

รายงานผลการวิจัย เรื่อง

การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
และกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง
ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ห่อหมก อ.แม่ทะ จ.ลำปาง)

โดย

นางสุมิตรา วิชา และคณะ

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 สถานการณ์ของผู้สูงอายุ	6
2.2 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	12
2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง	26
2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	42
3.1 รูปแบบการวิจัย	42
3.2 พื้นที่ศึกษา	43
3.3 กลุ่มเป้าหมายของการวิจัย	43
3.4 เครื่องมือการวิจัย	44
3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	45
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	55
3.7 จริยธรรมในการวิจัย	55
บทที่ 4 ผลการวิจัย	56
4.1 การพัฒนาความรู้ ทักษะคติ และทักษะแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver: CG)	56
4.2 การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง	63
4.3 การพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ	77
4.4 การพัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพ	86

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลวิจัยและการอภิปรายผล	128
5.1 สรุปผลการวิจัย	128
5.2 การอภิปรายผลการวิจัย	131
5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	137
เอกสารอ้างอิง	139
ภาคผนวก	142
ภาคผนวก ก เครื่องมือการวิจัย	142
ภาคผนวก ข ประวัติผู้วิจัย	155

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	แสดงจำนวน และร้อยละประชากรและผู้สูงอายุแยกตามรายหมู่บ้าน 11
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง แยกตามรายหมู่บ้าน 43
ตารางที่ 3	ประเด็นการประชุมและข้อสรุปที่ได้ 45
ตารางที่ 4	การวางแผนเก็บข้อมูลโครงการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2559 – 30 กันยายน 2560 47
ตารางที่ 5	แสดงเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยทั้งหมดของครอบครัว และ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล (caregiver: CG) 56
ตารางที่ 6	แสดงคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) 58
ตารางที่ 7	แสดงการหาค่าดัชนีประสิทธิผลของการเรียนรู้ (Effectiveness Index : E.I.) ของ ผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) จากการเข้ารับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ 58
ตารางที่ 8	แสดงระดับและคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) 59
ตารางที่ 9	ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) 63
ตารางที่ 10	ข้อมูลการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) 66
ตารางที่ 11	ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ของญาติผู้ดูแล 69
ตารางที่ 12	สรุปบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์ประกอบในการดำเนินงานการบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 121

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างอายุประชากรของอาเซียน ปี 2558	7
ภาพที่ 2 แสดงพีระมิตประชากรไทย ปี 2558	8
ภาพที่ 3 เปรียบเทียบพีระมิตประชากรไทย ปี 2513 ปี 2533 และ ปี 2558	8
ภาพที่ 4 แสดงลักษณะปิรามิตประชากรจังหวัดลำปาง และปิรามิตประชากรอำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง	10
ภาพที่ 5 แสดงลักษณะปิรามิตประชากร รพ.สต.บ้านหนอง และ รพ.สต.ฮ้องห้า อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง	11
ภาพที่ 6 แสดงการบูรณาการภาคีหลัก 3 ภาคี เพื่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน	18
ภาพที่ 7 แสดงลักษณะของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ และเป้าหมายการบริการ	20
ภาพที่ 8 แสดงระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในพื้นที่ ปี 2559	24
ภาพที่ 9 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง/ ระยะยาวในพื้นที่	26
ภาพที่ 10 แสดง Chronic care model ซึ่งพัฒนาโดย The MacColl institute	27
ภาพที่ 11 แสดงองค์ประกอบในการดูแลจัดการโรคเรื้อรัง	29
ภาพที่ 12 แสดงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา	31
ภาพที่ 13 แสดงโครงสร้างระบบประสานงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โรงพยาบาลแม่ทะ และเครือข่ายบริการสุขภาพ	37
ภาพที่ 14 แสดงแนวทางการส่งข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน	38
ภาพที่ 15 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง	40
ภาพที่ 16 แสดงกระแสนงานจากตติยภูมิถึงชุมชน	89
ภาพที่ 17 แสดงเครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยต่างๆ	91
ภาพที่ 18 แสดงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) คปสอ.เมืองลำปาง	92
ภาพที่ 19 แสดงตัวแบบ (Model) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ	95
ภาพที่ 20 แสดงการบูรณาการเชื่อมโยงการทำงานของตำบลดอนแก้ว	99
ภาพที่ 21 แสดงจุดเปลี่ยน (Kick off the point) ของ อบต.ดอนแก้ว	100
ภาพที่ 22 แสดงความคิดเห็นของผู้วิจัยต่อรูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพที่มี ประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	110

สารบัญภาพ (ต่อ)

		หน้า
ภาพที่ 23	แสดงรูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้งห้ำ	113
ภาพที่ 24	กราฟแสดงปัญหาสุขภาพจากการคัดกรองและประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	114
ภาพที่ 25	แสดงการประสานการดูแลช่วยเหลือผ่านกลุ่มไลน์ “CG อ้งห้ำ”	127

คำนำ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในชุมชนฮ้องห้า ต.น้ำใจ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง โดยศึกษาข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ญาติผู้ดูแล และภาคีบริการ 3 ภาคีหลักในชุมชน ซึ่งใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนฮ้องห้า คณะผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในพื้นที่ จนงานวิจัยสามารถสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้บริหารของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง โรงพยาบาลแม่ทะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า เทศบาลตำบลน้ำใจ และมหาวิทยาลัยเนชั่น ที่สนับสนุนให้การดำเนินงานศึกษาวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ อ.ดร.พัฒนา นาคทอง ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่กรุณาให้คำปรึกษา ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้บริหารและผู้ให้ข้อมูลจากแหล่งเรียนรู้ Best Practice ระดับประเทศ ได้แก่ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลลำปาง ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (เทศบาลหนองตองพัฒนา) และโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีหมวดเกล้า และจากทุกภาคส่วนในชุมชนฮ้องห้าและพื้นที่ตำบลน้ำใจ คณะผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาและความเสียสละเวลา แรงกาย และแรงใจต่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และคาดหวังว่าการศึกษานี้จะเกิดประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตามบริบทของสังคมไทย

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2560

บทคัดย่อ

รายงานผลการวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนา รูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของ ภาวหลัก 3 ภาว ในชุมชน (ภาวบริการสุขภาพ ภาวบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาวบริการสังคม) และ (2) พัฒนาระบบสารสนเทศให้ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากร ที่ต้องการใช้ประโยชน์จากข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากบุคคลและภาวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนฮองห้า (หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และ หมู่ 8 ตำบลน้ำใจ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง) ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) จำนวน 62 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 62 คน (2) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) จำนวน 15 คน และ (3) ตัวแทนภาวหลัก 3 ภาว (ภาวบริการสุขภาพ ภาวบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาวบริการสังคม) และจากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ลำปาง และเชียงใหม่ แล้วนำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าดัชนีประสิทธิผลของการเรียนรู้ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพหลังจากตรวจสอบข้อมูล นำมาจัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบระบบการเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ฮองห้า หรือชุมชนฮองห้า (หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และ หมู่ 8 ตำบลน้ำใจ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล (2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน (3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี ของ รพ.สต.ฮองห้า รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง (4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณจากเทศบาลน้ำใจ และ (5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละส่วนประกอบมีความเชื่อมโยงเพื่อประสานการทำงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

2. โปรแกรม COC Link ระบบ Off Line ได้รับการพัฒนาให้เป็นระบบ On Line สามารถส่งข้อมูลไป-กลับ (two way) และเชื่อมโยงข้อมูลในการติดตามดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลแม่ทะและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอแม่ทะได้ครอบคลุมทั้งหมดทุกแห่ง

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 78.15 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และเคยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพที่ผิดปกติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ มีความผิดปกติของช่องปาก (ร้อยละ 58.06) มีปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 66.13) มีปัญหาการรู้คิด (ร้อยละ 62.90) มีอาการปวดเข่า และเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (ร้อยละ 70.97) มีค่า BMI ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 38.71) เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร (ร้อยละ 66.13) และมีภาวะปัสสาวะเรื้อรังหรือปัสสาวะราด (ร้อยละ 37.10)

4. ค่าดัชนีประสิทธิผลของการเรียนรู้ (Effectiveness Index : E.I.) ของผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) ภายหลังจากที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเท่ากับ 0.4909 ซึ่งแสดงว่า ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความรู้เพิ่มขึ้น 0.4909 หรือคิดเป็นร้อยละ 49.09

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ควรตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมินและการดูแลตนเอง กลุ่มคนในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนควรมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงของการดูแล ลดความซ้ำซ้อนของบทบาทหน้าที่ในการทำงาน วางแผนการใช้ทรัพยากรในชุมชน (บุคลากร วัสดุครุภัณฑ์ งบประมาณ และการบริหารจัดการ) ร่วมกัน รวมถึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสารสนเทศและการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลคือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

Abstract

This research is a participatory action research study which aims to (1) develop a health service network for elderly people in home-bound and bed-bound groups while the involvement of 3 main community parties (health service providers, social service providers, community/local service providers) was considered, and (2) develop information technology systems regarding home-bound and bed-bound elderly information to meet the needs of any use. Data were collected using quantitative and qualitative methods from persons and parties involved in the care of dependent elderly people in the communities of Hong Ha (Moo 1, 6, 7, and 8, Nam Cho Sub-district, Mae Tha District, Lampang Province). Involved persons and parties were (1) 62 elderly people with dependency and 62 relative caregivers of both home-bound and bed-bound, (2) 15 caregivers (CG) of elderly with dependency, and (3) 3 representatives from the main community parties (health service providers, social service providers, community/local service providers). More data were from best practice sources in Surin, Lampang and Chiang Mai Provinces. Quantitative data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Effectiveness Index (E.I.) of learning. After verified, qualitative data were organized and used content analysis.

Results:

1. Health Networking System for the elderly, home-bound and bed-bound groups In the responsible area of Hong Ha Health Promotion Hospital was summarized by a linkage of 5 components which are (1) assessing the condition of the elderly with dependency and the potential of the caregivers, (2) caring for the elderly with dependency by the community, (3) health service system, continuous care system and management information system & technology, (4) the policy formulation, the project plan and the budget from Nam Cho Sub-district Municipality, and (5) the care of the elderly with dependency from other related organizations.

2. COC Link Program was an off-line system that had been developed to an on-line. It can transmit two-way information and link the continuum of follow-up care between Mae Tha Hospital and all Health Promotion Hospitals in its area.

3. Most of dependent elderlies were 78.15 years old female with chronic illnesses and hospitalized experience. Health problems included oral disorder (58.06%), reduced sight (66.13%), cognitive disorder (62.90%), knee pain and risk of falls (70.97%), lower standard BMI (38.71%), risk of malnutrition (66.13%), and urinary leakage or incontinence (37.10%).

4. For Effectiveness Index (E.I) in learning of the caregivers (CG), the value of developed skills and potential, after related knowledge and skills development, was at 0.4909, indicating that caregivers had gained 0.4909 related knowledge and skills on dependent elderly caregiving. It was accounted for 49.09 percent.

It can be concluded that health care system in the community should respond to the needs of dependent elderly people and relative caregivers, taking into account on the differences of individuals. Dependent elderly people and caregivers should be encouraged with an ability to assess and care for themselves. It is recommended that the care direction should be integrated and substantial by people in the community, government agencies, and the private sector. Continuity and care linkage are considered while redundancy of health care roles can be reduced. Community and local resources planning is applied together in all community levels (personnel, materials and equipment, budget and allocation, management). The importance of information technology system development and introduction of new technologies should be recognized in elderly with dependency caregiving. It is to maintain and to achieve the goal of health care service for elderly people with dependency in order to have a good quality of life and to live with value and dignity of human beings.

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา โครงสร้างอายุของประชากรประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราการเกิดที่ลดลงทำให้ประชากรวัยเด็กหรือฐานพีระมิดแคบเข้า และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุหรือส่วนยอดของพีระมิดขยายใหญ่ขึ้น สถานการณ์การสูงวัยในประเทศไทยในปี 2558 ประเทศไทยมีประชากร 65.1 ล้านคน(ไม่รวมแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านอีกประมาณ 3 ล้านคน) ประเทศไทยได้กลายเป็น "สังคมสูงวัย" ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 10.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรไทยทั้งหมดซึ่งประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประกอบด้วยผู้ชาย 4.6 ล้านคน และผู้หญิง 5.7 ล้านคนจากการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงมากกว่าร้อยละ 20 หรือเป็น "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" ในปี 2564 และจะเป็น "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 (พราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.), 2559)

การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเรื้อรัง และภาวะความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งเกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องการการพึ่งพาและความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมจาก ผลประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง ในชุมชนเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ ของ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล (2555) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียงบางส่วน มีปัญหาดังนี้ ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ มีดัชนีมวลกายเกินปกติ มีโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันในเลือดสูง) ฟันผุ/เหงือกอักเสบ/ไม่มีฟันขบเคี้ยว ทำให้มีปัญหาในการเคี้ยวกลืนอาหาร หูตึงได้ยินไม่ชัดเจน มองเห็นไม่ชัด มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ (ปวดเอว ปวดหลัง ปวดข้อ) มีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระ (ท้องผูก) และมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ (กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขัด) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าจากโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ปัญหาต่างๆ ในครอบครัว และเป็นห่วงลูกหลาน และ ภาวะสุขภาพด้านสังคม ได้แก่ การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ ส่วน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร(2551) สรุปผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลกระทบในด้านลบมากกว่าด้านบวกโดยผลกระทบที่ชัดเจนมี 3 ด้านได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจ และอารมณ์ ผลกระทบทางด้านร่างกาย และผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ

จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยมากเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ รองจากจังหวัดลำพูน จากการสำรวจประชากรกลางปี 2559 จังหวัดลำปางมีประชากรทุกช่วงวัยจำนวน 573,247 คน มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 142,932 คน (ร้อยละ 24.93 ของประชากรทั้งหมด) ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศไทย โดย 5 ลำดับแรกของอำเภอที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ต่อประชากรทั้งหมดสูงสุด ได้แก่ (1) อำเภอแม่พริก (ร้อยละ 33.65) (2) อำเภอสบปราบ (ร้อยละ 30.40) (3) อำเภอ

เถิน (ร้อยละ 28.02) (4) อำเภอแม่ทะ (ร้อยละ 27.72) และ (5) อำเภอกะคา (ร้อยละ 27.06) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2559)

ตำบลน้ำใจ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ได้รับคัดเลือกให้เป็นตำบลนำร่อง “ตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ” ของจังหวัดลำปาง ซึ่งตำบลน้ำใจ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอ่องห้า รับผิดชอบดูแลประชากร 3,182 คน มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 27.00 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนอง รับผิดชอบดูแลประชากร 4,870 คน มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 24.64 ซึ่งกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่งดูแล “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรในพื้นที่) ผู้วิจัยเลือกศึกษาพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า เนื่องจากประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 27.00 ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด) อย่างรวดเร็ว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2559)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า รับผิดชอบดูแลประชากรหมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และ หมู่ 8 ของตำบลน้ำใจ จำนวน 3,182 คน มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 859 คน (ร้อยละ 27) จำแนกจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 797 คน (ร้อยละ 92.78) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน จำนวน 50 คน (ร้อยละ 5.82) และ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 1.40) ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจำนวนหนึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการสำรวจเบื้องต้นในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. อ่องห้า พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) ที่จะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยกลุ่มจิตอาสาในหมู่บ้านหรือ อสม. มาดูแลเป็นระยะ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน (ข้อติด ปอดบวม แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัดตกหกล้ม) และปัญหาด้านสุขภาพจิต (ความรู้สึกไร้ค่า หดหู่ใจของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น) นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดเวลาอาจมีความเครียดจากการดูแลระยะยาว และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัว

ยุทธนา พูนพานิช และแสงนา อูทัยแสงไพศาล (2556) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ได้เสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ไว้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองบ้าง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางกิจกรรม กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การเยี่ยมบ้าน” เป็นบริการต่อเนื่องที่บ้านที่จัดให้กับผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตลอดเวลาอย่างถาวรวิธี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การจัดให้มีผู้ดูแล” เป็นการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพื่อแบ่งเบาภาระจากสมาชิกในครอบครัว ให้สมาชิกยังคงสามารถสร้างผลผลิตให้แก่ชุมชนและสังคมได้ต่อไป

การศึกษาารูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน ของ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ปราณี สุทธิสุคนธ์ และ สมชาย วิริภิมย์กุล (2555) ในพื้นที่ตำบลท่าไม้ อำเภอกำแพงแสน และตำบลจรเข้มะเือง อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แบ่งออกเป็น 8 รูปแบบ คือ การดูแลตนเอง การดูแลโดยครอบครัว การดูแลโดยเพื่อนบ้าน การดูแลโดยผู้นำชุมชน การดูแลโดยชมรมผู้สูงอายุ การดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกรณีที่ไม่มีผู้ดูแล มีผู้ดูแล และมีผู้ดูแลแต่ไม่ยอมดูแล การดูแลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และการดูแลโดยสถานบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ ผู้สูงอายุติดเตียงไม่ให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด ผู้ดูแลไม่มีเวลาและรู้สึกเหนื่อย/ท้อแท้ ขาดนักกายภาพบำบัด/นักพัฒนาสังคมลงพื้นที่ช่วยเหลือดูแล และขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ ดังนั้น จึงมีความต้องการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล/อสม. เรื่องการรักษาพยาบาล/ทำกายภาพบำบัด จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลผู้พิการในชุมชน และให้องค์กรต่างๆ ในชุมชนลงพื้นที่ร่วมกัน เพื่อช่วยเหลือดูแลสุขภาพ มอบอาหาร ยา เงิน และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ

นอกจากนี้ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ (2557) ได้พัฒนาพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ โดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นควรมี 3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกาย จิต และสังคม

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ่องห้า ใช้กรอบแนวคิดการทำงานตามภารกิจของของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยมีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care center: COC) โรงพยาบาลแม่ทะ ทำหน้าที่เชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลแม่ทะ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระยะยาวได้รับบริการการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงทำหน้าที่เป็นศูนย์สนับสนุนด้านต่างๆ สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ และการจัดหาระบบข้อมูลสารสนเทศ แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า ยังไม่มีรูปแบบของระบบเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) ที่ชัดเจนของหน่วยงานและภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากข้อมูลและสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ่องห้า อำเภอมะเือง จังหวัดลำปาง โดยใช้กรอบการบูรณาการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของภาคีหลัก 3 ภาคี ได้แก่ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น(กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน/ชมรมผู้สูงอายุ/เทศบาล/อบต./อื่นๆ) ภาคีบริการสังคม (พมจ./ศูนย์สงเคราะห์/อื่นๆ) และภาคีบริการสุขภาพ (รพช. รพ.สต. อสม.) โดยการใช้ องค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ของแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ได้แก่ 1. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) 2. การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) 3. ระบบ/วิธีการช่วยในการตัดสินใจ (Decision support) 4. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system) 5. การออกแบบระบบบริการ (Health Systems organization) และ

6. การเชื่อมโยงการใช้ทรัพยากร (Community resource linkages) เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อให้ได้รูปแบบของเครือข่ายบริการบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลองค์ห้า สำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและชุมชนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อพัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จากบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม)

2) เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่ต้องการใช้ประโยชน์จากข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

1.3.1 เนื้อหาการวิจัย

ขอบเขตการศึกษา ประกอบด้วย รูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จากบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม) ระบบข้อมูลสารสนเทศ ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่ต้องการใช้ประโยชน์จากข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง และการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง

