

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในจังหวัดนครปฐม*

ธีรนนท์ วรรณศิริ** ดวงพร ผาสุวรรณ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในชุมชนของตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน 5 คน และผู้ดูแล 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 5 คน และทีมสุขภาพของโรงพยาบาลนครปฐม 3 คน และทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 3 คน ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน แกนนำชุมชน 4 คน อสม. 5 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่มและแบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้าน 5 คน อายุระหว่าง 65-86 ปี เฉลี่ย 72 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว อายุระหว่าง 45-65 ปี เฉลี่ย 54 ปี ผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 5 คน มีอายุ 68-89 ปี อายุเฉลี่ย 82 ปี ผู้ดูแลอายุ 46-62 ปี อายุเฉลี่ย 51 ปี การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยองค์การบริหารส่วนตำบลรับนโยบายและจัดสรรงบประมาณ การตัดสินใจของทีมสุขภาพโดยการเพิ่มสมรรถนะเข้ารับการอบรมเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและเตรียมผู้ดูแล 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การคัดกรองเพื่อจัดกลุ่มในการดูแล การดูแลโดยทีมหมอครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจากศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลแม่ข่าย การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเป็นระยะ 3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุม อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ปรับระบบการบริการผู้สูงอายุดีขึ้น และ 4) การมีส่วนร่วมการประเมินผล โดยทุกโครงการที่ดำเนินงานกับผู้สูงอายุต้องประเมินผลให้กับแหล่งทุน และส่วนใหญ่ในการประเมินจะต้องสอบถามความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารท้องถิ่นควรประชาสัมพันธ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทุกภาคส่วนแก่ประชาชน เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการ นอกจากนี้ควรมีนวัตกรรมการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์และการสนับสนุนการดูแลในภาวะฉุกเฉิน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุติดบ้าน, ผู้สูงอายุติดเตียง, การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2564 หน้า 34-53

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Corresponding author, e-mail: theranun@hotmail.com, Tel. 0922838382

วันที่รับบทความ: 9 กันยายน 2564, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 30 พฤศจิกายน 2564, วันที่ตอบรับบทความ: 10 ธันวาคม 2564

Community Participation in the Home-bound and Bed-bound Elderly Care, Nakhon Pathom Province*

Theranun Wannasiri** Duangporn Pasuwan***

Abstract

Purpose: The purposes of this study were to study community participation in the care of bed-bound and home-bound elderly in a sub-district of Nakhon Pathom Province.

Design: Qualitative descriptive research

Methods: The key informants were 5 home-bound elderly and 5 caregivers, 5 bed-bound elderly caregivers, including home visiting health staff of Nakhon Pathom Hospital, 3 staff of Tambon Health Promoting Hospital, 5 village health volunteers (VHVs), 2 representatives of the Chief Executive of the Sub-District Administrative organization (SAO), and 4 community leaders. The research instruments consist of indept interview, focus group and Barthel activities of daily living form for the elderly. Data were analyzed using frequency, percentage and content analysis.

Main findings: The results show that all five home-bound elders were between 65 and 86 years, with an average age of 72 years, and that they were mostly cared for by family members. The caregivers were 45-65 years old, with an average age of 54. The bed-bound elders were 68-89 years old, with an average age of 82. Most of them had suffered a stroke and were paralyzed before they were bed-bound and fell into semiconsciousness. Most of the caregivers were their children, all of whom were 46-62 years old, with an average age of 51. Community participation included 1) participation in decision making by the Subdistrict Administrative Organization officials who accepted government policies and allocated budgets, and by the health team who increased the capacity of elderly care by being present as care managers and preparing caregivers, 2) participation in implementation, including annual check-up of the elderly to get them proper care, care by family doctor team, continuation of care of bedridden from the Mea-kai hospital, health team of Tambon Health Promoting Hospital visiting bed-bound and home-bound elders regularly, 3) participation in benefits through comprehensive care of the elderly, imparting health care knowledge to village health volunteers, improving service system for the elderly, 5) participation in evaluation by assessing each project after completion and involving people by answering satisfaction questionnaires.

Conclusion and recommendation: the local government should inform the people about community participation in elderly care of all sectors to facilitate access to services for the caregivers of the elderly. In addition, the community should have innovations that connect the health care team and patients to communicate adverse health changes and facilitate emergency care.

Keywords: Home-bound elderly, Bed-bound elderly, Community care for the Elderly

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2021; 8(2), 34-53

*Research funding from the Nakhon Pathom Rajabhat University

**Assistant Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

***Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

Corresponding author, e-mail: theranun@hotmail.com, Tel. 0922838382

Received: 9 September 2021, Revised: 30 November 2021, Accepted: 10 December 2021

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว เนื่องด้วยประชากรกลุ่มวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากการศึกษาขนาดและแนวโน้มของประชากรสูงอายุไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 16.73 และมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ และพ.ศ. 2574 จะก้าวเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 (กรมอนามัย, 2563) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นในทางเสื่อม ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยไปด้วย แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าตนเองมีสุขภาพค่อนข้างดี จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ดี ร้อยละ 100 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เมื่ออายุ 80 ปี ขึ้นไปเหลือร้อยละ 76.2 ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป การทดสอบสมรรถภาพว่าเสื่อมร้อยละ 8.1 ส่วนการหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาพบ ร้อยละ 16.9 จะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเสื่อมของอวัยวะพบว่าเป็นต่อกระดูก ร้อยละ 22.3 การบาดเจ็บพบมีพบน้อยกว่า 20 ซึ่ง ร้อยละ 52 ปัญหาการได้ยินร้อยละ 24.5 ภาวะซึมเศร้าพบสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี พบในเพศหญิงสูงสุดร้อยละ 8.5 การประเมินว่าสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ดี ปานกลาง และไม่ดี ร้อยละ 5.5, 32.6, 48.4 และ 12.5 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2559) จากการวิเคราะห์สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพในระดับต่างๆ ซึ่งอาศัยในชุมชนพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน

