รศ.ประคอง อินทรสมบัติ	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3.	รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์	คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4.	รศ.เล็ก สมบัติ	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5	คุณ สุวรรณี ห่อวิวัฒน์	สำนักบริการสวัสดิการสังคม กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
6	คุณ ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
7.	ผศ.ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
8	ผศ.ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

9	ผศ. ดร. ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
10	อาจารย์สมพร สมสุข	โรงเรียนศึกษาบริบาล และประธานชมรมโรงเรียนผู้ดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ
11	ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
12	ผศ.ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก 4

ร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข

ฉบับที่ (พ.ศ.25.....)

เรื่อง มาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาล

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้สูงอายุมีความต้องการด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลที่แตกต่างจากกลุ่มบุคคลทั่วไป ดังนั้นเพื่อให้การจัดการของสถานพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการจัดเตรียมของผู้ให้บริการ ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ การใช้ทรัพยากรเฉพาะกลุ่มเป็นไปอย่างคุ้มค่า จึงเป็นการสมควรกำหนดการให้บริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาลเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน สามารถคุ้มครองผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามมาตรา 6 และมาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 33 มาตรา 34 มาตรา 41 มาตรา 43 และมาตรา 45 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติให้กระทำได้ โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาล ออกประกาศกำหนดมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาล ดังนี้

ข้อ 1 ในประกาศฉบับนี้

คำจำกัดความ

“ผู้สูงอายุ” หมายความถึงผู้รับบริการที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มาขอรับบริการในสถานพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่ามีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับความชรา โดยแบ่งระดับดังนี้

(1) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้

(2) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ 1-2 อย่าง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

(3) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ 3 อย่าง ขึ้นไป หรือมีภาวะสมองเสื่อมชัดเจน

“การบริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาล” หมายความถึง การจัดให้มีบริการผู้สูงอายุในด้าน

(1) การบริการแก่ผู้สูงอายุ ด้าน การส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ และรักษาโรคทั่วไป เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

(2) สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเกื้อหนุน และบริการพิเศษเฉพาะผู้สูงอายุ

“สถานพยาบาล” หมายความถึง สถานพยาบาลตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2547 และเป็นสถานพยาบาลที่มุ่งดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีการจัดระบบพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ หรือประกาศรับดูแลผู้สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้ได้รับอนุญาตและผู้ดำเนินสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีข้อกำหนดว่าด้วยการรับผู้สูงอายุไว้ในสถานพยาบาล และบริการที่ผู้สูงอายุได้รับขั้นพื้นฐาน

2.1 มีการประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลหลัก

2.2 มีการประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric assessment)

2.2.1 การได้ยิน การมองเห็น การพูดสื่อสาร

2.2.2 ความจำและภาวะสมองเสื่อม

2.2.3 ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล พฤติกรรมที่ก่อปัญหาต่อผู้ดูแลและผู้ร่วมพักอาศัย

2.2.4 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) และขั้นสูง (IADL)

2.2.5 ศักยภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2.6 การเดิน และความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ หรือหกล้ม

2.2.7 การควบคุม และการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ

2.2.8 ความเจ็บปวดเรื้อรัง

2.2.9 ปัญหาในการกลืน สุขภาพช่องปาก ภาวะทุพโภชนาการ

2.2.10 สภาพผิวหนัง และแผลกดทับ

2.2.11 การใช้อุปกรณ์ หรือผ้าเพื่อตรึง หรือผูกมัด

2.3 มีข้อกำหนดบริการขั้นพื้นฐาน ตามมาตรฐานวิชาชีพที่ผู้สูงอายุต้องได้รับดังนี้

ให้มีบันทึกผลการประเมินตามข้อ 2.2 และมีการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยมีสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผลการประเมิน และจัดให้มีบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละสาขา

บริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุ ตามข้อ 2.3.1 เช่น การพยาบาลผู้สูงอายุ โภชนาการผู้สูงอายุ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด จิตวิทยาบำบัด Speech and language therapy รวมทั้งการบริการอื่นๆ ตามข้อบ่งชี้ในผลการประเมินตามข้อ 2.3.1

2.3.3 กรณีที่ต้องมีการใช้อุปกรณ์หรือผ้าเพื่อยึดตรึง หรือผูกมัด ต้องจัดให้มีบริการให้คำปรึกษา (Counceling) กับญาติผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยยินยอมให้กระทำ

2.3.4 ในกรณีที่สถานพยาบาลมีการระบุชื่อ หรือมีการโฆษณาว่าเป็นสถานพยาบาลผู้สูงอายุหรือมีแผนกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ต้องมีแพทย์ผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่แพทยสภารับรองอย่างน้อย 1 คน *และพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่สภาการพยาบาลรับรอง อย่างน้อย 1 คน*

2.4 เมื่อมีเกณฑ์ หรือข้อบ่งชี้ของสัญญาณอันตรายของผู้สูงอายุ ได้แก่มีการแสดงของการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่อยู่ในภาวะวิกฤต ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพและภาวะของโรคผู้สูงอายุตามรายละเอียดที่กำหนดดังนี้

2.4.1 จัดให้มีแพทย์และพยาบาลดูแลใกล้ชิดสม่ำเสมอ และมีการบันทึกรายงานความก้าวหน้า (Progress report) อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง

2.4.2 มีระบบการรายงานแพทย์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่มีประสิทธิภาพ

