

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง
จังหวัดมหาสารคาม

Development of care model for dependent elderly persons in health service
network of Kaedam District, Mahasarakham Province

นารัตน์ บุญนาน¹, มาวิน ทับแสง²
Nawarat Bunnan¹, Mavin Tabseang²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart วัตถุประสงค์การวิจัย พัฒนาและศึกษาผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพอำเภอแกลง ระยะเวลาดำเนินการ เมษายน 2558 - เมษายน 2559 ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้รับสัมภาษณ์แบบเชิงลึก 12 คน 2) กลุ่มสนทนากลุ่มจำนวน 8 คน 3) กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น จำนวน 60 คน 4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน 5) ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จำนวน 319 คน 6) ทีมสหวิชาชีพ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบทดสอบความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลจากการวิจัย พบว่า

1. จากการศึกษาสถานการณ์อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบยังไม่ชัดเจนตามรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง มีการระดมสมองผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคและวางแผนแก้ไข
2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง ประกอบด้วย
 - 1) มีคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ ระดับตำบล 2) มีผู้ประสานงาน/ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงระดับอำเภอ 3) มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน 4) มีผู้รับผิดชอบงานแต่ละพื้นที่ 5) มีคู่มือ Care giverดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 6) Care giverผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย 7) อบรมฟื้นฟูเพิ่ม Care give 1 ครั้งต่อปี 8) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน 1 ครั้งต่อปี หลังการฝึกอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงสูงกว่า ($\bar{x} = 26.02$, S.D=1.559) ก่อนการฝึกอบรม ($\bar{x} = 22.42$, S.D=2.388) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$)

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงพยาบาลแกลง

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกลง

3. การติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 319 คน หลังดำเนินการมีคะแนน ADL ดีขึ้นทุกกลุ่ม และจากการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง พบว่า หลังดำเนินการคุณภาพชีวิตดีขึ้นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44 การมีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม เป็นอำเภอแรกๆที่ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 100

คำสำคัญ: รูปแบบ การดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง

Abstract

This research is an action research following Kemmis & McTaggart's concept which aims to develop care model for dependent elderly persons in health service network of Kaedam District. Study duration was from April 2015 to April 2016. The samples were comprised of 6 groups : 1. In-depth interview group 12 persons 2. Focus group discussion 8 persons 3. Brainstorming group 60 persons 4. Caregivers 45 persons 5. Dependent elderly persons 319 persons and 6. Multidisciplinary team member 20 persons. The tools used in Barthel Activities of Daily Living : ADL, WHOQOL-BREF-THAI, Caregiving knowledge questionnaire for, Focus group discussion guide and In-depth interview. Quantitative data were analyzed by percent mean and standard deviation. Qualitative data were organized and used content analysis.

The results of this study were :

1. Village health volunteers lacked of knowledge and skill for dependent elderly care. The action of responsible persons was not clear following care model for dependent elderly persons. The related parties analyzed and planned to solve problems by brainstorming.

2. Care model for dependent elderly persons in health service network of Kaedam District consisted of 1) Committee in sub-district and district 2) Coordinator / System manager of dependent elderly care in health service network of district 3) Continuing care from hospital to community 4) Responsible persons in each area 5) Dependent elderly care in health service network of Kaedam district manual 6) Care giver trained 70 hours from Development of Health 7) Training to improve Care give once a year 8) Arrange a meeting to share knowledge once a year. After training found that the sample group of Village health volunteers had average about dependent elderly persons ($\bar{x} = 26.02$,S.D=1.559) higher than before training($\bar{x} = 22.42$, S.D=2.388). (statistical significance level at .01)

3. Monitoring and evaluation dependent elderly care 319 persons. After finished process, ADL score was higher and quality of life was higher at good level (44%) Going concern helped long term care for elderly persons in sub-district of health service network of Kaedam District, Mahasarakham Province was completed.