เป็นผู้มีสุขภาพดี ร้อยละ 27 และมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 73 นอกจากนี้ได้มีการแบ่งผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง หรือกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ เรียกว่ากลุ่มติดเตียง โดยในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ประมาณ 1 ล้านบาท มีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

จากสถานการณ์ของประชากรสูงอายุดังกล่าวข้างต้นจึงต้องเตรียมความพร้อมด้านกำลังคนและเสริมสร้างศักยภาพของประชากรทุกช่วงวัยให้คงความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด ครอบครัวเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดในชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพสมาชิกทุกคนโดยเฉพาะสมาชิกที่เจ็บป่วยตามสถานภาพในครอบครัวของตน มีการศึกษาการสังเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวพบว่า ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เพราะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ทุกด้าน (รติยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ วัฒนอมชยธวัช, 2560) นอกจากครอบครัวที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุแล้วการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเช่นกัน ในชุมชนมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยมเยียน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค และการประสานงานในทีมดูแล (วสันต์ วิเชียร, 2559) ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พลังของชุมชนจึงมีส่วนสำคัญยิ่ง (อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ, 2561) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยความหมายของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for disease control and prevention) (Silberberg, 2011) หมายถึงขั้นตอนการทำงานร่วมกับบุคคลที่มีความใกล้ชิดกันทางภูมิศาสตร์ หรือมีความสนใจเป็นพิเศษ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายกันเพื่อแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนเป็นพลังในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพทำให้สุขภาพของชุมชนและสมาชิกดีขึ้น การเกี่ยวข้องกับความร่วมมือและพันธมิตรที่ช่วยระดมทรัพยากรและอิทธิพลของระบบ ทำให้เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างหุ้นส่วนและเป็นตัวเร่งให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โปรแกรมและการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในชุมชนมีหลายแบบได้แก่ การเป็นหุ้นส่วน อาจเป็นกลุ่มองค์กร หน่วยงาน (Agencies) สถาบัน หรือปัจเจกชน ความร่วมมืออาจจะร่วมในทางส่งเสริมสุขภาพ วิจัย หรือสร้างนโยบาย การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสร้างความไว้วางใจ ระดมทรัพยากรและพันธมิตร สร้างการสื่อสารที่ดีขึ้น และปรับปรุง

ผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งหมดให้ประสบผลสำเร็จจากความร่วมมือที่เกิดขึ้น

หลักการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ (Benefits) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) งานวิจัยของเพ็ญนภามะหามัต (2561) ได้ใช้แนวคิดนี้เป็นงานในการจัดรูปแบบการบริการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมได้แก่ 1) มีเครือข่ายการดูแลทุกภาคส่วน 2) สร้างระบบการดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุติดเตียง 3) สร้างช่องทางการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือ 4) จัดทำแผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อของบประมาณช่วยเหลือ และ 5) สะท้อนข้อมูลป้อนกลับเพื่อการพัฒนา มีการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุซึ่งต้องมีส่วนร่วมของหลายหน่วยงานทั้งทางด้านจิตสวัสดิการ ด้านสุขภาพ และการศึกษาเป็นต้น มีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ด้านการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทและส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การทำงาน และการอยู่ร่วมกัน 3) ด้านการสนับสนุนให้มีศักยภาพ และการคุ้มครองผู้สูงอายุ 4) ด้านการใช้สารสนเทศและเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุ และ 5) การจัดระบบการดูแลที่เหมาะสมในการดูแล (นิมิตศุรา แว, วิจิต เรืองแป้น, วารุณี หะยีสามะสา, นิสาพร มุหะมัด, นฤมล ทองมาก,

2561) นอกจากนี้มีการศึกษาการมีส่วนร่วมในชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ ทั่วไปขั้นพื้นฐาน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการ ดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการ ฟื้นฟูสภาพร่างกาย หน่วยงานทำงานซ้ำซ้อน (วสันต์ วิเชียร, 2559) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมใน ชุมชน ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้และการ พัฒนาการดูแลแก่ผู้ดูแลหลักและพัฒนาการเยี่ยม บ้านแกนนำชุมชน การให้คำปรึกษา จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายผู้ดูแลชุมชน ส่งผลให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล, อรสา กงตาล และเกศินี สราญฤทธิชัย, 2557)

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดปริณทลของ กรุงเทพมหานคร ประชากรจึงมีวิถีชีวิตใกล้เคียง สังคมเมือง ใน พ.ศ. 2560 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 911,492 เป็นผู้สูงอายุ 142,221 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ (กรมการ ปกครอง, 2560) และตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในพ.ศ. 2561 มีประชากร 5,000 คน เป็นผู้สูงอายุ 950 คน คิดเป็นร้อยละ 19 ของ ประชากรทั้งตำบล เกือบจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่าง สมบูรณ์ ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้านประมาณ 43 คน ติดเตียงประมาณ 14 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีปัญหาโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอัมพาต และเป็นผู้พิการ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ข้อมูลผู้สูงอายุ จังหวัด นครปฐม, 2561) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยตระหนัก ถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในตำบลที่กำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ซึ่งจะนำมาสู่ การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในตำบลดังกล่าวให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และอาจขยายองค์ความรู้สู่ ตำบลอื่นที่จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ได้ด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุ ติดบ้านและติดเตียงในชุมชนของตำบลแห่งหนึ่งใน จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้ แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ประกอบด้วย 1) การมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision-making) 2) การ มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ (Benefits) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม ดังกล่าวเป็นกรอบแนวคิดกว้าง ๆ เพื่อศึกษาการมี ส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ตาม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของชุมชน ตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การทำวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย ราชภัฏนครปฐม เลขที่ 024/2560 หลังจากนั้นได้ ทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อธิบายผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการ เก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล การรักษาความลับ การขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผล ใดๆ กับผู้ร่วมวิจัย และการเผยแพร่ผลงานวิจัยเป็น การนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อ ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงเชิงคุณภาพแบบ พรรณนา