1.3.2 ประชากร

ประชากรในการศึกษานี้มี 3 กลุ่ม คือ

1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ของพื้นที่หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8 ตำบลน้ำโจ้อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลองค์ห้าของหมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8 ตำบลน้ำโจ้อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

3) ภาคีเครือข่ายหลัก 3 ภาคี ได้แก่

3.1) ภาคีบริการสุขภาพ หมายถึง ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ได้แก่ แพทย์พยาบาล โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลแม่ทะ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ทะ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลองค์ห้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนอง

3.2) ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ได้แก่ นายกเทศมนตรีและรองนายกเทศมนตรีเทศบาลน้ำโจ้ สมาชิกสภาเทศบาลตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมจิตอาสาบ้านแม่ปุง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8 ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ

3.3) ภาศึบการสังคกได้แกั ตัวแทนจากกระทรวงพัฒนาสังคกและความมั่นคงของมนุษย์ ตัวแทนจากศูนย์การศึกษาอกโรงเรียนในพื้นที่ (กศน.) ตัวแทนครูจากโรงเรียนบ้านอ่องห้า เจ้าอาวาสจากวัดบ้านอ่องห้า ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ตัวแทนของคริตจักรปรุรงธรรม และตัวแทนจากหน่วยงานเอกชน (บริษัท SCG โรงงานเชรามิก)

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.4.1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ของพื้นที่หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8 ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) และมีคะแนนจากการประเมิน อยู่ในช่วง 5-11/20คะแนน

1.4.2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง หมายถึง ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ของพื้นที่หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8 ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) และมีคะแนนจากการประเมิน อยู่ในช่วง 0-4/20 คะแนน

1.4.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver: CG) หมายถึงบุคคลจากพื้นที่หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8 ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่ได้รับการคัดเลือกให้พัฒนาศักยภาพความรู้และทักษะการเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า ตามการจัดสรรงบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (CUP)

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการศึกษาวิจัยคาดว่า จะสามารถนำไปใช้ได้กับหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ทะ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ทะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า เทศบาลตำบลน้ำโจ้ กระทรวงพัฒนาสังคกและความมั่นคงของมนุษย์ รวมถึงประชาชนและองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ได้โดย

1) ใช้เป็นข้อมูลในการจัดรูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จากบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาศึบการสุขภาพ ภาศึบการชุมชน/ท้องถิ่น และภาศึบการสังคก)

2) มีการใช้ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่ต้องการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง

3) นำข้อมูลจากการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง

4) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) มีความรู้ ทักษะ และเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในชุมชนของตนเอง

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง(กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า

อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) นี้ มีการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 สถานการณ์ของผู้สูงอายุ
- 2.2 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
- 2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง
- 2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1. สถานการณ์ของผู้สูงอายุ

2.1.1 สถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ปัจจุบันองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่องค์การสหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไป ในการนำเสนอสถิติข้อมูลและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” (WHO, 2001 อ้างถึงใน ปราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.), 2559)

สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทยและในรายงานผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558 ได้ให้ความหมายคำที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไว้ดังนี้ (ปราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.), 2559)

“ผู้สูงอายุ” หมายถึงผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ “ประชากรสูงอายุ” หมายถึงประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

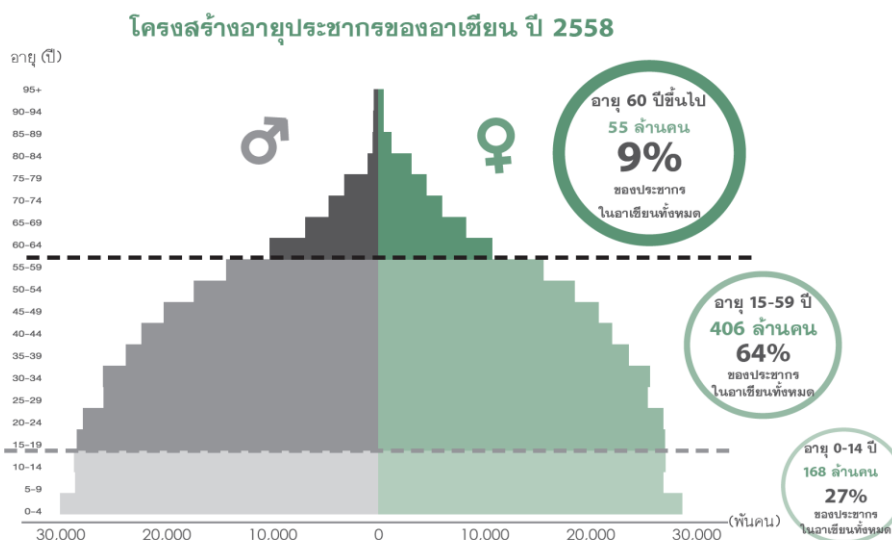
“สังคมสูงวัย” (Aged society) และ “สังคมสูงอายุ” มีความหมายเหมือนกันและใช้แทนกันได้ หมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7)

“สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14)

“สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20)

สำหรับประเทศอาเซียนที่มีประชากรรวมกันทั้งหมด 633 ล้านคนนั้น ในปี 2558 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 59 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของประชากรทั้งหมด ขณะนี้มี 3 ประเทศในอาเซียนที่เป็นสังคมสูงวัยแล้ว คือ มีร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ได้แก่ ลำดับที่ 1 สิงคโปร์ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18 ลำดับที่ 2 ประเทศไทย มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16 และลำดับที่ 3 เวียดนาม มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10 ส่วนอินโดนีเซียซึ่งเป็นประเทศที่มี

ประชากรมากที่สุดในอาเซียน คือ มีประชากร 258 ล้านคน หรือเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งอาเซียน อินโดนีเซียมีประชากรสูงอายุประมาณ 21 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 8 ของประชากรทั้งประเทศ