2.4.3 มีการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมทั้งการบรรเทาอาการ การดูแลความต้องการทางด้านจิตสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยเคารพในศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วย

2.5 มีการกำหนดข้อมูลที่จำเป็นและแจ้งให้ผู้สูงอายุและหรือญาติรับทราบ ดังนี้

2.5.1 ผลการตรวจที่ชัดเจน เชื่อถือได้และครบถ้วน เป็นข้อมูลอย่างน้อยว่าพบอะไร มีลักษณะเช่นไร หรือไม่พบอะไร

2.5.2 ผลการวินิจฉัยเบื้องต้นที่สรุปได้จากการตรวจที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ให้รู้ว่าคล้ายหรือเป็นอะไรหรือไม่ และคาดว่าน่าจะมีอาการอย่างไรต่อไป โดยคำนึงถึงความพร้อมทางด้านจิตใจ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข่าวสารนั้นๆ

2.5.3 ผู้สูงอายุและหรือญาติ ได้รับทราบความก้าวหน้าของการรักษาทุกครั้งเมื่อแพทย์มาเยี่ยม

2.5.4 ผู้สูงอายุและหรือญาติ ได้รับทราบความเห็นหรือคำแนะนำ และ/หรือแผนการรักษาความความจำเป็นอย่างเพียงพอจากแพทย์ผู้ให้การรักษา เพื่อให้ทราบอย่างชัดเจนถึงสิ่งที่ต้องปฏิบัติของผู้สูงอายุและญาติ ข้อห้าม ข้อควรระวัง ลักษณะอาการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีแก้ไขป้องกันเบื้องต้นสำหรับอาการเช่นนั้น

2.5.5 ผู้สูงอายุและหรือญาติ ที่ได้รับยาได้รับทราบอย่างเพียงพอว่าฤทธิ์ของยาที่ให้ที่ต้องการคืออะไร เวลาที่คาดว่าจะเกิดผลดังกล่าว วิธีการที่ต้องปฏิบัติ ข้อห้าม ข้อควรระวัง อาการแพ้หรือผลข้างเคียง ลักษณะที่ควรรีบแจ้งแพทย์หรือพยาบาล คำแนะนำในการใช้ยา ฉลากยา วิธีการใช้ วิธีเก็บรักษา

ข้อ 3 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีข้อกำหนดว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านดังนี้

3.1 ด้านการบริการ

3.1.1 โครงสร้างการควบคุมการติดเชื้อ

3.1.2 การจัดตั้งองค์กรป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

3.1.3 การประเมินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

3.2 ด้านการเฝ้าระวัง

3.2.1 การเฝ้าระวังการติดเชื้อ

3.2.2 การจัดการระบาดของโรคติดเชื้อ

3.3 ด้านการป้องกัน

3.3.1 การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

3.3.2 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง

3.3.3 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

3.3.4 การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต ในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนเข้าหลอดเลือด

3.4 ด้านกิจกรรมสนับสนุน

3.4.1 การล้างมือ

3.4.2 การดูแลทำความสะอาดห้อง อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องใช้และสิ่งอำนวยความสะดวก

3.4.3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านโภชนาการ การป้องกันการปนเปื้อน อาหารเหลว

ข้อ 4 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีระบบการตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น มีคู่มือแนวปฏิบัติ มีการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่และเครื่องมือ

ข้อ 5 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีข้อกำหนดระบบการส่งต่อที่เหมาะสม ในด้านต่างๆ ดังนี้

5.1 การส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง ต้องมีการสื่อสาร ประสานงานแจ้งสถานพยาบาลที่รับไว้ล่วงหน้าพร้อมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตลอดจนข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็น

5.2 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลจะต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพหรือบุคลากรที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรคและความรุนแรงของโรคไปพร้อมกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในระหว่างการส่งต่อ

ข้อ 6 ให้ผู้ป่วยหรือญาติมีสิทธิเลือกสถานพยาบาล หรือสถานที่ที่ต้องการให้สถานพยาบาลนำส่ง รวมทั้งวิธีการนำส่ง เว้นแต่เป็นการเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลที่นำส่ง หรือเป็นการนำส่งของสถานพยาบาลนั้นอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้สถานพยาบาลผู้ส่งสามารถเลือกสถานที่อื่น รวมทั้งวิธีการนำส่งที่เหมาะสมได้

ข้อ 7 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นในการส่งต่อ

ข้อ 8 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่จัดให้มีหน่วยบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องจัดให้มีอาคารสถานที่และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยิน ให้เป็นไปตามกฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการ หรือทุพพลภาพ

และคนชรา พ.ศ.2548 ซึ่งออกตาม พรบ.ควบคุมอาคาร พ.ศ.2522 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2543

ข้อ 9 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ดำเนินการให้ถูกต้องภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่ประกาศฉบับนี้ใช้บังคับ

ประกาศ ณ วันที่ .....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก 5
ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการสังคม ขององค์การสวัสดิการสังคม

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานในการปฏิบัติงานขององค์การสวัสดิการสังคม

1.2 เพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินและพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาสู่การบริการที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน

2. เกณฑ์การประเมิน

2.1 กำหนดให้มีการประเมินองค์ประกอบ ตัวชี้วัด และระดับคุณภาพมาตรฐาน 3 ด้าน คือ

1) ด้านการจัดองค์กรและการบริหาร
2) ด้านการให้บริการ
3) ด้านคุณภาพการให้บริการ

2.2 ผู้ได้รับการรับรองต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยได้คะแนนระดับคุณภาพ ดังนี้