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน 43 คน ผู้สูงอายุติดเตียง 14 คน และผู้ดูแล จำนวน 57 คน
2. ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียง ได้แก่ สมาชิกใน ครอบครัว ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลนครปฐม 10 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 60 คน องค์การบริหาร ส่วนตำบล 6 คน และผู้นำชุมชน 12 คน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้มาโดยการคัดเลือกแบบ เจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

1. ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 5 คน

1.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

ดังนี้

ผู้สูงอายุติดบ้านมีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน มีการสื่อสารได้ดี ผู้สูงอายุ กระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน เป็นผู้ที่อยู่ในเศรษฐกิจที่ แตกต่างกันไป

1.2 เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย (Termination criteria) ดังนี้

ผู้สูงอายุขอถอนตัวออกจากการวิจัย และผู้สูงอายุเหนื่อยขณะให้ข้อมูล

2. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ผู้ดูแลให้ข้อมูลแทนเนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถให้ ข้อมูลได้

2.1 เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

ผู้ดูแลได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีผลรวม คะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน เป็นสมาชิก ในครอบครัว อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ หรืออยู่ใน ละแวกเดียวกัน ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี สื่อสารได้ดี มีความกระตือรือร้นหรือร่วมมือในการ กระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน

2.2 เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ดูแล ขอถอนตัวจากกระบวนการวิจัย

3. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดบ้าน

3.1 เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรืออยู่ในละแวกเดียวกัน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี สื่อสารได้ดี มีความกระตือรือร้นหรือร่วมมือในการกระบวนกรวิจัยทุกขั้นตอน

3.2 เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย คือ ขอลถอนตัวจากกระบวนการวิจัย

4. ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลนครปฐมที่มารับบริการในชุมชนที่ศึกษา ได้แก่ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร จำนวน 3 คน และทีมสุขภาพที่ รพ.สต. ได้แก่ ผอ.รพ.สต. เป็นพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์แผนไทย รวม 3 คน อสม. ที่รับผิดชอบครัวเรือนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง จำนวน 5 คน ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ร่วมในการดูแลหรือให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน โดยเป็นสมาชิกในทีมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

5. ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล ได้แก่ ปลัด อบต. และหัวหน้าส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ที่ยินดีให้ความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย และเป็นผู้นำชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี

6. แกนนำชุมชน ได้แก่ กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน 3 คน รวม 4 คน โดยเป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือและอยู่ร่วมตลอดกระบวนการวิจัย เป็นผู้นำชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล

2. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การแปลผล

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ติดสังคม มีผลรวมคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีผลรวมคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวันอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีผลรวมคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวันอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

2. แบบสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม

แบบสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน หรือผู้สูงอายุติดเตียงโดยแนวทางการสัมภาษณ์ดังนี้

2.2.1 การดูแลในเรื่องสุขภาพ การทำกิจวัตรประจำวัน ความมั่นใจในการดูแลเป็นอย่างไร

2.2.2 ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร

2.2.3 การเข้าถึงองค์กรทางสุขภาพเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นอย่างไร

2.2.4 ปัญหาอุปสรรคและความยุ่งยากที่พบในการดูแลมีอะไรบ้างและแก้ไขปัญหายังไง

2.2 แนวทางการสนทนากลุ่มผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้นำชุมชน

2.2.1 บทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน

2.2.2 มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.3 แนวทางการสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางสุขภาพ

2.3.1 บทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.3.2 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

3. อุปกรณ์และแบบบันทึกข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูล

อุปกรณ์ที่ใช้และแบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย

3.1 เครื่องอัดเทป

3.2 กล้องถ่ายรูป หรือใช้ในการถ่ายภาพสภาพแวดล้อมที่บ้าน หรือในชุมชน โดยได้รับอนุญาตจากผู้เกี่ยวข้อง

3.3 สังเกตการณ์เยี่ยมบ้านของบุคลากรทางสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล โดยไม่มีส่วนร่วมใด ๆ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม และทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ด้านผู้สูงอายุตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามตัวแปรที่ศึกษา และนำมาทดสอบความเป็นไปได้โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียง จำนวน 3 คน

ผู้นำชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ ที่ไม่ได้เป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน เพื่อทดสอบความชัดเจนของข้อคำถาม และนำมาปรับปรุงเมื่อข้อความไม่ชัดเจน

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมแล้ว ผู้ร่วมวิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ได้ประชุมในการใช้แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มในการเก็บข้อมูล ให้ความเข้าใจตรงกัน ถ้ามีประเด็นใดที่ขัดแย้งจะถามผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาข้อยุติ

2. ขอข้อมูลผู้ป่วยที่ติดบ้านและติดเตียงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนัดหมายกับผู้ดูแล

3. นัดหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเก็บข้อมูลที่บ้าน อธิบายวัตถุประสงค์และขอความยินยอมในการเก็บข้อมูล

4. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ได้แก่ การได้รับการรักษาพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพ

5. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) ผู้สูงอายุ

6. สอบถามและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุติดบ้านผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรก ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 40 นาที และครั้งที่ 2 ใช้

เวลา 1 ชั่วโมง และสังเกตพฤติกรรมการดูแล
ผู้สูงอายุและสภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน

7. การสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนร่วมในชุมชน
ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและการจัดสวัสดิการ

กลุ่มที่ 1 ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล
และผู้นำชุมชน ได้แก่ ปลัดอบต. ผู้อำนวยการกอง
สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม กำนันผู้ใหญ่บ้าน ใช้
เวลา 2 ชั่วโมง

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการทางสุขภาพ แบ่งเป็น
2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ โรงพยาบาลนครปฐม
ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด
ซึ่งผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม
การเยี่ยมบ้านด้วย