Keywords : care model for dependent elderly persons

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ ร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (144 ล้านคน) นั้นหมายถึงประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมสภาพ โดยพบว่าโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ 5 อันดับแรกในผู้สูงอายุชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคมะเร็งตับ สำหรับผู้หญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุดูแลตนเองไม่ได้เลย 63,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.9 โดยพิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเอง¹

จังหวัดมหาสารคามปี 2557 จากการสำรวจมีผู้สูงอายุทั้งหมด 150,307 คน คิดเป็นร้อยละ 18.25 และแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามการประเมินศักยภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) ร้อยละ 94.06 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ร้อยละ 4.89 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) ร้อยละ 1.05²

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม มี 6 ตำบล 7 เขตการปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลงได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (2555-2557) มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 12.01, 12.09 และ 13.36 ตามลำดับ³ ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุปี 2557 พบผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคมช่วยเหลือตัวเองได้ดี) ร้อยละ 97.67 กลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง) ร้อยละ 1.80 กลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียงกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย) ร้อยละ 0.53 เป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน

โลหิตสูง) คิดเป็นร้อยละ 53 เป็นผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลอยู่คนเดียวจำนวน 3 คน และผู้สูงอายุอยู่ด้วยกันตามลำพัง 6 คู่ ปัญหา และอยู่กับลูกซึ่งต้องอยู่ดูแลตลอดไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ 24 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุต้องดูแลบุตรที่พิการทางจิต จำนวน 8 ราย ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและครอบครัวซึ่งในชุมชนยังขาดผู้ดูแลที่มีองค์ความรู้เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง ได้รับโลรางวัลอำเภอ 80 ปียั้งแจ้ว (ต้องมีตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 20 ขึ้นไป) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพแกลง ชุมชนและภาคีเครือข่ายยังไม่เข้มแข็งมีส่วนร่วม น้อย เครือข่ายบริการสุขภาพแกลงจึงมีการพัฒนาต่อยอดโดยการศึกษา การเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2557 เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีการส่งเสริมภาคีเครือข่ายในการสร้างสุขภาพตามวิถีชีวิตในบริบทชุมชน มีการส่งเสริมสนับสนุนท้องถิ่นในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขระยะยาว แต่จากการประเมินผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557 ยังพบปัญหาดังกล่าวข้างต้น⁴ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง จึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้เขียนโครงการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้รับการดูแลระยะยาวโดยชุมชน เครือข่ายสุขภาพอำเภอแกลงโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น จำนวนเงิน 262,400 บาท และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง

ภายใต้โครงการนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพอำเภอแกลง
2. พัฒนาและศึกษาผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพอำเภอแกลง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย
3. ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart⁵ โดยใช้กระบวนการ PAOR ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขอบเขตพื้นที่ ดำเนินการในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลงมี 6 ตำบล 7 เขตการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการคัดเกณฑ์พื้นที่แบบจำเพาะเจาะจง

2. ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาประกอบด้วย

2.1 กลุ่มผู้รับสัมภาษณ์แบบเชิงลึก ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกองกิจการบริหารส่วนตำบล หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล 12 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

2.2 กลุ่มสนทนากลุ่มประกอบด้วยตัวแทนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

2.3 กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็นสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวน 60 คน (ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล 7 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน พยาบาลวิชาชีพจากกลุ่มงานเวชฯโรงพยาบาลแกลง 1 คน อสม. 18 คน ผู้สูงอายุ 18 คน (ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ 9 คน ผู้สูงอายุจากกรรมการวัด 9 คน) นักวิชาการสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกลง 1 คน ท้องถิ่นอำเภอ วัฒนธรรมอำเภอ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และทีมสหวิชาชีพจาก รพ.แกลง 4 คน (แพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ/ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา วางแผนพัฒนา

2.4 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพ แกดดำ) พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล / จากกลุ่มงานเวช ารพ.แกดดำ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุขจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดดำ รวมจำนวน 20 คน เพื่อเตรียมเนื้อหา เอกสาร ในการอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการ Care giver (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องตามบริบท เครือข่ายบริการสุขภาพแกดดำ

2.5 กลุ่มผู้ตอบแบบทดสอบ ความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ประกอบด้วย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจำนวน 45 คน โดยใช้ วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยเลือกจาก อาสาสมัครที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 1 ปีขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมอบรม

3. ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการ สะท้อนกลับ (Reflection) มีการดำเนินการ ดังนี้