1) คะแนนระดับคุณภาพแต่ละข้อต้องมากกว่า 0
2) ผลรวมคะแนนระดับคุณภาพแต่ละด้านคิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
3) และผลรวมคะแนนระดับคุณภาพทั้ง 3 ด้านคิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

3. องค์ประกอบ ตัวชี้วัด และระดับคุณภาพมาตรฐานองค์การสวัสดิการสังคม

ด้านที่ 1 การจัดองค์กรและการบริหาร

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ระดับคุณภาพ
1.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจ	- มีการกำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจ ซึ่งสอดคล้องกับขอบเขต กฎหมาย และลักษณะของสาขาการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กร โดยผู้บริหารระดับสูงและบุคลากร มีการถ่ายทอดให้บุคลากรทุกระดับและบุคคลากรส่วนใหญ่รับรู้	5
	- มีการกำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจ ซึ่งสอดคล้องกับขอบเขต กฎหมาย และลักษณะของสาขาการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กร โดยผู้บริหารระดับสูงและบุคลากร และมีการถ่ายทอดให้บุคลากรทุกระดับแต่บุคลากรส่วนใหญ่ไม่รับรู้	
	- มีการกำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจ ซึ่งสอดคล้องกับขอบเขต กฎหมายและลักษณะของสาขาการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กร โดยผู้บริหารระดับสูงและบุคลากร แต่ไม่มีการถ่ายทอดให้บุคลากร	3
	- มีการกำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจ แต่ไม่สอดคล้องกับขอบเขต กฎหมาย และลักษณะของสาขาการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กร	2
	- ไม่มีการกำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจ	0
1.2 นโยบาย	- มีการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจ และมีการถ่ายทอดให้บุคลากรทุกระดับและบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้	5
	- มีการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจ และมีการ	4

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ระดับคุณภาพ
	ถ่ายทอดให้บุคลากรทุกระดับและบุคลากรส่วนใหญ่ไม่รับรู้	
	- มีการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจ แต่ไม่มีการถ่ายทอดให้บุคลากร	3
	- มีการกำหนดนโยบายแต่ไม่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจ	2
	- ไม่มีการกำหนดนโยบาย	0
1.3 วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	- มีการกำหนดวัตถุประสงค์/เป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับทุกกรอบนโยบาย และมีการประชุมชี้แจง	5
	- มีการกำหนดวัตถุประสงค์/เป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับทุกกรอบนโยบาย แต่ไม่มีการประชุมชี้แจง	4
	- มีการกำหนดวัตถุประสงค์/เป้าหมาย ไม่ครบทุกกรอบนโยบาย และมีการประชุมชี้แจง	3
	- มีการกำหนดวัตถุประสงค์/เป้าหมาย ไม่ครบทุกกรอบนโยบาย และไม่มีการประชุมชี้แจง	2
	- ไม่มีการกำหนดวัตถุประสงค์/เป้าหมาย	0
1.4 แผนงานและโครงการ	- มีการกำหนดแผนงานหรือโครงการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมายอย่างครบถ้วน และมีการประชุมชี้แจง	5
	- มีการกำหนดแผนงานหรือโครงการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมายอย่างครบถ้วน แต่ไม่มีการประชุมชี้แจง	4
	- มีการกำหนดแผนงานหรือโครงการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมายไม่ครบถ้วน และมีการประชุมชี้แจง	3
	- มีการกำหนดแผนงานหรือโครงการที่สอดคล้องกับนโยบายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมายไม่ครบถ้วนและไม่มีการประชุมชี้แจง	2
	- ไม่มีการกำหนดแผนงานและโครงการ	0
1.5 การปฏิบัติตามแผนงานและโครงการ	- นำแผนงานและโครงการไปปฏิบัติในรอบปีที่ผ่านมาคิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	5
	- นำแผนงานและโครงการไปปฏิบัติในรอบปีที่ผ่านมา คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	4
	- นำแผนงานและโครงการไปปฏิบัติในรอบปีที่ผ่านมา คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	3
	- นำแผนงานและโครงการไปปฏิบัติในรอบปีที่ผ่านมา คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	2
	- ไม่มีการปฏิบัติตามแผนงานและโครงการ	0
1.6 การติดตามประเมินผล		
1.6.1 การติดตามประเมินผลแผนงานและโครงการ	- มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานและโครงการ แล้วนำมาวิเคราะห์ วางแผน แก้ไขปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ อย่างน้อยคิดเป็นร้อยละ 90 ของการดำเนินการตามแผน	5
	- มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงามตามแผนงานและโครงการ แล้วนำมา	4