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย อสม. ใช้
เวลา 2 ชั่วโมง

ในกรณีที่ผู้นำชุมชนหรือผู้ให้บริการ
สุขภาพบางคนไม่สามารถมาร่วมสนทนากลุ่มได้ จะ
ใช้การสัมภาษณ์แทน ซึ่งพบว่าผู้ที่เข้าร่วมสนทนา
กลุ่มไม่ได้ 2 คน จึงใช้การสัมภาษณ์แทน ใช้เวลา 1
ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน และร้อยละ
และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์
เนื้อหา โดยกำหนดแก่นสาระการตีความ โดยผู้วิจัย
3 คน อย่างเป็นอิสระ ในการหาข้อสรุปประเด็นหลัก

และการให้ความหมาย ในประเด็นที่หาข้อสรุปไม่
ตรงกัน จะนำข้อมูลมายืนยันกับผู้ให้ข้อมูล และหา
ข้อสรุปร่วมกันอีกครั้ง

การสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

การสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดย

1. เก็บรวบรวมข้อมูลใช้หลายวิธี ได้แก่
แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต ซึ่งแต่
ละวิธีมีข้อมูลที่สัมพันธ์กัน จะสามารถตรวจสอบ
กันได้

2. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปให้
ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบยืนยันให้แน่ใจว่าเป็นข้อมูล
จริง

3. ผู้วิจัยสร้างความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล
มากพอที่จะได้ข้อมูลจริง ได้แก่การเข้าร่วมกิจกรรม
บางกิจกรรมของชุมชน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุติดบ้าน 5 คน
อายุระหว่าง 65-86 ปี เฉลี่ย 72 ปี ผู้ดูแล เป็น
สมาชิกในครอบครัว อายุระหว่าง 45-65 ปี เฉลี่ย
อายุ 54 ปี ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ติดบ้าน ได้แก่
ปวดเข่า ต้องใช้ไม้ค้ำยันเวลาเดิน เป็นโรคความดัน
โลหิตสูง โรคสมองเสื่อม หลงลืม มีอาการจิตเวช
รุนแรงเป็นบางครั้ง เป็นโรคเบาหวาน โรคตับแข็ง
ระยะเวลาที่เป็นกลุ่มติดบ้าน 2-5 ปี ด้านเศรษฐกิจ
เบิกได้ 1 คน มีธุรกิจ 1 คน นอกนั้นจะใช้เบี้ยยังชีพ
ของผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 5 คน มี
อายุ 68-89 ปี อายุเฉลี่ย 82 ปี ส่วนใหญ่เป็นโรค

หลอดเลือดสมองตีบ เป็นอัมพาต ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มติดบ้านมา 2-10 ปี แล้วจึงเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่บุตรเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยจะไม่ค่อยรู้สึกตัว ผู้ดูแลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลอายุระหว่าง 46-62 ปี เฉลี่ยอายุ 51 ปี

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ผู้บริหารท้องถิ่นรับนโยบายจากรัฐบาลกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมโดยเริ่มตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปี 2561 เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จะพัฒนาระบบเพื่อไปสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น และเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชน โดยมีเป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยให้ทุกชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวอย่างมีความสุข การมีส่วนร่วมดังนี้

1.1 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จะจัดสรรงบประมาณการดูแลผู้สูงอายุโดยผ่านการเสนอโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คณะกรรมการ

ขององค์การบริหารส่วนตำบล มีทั้งข้าราชการท้องถิ่น การเมืองและภาคประชาชนร่วมกันพิจารณา โครงการที่เสนอขอ ได้แก่ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

1.2 พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ตัดสินใจเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุโดยเข้ารับการอบรมเป็นผู้จัดการดูแล (Care manager: CM) การดูแลผู้สูงอายุจัดโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีมาตรการส่งเสริมให้ชุมชน/ท้องถิ่นมีระบบการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/คนพิการ จึงได้จัดโครงการอบรมพยาบาลในชุมชนให้เป็นผู้จัดการพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้สอนในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ การเขียนแผนการดูแล การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล ซึ่งพยาบาลใน รพ.สต. จะร่วมในการอบรม ดังคำกล่าว

“หลักสูตร CM ฝึกอบรม 5 วัน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับประเด็นปัญหาของสังคมผู้สูงอายุ ขั้นตอนการปฏิบัติงานเป็น CM เทคนิคการสัมภาษณ์ในระบบ CM การรับรู้เหตุการณ์ ความเข้าใจการประเมิน และการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน ในสถานบริการและชุมชน ซึ่งหลักสูตรนี้จะได้นำมาใช้ในตำบล “ (พยาบาลวิชาชีพ)

1.3 ทีมสุขภาพตัดสินใจคัดเลือก อสม. เข้ารับการอบรมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

ทีมสุขภาพใน รพ.สต. จะรับสมัคร อสม. เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้มีความรู้และ

ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคม

“จะรับสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยคัดเลือกจาก อสม. ก่อน และถามความสมัครใจ นำร่อง 2 คน และมีค่าตอบแทนเป็นรายเดือน” (พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.)

“จะดูแลผู้สูงอายุตามที่พยาบาลวางแผนไว้ ซึ่งพยาบาลจะประเมินผลทุกครั้งที่ทำให้การดูแล” (อสม. CG1 และ CG2)

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการของชุมชน โดย

2.1 โรงพยาบาลแม่ข่ายจะเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล

การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ของเครือข่ายโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยติดเตียงเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะต้องได้รับการสอนจากโรงพยาบาล ถ้าเป็นผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจะได้รับการสอนจากหอผู้ป่วยก่อนจำหน่าย นอกจากนั้นกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลจะมีศูนย์ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อม และแจ้งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลต่อเนื่องในชุมชน พยาบาลประจำตึกทำการวางแผนจำหน่าย (Discharge plan) พยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมทำการวางแผนจำหน่าย (Discharge plan) ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยอยู่นอกเขตของเครือข่าย และอยู่ในเขตของเครือข่าย ถ้าเป็นผู้ป่วยอยู่นอกเขตจะส่งต่อชุมชนที่รับผิดชอบผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนต้องการการรักษาเพิ่มเติมจะส่งต่อ

คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว และแจ้งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนกลับไปยังแผนกผู้ป่วยนอก (Out patient department) หรือหอผู้ป่วยใน (In patient department) ทุก 3 เดือน