3.1 ระยะเวลาวางแผน (Plan) โดย การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการ ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) การประเมินศักยภาพการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุเครือข่ายบริการ สุขภาพแกดดำ โดยใช้แบบคัดกรองความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งหมด 4,721 คน

2) ประเมินคุณภาพชีวิต โดยรวมผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง โดยใช้แบบสอบถาม

คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับไทย

3) การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก โดยสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล นายกองกิจการบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพองค์การบริหาร ส่วนตำบล เพื่อขอทราบแนวความคิดเห็น เกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรคของการบริการการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงและแนวทางการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ที่เหมาะสม กับปัญหาสุขภาพของชุมชน

4) สนทนากลุ่ม ตัวแทน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เพื่อทราบปัญหา อุปสรรคของการดูแล และความต้องการในการ พัฒนาตนเองเกี่ยวกับความรู้และทักษะการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จำนวน 8 คน

3.2 ระยะเวลาดำเนินการพัฒนา (Action) ดำเนินการ พัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพอำเภอแกดดำ ดังนี้

1) สร้างการมีส่วนร่วมของ ภาคิเครือข่าย จำนวน 60 คน ประกอบด้วย Care giver ผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น โรงพยาบาลแกดดำ อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ท้องถิ่นอำเภอ วัฒนธรรมอำเภอ วิทยาลัย พยาบาลศรีมหาสารคาม ระดมความคิดเห็น วิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ/การดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา วางแผนดำเนินการ พัฒนา

2) ประชุมเตรียมทีมวิทยากร ระดับอำเภอในการอบรม Care giver ตาม หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย⁶ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านให้บริการผู้สูงอายุ กลุ่มพึ่งพิง จำนวน 20 คน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลผู้จัดการการดูแล (ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขา การพยาบาลผู้สูงอายุ) พยาบาลประจำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง
พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลแกดำ เกษีชกร นักกายภาพบำบัด
นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย ได้มาตรวจสอบ
ความเหมาะสมของเนื้อหาและวิธีดำเนินการ
อบรมร่วมกันเพื่อกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับ
แนวทางในการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแล
ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง พร้อมกับกำหนดวิธี
ดำเนินการและกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กำหนด
คณะทำงาน ระยะเวลา วิธีการอบรม กิจกรรม
และเนื้อหาของการอบรม

3) จัดการฝึกอบรมตาม
แนวทางในการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแล
ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง
ของกรมอนามัย และทดสอบความรู้ตามหลักสูตร
ก่อนการอบรม จำนวน 30 ข้อ Care giver จำนวน
45 คน ใช้เวลาในการฝึกอบรม 10 วัน
เป็นภาคทฤษฎี 30 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ 40 ชั่วโมง
หลังจากที่ได้การฝึกอบรมแล้วมีการจัดทำ
แผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงตามพื้นที่
รับผิดชอบ Care giver 1 คน รับผิดชอบผู้สูงอายุ
กลุ่มพึ่งพิง 7- 8 คน ปฏิบัติงานเป็นเวลา 2 เดือน
โดยมีพี่เลี้ยง คือ พยาบาลวิชาชีพประจำ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแนวทาง
การประสานงาน โดยมีผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพ
จากโรงพยาบาลแกดำ สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอแกดำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในอำเภอแกดำ ติดตามประเมินครอบคลุมทุก
พื้นที่เดือนละ 1 ครั้ง

3.3 ระยะเวลาสังเกตการณ์
(Observe) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินผล
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ดังนี้

1) ประเมินผลจากสังเกต
พฤติกรรมบริการดูแลของอาสาสมัครผู้ดูแล
ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ขั้นตอนการสื่อสารทักทายและ
ทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงจนเสร็จสิ้น
กระบวนการดูแล โดยผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง

2). สัมภาษณ์แบบเชิงลึก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพองค์การบริหาร
ส่วนตำบล และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม
พึ่งพิง จำนวน 12 คน เกี่ยวกับการปฏิบัติงานใน
ชุมชนของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง
หลังจากได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะ
การดูแลแล้ว