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ระดับคุณภาพ
	วิเคราะห์ วางแผน แก้ไขปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ อย่างน้อยคิดเป็นร้อยละ 75 ของการดำเนินการตามแผน	
	- มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานและโครงการ แล้วนำมาวิเคราะห์ วางแผน แก้ไขปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ อย่างน้อยคิดเป็นร้อยละ 50 ของการดำเนินการตามแผน	3
	- ไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานและโครงการที่ชัดเจน แต่มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นบางเรื่อง	2
	- ไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานและโครงการ และไม่มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	0
1.6.2 การรับข้อร้องเรียน	- มีระบบหรือกระบวนการรับข้อร้องเรียน และนำข้อร้องเรียนมาวิเคราะห์ วางแผน แก้ไขปัญหา และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องและผู้ร้องเรียนทราบ อย่างครบถ้วน	5
	- มีระบบหรือกระบวนการรับข้อร้องเรียน แต่นำข้อร้องเรียนบางส่วนมาวิเคราะห์ วางแผน แก้ไขปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ แต่แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องและผู้ร้องเรียนทราบไม่ครบถ้วน	4
	- มีระบบหรือกระบวนการรับข้อร้องเรียน และนำข้อร้องเรียนมาวิเคราะห์ วางแผน แก้ไขปัญหา แต่ดำเนินการไม่ครบทุกข้อร้องเรียน และมีการแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ร้องเรียนทราบ	3
	- มีระบบหรือกระบวนการรับข้อร้องเรียน และนำข้อร้องเรียนมาวิเคราะห์ วางแผน แก้ไขปัญหา แต่ดำเนินการไม่ครบทุกข้อร้องเรียน และไม่มีการแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องและผู้ร้องเรียนทราบ	2
	- ไม่มีระบบหรือกระบวนการรับข้อร้องเรียน	0
1.7 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่	- มีการกำหนดโครงสร้างองค์กร และมอบหมายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแก่บุคลากรอย่างครบถ้วนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และบุคลากรมีความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง	5
	- มีการกำหนดโครงสร้างองค์กร และมอบหมายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแก่บุคลากรอย่างครบถ้วนแต่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร และบุคลากรมีความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง	4
	- มีการกำหนดโครงสร้างองค์กร และมอบหมายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแก่บุคลากรอย่างครบถ้วนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และบุคลากรมีความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง	3
	- มีการกำหนดโครงสร้างองค์กรและมอบหมายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแก่บุคลากรอย่างไม่ครบถ้วนไม่เป็นลายลักษณ์อักษร และบุคลากรบางส่วนยังไม่ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง	2
	- ไม่มีการกำหนดโครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแก่บุคลากร	0
1.8 บุคลากรผู้ให้บริการ		

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ระดับคุณภาพ
1.8.1 คุณสมบัติของบุคลากรผู้ให้บริการ	- มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีวุฒิการศึกษา ประสบการณ์ตรงตามตำแหน่ง คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 - มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีวุฒิการศึกษา ประสบการณ์ตรงตามตำแหน่ง คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 - มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีวุฒิการศึกษา ประสบการณ์ตรงตามตำแหน่ง คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 - มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีวุฒิการศึกษา ประสบการณ์ตรงตามตำแหน่ง คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 - มีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีวุฒิการศึกษา ประสบการณ์ตรงตามตำแหน่ง คิดเป็นน้อยกว่าร้อยละ 70	5 4 3 2 0
1.8.2 การคัดสรรเตรียมความพร้อม และประเมินผลงานบุคลากรผู้ให้บริการ	- มีการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรผู้ให้บริการ - มีการทดลองงานและประเมินผลงานก่อนบรรจุบุคลากรผู้ให้บริการ - มีการปฐมนิเทศพนักงานผู้ให้บริการทุกราย - มีหลักเกณฑ์ในการคิดเลือกผู้สมัครเป็นบุคลากรอย่างชัดเจน และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นั้น - มีการประกาศรับสมัครบุคลากรผู้ให้บริการอย่างเป็นทางการ	ตัวชี้วัดนี้มีทั้งหมด 5 ตัว แต่ละตัวจะได้ 1 คะแนน
1.8.3 การพัฒนาบุคลากร	- มีแผนการพัฒนาบุคลากร การให้ความรู้ ฝึกอบรมหรือการพัฒนาบุคลากรในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ จิตสำนึก ในการให้บริการตามสาขาสวัสดิการสังคมขององค์กรอย่างน้อย 1 หลักสูตรต่อ 1 คน ต่อ 1 ปี และดำเนินการได้ครบถ้วน - ไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากร แต่มีการให้ความรู้ฝึกอบรมหรือการพัฒนาบุคลากรในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ จิตสำนึกในการให้บริการตามสาขาสวัสดิการสังคมขององค์กรอย่างน้อย 1 หลักสูตรต่อ 1 คน ต่อ 1 ปี และดำเนินการได้ครบถ้วน - ไม่มีแผนงานการพัฒนาบุคลากร แต่มีการให้ความรู้ฝึกอบรม หรือการพัฒนาบุคลากรในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ จิตสำนึกในการให้บริการตามสาขาสวัสดิการสังคมขององค์กรอย่างน้อย 1 หลักสูตรต่อ 1 คน ต่อ 1 ปี และดำเนินการได้ คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของบุคลากร หรือ - ไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากร และการให้ความรู้ฝึกอบรม หรือการพัฒนาบุคลากรในรูปแบบอื่น ๆ	5 4 3 2
1.8.4 การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจของบุคลากรผู้ให้บริการ	- มีระบบการประเมินเลื่อนขั้นเงินเดือนที่เป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรผู้ให้บริการ - บุคลากรผู้ให้บริการมีอำนาจในการติดสินใจตามบทบาทหน้าที่ - มีการให้รางวัลแก่บุคลากรผู้ให้บริการอย่างเป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรผู้ให้บริการ - มีเบี้ยเลี้ยง ค่าตำแหน่งแก่บุคลากรผู้ให้บริการ	ตัวชี้วัดนี้มีทั้งหมด 5 ตัว แต่ละตัวจะได้ 1 คะแนน