โรงพยาบาลแม่ข่ายจะเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงปีละ 1-2 ครั้ง โดยทีมเยี่ยมประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ในการดูแลผู้ป่วยจะประเมินสภาพร่างกาย ทำกายภาพบำบัด สอบถามปัญหาและความต้องการจากผู้ดูแล ตรวจสอบเรื่องยา ดังคำกล่าว

“ จะทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยตามปัญหาของเขาทุกครั้งที่มาเยี่ยมและจะสอนญาติและเจ้าหน้าที่ที่ไปด้วย ” (นักกายภาพบำบัด)

“ตรวจสอบยาผู้ป่วยว่ามีอะไรบ้าง และสอนว่ายานี้แก่อะไร กินอย่างไรแก่อายุ ” (เภสัชกร)

เมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน จะมีพยาบาลที่ รพ.สต. ดูแลต่อและส่งข้อมูลการดูแลและปัญหาของผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลแม่ข่ายทุก 3 เดือน

2.2 รพ.สต. ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และบันทึกข้อมูลปัญหาผู้ป่วย การดูแล ส่งโรงพยาบาลแม่ข่ายทุก 3 เดือน

ทีมพยาบาลของ รพ.สต. จะประเมินผู้ป่วยติดเตียงในระยะแรกรับจากศูนย์การดูแลต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งมีข้อมูลการรักษาพยาบาล และปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ทีมสุขภาพประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและพนักงานสาธารณสุขจะประเมินผู้ป่วยและสอบถามญาติถึงการดูแลให้การดูแลตามสภาพปัญหา ดังคำกล่าวที่ว่า

“จะประเมินปัญหาผู้ป่วยและเขียน
อาการแรกเริ่ม เช่นตัวอย่างการบันทึกแบบตอบรับ
การส่งต่อศูนย์ส่งต่อเพื่อการดูแล
ต่อเนื่อง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม การเขียนบันทึก
ได้แก่ ชื่อผู้ป่วย ...โรค.....อาการของผู้รับบริการ
และบริการที่ให้การดูแลที่บ้าน ได้แก่ ติดตามเยี่ยม
ผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี มีแผลกดทับที่ก้นแผล
แดงดี ดูแลทำแผลให้แนะนำการดูแลแผลกดทับ
และอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล BP 90/50
mmHg Pulse 84 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยใส่สายสวน
ปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน ให้
คำแนะนำการดูแลสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกัน
การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยไม่กล้า
ขยับตัวเพราะกลัวเจ็บแผล จึงแนะนำให้พลิก
ตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่ม และ
สอนการบริโภคลำไส้เนื้อขาว เพื่อป้องกันข้อติด
แนะนำเรื่องอาหาร และแนะนำวิธีการใช้ยาพ่นที่
ถูกวิธี “ พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. เมื่อประเมิน
อาการและให้การดูแลแล้วจะส่งแบบบันทึกไปที่
ศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลแม่ข่าย

2.3 การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านและ
ติดเตียงตามแผนของ รพ.สต.

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติด
บ้านอย่างน้อยปีละครั้ง ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ
จะให้คำแนะนำเพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้สูงอายุติด
บ้านส่วนใหญ่จะช่วยเหลือตนเองได้ มีปัญหาทาง
สุขภาพหลากหลายชนิด ได้แก่ รายที่ 1 เดินไม่ถนัด
ต้องใช้ไม้เท้า จะไปตรวจที่โรงพยาบาลต้องจ้าง
คนขับรถไปส่ง รายที่ 2 โรคสมองเสื่อมจะมี

บุตรสาวคอยดูแลในการทำกิจกรรม รายที่ 3 มี
ปัญหาทางจิตเวชเคयरรักษาตัวที่โรงพยาบาลอาการ
ดีขึ้นจึงมาอยู่บ้าน ไม่ค่อยพูด ไม่อยากออกจากบ้าน
รายที่ 4 มีปัญหาปวดเข่าจะทำสวนปลูกผักที่บ้าน
ไม่ไปไหน รายที่ 5 เป็นหลายโรค ได้แก่เบาหวาน
ความดันโลหิตสูง ตับแข็ง แต่ก่อนทำธุรกิจ ปัจจุบัน
มีปัญหาสุขภาพ จะไม่ออกสังคมอยู่กับภรรยา ส่วน
บุตรทำงานที่กรุงเทพ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดจะจ้าง
ผู้อื่นช่วยเหลือถ้าผู้ดูแลไม่สามารถทำได้ ดังคำ
กล่าวที่ว่า

“ในช่วงปีที่แล้วจะขับรถไปโรงพยาบาล
ได้แต่ปีนี้จ้งจ้างรถไปรับส่งเพราะเดินไม่ไหว” (ผส.
ติดบ้าน 1)

ผู้ดูแลจะช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหาของ
ผู้ป่วยที่ปรากฏ ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทาง
ผู้ป่วยติดบ้านจะมีปัญหาแตกต่างกัน เช่นเดินไม่
ไหวปวดหัวเข่า โรคสมองเสื่อม เป็นโรคทางจิตเวช
ทำให้ไม่สามารถออกจากบ้านไปโดยลำพัง ส่วน
ใหญ่จะอยู่กับบ้าน ช่วยกิจกรรมที่ทำในครอบครัว
ได้ เช่นช่วยทำสวน ดังคำกล่าวที่ว่า

“สมองเสื่อมรับประทานอาหารได้เอง
แต่หกละเอียด ส่วนใหญ่จะป้อนอาหาร บางครั้งไม่
ยอมรับประทาน เดินหลงไปบ้านคนอื่น” (ผู้ดูแลติด
บ้านคนที่ 2)

“ปวดเข่าจะมียากิน ไม่ต้องออกไปไหน
ทำสวนที่บ้านทุกวัน” (ผู้ดูแลติดบ้านคนที่ 4)

ส่วนผู้ป่วยติดเตียงที่มีสุขภาพจะเยี่ยม
อย่างน้อยทุกเดือน อาจเพิ่มจำนวนครั้งของการเยี่ยม
ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย เช่น ไปทำแผลกดทับ

