การฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

Recalled Knowledge and Competency Development of Village Health Volunteers to be the Case Manager, Caring for the Elderly in the Local Community

(Received: September 14,2020 ; Accepted: November 10,2020)

สุพัตรา สหายรักษ์ พย.ม.
Supattra Sahairak M.N.S.
ภัทราวดี เทพสง วท.บ.
Pattarawadee Thepsong B.S.
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล ต.นาเคียน อ.เมืองนครศรีธรรมราช
Ban Mueang Hua Thale Tambol Health Promoting Hospital Nakian Subdistrict, Mueang Nakhon Si Thammarat District,

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง และเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้สอดคล้องกับแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครที่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน จำนวน 20 คน ร่วมดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในเขตรับผิดชอบ จำนวน 48 คน โดยการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (PAR) และใช้เทคนิค AIC ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความรู้ การสร้างแนวทางการพัฒนา การสร้างแนวปฏิบัติงาน และการประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม แบบติดตามการดูแลและสรุปกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินความพึงพอใจ การสัมภาษณ์ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรม ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน มากที่สุดในด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (ร้อยละ 92.58) ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุ/ญาติต่อการได้รับการดูแล มีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (ร้อยละ 92.56) ทีมผู้ให้บริการมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจน และมีความต่อเนื่อง

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้จัดการรายกรณี การดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This action research aims to recalled knowledge and competency development of village health volunteer. Village health volunteers (VHV) to be able to act as a case manager in the care of the elderly in the local community effectively, in a continuous manner, and to promote the care of the elderly in the local community in accordance with the administrative guidelines of the municipal health insurance fund in Nakean Sub-district, Muang District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample group of volunteers who have been trained in the capacity building of community volunteers to be case manager of community dwelling elderly with disabilities course 20 people to join take care of 48 home-bound and bed-bound elders by participatory action research (PAR) and using AIC techniques that consist of knowledge enhancement, continuous development guidelines, practice, and evaluation. Data were collected using pre-post test. The data analysis by content analysis, percentage and mean.

Results revealed that VHV trained course “Recalled Knowledge and Competency Development of Village Health Volunteers to be the Case Manager, Caring for the Elderly in the Local Community in both theoretical and practical subjects pass 100 percent. After the training, they have increased in all aspects. Most in terms of knowledge in elderly holistic healthcare assessing (92.58%), elderly people and caregivers are satisfied with the action and take care of the elderly (92.56%).

Keywords: Village health volunteers, Case manager, Take care for the elderly

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้สูงอายุในปี 2560 มีจำนวน 10,225,322 คน และในปี 2561 มีจำนวน 11,666,803 คน เมื่อจำแนกเป็นภาค พบว่าภาคใต้มีจำนวนผู้สูงอายุในปี 2560 จำนวน 1,280,914 คน และในปี 2561 มีจำนวน 1,330,498 คน และจังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้สูงอายุในปี 2560 จำนวน 248,046 คน และในปี 2561 มีจำนวน 257,081 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561) จะเห็นได้ว่าแต่ละปีจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และร้อยละ 19 อยู่ในสภาวะติดบ้าน มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว ปัญหาสุขภาพและความเสื่อมของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่สามารถดำรงชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ทำให้ขาดการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง รวมไปถึงการเป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งการที่จะดูแลผู้สูงอายุให้ได้ผลดีในระยะยาวนั้นทุกภาคส่วนต้องเห็นความสำคัญและปฏิบัติอย่างจริงจังต่อเนื่อง มีการประสานงานระดับเครือข่ายพื้นที่ และอาศัยความร่วมมือกับชุมชนเป็นสำคัญ

องค์การอนามัยโลกรายงานเมื่อ ค.ศ. 2001 เสนอให้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) เพื่อเตรียมการสำหรับดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในทศวรรษที่ 21 โดยเน้นความเป็นองค์รวมและความเชื่อมโยงอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน ตามแนวคิดของ แวกเนอร์ (Wagner, 1999) และ สถาบัน The Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยทบทวนรายงานการวิจัยและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระบบสุขภาพเพื่อประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ผ่านมา โดยใช้ระยะเวลาดำเนินงานทั้งสิ้น 9 เดือน และในเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2003 คณะกรรมการมีมติให้เพิ่มประเด็นสำคัญอีก 5 ประเด็น ใน 6 องค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ภายใต้ชื่อใหม่ว่า Improving Chronic Illness Care : ICIC ซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วยต้องมีความปลอดภัย (patient safety) 2) เน้นองค์ประกอบทางสังคมและวัฒนธรรม (culture competency) 3) การเชื่อมโยงระบบการดูแล (care coordination) 4) นโยบายด้านชุมชน (community policy) 5) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังคนที่สำคัญด้านสุขภาพภาคประชาชน เป็นคนในพื้นที่ของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่มีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนค่อนข้างสูง มีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ และเป็นส่วนสำคัญในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จึงสมควรได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการที่จะเป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองทางสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งรัฐต้องให้การดูแล ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ การฟื้นฟูความรู้และพัฒนา อสม. ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะ อสม.เป็นประชาชนในชุมชนสามารถที่จะช่วยดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ การส่งเสริมให้มีผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มพูนความสามารถของ อสม.ให้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินสถานการณ์และสภาวะของผู้สูงอายุและครอบครัว วางแผน ประสานงาน ประสานเชื่อมโยงทรัพยากร ระบบส่งต่อ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการงานให้ลุล่วงได้ตามเป้าหมาย เป็นการพัฒนาคนในพื้นที่และเป็นกลไกในการทำงานที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนโดยมีญาติและคนในชุมชนมีส่วนร่วม

ตำบลนาเคียนเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช แบ่งพื้นที่ออกเป็น 9 หมู่บ้าน มีประชากรประมาณ 14,209 คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโหนด มีผู้สูงอายุจำนวน 1,582 คน จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 41.21 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อเข่าเสื่อม ในจำนวนนี้มีกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร้อยละ 3.03 มี อสม.จำนวน 254 คน ในส่วนของ อสม.ที่เคยเข้ารับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน มีจำนวน 27 คน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช เป็นหน่วยงานให้บริการด้านสาธารณสุขที่มีนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพของคนในชุมชนให้มีสุขภาพดี ชุมชนมีความเข้มแข็ง ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยมีความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน จิตอาสา อสม. และสถานศึกษา ได้จัดทำโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลายปัจจัย เช่น การพัฒนา

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงเกิดจากการพัฒนาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบท (พิศสมัย, เทิดศักดิ์ และศุภวดี, 2559) ปัจจัยด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ถนอมรัตน์ และเพชรา, 2559; คมสัน และสุชาดาวดี, 2560)

จากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ผู้วิจัยรับผิดชอบ การดำเนินโครงการการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนของตำบลนาเคียน ซึ่งพบว่า ชุมชนมีความต้องการการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน ยังไม่พบรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพของ อสม.ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพของ อสม.ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ ผลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปเป็นแนวทางหนึ่งในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง และเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้สอดคล้องกับแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ภายใต้บริบทของชุมชน และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อสร้างการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างถูกต้อง เหมาะสม ต่อเนื่อง

วิธีการวิจัย

การศึกษาใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research: PAR) โดยให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหาความต้องการ วางแผน ดำเนินการ และสรุปบทเรียนร่วมกัน โดยประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮ็นและอัพฮอฟ ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ มีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล และกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค AIC ซึ่งประกอบด้วย การสร้างและเพิ่มพูนความรู้ แนวทางการพัฒนาและปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และการประเมินผล โดยมีผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. ทีมวิจัย 2 คน
2. ทีมพื้นที่ 25 คน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล 1 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโหนด 2 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลนาเคียน 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาเคียน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน จาก 9 หมู่บ้าน ๆ ละ 2-3 คน รวม 20 คน
3. ผู้สูงอายุในชุมชน 48 คน

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อม ศึกษาบริบทผู้สูงอายุและชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุ จัดอบรมฟื้นฟูความรู้การทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ

ระยะที่ 3 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการฝึกปฏิบัติทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี ดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลา 3 เดือน (รวม 70 ชั่วโมง) ตั้งแต่การสะท้อนคิดในประเด็นการประเมินผู้สูงอายุ การค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำ การบันทึกข้อมูล การประสานงานส่งต่อข้อมูล และการสรุปบทเรียน โดยเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม 2) แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ 3) แนวทางการติดตามการดูแลและสรุปกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ 4) แนวทางการประสานงานกับเครือข่าย ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินศักยภาพอาสาสมัครฯ ได้แก่ 1) แบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการรายกรณี 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุหรือญาติต่อการได้รับการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการศึกษา เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ แล้วพิจารณาปรับปรุงแก้ไข การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสำรวจ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ

วิธีการเก็บข้อมูลของโครงการวิจัยนี้ ประกอบด้วย

1. ประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Pre-test, Post-test)

2. สำรวจสถานการณ์ภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในตำบลนาเคียนด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง การสนทนากลุ่มย่อยสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มแกนนำชุมชน

3. ถอดบทเรียนการดูแลสุขภาพที่ผสมผสานกับบริบทของชุมชนในลักษณะภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก

4. เก็บข้อมูลกระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการ การประชุมระดมสมองเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

5. ประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อกระบวนการวางแผนแก้ไขปัญหาและผลลัพธ์ในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แสดงผลด้วยค่าเฉลี่ยและร้อยละ, วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการระดมความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามประเมินผลสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ แล้วจึงสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นวิจัยที่กำหนด และสรุปผลโดยวิธีพรรณนาความ