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ระดับคุณภาพ
	- มีสวัสดิการในการทำงานตามที่กฎหมายกำหนดแก่บุคลากรผู้ให้บริการ	
1.9 ระบบบัญชีและการเงิน	- มีการตรวจสอบระบบบัญชีและการเงินโดยผู้สอบบัญชี - มีการจัดทำบัญชีรายรับ – รายจ่ายเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดอำนาจการอนุมัติในการเบิกจ่ายเงิน - มีการจัดทำงบประมาณประจำปีตามแผนงานและโครงการอย่างครบถ้วน - มีการจัดทำงบประมาณประจำปี	ตัวชี้วัดนี้มีทั้งหมด 5 ตัว แต่ละตัวจะได้ 1 คะแนน
1.9 ระบบบัญชีและการเงิน	- มีการตรวจสอบระบบบัญชีและการเงินโดยผู้สอบบัญชี - มีการจัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการกำหนดอำนาจการอนุมัติในการเบิกจ่ายเงิน - มีการจัดทำงบประมาณประจำปีตามแผนงานและโครงการอย่างครบถ้วน - มีการจัดทำงบประมาณประจำปี	ตัวชี้วัดนี้มีทั้งหมด 5 ตัว แต่ละตัวจะได้ 1 คะแนน
1.10 ระบบข้อมูลสารสนเทศ		
1.10.1 ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวกับ สาขาสวัสดิการสังคมที่องค์กรจัดบริการ	- มีการรวบรวม จัดเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบันและสามารถนำมาใช้อ้างอิงได้ และเผยแพร่ให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบ - มีการรวบรวม จัดเก็บที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบันและสามารถนำมาใช้อ้างอิงได้ แต่ไม่มีการเผยแพร่ให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบ - ไม่มีการรวบรวม จัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวกับสาขาสวัสดิการสังคมที่องค์กรจัดบริการ	5 3 0
1.10.2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ	- มีการรวบรวม จัดเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบันและสามารถนำมาใช้อ้างอิงได้อย่างครบถ้วน และให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาใช้ได้ - มีการรวบรวม จัดเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัยและสามารถนำมาใช้อ้างอิงได้แต่ไม่ครบถ้วน และแจ้งให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบ - มีการรวบรวม จัดเก็บที่ถูกต้อง ทันสมัย และสามารถนำมาใช้อ้างอิงได้อย่างครบถ้วน แต่ไม่แจ้งให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบ - มีการรวบรวม จัดเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัยและสามารถนำมาใช้อ้างอิงได้แต่ไม่ครบถ้วน และไม่มีการแจ้งให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบ - ไม่มีการรวบรวม จัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ	5 4 3 2 0
1.10.3 การรักษาความลับของข้อมูล	- มีระบบหรือกระบวนการการรักษาความลับข้อมูลของผู้ใช้บริการและดำเนินการตามระบบการรักษาความลับ - ไม่มีระบบหรือกระบวนการการรักษาความลับข้อมูลของผู้ใช้บริการ หรือมีระบบหรือกระบวนการแต่ไม่ดำเนินการตามระบบหรือกระบวนการ	5 0
1.10.4 ระบบสารสนเทศ	- มีการจัดทำระบบสารสนเทศ ฐานข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย ซึ่งอาจอยู่ในรูปของเอกสาร หรืออิเล็กโทรนิกส์ เกี่ยวกับองค์กรและการบริหาร การให้บริการ บุคลากร และผลการดำเนินงานอย่างครบถ้วนและสามารถสืบค้นนำมาอ้างอิง	5

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ระดับคุณภาพ
	ได้ - มีการจัดทำระบบสารสนเทศ ฐานข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย ซึ่งอาจอยู่ในรูปของเอกสารหรืออิเล็กโทรนิกส์ เกี่ยวกับองค์กรและการบริหาร การให้บริการ บุคลากร และผลการดำเนินงานแต่ไม่ครบถ้วน และสามารถสืบค้นนำมาอ้างอิงได้ - ไม่มีการจัดทำระบบสารสนเทศ แต่มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรและการบริหาร การให้บริการ บุคลากรและผลการดำเนินงาน และสามารถนำมาอ้างอิงได้ - มีการจัดทำระบบสารสนเทศ ฐานข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย เกี่ยวกับองค์กรและการบริหารการให้บริการ บุคลากร และผลการดำเนินงานไม่ครบถ้วนและบางข้อมูลไม่สามารถสืบค้นนำมาอ้างอิงได้ - ไม่มีการจัดทำฐานข้อมูล	4 3 2 0
1.10.5 การป้องกันข้อมูลสูญหาย	- มีระบบการป้องกันความสูญหาย ความเสียหายของข้อมูล - ไม่มีระบบการป้องกันความสูญหาย ความเสียหายของข้อมูล	5 0
1.11 การประชาสัมพันธ์	- มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสาขาการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กร ขอบเขตการให้บริการ รูปแบบและลักษณะการให้บริการ บุคลากรผู้ให้บริการ สิทธิและหน้าที่ของผู้ใช้บริการ และกฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และผู้ใช้บริการและบุคลากรทั่วไปรับทราบ - มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสาขาการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กร ขอบเขตการให้บริการ รูปแบบและลักษณะการให้บริการ บุคลากรผู้ให้บริการ สิทธิและหน้าที่ของผู้ใช้บริการ และกฎหมาย กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง แต่ผู้ใช้บริการ และบุคคลทั่วไปส่วนใหญ่ไม่รับทราบ - ไม่มีการประชาสัมพันธ์	5 3 0
1.12 อาคารสถานที่ (ในกรณีที่มีสถานให้บริการ)		
1.12.1 ความพอเพียง	- มีการแยกพื้นที่ฝ่ายการบริหารออกจากพื้นที่การให้บริการอย่างเป็นสัดส่วน - มีพื้นที่สำหรับผู้ใช้บริการนั่งรอ - พื้นที่สำหรับให้บริการที่ไม่แออัด - มีการบำรุงรักษาพื้นที่สำหรับให้บริการให้อยู่ในสภาพใช้ได้ - มีพื้นที่ที่เพียงพอต่อการจัดบริการต่าง ๆ	ตัวชี้วัดนี้มีทั้งหมด 5 ตัว แต่ละตัวจะได้ 1 คะแนน
1.12.2 ความปลอดภัย	- มีการจัดการความปลอดภัยของสถานที่ให้เหมาะสมกับบริการที่ให้ หรือสภาพการใช้งาน - มีการจัดการความปลอดภัยของสถานที่ให้เหมาะสมกับบริการที่ให้ - ไม่มีการจัดการความปลอดภัยของสถานที่ที่เหมาะสม	5 3 0
1.12.3 สิ่งอำนวยความสะดวก	- มีทางลาดชันสำหรับรถเข็น - มีแสงสว่างที่เพียงพอ - มีห้องน้ำที่สะอาดถูกสุขลักษณะ	ตัวชี้วัดนี้มีทั้งหมด 5 ตัว แต่ละตัว