หรือผู้ป่วยมีอาการผิดปกติอาจต้องส่งต่อไปโรงพยาบาล นอกจากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้ช่วยดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ จะแจ้งอาการผิดปกติให้พยาบาลที่ รพ.สต. ให้ช่วยเหลือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องทำงานนอกบ้าน การดูแลผู้ป่วยลดน้อยลงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน บางครอบครัวผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับและข้อติด เมื่อทีมสุขภาพได้แนะนำการพลิกตะแคงตัวหรือการบริหารข้อแก่ญาติผู้ป่วยแล้ว จะแนะนำให้ญาติทำบ่อยๆ บางบ้านญาติมีภาระงานที่ทำ จึงอาจจะไม่ได้พลิกตะแคงผู้ป่วยเป็นประจำ

“เราไม่ได้พลิกตัวเป็นระยะ ลูกกลับจากโรงเรียนจะช่วยยกแขน ขา ให้อยู่ ตอนกลางวันเราค้าขาย” (ผู้ดูแล 1)

“ญาติผู้ป่วยบางคนจะไม่ทำกิจกรรมตามที่บอกทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ หรือข้อติด” (เจ้าหน้าที่คนที่ 1)

2.4 คัดกรองผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชนทุกปีเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม

ในรพ.สต. ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะคัดกรองผู้สูงอายุทุกปี และจัดกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลที่เหมาะสม ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง จะสอนวิธีการดูแลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อป้องกันการเป็นผู้ป่วยติดเตียง ในรพ.สต. มีเอกสารการคัดกรองผู้สูงอายุทุกคนในรพ.สต.

2.5 แต่งตั้งทีมหมอครอบครัวของตำบลเพื่อรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง

ทีมสุขภาพ รพ.สต. ได้แต่งตั้งทีมหมอครอบครัวให้รับผิดชอบผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในแต่ละพื้นที่ทีมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจมีหลายทีมขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ในแต่ละทีมจะดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและติดบ้าน รวม 4-5 คน ดูแลหมุนเวียนเยี่ยมผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน จะมีการจัดทีมดูแลที่ชัดเจน และนำปัญหามาปรึกษาหารือกันในพื้นที่ และระหว่างทีมดังกล่าว

“เยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละครั้งจะต้องไปกับทีมสุขภาพที่รับผิดชอบด้วย ดูแลและให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่นการทำความสะดวกหลังให้อาหาร หรือการบริหารข้อ” (อสม.1)

“เมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละคนแล้ว เราจะนำปัญหามาแลกเปลี่ยนกัน เพื่อจะได้ดูแลอย่างถูกต้อง หรือมารับรู้ปัญหาร่วมกัน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1)

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

3.1 ผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง จะได้รับการดูแลที่ดีขึ้น เพราะจากการบริการ เช่นมีทีมหมอครอบครัว จะต้องดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบ ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ผู้ดูแลขอความช่วยเหลือจาก อสม. ที่อยู่ใกล้บ้านเมื่อต้องการ

ความช่วยเหลือด่วน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นคนในพื้นที่รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยอย่างมาก และรับผิดชอบผู้ป่วยในละแวกบ้าน คนละ 10-15 หลังคาเรือน

3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพจากพยาบาลวิชาชีพ ทุกเดือน เช่น ปัญหาการเกิดโรคระบาด หรือการแก้ปัญหาที่ตนเองประสบในชุมชนกับทีมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานทางด้านการศึกษามาจัดโครงการทางด้านสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับรู้ถึงปัญหาทางสุขภาพและสามารถแก้ไขได้ในระดับหนึ่ง ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ใกล้บ้าน 2 ราย เมื่อเขามีปัญหาเขาก็เรียกพี่ เช่นบ้านหนึ่งเขาจ้างคนเฝ้ากลางวันเพราะลูกสาวไปทำงาน สายยางให้อาหารหลุด คนเฝ้าจะตะโกนบอกเรา และเราก็โทรบอกที่ รพ.สต. ให้มาใส่สายให้” (อสม. 2)

“แม่เคยซึม เหงื่อออกตัวเย็น ไม่รู้สึกตัว เราก็บอก อสม. ให้มาเจาะน้ำตาล ” (ผู้ดูแล 1)

3.3 ปรับระบบการทำงานในการดูแล ผู้สูงอายุดีขึ้น ได้แก่การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พยาบาลประเมินผู้ป่วยและเขียนแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติ และประเมินผลจากการปฏิบัติ โดยพยาบาลติดตามประเมินผลในการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การดำเนินงานในชุมชนต้องเขียนโครงการเพื่อของบประมาณ ในโครงการจะมีแบบประเมินผลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผู้พิจารณาประเมินผลทั้งในองค์การบริหารส่วนตำบลและ รพ.สต. จะมีคณะกรรมการตรวจสอบทั้งภาครัฐและประชาชน นอกจากนั้นยังมีการสอบถามความพึงพอใจจากผู้รับบริการด้วย ซึ่งการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมตรวจสอบ และติดตามผลของกิจกรรมหรือโครงการว่าบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้อย่างไร รับทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการได้

การอภิปรายผลการวิจัย

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้บริหารท้องถิ่น ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในตำบล จะทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุ โดยการเตรียมบุคคลเข้ารับการอบรมดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การอนุมัติงบประมาณโครงการดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งคณะกรรมการประกอบด้วยผู้บริหารท้องถิ่น ข้าราชการประจำ และมีตัวแทนจากภาคประชาชน เช่น เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละหมู่บ้าน และกำนัน การสนับสนุนเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากไร้

