การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมิ

จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก*, นิกร ระวิวรรณ*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมิ ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2562 - มกราคม 2563 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 95 คน และทีมผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 90 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินผู้สูงอายุ แบบสอบถาม และแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมิมีดังนี้ 1) มีการวางแผนการดูแลโดยการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาร่วมกันกับชุมชนในการวางแผนการดูแลสุขภาพ 2) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ มีการคัดกรอง การจัดอบรมให้ความรู้สำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนมีคู่มือการดูแลที่มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้จริง และมีแนวทางการส่งต่อการดูแลกรณีเร่งด่วนหรือปรึกษาการดูแล 3) มีการติดตามงาน ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีสิ่งสนับสนุนสำหรับการดูแล 4) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากนั้นวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้นและมีความเหมาะสมกับบริบทอย่างแท้จริง จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ที่มีความใส่ใจกระตือรือร้นและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงเพิ่มมากขึ้น มีทักษะความรู้ทำให้มั่นใจในการให้บริการ สามารถประเมินภาวะสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น ตลอดจนสามารถส่งต่อกรณีเร่งด่วนได้ ขณะเดียวกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และทีมผู้ให้บริการดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มีการทำงานที่เป็นเครือข่าย มีแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพ ต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยกำลังใจได้มาจากคนภายในครอบครัวและทีมสุขภาพที่เข้าใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ เกิดเป็นพลังเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมกับบริบทที่เป็นอยู่ของแต่ละบุคคล และสามารถนำไปขยายผลพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การดูแลต่อเนื่อง, การดูแลแบบองค์รวม, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

At-home Continuous Care Model Development Focusing on Holistic Cares for Disability Elders in Chaiyaphum Province

Churaiwan Srisaknok, Nikorn Raviwan

Abstract

The purpose of this participatory action research was to study the continuous care model at home that focuses on holistic care for disability elders in Chaiyaphum Province. The study which was conducted during October 2019 to January 2020. The sample consisted of 95 disability elders and 90 elderly care team. The research instruments consisted of the elderly Assessment Questionnaire and Semi-Structured Questionnaire. Analyze quantitative data by frequency distribution and percentage. Qualitative data, content analysis.

The results found that the continuous care model at home that focuses on holistic care for disability elders in Chaiyaphum Province is as follows 1) There is a care plan by analyzing the situation and problems together with the community in health care planning 2) Implementation of the plan, screening training for elderly care managers and elderly caregivers. As well as having appropriate care manuals that can be put into practice and there is a way to forward urgent care or consult with care 3) Have work tracking continuous evaluation of performance, There is suppose for care. 4) There is a forum to exchange experiences in caring for disability elders. Then analyze the advantages and disadvantages of operations in order to improve operations and are suitable for the real context. From the ongoing development of home care models that focus on holistic care for disability elders, it is found that

Elderly in need are visited by a health care team. Who are attentive, enthusiastic and have skills to look after elderly people who are more dependent on bed addiction groups Have skills, knowledge, and confidence in service able to assess health status and provide basic care for the elderly and can refer to urgent cases. At the same time, found that the elderly who are dependent and the care team are satisfied with the holistic health care, there is network work. There are ongoing health care guidelines for elderly people with increased disability. Elderly people who are disability are encouraged to take care of their health. Fight illness with encouragement from the family and the health team that understands what the elderly are facing, born as a power to change behavior in self-care, can help themselves. As a result, disability elders have a good quality of life suitable for the context in which each person and able to appropriately expand to other areas.

Keywords : continuous care, holistic care, elders with disabilities

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุและสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2557 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีราว 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด อีก 20 ปีข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2577 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 19 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 29.0 ของประชากรทั้งหมด[1] ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.10 ในปี พ.ศ. 2583 และที่น่าสังเกต คือ ในปี พ.ศ. 2560 จะเป็นปีที่คาดว่าสัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะเท่ากันกับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุสะท้อนถึงสังคมผู้สูงอายุและนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

จากการสำรวจประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ได้ศึกษา จำนวนทั้งหมด 6 โรค ด้วยกัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง หลอดเลือดในสมองตีบ และอัมพฤกษ์/อัมพาต ในปี พ.ศ. 2545-2560 ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2560 (ร้อยละ 16.5) เพิ่มขึ้นราว 2 เท่าตัวเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2545 (ร้อยละ 8.3) ในขณะที่ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2560 (ร้อยละ 33.6) เพิ่มขึ้น 1.7 เท่าตัวเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2545 (ร้อยละ 20.00) อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ได้เป็นเพียงโรคใดโรคหนึ่ง จากทั้งหมด 6 โรคที่กล่าวมา ซึ่งการเจ็บป่วย เรื้อรังดังกล่าวจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพิง และภาวะทุพพลภาพได้[2]

จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดที่มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับประชากรผู้สูงอายุของประเทศจากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุของจังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ 2562 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 15.70 โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ซึ่งกลุ่มติดสังคมจำนวน 151,709 คน คิดเป็นร้อยละ 96.29 กลุ่มติดบ้านจำนวน 4,934 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13 กลุ่มติดเตียงมีจำนวน 912 คน คิดเป็นร้อยละ 0.58 คนพิการมีจำนวน 24,176 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50 โดยเป็นคนพิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 1,539 คน คิดเป็นร้อยละ 0.20[3] จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมประชากรให้เป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบบริการต่าง ๆ ให้เหมาะสม เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดปัญหาสุขภาพ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นและมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลปัญหาสุขภาพ

สำหรับการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมินั้น เน้นการให้คำแนะนำในการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ซึ่งยังไม่สามารถดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพที่ดีเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ การดูแลที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและบ้านจะต้องมีรูปแบบการดูแลที่ต่อเนื่อง จากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการหล่อหลอมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้มีขีดความสามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ในการพัฒนา

อย่างแท้จริง ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาคนให้รู้จักใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์อย่างมีวิจารณญาณในการวางแผนและการตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวของเขาเองอย่างอิสระ เป็นประชาธิปไตยและสอดคล้องกับความต้องการปัญหาสุขภาพท้องถิ่นชุมชนนั้น[4] จากสภาพปัญหาและสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำจำกัดความในการวิจัย

รูปแบบการดูแล หมายถึง การจัดบริการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยจากผู้ดูแล อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลปฏิบัติกิจกรรมในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอยู่ที่บ้านตนเอง และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ แต่ต้องการความช่วยเหลือ หรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่น โดยใช้แบบประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ได้คะแนน ระดับ 0-11 คะแนน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมิ โดยทำการศึกษาวิจัยในระยะ 4 เดือน (ตุลาคม 2562 - มกราคม 2563)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษา แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ อำเภอบ้านแท่นและอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลจากตัวจังหวัด ลักษณะของประชากรมีความหลากหลายของเชื้อชาติ และมีจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยทำการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้บริการ เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุข รวม 30 คน อาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวม 60 คน รวมกลุ่มผู้ให้บริการจำนวน 90 คน
2. กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด จำนวน 95 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน จังหวัดชัยภูมิ
2. แบบประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)
3. แบบสอบถามผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและบุคลากรสาธารณสุข
4. แบบสอบถามอาสาสมัคร/ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและบุคลากรสาธารณสุข แบบสอบถามอาสาสมัคร/ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ประเด็นสำคัญของเนื้อหาที่จะศึกษา ตามวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแบบสอบถามและแบบประเมินให้มีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. ระยะวางแผน (Planning) เป็นวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน โดยจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์จริงในชุมชนผู้ที่เข้าร่วมในการประชุม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสาและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของอำเภอบ้านแท่นและคอนสวรรค์ จากนั้นประชุมคณะกรรมการเพื่อทำแผนปฏิบัติการโดยวิธีการวางแผนปฏิบัติการ

2. ระยะการลงมือปฏิบัติงาน (Action) ดำเนินงานการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอำเภอบ้านแท่นและคอนสวรรค์ทั้งหมด เมื่อทราบผลการคัดกรองแล้วดำเนินการประชุมวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม และให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแล (Care plan) โดยทีมพยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสาและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของอำเภอบ้านแท่นและคอนสวรรค์ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตวิญญาณ และการดูแลนั้นมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด

3. ระยะการสังเกตการณ์ (Observation) นิเทศติดตามงานเพื่อสนับสนุนให้คำแนะนำปฏิบัติตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยประเมินได้จากพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของพยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสาและผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ปัญหาโดยประเมินและสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้จากจำนวนผู้สูงอายุที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ทำการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ อาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคลากรสาธารณสุข โดยมีการสอบถามและการสัมภาษณ์ ดังนั้นเพื่อให้การวิจัยเป็นไปอย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงจัดทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร การสอบถาม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตพฤติกรรม จะนำข้อมูลมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา และตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล โดยวิธีการวิเคราะห์จากเนื้อหา (Content analysis)

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ที่ทำการศึกษา จำนวน 95 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.26 เป็นกลุ่มอายุ 80-89 ปี มากที่สุด จำนวน 36 คน ร้อยละ 37.89 มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอคอนสวรรค์ จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.84 และเป็นผู้ที่มีโรคมากกว่า 2 โรคขึ้นไป มากที่สุด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 33.68

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 95 คน ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจำแนกเป็น ด้านความสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย แบ่งเป็นช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 45 คน ร้อยละ 47.37 ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง จำนวน 43 คน ร้อยละ 45.26 ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย จำนวน 7 คน ร้อยละ 7.37 ด้านภาวะโภชนาการ มีพฤติกรรมการบริโภคเหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย จำนวน 48 คน ร้อยละ 50.53 มีรูปร่างผอม จำนวน 42 คน ร้อยละ 44.21 พฤติกรรมการดื่มเหล้า ไม่ดื่มเหล้า จำนวน 92 คน ร้อยละ 96.84 ด้านภาวะแวดล้อมทั่วไปของบ้านจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน สะอาด จำนวน 52 คน ร้อยละ 54.73 เป็นระเบียบ จำนวน 37 คน ร้อยละ 38.95 มีผู้ดูแล จำนวน 84 คน ร้อยละ 88.42 มีการใช้ยา จำนวน 76 คน ร้อยละ 80.00 และด้านความปลอดภัย พบว่า มีความปลอดภัย จำนวน 53 คน ร้อยละ 55.79

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดที่ทำการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 52 คน ร้อยละ 86.67 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 28 คน ร้อยละ 46.67 สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 43 คน ร้อยละ 71.67 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด จำนวน 25 คน คิดเป็น ร้อยละ 41.67 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 43 คน ร้อยละ 71.67 และมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 3,001-5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 41 คน ร้อยละ 68.33

การประเมินความสามารถของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. การประเมินความสามารถด้านการใช้อุปกรณ์ ก่อนดำเนินการ พบว่า อาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสามารถในระดับทำได้ดี ร้อยละ 50.24 โดยอุปกรณ์ที่สามารถทำได้ดี สูงสุด คือการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด คิดเป็นร้อยละ 96.67, 78.33 และ 65.00 ตามลำดับ ส่วนอุปกรณ์ที่ควรได้รับการฝึกทักษะและสอนเสริม คือเครื่องดูดเสมหะ เครื่องให้ออกซิเจน และเตียงลม และหลังดำเนินการ พบว่าผลการปฏิบัติทำได้ดีเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 67.38 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินความสามารถด้านการใช้อุปกรณ์ของอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับทำได้ดี

การประเมิน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เครื่องวัดความดันโลหิต	58	96.67	58	96.67
2. ปรอทวัดไข้	47	78.33	58	96.67
3. เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด	39	65.00	42	70.00
4. อุปกรณ์ทำแผล	35	58.33	49	81.67
5. เครื่องดูดเสมหะ	5	8.33	12	20.00
6. เครื่องให้ออกซิเจน	9	15.00	32	53.33
7. เตียงลม	18	30.00	32	53.33
ค่าเฉลี่ย		**50.24**		**67.38**

2. การประเมินความสามารถด้านกระบวนการก่อนดำเนินการ พบว่า อาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสามารถระดับทำได้ดี ร้อยละ 79.34 โดยกระบวนการที่สามารถทำได้ดี สูงสุด คือ สามารถวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปในผู้สูงอายุแต่ละรายได้ สามารถประเมินการนัดเยี่ยมผู้สูงอายุครั้งต่อไปได้ สามารถบันทึกผลการดูแลผู้สูงอายุในสมุดบันทึกได้ สามารถคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้ คิดเป็นร้อยละ 95.00, 93.33, 90.00 และ 90.00 ตามลำดับ และหลังดำเนินการ พบว่า ผลการปฏิบัติทำได้ดีเพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ 84.83 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินความสามารถด้านกระบวนการของอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับทำได้ดี