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ระดับคุณภาพ
	- มีราวจับตามทางเดิน - มีเครื่องมือเทคโนโลยีอำนวยความสะดวก	จะได้ 1 คะแนน
1.12.4 สภาพแวดล้อม	- มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย - มีความสะอาด - มีป้ายชื่อ ป้ายเตือน และป้ายสัญลักษณ์ที่จำเป็น - มีการจัดการที่ถูกสุขลักษณะ - มีสาธารณูปโภคที่เหมาะสม และบำรุงรักษาให้อยู่ในสภาพใช้งานได้	ตัวชี้วัดนี้มีทั้งหมด 5 ตัว แต่ละตัวจะได้ 1 คะแนน
1.13 เครื่องมือและอุปกรณ์ (ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องมีเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อการบริการ)	- มีแผนงานและการดำเนินการตามแผนในการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ และมีเครื่องมือและอุปกรณ์พียงพอต่อการให้บริการ - ไม่มีแผนงานการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ แต่มีเครื่องมือและอุปกรณ์อยู่สภาพที่ดี ใช้งานได้และเพียงพอต่อการให้บริการ - มีการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพที่ดีใช้งานได้แต่เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ - ไม่มีการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพใช้งานได้ หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อกาให้บริการ	5 4 3 1
1.14 หลักปฏิบัติที่ดี	- มีการกำหนดหลักปฏิบัติที่ดีที่พึงปฏิบัติในการบริหารและการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร และมีวิธีการในการควบคุม เพื่อให้มีการบังคับใช้ และมีการปฏิบัติตาม - มีการกำหนดหลักปฏิบัติที่ดีที่พึงปฏิบัติในการบริหารและการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร มีการปฏิบัติตามแต่ไม่มีวิธีการในการควบคุมให้บังคับใช้ - มีการกำหนดหลักปฏิบัติที่ดีที่พึงปฏิบัติในการบริหารและการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร มีมาตรการควบคุม แต่มีการปฏิบัติแต่เพียงบางส่วน - ไม่มีการกำหนดหลักปฏิบัติที่ดีที่พึงปฏิบัติในการบริหารและการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร แต่มีการปฏิบัติเพียงบางส่วน - ไม่มีการกำหนดหลักปฏิบัติที่ดีที่พึงปฏิบัติในการบริหารและการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่มีการปฏิบัติ	5 4 3 2 0

ด้านที่ 2 การให้บริการ

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ระดับคุณภาพ
2.1 รูปแบบการให้บริการ	- มีรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับนโยบายและแผนงาน มีการประเมินรูปแบบการให้บริการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ - มีรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับนโยบายและแผนงาน มีการประเมิน แต่ไม่มีความถี่ที่แน่นอนและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ - มีรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับนโยบายและแผนงาน แต่ไม่มีการประเมิน และไม่มีการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ - มีรูปแบบการให้บริการที่ไม่สอดคล้องกับนโยบายและแผนงาน แต่มีการประเมิน และปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ	5 4 3 2