และร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) นอกจากนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ตั้งทีมหมอบรรเทาให้รับผิดชอบผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในตำบลหนึ่งมีหลายทีม โดยทีมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม.กระจายดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นองค์กรที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดบริการสาธารณะแก่ชุมชน รวมทั้งภารกิจเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยและผู้ด้อยโอกาส ซึ่งพระราชบัญญัติ โดยรัฐได้กระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะด้านการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดแพร่ พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย ครอบครัว ด้านสังคม ด้านการงาน อาชีพ แนวทางการพัฒนาโดยการนำแผนยุทธศาสตร์นำไปปฏิบัติจริงในการให้ความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบครัว การตรวจสุขภาพประจำปีและการตั้งศูนย์พัฒนาผู้สูงอายุให้เหมาะสม ด้านสังคมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและเกิดความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการการแจกสิ่งจำเป็นให้ผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการรถเมื่อ

เจ็บป่วย ด้านครอบครัวให้ปรับปรุงที่อยู่อาศัย การสร้างสายใยรักให้ครอบครัว (ภูมิวัฒน์ พรวนสุข, 2558) การศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ขั้นตอนการตัดสินใจครอบคลุม 3 ส่วน ได้แก่ 1) การเข้าร่วมพัฒนาสุขภาพโดยใช้การสื่อสารระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ดำเนินการพัฒนา 2) การบ่งชี้สถานะทางสุขภาพของชุมชน ทำให้รับทราบข้อมูลที่เป็นปัญหา 3) การวิเคราะห์ทางเลือกการพัฒนา (รศยานภิก รัชตะวรรณ, ฌลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพรพรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, และดลปัทฏ์ ทรงเลิศ, 2561) ดังนั้นในขั้นตอนการตัดสินใจจึงเป็นขั้นตอนแรกที่ทำให้ผู้มีส่วนร่วมได้เข้ามาร่วมพัฒนางาน โดยคิดจะทำอะไร ใช้วิธีการอย่างไร ซึ่งถ้าการตัดสินใจที่ดีจะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการของชุมชน

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงขององค์การบริหารส่วนตำบล โดย 1) สํารวจผู้สูงอายุในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพและผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยฝ่ายพัฒนาชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือ ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบลจะมีหน่วยงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมจะทำงานประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) ส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียกว่านักบริบาลท้องถิ่นไปอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยทำงานประสานงานกับผู้ดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Care giver) ส่วนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีดังนี้ 1) การดูแลต่อเนื่อง

จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยติดเตียงที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมาชุมชนพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยติดเตียงในระยะแรก ซึ่งรับจากศูนย์การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลต่อในครอบครัว ญาติผู้ป่วยจะได้รับการสอนการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ก่อนจำหน่ายพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยและส่งต่อให้ชุมชนดูแลและต้องรายงานอาการให้โรงพยาบาลแม่ข่ายทุก 3 เดือน ดังการศึกษาของจุฑาทิพย์ กองจันทร์ศรี และอรสา กงตาล (2556) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมผู้ให้บริการมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม ศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลแม่ข่ายจะมาเยี่ยมผู้ป่วยปีละ 2 ครั้ง การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดังการศึกษาถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (Home health care nursing) ได้แก่ (1) ผู้รับบริการและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้น (2) ภาวะจิตใจผู้ป่วยดีขึ้นจากการอยู่ในครอบครัว (3) ลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาลทำให้ลดการติดเชื้อ (4) ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการเดินทางและของ

โรงพยาบาล (5) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว สร้างความเสมอภาคทางสังคมที่ไม่สามารถนอนโรงพยาบาลได้ และทำให้ครอบครัวพึ่งพาตนเองได้ (นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และพัชระกรพจน์ ศรีประสาร, 2557) เมื่อชุมชนรับผู้ป่วยจะต้องประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลตามปัญหา เขียนการดูแลต่อเนื่องส่งต่อให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ นอกจากนั้นทางโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมบริจาคสิ่งของที่ผู้สูงอายุต้องการ หรือการให้ยืมสิ่งของจำเป็นในการรักษา เช่น เตียงนอน ถังออกซิเจน รถนั่ง (Wheel chair) เป็นต้น การศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดเล็ดสมองในชุมชน (เสาวลี นิจอภัย, 2560)

2) พยาบาลในชุมชนเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยการอบรมเป็นผู้จัดการพยาบาลการดูแล (Care manager) เพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบตั้งแต่เขียนแผนการพยาบาล จนถึงการประเมินผล เพื่อวางแผนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในชุมชน ซึ่งกรมอนามัยเป็นผู้จัดให้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หลักสูตรจำนวน 5 วัน ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาในเรื่องปัญหาของผู้สูงอายุ หลักการพื้นฐานการบริหารจัดการการพยาบาลดูแล จนถึงการฝึกปฏิบัติในชุมชนเพื่อประเมินผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อม และการให้การพยาบาล หลักสูตรนี้ทำให้พยาบาลในชุมชนวางแผนการดูแลได้ถูกต้อง (สำนักอนามัย กรมอนามัย,

2558) ในครอบครัวที่เข้มแข็ง มีความพร้อมทั้งทางด้านความรู้ และฐานะเศรษฐกิจจะดูแลผู้สูงอายุได้ดี สามารถซื้ออุปกรณ์ในการประเมินสุขภาพได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาล ความสะดวกในการเดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาลทำให้มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ (ธีรนนท์ วรรณศิริ, 2559) 3) การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อมีความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และ 4) การคัดกรองผู้สูงอายุทุกปี เพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุจะได้วางแผนในการดูแลให้เหมาะสม ถ้าชุมชนมีการคัดกรองผู้สูงอายุในเรื่องอื่นนอกเหนือจากการทำกิจวัตรประจำวันจะทำให้พัฒนาผู้สูงอายุป้องกันการเป็นผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย (วีรพล กิตติพิบูลย์ และนิธิรัตน์ บุญตานนท์, 2563) โดยการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว การมองเห็น การทดสอบสภาพสมองเสื่อม ทดสอบความซึมเศร้า และจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาผู้ที่มีปัญหา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างมากต่อกิจกรรม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อการลดความผิดปกติ จากผลการคัดกรองสุขภาพของตนเอง และต้องการนำ