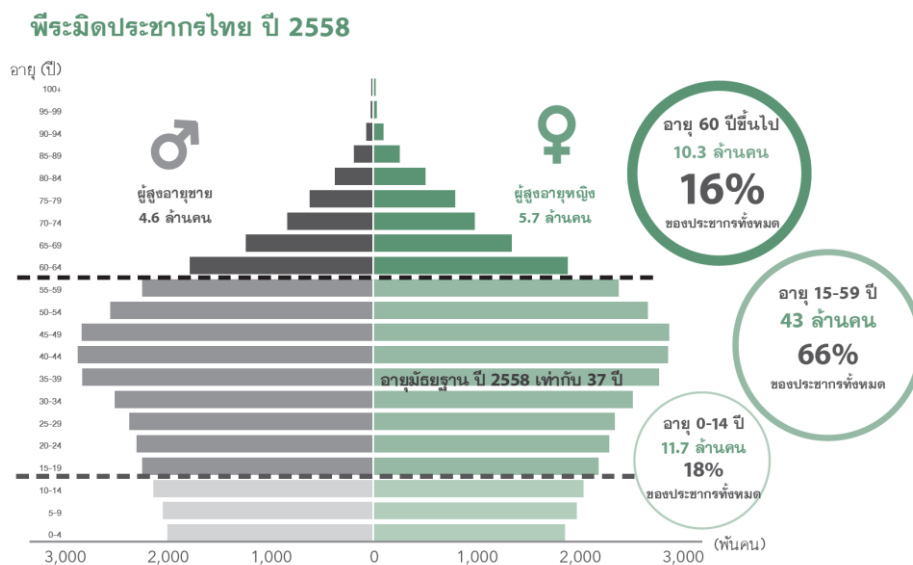


ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างอายุประชากรของอาเซียน ปี 2558

แหล่งที่มา: UNWPP2015 (อ้างอิงใน ปราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.), 2559)

สถานการณ์การสูงวัยในประเทศไทยในปี 2558 ประเทศไทยมีประชากร 65.1 ล้านคน (ไม่รวมแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านอีกประมาณ 3 ล้านคน) ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัย ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 10.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรไทยทั้งหมดซึ่งประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยผู้ชาย 4.6 ล้านคน และผู้หญิง 5.7 ล้านคนและจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยมากที่สุด 10 อันดับแรกได้แก่ (1) ลำพูน 154.0 (2) ลำปาง 153.2 (3) แพร่ 148.9 (4) สมุทรสงคราม 141.0 (5) สิงห์บุรี 134.3 (6) ชัยนาท 129.9 (7) อุตรดิตถ์ 129.2 (8) พะเยา 128.1 (9) นครสวรรค์ 120.4 และ (10) สุโขทัย 119.7 (“ดัชนีการสูงวัย” (Index of Ageing) แสดงถึงการสูงวัยของประชากรในพื้นที่ซึ่งคำนวณได้จากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี คูณด้วย 100)

ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงมากกว่าร้อยละ 20 หรือเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ในปี 2564 และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574

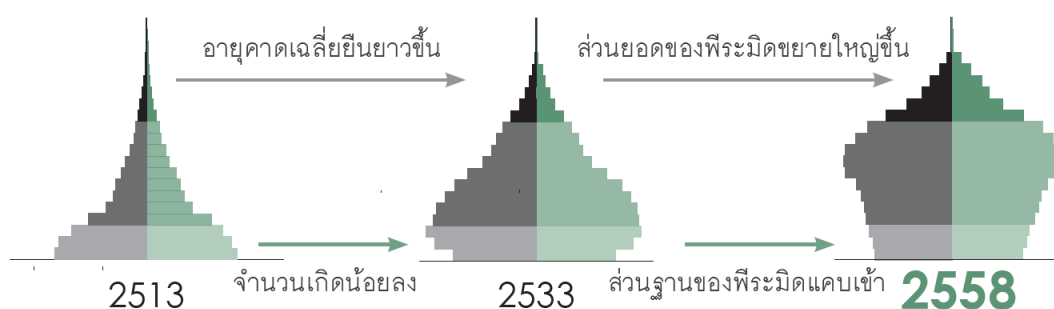


ภาพที่ 2 แสดงพีระมิตประชากรไทย ปี 2558

แหล่งที่มา: การคาดประมาณประชากรไทย พ.ศ. 2553 - 2583, สศช.

(อ้างอิงใน ปราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.), 2559)

ในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมาโครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วอัตราเกิดที่ลดลง ทำให้ประชากรวัยเด็กหรือฐานพีระมิตแคบเข้าและอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้นทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุหรือส่วนยอดของพีระมิตขยายใหญ่ขึ้น



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบพีระมิตประชากรไทย ปี 2513 2533 และ 2558

แหล่งข้อมูล: สำมะโนประชากรและเคหะพ.ศ. 2513 และ 2533, สศช. และการคาดประมาณ

ประชากรไทยพ.ศ. 2553-2583, สศช.(อ้างอิงใน ปราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.), 2559)

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในประเทศอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุซึ่งจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุปี 2557 พบว่า มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากถึงหนึ่งในสามของผู้สูงอายุทั้งหมด ที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,647 บาทต่อคนต่อเดือน หรือ 31,764 บาทต่อคนต่อปี ส่วนผลกระทบด้านสังคมนั้น ผู้สูงอายุไทยอาศัยอยู่ตามลำพังมากขึ้นจากเมื่อ 30 ปีก่อน ครึ่งเรือนในประเทศไทยมีขนาดประมาณ 5 คนต่อครัวเรือน ขนาดครัวเรือนได้เล็กลงเหลือ 4 คน ในปี 2543 และในปี 2558 ประมาณ

ว่าครัวเรือนไทยมีขนาดเฉลี่ยเพียง 3 คนเท่านั้น ซึ่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม อาจมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพในเวลาต่อมา และผลกระทบในด้านสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลปรนนิบัติในกิจวัตรประจำวัน แต่ไม่มีผู้ดูแลตามที่ต้องการอยู่จำนวนหนึ่ง ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) มีมากถึงร้อยละ 24 ที่ต้องการการดูแลปรนนิบัติแต่มีผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่สามารถมีผู้ดูแลได้ เป็นสัดส่วนมากถึงร้อยละ 4 ของผู้สูงอายุวัยปลายทั้งหมด (ปราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.), 2559)