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ระดับคุณภาพ
	- มีรูปแบบการให้บริการที่ไม่สอดคล้องกับนโยบายและแผนงาน และไม่มีการประเมิน และไม่มีการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ	0
2.2 กระบวนการให้บริการ	- มีการกำหนดกระบวนการ ลำดับขั้นตอน และวิธีการให้บริการตามหลักการสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ และสอดคล้องกับนโยบายและแผนงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	5
	- มีการกำหนดกระบวนการ ลำดับขั้นตอน และวิธีให้บริการ ตามหลักการสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ แต่ไม่สอดคล้องกับนโยบายและแผนงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	4
	- ไม่มีการกำหนดกระบวนการ ลำดับขั้นตอน และวิธีการให้บริการ ตามหลักการสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและกระบวนการสอดคล้องกับนโยบายและแผนงานแต่ผู้ปฏิบัติงานรับทราบครบถ้วน	3
	- ไม่มีการกำหนดกระบวนการ ลำดับขั้นตอน และวิธีการให้บริการ ตามหลักการสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และกระบวนการสอดคล้องกับนโยบายและแผนงานแต่ผู้ปฏิบัติงานรับทราบบางส่วน	2
	- ไม่มีการแสดงกระบวนการ ลำดับขั้นตอน และวิธีการให้บริการ ตามหลักการสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้ปฏิบัติงานไม่รับทราบ	0
2.3 การปฏิบัติงานตามกระบวนการให้บริการ	- มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการให้บริการอย่างครบถ้วน และมีการประเมินและปรับปรุงการปฏิบัติงานตามกระบวนการให้บริการและมีรายงานอย่างน้อย 1 เรื่องต่อปี 1 ปี	5
	- มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการให้บริการอย่างครบถ้วนและมีการประเมินและปรับปรุงการปฏิบัติงานตามกระบวนการให้บริการ	4
	- มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการให้บริการอย่างครบถ้วนและมีการประเมินการปฏิบัติงานตามกระบวนการให้บริการ	3
	- มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการให้บริการอย่างครบถ้วน	2
	- มีการปฏิบัติงานไม่เป็นตามกระบวนการให้บริการ	1
2.4 การส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคคลครอบครัว ชุมชน องค์กร และสถาบันมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคม	- มีการประชุมปรึกษาหารือกับภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างน้อย ปีละ 1เรื่อง - มีภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารองค์กร - มีการส่งเสริมอาสาสมัครเข้าร่วมในการให้บริการ - มีกิจกรรมร่วมกับประชาคมในชุมชนที่องค์กรตั้งอยู่อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง - มีช่องทางให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ	ตัวชี้วัดนี้มีทั้งหมด 5 ตัว แต่ละตัวจะได้ 1 คะแนน

ด้านที่ 3 คุณภาพการให้บริการ

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ระดับคุณภาพ
3.1 การให้บริการภายในกรอบเวลาที่กำหนด	- มีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการให้บริการในกรณีปรกติ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้ใช้บริการรับทราบ และมีการดำเนินงานตามที่กำหนดไว้ คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 100	5
	- มีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการให้บริการในกรณีปรกติ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้ใช้บริการรับทราบ และมีการดำเนินงานตามที่กำหนดไว้ คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	4
	- มีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการให้บริการในกรณีปรกติอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้ใช้บริการรับทราบ และมีการดำเนินงานตามที่กำหนดไว้ คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	3
	- มีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการให้บริการในกรณีปรกติอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้ใช้บริการรับทราบ และมีการดำเนินงานตามที่กำหนดไว้ คิดเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	2
	- ไม่มีการกำหนดกรรอบระยะเวลาในการให้บริการในกรณีปกติ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	0
3.2 การให้บริการอย่างต่อเนื่อง	- มีการติดตามผลการให้บริการ และมีการนำผลการติดตามมาทำการประเมินและวางแผนการดำเนินงานต่อไป และมีการปรับปรุง หรือให้บริการซ้ำ ในกรณีที่มีปัญหาในการให้บริการเดิม	5
	- มีการติดตามผลการให้บริการ และมีการนำผลการติดตามมาทำการประเมินและวางแผนการดำเนินงานต่อไป	3
	- ไม่มีการติดตามผลการให้บริการ	0
3.3 การให้บริการที่ทันสถานการณ์	- มีความพร้อมที่จะให้บริการ หรือส่งต่อ คิดเป็นไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	5
	- มีความพร้อมที่จะให้บริการ หรือส่งต่อ คิดเป็นไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	4
	- มีความพร้อมที่จะให้บริการ หรือส่งต่อ คิดเป็นไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	3
	- มีความพร้อมที่จะให้บริการ หรือส่งต่อ คิดเป็นไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	2
	- มีความพร้อมที่จะให้บริการ หรือส่งต่อ น้อยกว่า ร้อยละ 60	1
3.4 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	- มีกระบวนการในการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ ใช้บริการมีความพึงพอใจคิดเป็น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	5
	- มีกระบวนการในการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ ใช้บริการมีความพึงพอใจคิดเป็น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	4
	- มีกระบวนการในการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ ใช้บริการมีความพึงพอใจคิดเป็น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	3
	- มีกระบวนการในการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ ใช้บริการมีความพึงพอใจคิดเป็น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	2
	- ไม่มีกระบวนการในการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	0
3.5 การให้บริการที่เป็นประโยชน์ในระดับสังคม	- มีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายระดับประเทศและกฎหมายที่เกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคม - มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนทางสังคมเกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางสังคม	ตัวชี้วัดนี้มีทั้งหมด 5 ตัว แต่ละตัว

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	ระดับคุณภาพ
	- มีส่วนร่วมในการผลักดันให้ประชาชนเข้ามาทำความดีแบบจิตอาสา - มีส่วนร่วมในการผลักดันให้สังคมเห็นความสำคัญของจิตอาสา - นำข้อมูลไปเผยแพร่ให้กับสังคม	จะได้ 1 คะแนน