3) ประเมินความรู้ หลังจาก
ผ่านการอบรมและได้ปฏิบัติงานเป็นเวลา 2 เดือน
โดยใช้แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุของ
กรมอนามัยตามหลักสูตร 30 ข้อ

3.4 การสะท้อนกลับ
(Reflection) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุด
โครงการ โดยดำเนินการถอดบทเรียน จัดเวที
แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงาน ประกอบด้วย
Care giver ผู้ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น โรงพยาบาลแกดำ อสม. ชมรมผู้สูงอายุ
ท้องถิ่นอำเภอ วัฒนธรรมอำเภอ วิทยาลัย
พยาบาลศรีมหาสารคาม รวม 100 คน และสรุปรูป
แบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่าย
บริการสุขภาพอำเภอแกดำ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือ
การวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา
มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลผู้สูงอายุ เป็นข้อสอบแบบถูกผิด จำนวน 30
ข้อ มีเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้
ตามหลักสูตรการอบรมของกรมอนามัย

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบ
สัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา
อุปสรรคของการบริการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม
พึ่งพิงและแนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูป
แบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จำนวน 2 ข้อ

3. การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะ คำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหา คำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามกำหนด จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรคของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการในการพัฒนาตนเองเกี่ยวกับ ความรู้และทักษะต่างๆ จำนวน 4 ข้อ ที่เกี่ยวกับ

บทบาท ประสบการณ์การดูแล ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง

4. แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีจำนวน 10 ข้อ (THAI)⁷ โดยมีการแปลผลของคะแนนดังนี้

0 - 4 คะแนน แปลผล ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence

5 - 8 คะแนน แปลผล ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence

9 - 11 คะแนน แปลผล ภาวะพึ่งพาปานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence

12 - 20 คะแนน แปลผล ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home

5. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับไทย (WHOQOL-BREF--THAI)⁸ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพ

ชีวิต WHOQOL -BREF-THAI 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อคือข้อ 2, 9, และ 11 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อความทางลบแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลยให้	5	คะแนน
ตอบ	เล็กน้อยให้	4	คะแนน
ตอบ	ปานกลางให้	3	คะแนน
ตอบ	มากให้	2	คะแนน
ตอบ	มากที่สุดให้	1	คะแนน

ข้อความทางบวกแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลยให้	1	คะแนน
ตอบ	เล็กน้อยให้	2	คะแนน
ตอบ	ปานกลางให้	3	คะแนน
ตอบ	มากให้	4	คะแนน
ตอบ	มากที่สุดให้	5	คะแนน

การแปลผลโดยรวมแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับไทย

คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบความเที่ยงแบบสอบถาม

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับอาสาสมัครผู้ดูแลสูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1) แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91, 0.93 ตามลำดับ ในส่วนของแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ได้ตรวจสอบความตรง โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญแล้วปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำเพื่อความถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความรู้โดยหา Paired -Sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องโดยตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็น

ความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งตอบผลการวิจัยเป็น 4 ระยะโดยใช้กระบวนการ PAOR ดังนี้

1. ระยะวางแผน (Plan) โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนน ADL 0-11 คะแนน) มีทั้งหมด 319 คน เป็นผู้สูงอายุหญิง 232 คน เป็นชาย 87 คน แบ่งกลุ่มพึ่งพิงเป็น 4 กลุ่มตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 67.71 กลุ่มที่ 2 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย และมีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 23.29 กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 5.64 กลุ่มที่ 4 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 3.45 จากประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41 จากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง พบว่า ยังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนเพราะยังเป็นเรื่องใหม่ ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลอยู่คนเดียว มีโรคประจำตัว ผู้ดูแลขาดความรู้ และขาดทักษะและความชำนาญในการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 และกลุ่ม 4 (ที่นอนติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้) โดยเฉพาะทักษะ

การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การสระผมบนเตียง การบริหารข้อป้องกันข้อติด การดูแลความสะอาดสายสวนปัสสาวะเป็นต้น ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลอย่างมีบุคลากรที่สามารถปรึกษาปัญหาได้ทันเวลา ต้องการพัฒนาตนเองหรือมีช่องทางประสานผู้เกี่ยวข้อง ในการดูแลได้ทันทีเมื่อเกิดปัญหา ได้ข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้การดูแลผู้สูงอายุแต่ละคน โดยการสำรวจความรู้และทักษะที่ต่อการ พัฒนาในทุกๆ ปี เพื่อช่วยให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้หลากหลาย ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มทักษะในการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันอยากให้ปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในการจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและยากจนให้ทั่วถึง

2. ระยะดำเนินการพัฒนา (Action)

ดำเนินการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม พึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพอำเภอแกลง โดยดำเนินการดังนี้

2.1 ประชุมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวน 60 คนที่เป็นตัวแทนของทุกตำบล ที่โรงพยาบาลแกลง คั้นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข โดยระดมความคิดเห็น จัดทำแผน/ดำเนินการตามแผนดังนี้ มีคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ/ระดับตำบลและมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีผู้ประสานงานระดับเครือข่ายบริการสุขภาพแกลง(ผู้วิจัยเป็นผู้รับหน้าที่นี้) มีผู้รับผิดชอบขอข้อมูลทุกระดับชัดเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องผ่านการอบรม Care giver ตามหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้ารับการศึกษาอบรม ต้องเป็นผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้า

รับการอบรม และมีแผนพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อช่วยให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้หลากหลาย ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้ดีขึ้น และมีเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่ายเพื่อพบปะและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุทุกปี

2.2 ประชุมเตรียมทีมวิทยากร

ระดับอำเภอ ในการอบรม Care giver ตามหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาอุปสรรคและความต้องการ การดูแลเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงให้ได้คุณภาพ โดยมีระยะเวลาฝึกอบรมตามหลักสูตร 10 วัน แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 30 ภาคปฏิบัติ 40 ชั่วโมง

2.3 จัดการฝึกอบรมตามแนวทาง

ในการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย ให้กับอาสาสมัคร (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) จำนวน 45 คน แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 30 ชั่วโมง เป็นการบรรยายและสาธิต พร้อมทั้งแสดงบทบาทสมมุติที่ห้องประชุม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกลงมีการทดสอบก่อนการอบรมตามหลักสูตร 30 ข้อ ภาคปฏิบัติ 40 ชั่วโมง มีการฝึกปฏิบัติที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลแกลงและแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ออกปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในชุมชนในช่วงเช้ากลับมาสรุปร Case ในช่วงบ่ายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแล และวันสุดท้ายของการอบรม มีการนำข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบมาจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) 1 คน รับผิดชอบผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 7- 8 คน ติดตามดูแล 3 วัน ต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 2 เดือน โดยมีพี่เลี้ยง คือ

พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้วิจัย ร่วมกันจัดทำแนวทางการการดูแลต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลแกดำถึงชุมชน (ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง) ติดตามประเมินครอบคลุมทุกพื้นที่เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีทีมสหวิชาชีพและผู้วิจัย .

3. ระยะสังเกตการณ์ (Observe) ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกดำ พบว่า

3.1 ผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการฝึกอบรมของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการให้บริการก่อนและหลังการฝึกอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนอบรมและหลังการฝึกอบรม

ระยะดำเนินการ	n	คะแนนเต็ม	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด	\bar{x}	SD	t	p-value
ก่อนการอบรม	45	30	26	18	22.42	2.388	8.319	$p < 0.001$
หลังการอบรม	45	30	29	24	26.02	1.559		

$p < 0.001$

3.2 จากการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41 หลังดำเนินการคุณภาพชีวิตดีขึ้นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44

ก่อนและหลังดำเนินโครงการ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงทุกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงกลุ่ม 4 ก่อนการดำเนินการมี จำนวน 12 คน หลังดำเนินการเหลือจำนวน 1 คน ดังตารางที่ 2

3.3 ผลการประเมินการใช้แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ก่อนและหลังการดำเนินงาน