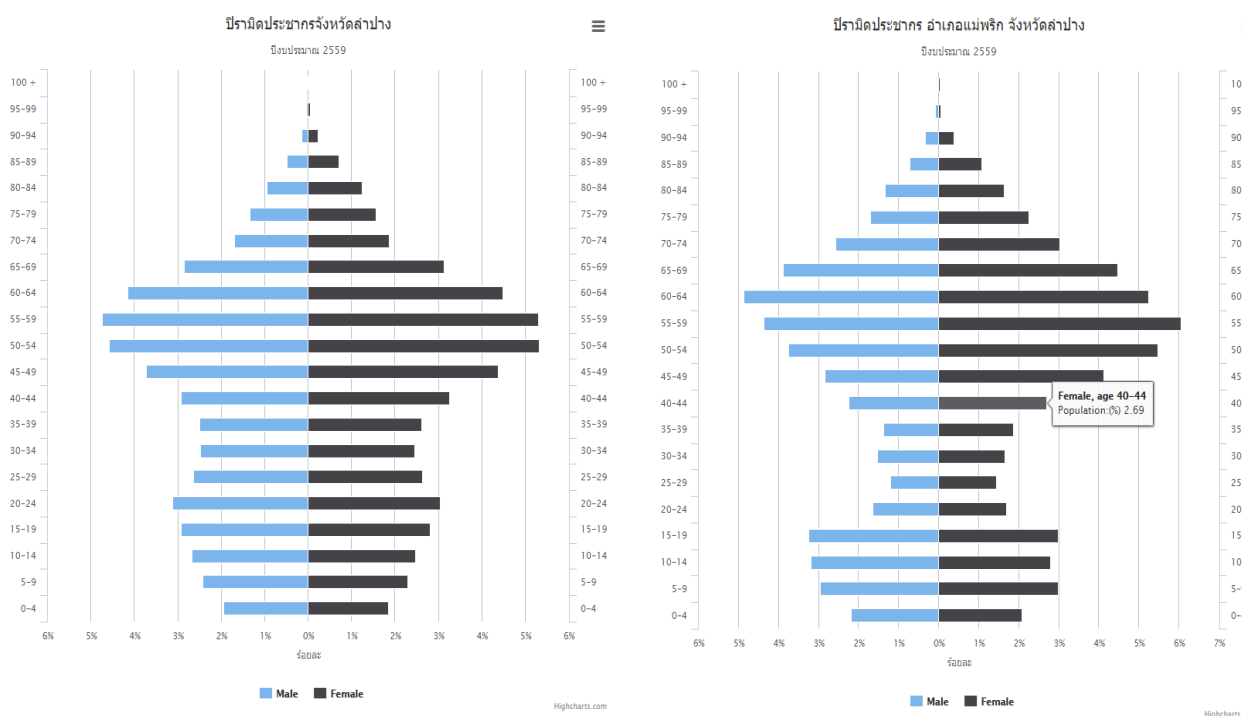
กล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ที่นำประเทศเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีก 15 ปี ข้างหน้า มีผลกระทบไม่เฉพาะต่อผู้สูงอายุเอง แต่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการโดยรวมของประเทศไทย ทั้งในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ

2.1.2 สถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ลำปางเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือตอนบน ตั้งอยู่ในแอ่งที่ราบล้อมรอบด้วยภูเขา มีประวัติศาสตร์เก่าแก่ยาวนานในภายหลังเป็นที่รู้จักกันดีอีกชื่อหนึ่งว่า **เมืองรถม้า** ที่สัมพันธ์กับเอกลักษณ์ของลำปางมีคำขวัญประจำจังหวัด คือ "ถ่านหินลือชา รถม้าลือลั่น เครื่องปั้นลือนามงามพระธาตุลือไกล ฝึกช้างใช้ลือโลก" และมีวิสัยทัศน์จังหวัดลำปาง (Vision) คือ "ลำปางเมืองน่าอยู่นครแห่งความสุข" แบ่งออกเป็น 13 อำเภอ ได้แก่ อ.เมืองลำปาง อ.แม่เมาะ อ.เกาะคา อ.เสริมงาม อ.งาว อ.แจ้ห่ม อ.วังเหนือ อ.เถิน อ.แม่พริก อ.แม่ทะ อ.สบปราบ อ.ห้างฉัตร และ อ.เมืองปาน มีพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับ 5 ของภาคเหนือ รองจากเชียงใหม่ ตาก แม่ฮ่องสอน และเพชรบูรณ์ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดข้างเคียงถึง 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน พะเยา ตาก แพร่ และสุโขทัย

จังหวัดลำปาง กำหนดยุทธศาสตร์จังหวัดลำปางพ.ศ. 2561 – 2564 ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 4 : การเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และสังคมลำปางให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้มีความเข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกันสามารถดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ขับเคลื่อนด้วยโครงการพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตและสร้างความมั่นคงในชีวิตประชากรกลุ่มวัยสูงอายุและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย คือกิจกรรมหลักที่ 1 : การเสริมสร้างทักษะและความพร้อมของผู้สูงอายุให้อยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่ากิจกรรมหลักที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตและเข้าถึงสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ และกิจกรรมหลักที่ 3 : การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยมากเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศรองจากจังหวัดลำพูนจากการสำรวจประชากรกลางปีงบประมาณ 2559 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง จังหวัดลำปางมีประชากรทุกช่วงวัยจำนวน 573,247 คน มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 142,932 คน (คิดเป็นร้อยละ 24.93 ของประชากรทั้งหมด) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมของจังหวัดลำปาง จะพบว่าจังหวัดลำปาง มีร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปสูงกว่าภาพรวมของประเทศไทย (ร้อยละ 16) โดย 5 ลำดับแรกของอำเภอที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ต่อประชากรทั้งหมดสูงสุด ได้แก่ (1) อำเภอแม่พริก (ร้อยละ 33.65) (2) อำเภอสบปราบ (ร้อยละ 30.40) (3) อำเภอเถิน (ร้อยละ 28.02) (4) อำเภอแม่ทะ (ร้อยละ 27.72) และ (5) อำเภอเกาะคา (ร้อยละ 27.06)