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการภายใต้ขอบเขตเพื่อฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2560 30 มิถุนายน 2561 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ผลการศึกษา

อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ากระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนทั้งสิ้น 20 คนเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 47 ปี (ต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 63 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ85) มีสถานภาพสมรสแล้ว ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 80 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 85 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 40

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของการมีสมรรถนะในการเป็นผู้จัดการรายกรณีของอาสาสมัครสาธรณสุข

สมรรถนะ	ก่อน (20 คน)		หลัง (20 คน)	
	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล
1. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ	82.20	มาก	90.28	มากที่สุด
2. ด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม	78.20	ปานกลาง	92.58	มากที่สุด
3. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ	70.52	ปานกลาง	75.46	ปานกลาง
4.. ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ	72.24	ปานกลาง	82.54	มาก

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลให้เห็นว่าหลังผ่านการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยมีสมรรถนะมากที่สุดในด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (ร้อยละ 92.58) รองลงมาคือทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 90.28) ด้านที่มีสมรรถนะระดับมาก คือ ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (ร้อยละ 82.54) และด้านที่มีสมรรถนะปานกลาง คือ ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ (ร้อยละ 75.46)

ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ากระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพเป็นผู้จัดการรายกรณี มีจำนวน 48 คนเป็นเพศหญิงร้อยละ 72.92 มีอายุเฉลี่ย 74.58 ปี (ต่ำสุด 61 ปี สูงสุด 90 ปี) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.58 สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 62.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 50 อยู่กับบุตร คิดเป็นร้อยละ 52 รายได้เฉลี่ย 6,090 บาท/เดือน (ต่ำสุด 2,500 บาท สูงสุด 13,000 บาท) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เฉลี่ย 8.46 อยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ร้อยละ 93.75 และผู้สูงอายุเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตามการจำแนกโดยใช้เครื่องมือ Typology of Aged With Illustration (TAI) ตามชุดสิทธิประโยชน์จากนโยบายการให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระดับพื้นที่ ร้อยละ 100 ดังข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่ม 1	29	60.42
กลุ่ม 2	4	8.33
กลุ่ม 3	12	25
กลุ่ม 4	3	6.25
รวม	48	100

จากตารางที่ 2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้จัดการรายกรณีและส่งต่อข้อมูลให้ผู้วิจัยประเมินอีกครั้ง พบว่า ผู้สูงอายุดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตามการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือ TAI (Typology of Aged with Illustration) เพื่อเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์การบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ (องค์การบริหารส่วนตำบลนาเคียน)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนก่อนดูแลและหลังดูแล

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คน)		ปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน											
		ข้อยึดติด		การขับถ่าย		การดูแลฟื้นฟูด้านสมอง		แผลกดทับ		ภาวะซึมเศร้า		การรักษาไม่ต่อเนื่อง	
ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
48	48	13	11	8	5	2	0	2	1	0	0	3	0

จากตารางที่ 3 พบว่า ในจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและภาวะแทรกซ้อน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 68.33 ในจำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทั้งหมดพบว่า มีปัญหาด้านข้อยึดติดมากที่สุดจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 46.43 รองลงมามีปัญหาด้านการขับถ่าย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 มีปัญหาด้านการรักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.71 ปัญหาด้านการดูแลฟื้นฟูด้านสมอง และแผลกดทับ จำนวน 2 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 7.14 หลังได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดการรายกรณี พบว่า มีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและภาวะแทรกซ้อนลดลง เหลือจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 35.42 จากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าโครงการ แสดงให้เห็นถึงการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครฯให้เป็นผู้จัดการรายกรณีมีผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ/ญาติต่อการได้รับการดูแล

ความพึงพอใจ	ผู้สูงอายุ (n=43)		ผู้ดูแล (n=48)	
	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล
ด้านทักษะสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ	83.72	มาก	85.42	มาก
ด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม	81.40	มาก	83.33	มาก
ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ	81.40	มาก	81.25	มาก
ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ	88.37	มาก	93.75	มากที่สุด

*หมายเหตุ ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ไม่สามารถให้ข้อมูลด้านความพึงพอใจได้

จากตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่สามารถตอบคำถามได้ พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากเรียงลำดับได้ดังนี้ ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 88.37 ด้านทักษะสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 83.72 ส่วนด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมและด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ ได้คะแนนความพึงพอใจเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 81.40 ส่วนความพึงพอใจของญาติ พบว่า ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.75 ด้านทักษะสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมและด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.42, 83.33 และ 81.25 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และใช้เทคนิค AIC มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจน อารมณ์และสังคม เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพของพื้นที่สอดคล้องกับการศึกษาของ กันนิษฐา และพัฒนี, 2555 ที่