พื้นที่ดำเนินการ	ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ก่อนดำเนินการ				ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง หลังดำเนินการ			
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. เทศบาลตำบลแกดำ	49	20	6	4	47	21	4	1
2. เทศบาลตำบลมิตรภาพ	10	4	0	0	8	3	1	0
รพ.สต.ป่าช่าง/ตาหลุง	26	0	1	0	12	0	1	0
3. ตำบลแกดำ	15	2	1	1	15	2	1	0

ตารางที่ 2 (ต่อ) ตารางเปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ก่อนและหลังการดำเนินงาน

พื้นที่ดำเนินการ	ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ก่อนดำเนินการ				ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง หลังดำเนินการ			
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
	1	2	3	4	1	2	3	4
4. ตำบลวังแสง	25	8	2	1	4	4	1	0
รพ.สต.หนองบัว/วังแสง	32	2	2	1	29	2	2	0
5. ตำบลหนองกุง	22	3	2	1	7	3	0	0
6. ตำบลโนนภิบาล	26	6	3	1	15	6	3	0
7. ตำบลหนองแสน	33	5	2	3	14	5	1	0
รวม	238	50	19	12	151	46	14	1

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) เมื่อสิ้นสุดโครงการ ประชุมถอดบทเรียน การดำเนินงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การปฏิบัติงาน พบว่า ได้เรื่องเล่าเร้าพลังในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่เกิดจากการทำงานของ Care Giver ทั้งหมด 8 เรื่อง ซึ่งสื่อถึงความภาคภูมิใจและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี และจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกท่านมีความรู้ความเข้าใจและยอมรับในรูปแบบที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น การมีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแคว้น จังหวัดมหาสารคาม เป็นอำเภอแรกที่ดำเนินการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว⁹ ครบร้อยละ 100 และผ่านเกณฑ์คุณภาพการประเมินตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร้อยละ 100 ในปี 2559

สรุป รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแคว้น จากวิจัย ประกอบด้วย 1) มีคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ ระดับตำบล 2) มีผู้ประสานงาน/ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงระดับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ

3) มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล แก่ดำถึงชุมชน 4) มีผู้รับผิดชอบงานแต่ละพื้นที่ (พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระดับตำบลและเป็นพี่เลี้ยงให้กับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 5) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย 6) มีคู่มือ Care giver ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแคว้น 7) อบรมฟื้นฟูเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 1 ครั้งต่อปี 8) มีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน/สรุปผลงาน 1 ครั้งต่อปี

อภิปรายผล

สถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่ายสุขภาพอำเภอแคว้น มีทั้งหมด 319 คน เป็นผู้สูงอายุหญิง 232 คน เป็นชาย 87 คน อาศัยอยู่กับครอบครัว 259 คน อยู่กับสามีภรรยา 11 คู่ อยู่คนเดียว 9 คน และเป็น กลุ่มที่ 1 (กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง) ซึ่งเสี่ยงต่อการหกล้มมากถึง ร้อยละ 67.71 จะต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในเขตอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ปิยะดา ด้วงพิบูลย์ ที่พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีจำนวน

มากที่สุดคือกลุ่มที่เดินลำบากและเสี่ยงต่อการหกล้ม¹⁰ ซึ่งเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกดำ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2556 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนเนื่องจากต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการพัฒนาจนกระทั่งปีงบประมาณ 2558 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น มีนโยบายสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุผู้วิจัยจึงเขียนโครงการขอรับงบประมาณสนับสนุนมาดำเนินการ สอดคล้องกับ การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹² ที่กล่าวไว้ในขณะนี้ เป็นระยะที่หลายพื้นที่ มีการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือกันในชุมชนโดยความร่วมมือของ ทีมสาธารณสุข ท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนขึ้น เนื่องจากมีการขับเคลื่อนผลักดันเชิงนโยบายของรัฐบาลในปี 2558 และเริ่มมีงบประมาณสนับสนุนให้ในปีงบประมาณ 2559 เป็นปีแรก และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในแต่ละที่อาจคล้ายกันแต่ไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับปัจจัยในแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษา การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย³ เครือข่ายบริการสุขภาพแกดำการวิจัยในครั้งนี้ เปิดโอกาสให้ผู้มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทุกพื้นที่ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคและสถานการณ์ผู้สูงอายุทั้งภาพรวมระดับอำเภอและรายตำบลของตนเองซึ่งบางพื้นที่ยังไม่ได้ดำเนินการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแต่เมื่อมีอาสาสมัครเข้ามารับการอบรมเป็นผู้ดูแลและได้มามีส่วนร่วมในการพัฒนาจึงเกิด ความรู้สึกเป็นทีมเดียวกันและได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเป็นภาพของเครือข่ายอำเภอแกดำประกอบด้วย 1) ต้องมีนโยบายระดับอำเภอ