ความรู้ และทักษะต่างๆ ไปเผยแพร่ต่อให้กับคนอื่นๆ

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์โดยตรง ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจะได้รับการดูแลครอบคลุมจากชุมชน จากการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งประกอบด้วยผู้บริหาร ภาคประชาชนที่ร่วมเป็นคณะกรรมการและองค์กรทางสุขภาพ การได้รับผลประโยชน์อย่างน้อยที่สุดมี 3 อย่าง ได้แก่ (1) วัสดุ สิ่งของ (Material) ผู้สูงอายุได้รับอุปกรณ์ต่างๆ ในการดูแลหรือค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลให้ผู้สูงอายุ (2) ด้านสังคม (Social) ได้แก่ การมีโครงสร้างพื้นฐานดีขึ้น หรือคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุได้รับการประเมินอย่างน้อยปีละครั้ง (3) ส่วนบุคคล (Personal) โดยผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุม (Cohen & Uphoff, 1980) 2) อสม. มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในครอบครัวตนเองเมื่อมีผู้สูงอายุในบ้านหรือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3) เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ในการดูแลเพิ่มขึ้น และรู้ถึงแหล่งที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจะลดความเครียดในการดูแลได้ ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนควรมีลำดับขั้นดังนี้ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลถึงความรับผิดชอบ (information) เพื่อให้เกิดความเข้าใจ 2) เป็นที่ปรึกษา (Consultation) เกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงนโยบาย 3) การมีส่วนร่วม (Involvement) ซึ่งเป็นผลกระทบที่ใหญ่ที่สุด เป็นการตัดสินใจขั้นสุดท้าย แต่มี

ค่าสูงสุด 4) การทำงานร่วมกัน (Collaboration) และ 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่สูงที่สุด (Lodewijckx, 2021) ในงานวิจัยนี้ได้ศึกษาพบว่ามีการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามขั้นตอนดังกล่าวในการทำงานของทีมบริหารท้องถิ่น แกนนำชุมชน ทีมสุขภาพ และ อสม. ตั้งแต่การให้ข้อมูลข่าวสารจนถึงการเสริมพลังอำนาจให้ทีมสุขภาพ และ อสม. เพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวควรได้รับการเสริมพลังอำนาจด้วยเพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมอย่างครอบคลุม

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

โครงการที่ได้รับงบประมาณในชุมชนทั้งขององค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เมื่อจบโครงการแล้วจะต้องประเมินโครงการตามแบบที่กำหนด ซึ่งผู้ร่วมประเมินประกอบด้วยข้าราชการประจำและการเมือง รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน การประเมินผลเป็นการตรวจสอบผลการดำเนินงานและร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะท้องถิ่นต้องเปิดช่องทางให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ถ้าประชาชนมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญจะทำให้เกิดกระบวนการตั้งแต่เริ่มโครงการจนสิ้นสุดโครงการ (อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ, 2561)

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพต้องมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน ในการให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมจะให้ความรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และต้องฝึกอบรมในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งจะส่งเสริมสุขภาพกาย จิตและสังคม การทำกิจกรรมในชุมชนมีทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรทางสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมสุขภาพควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงให้ผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงอธิบายถึงหน่วยงานที่จะสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ดูแล พร้อมทั้งให้การตรวจสุขภาพประจำปีด้วย

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง
2. ศึกษาการเพิ่มพลังอำนาจของครอบครัวและผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
3. ศึกษาเชิงปฏิบัติการให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2560). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1533055363-125_1.pdf
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย. (2563). รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ: ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี. สำนักอนามัย: กรุงเทพมหานคร.
- ข้อมูลผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม. (2561).ระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (HDC). สืบค้นจาก <https://hdc.ntwo.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล. (2556). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. ใน *Graduate Research Conference 2012 Khon Kaen University*, (น. 658-669), ขอนแก่น, ประเทศไทย.
- ธีรนนท์ วรรณศิริ. (2559). สัมพันธภาพในครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(2), 31-50.
- นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และพัชระกรพจน์ ศรีประสาร. (2557). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(2), 92-108.
- นิมิตตรา แว, วิจิต เรืองแป้น, วารุณี หะยีสามะสา, นิสافر มุหะมัด, นฤมล ทองมาก. (2561). รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคใต้ในทศวรรษหน้า. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 19(1), 86-96.
- เพ็ญญา มะหะหมัด. (2561). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 10(2), 51-63.
- ภูมิวัฒน์ พรวนสุข. (2558). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตจังหวัดแพร่. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิษณุพนธ์*, 10(1), 77-87.
- รศ.ยานภิศ รัชตะวรรณ และเบญจวรรณ ถนอมชัยรัช. (2560). ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 135-150.

- รศ.ยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก วรรณรัตน์ จงเขตกิจ ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, และดลปภัฏ ทรงเลิศ. (2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 11(1), 231-237.
- วสันต์ วิเชียร. (2559). หลักการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนเทศบาลตำบลหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *Journal of Buddhist Studies*, 8(2), 81-93.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 (2557). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์.
- วีรพล กิตติพิบูลย์ และนิธิรัตน์ บุญตานนท์. (2563). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 158-171.
- ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล, อรสา กงตาล และเกศินี สราญฤทธิชัย. (2557). การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน: เครือข่ายปทุมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(3), 84-93.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long term care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559. สืบค้นจาก http://phn.bangkok.go.th/file_book
- สำนักอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care manager กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- เสาวลี นิจอภัย. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ในชุมชน: กรณีศึกษา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(3), 321-328.
- อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี. *วารสารร่วมพฤษ มหาวิทยาลัยเกริก*, 30(3), 46-65.
- Cohen, J. and Uphoff, N. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8, 213-235. DOI: 10.1016/0305-750X(80)90011-X.
- Lodewijckx, I. (2021). *The levels of community engagement, based on the participation ladder*. Retrived from <https://www.citizenlab.co/blog/civic-engagement/ladder-citizen-participation/>
- Silberberg, M. (Ed). (2011). *Principle of community engagement*. (2nd ed). NIH Publication: USA.