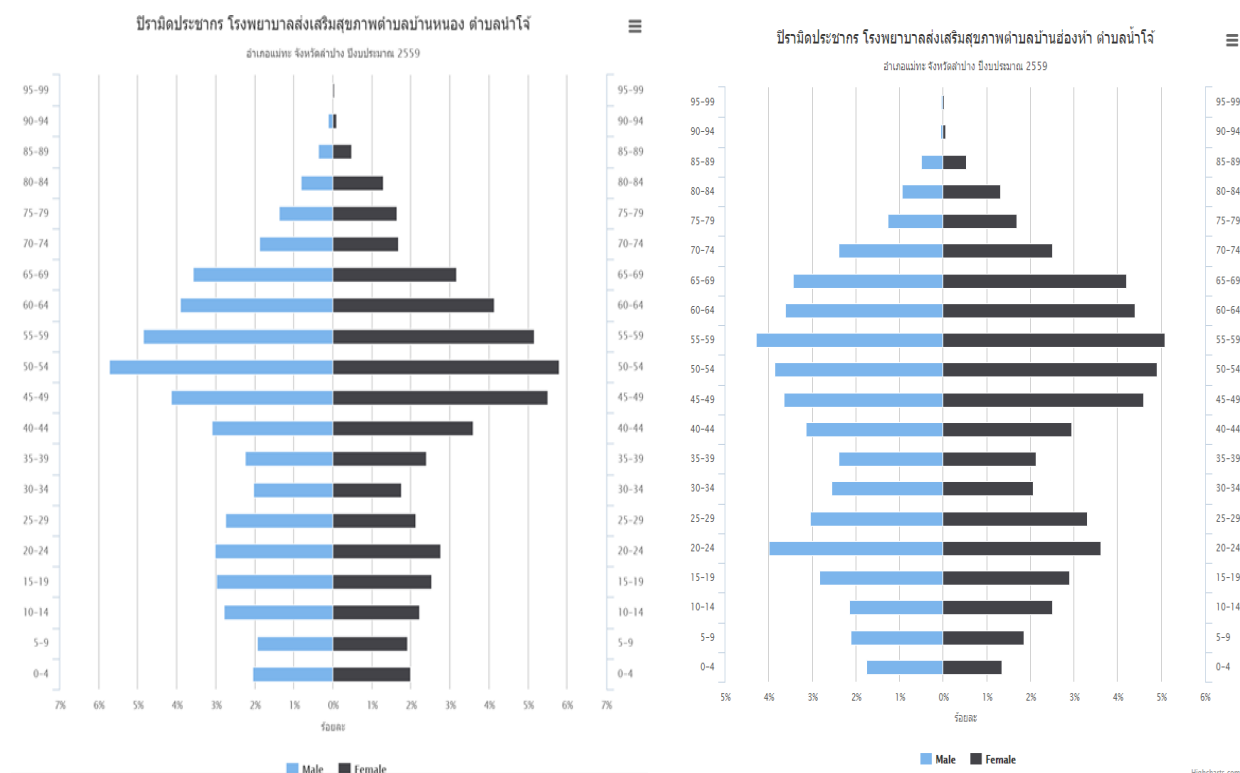


ภาพที่ 4 แสดงลักษณะปิรามิดประชากรจังหวัดลำปาง และปิรามิดประชากร อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง
แหล่งที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง (2559)

2.1.3 สถานการณ์ของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า

อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 10 ตำบล มีประชากร 48,786 คน ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 13,487 คน (คิดเป็นร้อยละ 27.72 ของประชากรทั้งหมด) จำแนกจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 95.20 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 4.20 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.60 จากการคัดกรองภาวะสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 22.45 การเคี้ยว/กลืน ร้อยละ 14.73 ต้อกระจก ร้อยละ 8.73 สมอเสื่อม ร้อยละ 4.28 และภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.46 (โรงพยาบาลแม่ทะ, 2559)

ตำบลน้ำใจ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ได้รับคัดเลือกให้เป็นตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดลำปาง ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำบลน้ำใจ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฮ้องห้า รับผิดชอบดูแลประชากร 3,182 คน มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 27.00 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนอง รับผิดชอบดูแลประชากร 4,870 คน มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 24.64 ซึ่งกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่งดูแล “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรในพื้นที่) ผู้วิจัยเลือกศึกษาพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า เนื่องจากประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 27.00 ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด) อย่างรวดเร็ว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2559)



ภาพที่ 5 แสดงลักษณะปิรามิดประชากร รพ.สต.บ้านหนอง และ รพ.สต.อ่องท่า อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง
แหล่งที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง (2559)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องท่า รับผิดชอบดูแลประชากรหมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และ หมู่ 8 ของตำบลน้ำใจ จำนวน 3,182 คน มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 859 คน (ร้อยละ 27) จำแนกจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 797 คน (ร้อยละ 92.78) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน จำนวน 50 คน (ร้อยละ 5.82) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 1.40) ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจำนวนหนึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละประชากรและผู้สูงอายุแยกตามรายหมู่บ้าน

หมู่ที่	จำนวนประชากรทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (คน)	จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (คน)	จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (คน)	จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (คน)
ม.1	1,120	288	269	16	3
ม.6	670	182	174	4	4
ม.7	996	294	269	21	4
ม.8	395	95	85	9	1
รวม	3,181	859	797 คน (92.78 %)	50 คน (5.82 %)	12 คน (1.40 %)

แหล่งที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องท่า (2559)

จากการสำรวจเบื้องต้นในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางราย ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) ที่จะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยกลุ่มจิตอาสาในหมู่บ้านหรือ อสม. มาดูแลเป็นระยะ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน (ข้อติด ปอดบวม แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัดตกหกล้ม) และปัญหาด้านสุขภาพจิต (ความรู้สึกไร้ค่า หดหู่ใจของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น) นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดเวลาอาจมีความเครียดจากการดูแลระยะยาว และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัว

2.2 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

2.2.1 นโยบายและแผนงานการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ และมีความตั้งใจในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุมาตลอด โดยเห็นได้จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 และ พ.ศ.2550 ได้ระบุถึงภารกิจที่จะต้องมีการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ในปี พ.ศ.2542 ประเทศไทยได้มีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้นอันเป็นภารกิจที่สังคมและรัฐพึงมีต่อผู้สูงอายุและเป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ โดยมีสาระสำคัญ 9 ประการดังนี้ (กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสัมพันธกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, มปป.)

ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ บทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและ บริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถ ปรับบทบาทของตนให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยและตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรมเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ตามคตินิยม

ข้อ 6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในสังคม เป็นแหล่งภูมิปัญญาของคน รุ่นหลัง มีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดี และมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน

ข้อ 7 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบาย และแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุ ผลตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ ค้ำครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝัง ค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทย ที่เน้นความกตัญญูทวดเฒ่าและเอื้ออาทรต่อกัน

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ได้กำหนด แนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผนและประเด็นยุทธศาสตร์ไว้ ดังนี้ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

ปรัชญา

ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยาก ต้องได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัวชุมชนและรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็น กระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม โดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้แก่ (1) ประชาชนช่วยตนเอง (2) ครอบครัวดูแล (3) ชุมชนช่วยเกื้อกูล (4) สังคม รัฐ สนับสนุน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ควรมีการบูรณาการให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

วิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม”

1) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทร อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง

2) ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่มีความเข้มแข็ง สามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

3) ระบบสวัสดิการและบริการ จะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน

4) ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในระบบสวัสดิการ และบริการให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีการกำกับดูแล เพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค

5) ต้องมีการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างดีและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีหลักประกันที่มั่นคง
- 2) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวมและส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด
- 3) เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
- 4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และเอกชน ตระหนักและมีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ
- 5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ของแผน จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

- 1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากร เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพประกอบด้วย มาตรการหลักประกันรายได้ เพื่อวัยสูงอายุการให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต และการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
- 2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วยมาตรการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองเบื้องต้น ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุส่งเสริมการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการ เพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ และส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
- 3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย มาตรการคุ้มครองรายได้หลักประกันสุขภาพ ด้านครอบครัวผู้ดูแลและการคุ้มครองและระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุน
- 4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
- 5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลผลและพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ สำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