พบว่าการให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ที่มีการปรับความเข้าใจ ให้ความรู้เพิ่มเติม ทำให้ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะนุช (2557) ที่พบว่าผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย รวมทั้งผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และสุขภาพของผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการดูแลและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่สูงอายุ จากผลการศึกษาการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง รวมถึงส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยงานในระดับพื้นที่และหน่วยงานภายนอก ก่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการที่หลากหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ และด้านสังคม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และชุมชนมีความพึงพอใจ

สำหรับการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้จัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้สูงอายุ มีข้อดี คือ เป็นการดำเนินงานเชิงรุกที่เน้นสมาชิกในชุมชนดูแลกันเอง ผ่านความสัมพันธ์ทางเครือญาติ ความใกล้ชิด บ้านใกล้เรือนเคียง รับรู้และเข้าใจถึงสภาพ ของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ทำให้สามารถให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ทั้งนี้ต้องผ่านการให้ความรู้แนวทางต่างๆ ในการดูแล การประสานงาน และส่งต่อทั้งภายในและภายนอก ทั้งนี้ยังพบข้อจำกัด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังให้การประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุแบบแบบองค์รวม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบางประเด็นยังไม่ครอบคลุม เพราะผู้สูงอายุและครอบครัวมีบริบทที่แตกต่างกัน เช่น การมีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันก็จะทำให้แนวทางการดูแลแตกต่างกันด้วยเช่นกัน ซึ่งจุดนี้ได้แก้ไขโดยการสร้างทีมงานลงเยี่ยมบ้านในลักษณะการมีส่วนร่วมของ อบต.ผู้นำชุมชน จิตอาสาหมอครอบครัว หรือทีมสหวิชาชีพ แต่เบื้องต้นจะเป็นทีมวิชาชีพที่มีอยู่ใน รพ.สต. เช่น พยาบาลหรือหมอประจำครอบครัว แพทย์แผนไทย นักกายภาพ ทันตภิบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว และตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้การดูแลและแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และองค์กรชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และร่วมจัดทำแผนงาน โครงการ แนวทางในการดูแลช่วยเหลือ และรวมถึง การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และจัดสถานที่บริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดให้ส่วนสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม เป็นผู้รับผิดชอบและดำเนินการตามนโยบายและแผนงาน โดยมีส่วนร่วมในการจัดทีมติดตาม เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุร่วมกับ ทีม อสม.และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรเป็นเจ้าภาพจัดอบรม อสม.ให้มีความรู้และสมรรถนะในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กันนิษฐา มาเห็ม, และพัฒนี ศรีโอษฐ์. (2555). ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนาและสร้างแนวทางปฏิบัติ (AIC) ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ต.บ้านเป็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ปีที่ 18(2): 5-19.

คมสัน ธงชัย, และสุชาดามณี บุญจรัส. (2560). การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ ปีที่ 9(3): 206-220.

ณัฐพร เพชรสวัสดิ์. (2556). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหิดล.

ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์, และเพชรา ชวนะพันธุ์. (2559). ประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 ศูนย์อนามัยที่ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).

นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ และทิพย์สุดา ลาภภักดี. (2559). มาตรฐานการบริการ

พยาบาลผู้สูงอายุ. ในนวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ และทิพย์สุดา ลาภภักดี (บรรณาธิการ), มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (115-127). ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.

ปิยะนุช ภิญโยและคณะ. (2557). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของคนชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 35(2) พฤษภาคม–สิงหาคม 93-112.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). หลักพื้นฐานทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ในประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (1-14).กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภวดี แถวเพีย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 23(2): 79-87.

ภคพร กอบพึ่งตน, ชนกพร อุตตมะ, นาฎยา เอื้องไพโรจน์, ปริชาติ ขันทรักษ์. (2556). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ 34(2): 22-31.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557. เข้าถึง 6/4/60 จาก http://thaitgri.org/p=36746

วิมล บ้านพวน และคณะ. (2558). คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร CARE MANAGER กระทรวงสาธารณสุข. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

วรัญญา จิตรบรรทัด, พิมพวรรณ เรืองพุทธ, สุพัตรา สหายรักษ์, วัฒนา วาระเพียง. (2560) โครงการการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน เข้าถึง 20/6/62 จาก https://www.hsri.or.th/researcher/media/news/detail/9621

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในเขต 11 สุราษฎร์ธานี ณ ห้องประชุมโรงแรมทวินโลตัส อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2562.

อภิญญา เวชยชัย. (2556). เอกสารประกอบการบรรยาย Case Management กับบริบทของ Case Manager. ณ ห้องประชุมชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียติฯ โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อ 30 เมษายน 2556 งานสวัสดิการสังคม ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ โรงพยาบาลราชวิถี. สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย เข้าถึง 6/4/60 จาก http://www.medsocthai.org/index.php/2013-03-14-07-14-45/18-case-management-case-manager