การประเมิน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สามารถคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินเอดีแอลได้	52	86.67	56	93.33
2. สามารถคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้	54	90.00	60	100.00
3. สามารถคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินภาวะสมองได้	37	61.67	42	70.00
4. สามารถประเมินปัญหาผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม	38	63.33	42	70.00
5. สามารถวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ	40	66.66	45	75.00
6. สามารถวางแผนการดูแลให้กับผู้สูงอายุได้	39	65.00	45	75.00
7. สามารถประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุได้	49	81.67	52	86.67
8. สามารถบันทึกผลการดูแลผู้สูงอายุในสมุดบันทึกได้	54	90.00	54	90.00
9. สามารถวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปในผู้สูงอายุแต่ละรายได้	57	95.00	57	95.00
10. สามารถประเมินการนัดเยี่ยมผู้สูงอายุครั้งต่อไปได้	56	93.33	56	93.33
ค่าเฉลี่ย		**79.34**		**84.83**

3. การประเมินความสามารถด้านวิธีการใช้อุปกรณ์การแปลผล และทักษะการปฏิบัติ ก่อนดำเนินการ พบว่า อาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสามารถระดับทำได้ดี ร้อยละ 59.82 โดยวิธีการใช้อุปกรณ์ การแปลผล และทักษะการปฏิบัติที่สามารถทำได้ดี สูงสุด คือ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ การวัดรอบเอว ร้อยละ 98.33 การวัดความดันโลหิต ร้อยละ 95.00 สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลในการออกกำลังกายได้ ร้อยละ 93.33 สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 91.67 และหลังดำเนินการ พบว่า ผลการปฏิบัติทำได้ดีเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 72.95 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินความสามารถด้านวิธีการใช้อุปกรณ์ การแปลผล และทักษะการปฏิบัติของอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับทำได้ดี

การประเมิน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การชั่งน้ำหนัก	60	100.00	60	100.00
2. การวัดรอบเอว	59	98.33	60	100.00
3. การวัดส่วนสูง	60	100.00	60	100.00
4. การวัดความดันโลหิต	57	95.00	58	96.67
5. การแปลผลค่าความดันโลหิต	36	60.00	52	86.67
6. การวัดไข้	46	76.67	56	93.33
7. การแปลผลการวัดไข้	39	65.00	46	76.67
8. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว	38	63.33	48	80.00
9. การแปลผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด	38	63.33	44	73.33
10. ช่วยออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุที่กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง หรือมีข้อติดยึด	33	55.00	46	76.67
11. สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้สูงอายุใช้ได้	53	88.33	56	93.33
12. สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมได้	56	93.33	57	95.00
13.สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุได้	55	91.67	57	95.00
ค่าเฉลี่ย		**59.82**		**72.96**

4. การประเมินความสามารถด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า อาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสามารถระดับทำได้ดี ร้อยละ 73.67 โดยการสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถทำได้ดี สูงสุด คือสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือจากองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมาคือสามารถประสานงาน เพื่อขอความช่วยเหลือจากองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นเกี่ยวกับการจัดหากายอุปกรณ์ให้กับผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 76.67 และหลังดำเนินการ พบว่า ผลการปฏิบัติทำได้ดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.67 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินความสามารถด้านการสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับทำได้ดี

การประเมิน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สามารถประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวได้	41	68.33	58	96.67
2. สามารถประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับเพื่อนบ้านได้	44	73.33	58	96.67

การประเมิน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือจากองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม	48	80.00	56	93.33
4. สามารถประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นเกี่ยวกับการขอเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุหรือเบี้ยผู้พิการได้	42	70.00	46	76.67
5. สามารถประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นเกี่ยวกับการจัดหากายอุปกรณ์ให้กับผู้สูงอายุได้	46	76.67	60	100.00
ค่าเฉลี่ย		**73.67**		**92.67**

2. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมิ มีดังนี้

1. มีการวางแผนการดูแลโดยการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา

2. ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ มีการคัดกรอง การจัดอบรมให้ความรู้สำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัคร และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนมีคู่มือการดูแลที่มีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้จริง และมีแนวทางการส่งต่อการดูแลกรณีเร่งด่วนหรือปรึกษาการดูแล

3. มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมีสิ่งสนับสนุนสำหรับการดูแล

4. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากนั้นวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้นและมีความเหมาะสมกับบริบทอย่างแท้จริง

2.1 ผลการดำเนินงาน ตามรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอาการคงที่มากที่สุด จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 48.42 รองลงมา คือ มีอาการดีขึ้นกว่าเดิม จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.11 เสียชีวิต จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26 และมีอาการแย่ลง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.21 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
- คงที่	46	48.42
- ดีขึ้น	40	42.11
- เสียชีวิต	5	5.26
- แย่ลง	4	4.21

2.2 ทีมให้บริการด้านสุขภาพ มีความใส่ใจกระตือรือร้นและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงเพิ่มมากขึ้น มั่นใจในการให้บริการมากขึ้น สะท้อนจาก “จากบ่กล้าเฮ็ด ได้มากะหมู่กะกล้าจับกล้าบาย” สามารถประเมินภาวะสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น สามารถส่งต่อกรณีเร่งด่วนได้ ทีมผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มีการทำงานที่เป็นเครือข่าย มีแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น

2.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองต่อสู้กับความเจ็บป่วย สะท้อนจาก “เขามาพาเหยียดแข้ง เหยียดขา ออกกำลังกาย” “เขาบ่มากะให้ลูกหลานพาเฮ็ด” กำลังใจได้มาจากคนภายในครอบครัวและทีมสุขภาพที่เข้าใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ มีกำลังใจจากคนภายในครอบครัว เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สะท้อนจาก “เช้ามากะขึ้นรถเข็นออกมารับอากาศหน้าบ้าน” ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมกับบริบทที่เป็นอยู่ของแต่ละบุคคล

3. ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมิ มีดังนี้

1. การวางแผนก่อนการดำเนินงาน

2. การวิเคราะห์ปัญหาทำให้รับรู้ถึงปัญหาอย่างแท้จริง

3. ทีมให้บริการด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นตั้งใจ มีการประสานงานให้เข้ากับลักษณะเฉพาะบุคคลความร่วมมือทุกภาคส่วนในชุมชนและทำงานอย่างเป็นเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

4. การดูแลอย่างมีคุณภาพในชุมชนด้วยความรักความเอื้ออาทรภายใต้บริบทท้องถิ่น ความรักและสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว (ความรักเป็นหัวใจสำคัญ) การดูแลและการให้บริการที่มีคุณภาพ การใช้สารสนเทศในการทำงาน

วิจารณ์

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมิ เป็นรูปแบบการดูแลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพตลอดจนเครือข่ายที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งองค์กรปกครองท้องถิ่น และผู้มีจิตอาสา ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาหล่อหลอมให้เกิดศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดให้มีความสามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้อย่างแท้จริงมีความสอดคล้องกับความต้องการปัญหาสุขภาพของคนในท้องถิ่นนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร สุธรรมชัย และคณะ[5] ซึ่งได้ศึกษา พบว่ารูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการนั้น ควรจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชนจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยชุมชน และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล[6] ซึ่งได้ทำการศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ ผลพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะการดูแล ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมผู้ให้บริการมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ดี กว่าเดิม ซึ่งเชื่อมโยงกับการศึกษาของ ปรียานุช จันทิมา[7] ศึกษาพัฒนาการของเครือข่ายผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองกรณีศึกษา ชุมชนเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ พบว่า ผู้สูงอายุได้ใช้เครือข่ายผู้สูงอายุเป็นช่องทางหนึ่งในการสื่อสารที่ได้ผลดีต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเครือข่ายผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสุขภาพร่วมกัน คนในชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ เห็นความสำคัญให้การสนับสนุน ส่งเสริม เป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีกิจกรรมต่อเนื่องสอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมท้องถิ่น และพบว่าเครือข่ายเป็นหัวใจของการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีมุมมองสุขภาพแบบใหม่ ไม่มอง

เฉพาะการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่มองสุขภาพให้ครอบคลุมทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องในทุกมิติตามวิถีชีวิตและวัฒนธรรมอย่างรอบด้านที่ทำให้เกิดการเชื่อมประสานกันเป็นเครือข่ายครอบครัว ชุมชน ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับองค์กรต่าง ๆ ที่เป็นบริบทของชุมชน ภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล ตาปะสี และคณะ[8]

อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุมีการเสียชีวิตและมีภาวะสุขภาพแย่ลง เป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค ประกอบกับมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน จึงทำให้มีภาวะสุขภาพแย่ลง จนบางรายเสียชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในรายที่เสียชีวิต ญาติมีความพึงพอใจในการดูแลของทีมสหวิชาชีพและผู้สูงอายุเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ดังนั้น เห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดนั้น ควรมีการดูแลอย่างเป็นองค์รวมนอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญคือ ควรมีความเหมาะสมกับบริบทที่เป็นอยู่ของแต่ละท้องถิ่นและบุคคล จึงจะทำให้การดูแลนั้นมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ซึ่งจะทำให้เกิดความสามัคคีภายในชุมชนและประสบผลสำเร็จในที่สุด

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัย

ในกระบวนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดชัยภูมินั้น ควรมุ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับการส่งเสริมจุดแข็งที่ดีแล้วให้พัฒนามากขึ้นและปรับเปลี่ยน แก้ไขกำจัด ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การส่งเสริมกระบวนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1 ส่งเสริมให้ทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินงานและทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ส่งเสริมให้ชุมชนมีศักยภาพ เช่น ชุมชนที่มีผู้นำเข้มแข็ง มีความสามัคคี ให้มีโอกาสได้เข้ามาร่วมในกระบวนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้บริบทของชุมชน โดยการสนับสนุนด้านงบประมาณ ด้านวิชาการจากภาครัฐระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เมื่อมีการร้องขอ

1.3 ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมและสัมพันธภาพที่ดีของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ท้องถิ่น อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1.4 ให้กำลังใจหรือประกาศเกียรติคุณเพื่อเชิดชูทีมผู้ให้บริการที่มีผลงานเด่นและรับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

2. การกำจัดหรือลดอุปสรรคในการดำเนินกระบวนการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

2.1 จัดสรรงบประมาณหรือสรรหาทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงรวมทั้งงบประมาณในการจัดอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล งบประมาณในการออกติดตามตรวจประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่

2.2 ให้ความสำคัญกับการกำหนดภาระงานแก่ทีมผู้ให้บริการที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีความเหมาะสมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาภาระงานที่มากเกินกำลัง

2.3 เน้นหรือให้ความสำคัญในการวางแผนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะ 5 ปีข้างหน้าสำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.4 จัดให้มีการพัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุครบวงจร ที่มีคุณภาพ ระดับท้องถิ่น และในแต่ละชุมชนให้ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ในการสนับสนุนและผลักดันการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดชัยภูมิ และขอขอบคุณความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ ในพื้นที่อำเภอบ้านแท่นและคอนสวรรค์ ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลร่วมกระบวนการ ให้ข้อเสนอแนะ อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. **ข้อมูลประชากรประเทศไทย พ.ศ. 2558.** [อินเทอร์เน็ต]. แหล่งข้อมูล : http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/population_thai.html [สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2562].
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2561). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560.** กรุงเทพฯ : เดือนตุลา จำกัด.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2562). **รายงานสรุปผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุของจังหวัดชัยภูมิประจำปี 2562.** ชัยภูมิ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.
4. อัมพรพรรณ ธีรานุตร. (2552). **การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษา ชุมชนบ้านโนนม่วง.** ขอนแก่น: คณะพยาบาลสาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, นภัส แก้ววิเชียร. (2558). **การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ.** วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(6):1017-29.
6. จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี. (2554). **การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์.** [ขอนแก่น] : การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. ปรียานุช จันทิมา. (2554). **พัฒนาการของเครือข่ายผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง กรณีศึกษา ชุมชนเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ.** อุบลราชธานี : ปรัชญาดุษฎีนิพนธ์ยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
8. วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, สีนวล รัตนวิจิตร. (2560). **รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน.** วารสารเกื้อการุณย์, 24(1):42-54.