ผู้บริหารเห็นความสำคัญโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ ระดับตำบล 2) มีผู้ประสานงานงาน/ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงระดับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ(ซึ่งเป็นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุทำให้มีโอกาสเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางานผู้สูงอายุ 3) มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแกดำถึงชุมชน 4) มีผู้รับผิดชอบงานแต่ละพื้นที่ (ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระดับตำบล) ที่รู้ข้อมูลผู้สูงอายุและสามารถเป็นพี่เลี้ยงให้กับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้ 5) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย 6) มีคู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกดำ 7) มีความต้องการอบรมฟื้นฟูเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 1 ครั้งต่อปี 8) มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน/สรุปผลงาน 1 ครั้งต่อปี

แนวทางการพัฒนาความรู้และทักษะอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จะต้องเน้นให้เกิดความรู้และทักษะที่จำเป็นที่นำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนตามบริบทที่มีอยู่จริง สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับ ดัชนีวัดตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564)¹³ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงนโยบายสำคัญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง สำนักอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขปี 2558 และที่สำคัญปี พ.ศ. 2559 อำเภอแกดำทุกตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 100

ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลครอบคลุมทั้ง
อำเภอ

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกดำ ที่พัฒนาขึ้น
ควรได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้อง
กับบริบทในการให้บริการและพัฒนาให้สอดคล้อง
กับความรู้และ วิทยาการที่เกิดขึ้นใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ
การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรมการ
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
สรุปรายงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
มหาสารคามประจำปี 2557. (เอกสารอัด
สำเนา). 2557.
3. โรงพยาบาลแกดำ. สถิติผู้มารับบริการ
โรงพยาบาลแกดำประจำปี 2555-2556.
(เอกสารอัดสำเนา); 2557.
4. สมพงษ์ จันทรโอวาท, นวรัตน์ บุญนาน,
สุภาพร สุโพธิ์. การเสริมสร้างศักยภาพ
เครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาว อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม.
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2558; 12:
9-134.
5. ฉัตรวีรณ องค์กรสิงห์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อ
พัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของ
ชุมชน ตำบลโคกกระชาย อำเภอครบุรี จังหวัด
นครราชสีมา. นครราชสีมา: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข; 2549.
6. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข. คู่มือแนวทางกาฝึกอบรมผู้ดูแล
ผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง. กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
7. กรมอนามัย. แบบประเมินความสามารถใน
การประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล
เอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living:
ADL). กรมอนามัย; 2557.
8. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์ และคณะ. แบบวัด
คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
ชุดย่อฉบับภาษาไทย(World Health
Organization Quality of Life Brief-Thai,
WHOQOL-BREF-THAI). กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
9. ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข. องค์ประกอบการทำงานตำบล
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาว. ขอนแก่น:
ศูนย์อนามัยที่ 6; 2557.
10. ปิยะดา ด้วงพิบูลย์. การประเมินภาวะพึ่งพา
ของผู้สูงอายุในเขตอำเภอวัดเพลง จังหวัด
ราชบุรี. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ; 2552.
11. ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช
เสนานิกรณ์ และวาริ ศรีสุรพล. การดูแล
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติ
ศึกษาปริทรรศน์. มจร ปีที่ 5 ฉบับพิเศษ;
2558.
12. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์; ไพบูลย์ สุริยะวงศ์
ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร
บวรศม ลีระพันธ์. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบ
การดูแลระยะยาว (Long-term care)
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คลังข้อมูลและ
ความรู้ระบบสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข (สวรส.); 2559.
13. ดัชนีวัดตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.
2545 - 2564). ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552.
กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2552.