หมวด2

มาตรฐานองค์การสวัสดิการสังคม

ข้อ 9 ให้องค์การสวัสดิการสังคมดำเนินการจัดสวัสดิการสังคมให้เป็นไปตามหลักคุณธรรม ความโปร่งใส การมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบ และความคุ้มค่า

ข้อ 10 ให้องค์การสวัสดิการสังคมดำเนินการจัดองค์กร และการบริหาร การให้บริการ และคุณภาพการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(1) การจัดองค์การและการบริหาร ต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย วัตถุประสงค์ ขอบเขต เป้าหมาย สาขาการจัดสวัสดิการสังคม โครงสร้างและกระบวนการบริหารจัดการแผนงานโครงการ ระบบการพัฒนาบุคลากร ระบบบัญชีและการเงิน ระบบข้อมูลสารสนเทศและการประชาสัมพันธ์ ระบบการติดตามประเมินผล อาคารสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานโดยยึดหลักธรรมาภิบาล

(2) การให้บริการ ต้องมีการกำหนดรูปแบบและวิธีการในการให้บริการ มีกระบวนการให้บริการที่ชัดเจน และมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กรและสถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเต็มที่

(3) คุณภาพการให้บริการ ต้องมีการให้บริการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว ต่อเนื่องและทันสถานการณ์ ตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้รับบริการ รวมทั้งเกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือมีประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม (หน้า 39)

หมวด 1

การรับรองมาตรฐานองค์การสวัสดิการสังคม

ข้อ 5 องค์การสวัสดิการสังคมแห่งใดได้ปฏิบัติงานเป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคม อาจยื่นคำขอรับรองมาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคมตามระเบียบนี้ได้

ข้อ 6 การยื่นคำขอรับรองตามข้อ 5 ในเขตท้องที่กรุงเทพมหานครให้ยื่นคำขอที่สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร และให้สำหนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานครตรวจสอบความถูกต้อง แล้วส่งคำขอให้สำนักงานภายในเจ็ดวันทำการ

ในเขตท้องที่อื่นให้ยื่นคำขอที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดแห่งท้องที่ที่องค์การสวัสดิการสังคมนั้นตั้งอยู่ และให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดที่รับคำขอตรวจสอบความถูกต้อง แล้วส่งคำขอให้สำหนักงานภายในเจ็ดวันทำการ

เมื่อสำนักงานได้รับคำขอตามวรรคหนึ่ง และมีหลักฐานถูกต้องครบถ้วนให้สำนักงาน เสนอคณะอนุกรรมการพิจารณาให้เสร็จสิ้นภายในเก้าสิบวัน

ข้อ 7 ให้คณะอนุกรรมการทำหน้าที่สร้างเครื่องมือ เกณฑ์การประเมิน กำหนดแนวทาง และดำเนินการตรวจประเมินผลการปฏิบัติงานตามที่ได้มีการยื่นคำขอรับรองมาตรฐาน และให้ความเห็นชอบเพื่อให้ผู้อำนวยการออกเครื่องหมายการรับรองตามความเห็นของคณะอนุกรรมการ

ข้อ 8 เมื่อองค์การสวัสดิการสังคมแห่งใดได้รับการรับรองมาตรฐาน ให้ผู้อำนวยการออกเครื่องหมายการรับรอง และให้สำนักงานเผยแพร่ต่อสาธารณชนต่อไป

ข้อ 9 ในกรณีปรากฏว่าองค์การสวัสดิการสังคมแห่งใด ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานแล้วไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคมในข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อตามที่ได้รับการรับรอง ซึ่งเชื่อว่าจะมีผลเสียหายต่อผู้รับบริการสวัสดิการสังคม และผู้อำนวยการหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายได้ให้คำแนะนำและตักเตือนเป็นหนังสือแล้ว หากองค์การสวัสดิการสังคมแห่งนั้นยังไม่แก้ไขโดยไม่มีเหตุอันควร ให้ผู้อำนวยการโดยความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการสาขาที่ให้การรับรองมีหนังสือเพิกถอนการรับรองมาตรฐานได้ (หน้าที่ 42 - 43)

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ. (2551).

ภาคผนวก 6
ขอบเขตการรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลของหอผู้ป่วยประคับประคอง
(Criteria for Palliative Care)

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะสำคัญอื่นๆ ที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายใน 3 เดือน
2. เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เฉพาะทางอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน ถูกปรับเปลี่ยนสถานะภาพจากการบำบัดรักษาโรคให้หายขาดมาเป็นเพียงการดูแลรักษาตามอาการ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ (เช่น มะเร็ง) ได้ลุกลามไปมากแล้ว
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาแล้วเห็นว่า มีความเสี่ยงสูงมากต่อการควบคุมความปวด เช่น Cancer pain พบว่ามีความต้องการยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาความปวดที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความเป็นไปได้ที่ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยารูปแบบอื่น
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถาบันทางการแพทย์อื่น ๆ โดยโรคที่เป็นอยู่ลุกลามไปมากเกินกว่าจะให้การบำบัดใด ๆ เป็นการเฉพาะ และคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ไม่เกิน 3 เดือน
5. ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ
6. กรณีที่แพทย์เจ้าของไข้ไม่อยู่หรือติดต่อไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม แพทย์ในหน่วยงานการดูแลแบบประคับประคองจะต้องช่วยให้การรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแทน

ที่มา: หอผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลสงฆ์

ภาคผนวก 7
สำเนาใบอนุมัติจริยธรรมการวิจัย