สำหรับ ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง (2556) ได้สรุปเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายเพื่อผู้สูงอายุของรัฐบาลไทยในแต่ละสมัย ไว้ดังนี้

1) การออกกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพและสุขภาพของผู้สูงอายุในสมัยนายอานันท์ ปันยารชุน

2) การสร้างหลักประกันสำหรับการบริการสุขภาพและให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ ในสมัยนายอานันท์ ปันยารชุน

3) การดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ในสมัยนายชวน หลีกภัย

4) การสนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในสมัยนายบรรหาร ศิลปอาชา

5) การสร้างระบบประกันสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และสถานบริการของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาในสมัย พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ โดยกิจกรรมและโครงการที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาลที่สำคัญๆได้แก่

5.1) การจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราให้ที่พักรับแก่ผู้สูงอายุจำนวน 20 แห่ง ศูนย์บริการผู้สูงอายุให้บริการผู้สูงอายุในเวลากลางวันจำนวน 13 แห่งบริการที่พักฉุกเฉินและบริการเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการโดยกองสวัสดิการสงเคราะห์กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมนอกจากนี้ใน พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดตั้งศูนย์บริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุขึ้นในวัด (Social Services Centres for Older Persons in Temples) ให้ผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมด้านสันติภาพ และโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพ

5.2) โครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชนเริ่มดำเนินการ ใน พ.ศ. 2536 โดยกรมประชาสงเคราะห์มอบเงินยังชีพ 200 บาทต่อเดือนแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นด้านการเงินขาดผู้ดูแลหรือผู้อุปการะและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 300 บาทต่อเดือน ในปี พ.ศ. 2542 และรัฐบาลปัจจุบันได้เพิ่มจำนวนเงินขั้นต่ำเป็น 600 บาทและเป็นขั้นบันไดตามช่วงอายุสูงสุด 1,000 บาทต่อปีครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน

5.3) โครงการสวัสดิการด้านการสงเคราะห์การรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐโดยไม่คิดมูลค่าเริ่มดำเนินการใน พ.ศ.2532 โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการให้บริการครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนที่ไม่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าจากแหล่งอื่น

5.4) การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงขึ้นทุกแห่งเป็นบริการผู้ป่วยนอกให้บริการการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและตรวจรักษาโรคในระยะเฉียบพลัน ไม่ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพ และไม่มีบริการต่อเนื่องสู่ชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน ส่วนบริการผู้ป่วยในที่มีอยู่ไม่มีโครงการที่จำเพาะกับผู้สูงอายุเป็นบริการที่แทรกรวมอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ และจัดขึ้นเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุประจำอยู่เท่านั้น และยังไม่มีบริการการดูแลระยะยาว (Long-stay care service) ที่ให้บริการโดยภาครัฐ

5.5) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในพ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุที่จดทะเบียนอยู่ในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 3,487 คน ซึ่งอาจมีจำนวนมากกว่านี้ เนื่องจากหลายชมรมไม่ได้มีการจดทะเบียนอย่างเป็นทางการ ชมรมส่วนใหญ่ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลจังหวัดปีพ.ศ. 2541 ได้มีการจัดตั้งสภา

ผู้สูงอายุทำหน้าที่สนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด ที่จดทะเบียนและรัฐบาลยังให้การสนับสนุนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โดยผ่านทางกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

5.6) องค์กรเอกชนหลายองค์กร เช่น สภากาชาดไทย มูลนิธิดวงประทีป Help Age International องค์กรศาสนาและองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรหลายแห่งได้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและยากจน แผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ (Help Age International) ดำเนินกิจกรรมหลายโครงการที่มุ่งสนับสนุนการสร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุในเขตชนบท และให้ทุนในการดำเนินโครงการบริการชุมชนทั้งบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม ในหลายพื้นที่องค์กรเอกชนบางแห่งมีการดำเนินการโครงการบ้านพักและสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) มีสถานพยาบาลผู้สูงอายุของเอกชนเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากในช่วงสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการเฉียบพลัน (Acute-care private hospital) หลายแห่งได้ปรับห่อผู้ป่วยในให้สามารถให้การดูแลระยะยาวได้

5.7) การรณรงค์ส่งเสริมทัศนคติค่านิยมเรื่องความอาวุโสและค่านิยมในเรื่องครอบครัว โดยการกำหนดให้มีวันผู้สูงอายุแห่งชาติและวันครอบครัวในช่วงระหว่างประเพณีสงกรานต์ซึ่งถือเป็นวันปีใหม่ของไทย มีกิจกรรมหลายโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมประชาสัมพันธ์ทั้งในรายการทางโทรทัศน์วิทยุและการจัดงานพิธีในหลายพื้นที่ของประเทศ

การศึกษาของ ซากุล สิ้นไชย (2557) ในรายงานการสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ได้ให้ข้อเสนอต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

1) ข้อเสนอมาตรการด้านหลักประกันสุขภาพ

1.1) เพื่อให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการดำเนินการระยะ 2 ปี ซึ่งกระทรวงมหาดไทยต้องแก้ไขระเบียบออกตามพระราชบัญญัติ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถใช้เงินงบประมาณเพื่อการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแกนหลักในการพัฒนาให้เกิดโครงสร้างเชิงระบบสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเป็นเจ้าภาพจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดประเด็น และขอบข่ายในการสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้เป็นกรอบในการดำเนินการต่อไป

1.2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นแกนหลักจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับฐานข้อมูลสุขภาพและระบบข้อมูลทางสังคมอื่นๆ

1.3) พัฒนาทีมหมอประจำครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกประเภทได้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพและได้รับการดูแลสุขภาพจากรภาครัฐ

1.4) สร้างและพัฒนากำลังคนด้านดูแลผู้สูงอายุขึ้น ทั้งที่เป็นวิชาชีพ (professional) และไม่เป็นวิชาชีพ (non-professional) โดยทำความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ และองค์กรวิชาชีพ ร่วมในการสร้างและพัฒนาบุคลากรดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้เป็นวิชาชีพเฉพาะที่สามารถจะไปประกอบอาชีพได้

2) ข้อเสนอมาตรการด้านหลักประกันรายได้

2.1) เพื่อให้ประชาชนทุกคนที่ไม่มีสิทธิในหลักประกันอื่นใด ได้มีหลักประกันรายได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นกระทรวงแรงงาน ควรจัดทำฐานข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีความต้องการการทำงาน และข้อมูลนายจ้าง หรือสถานประกอบการที่ต้องการแรงงานผู้สูงอายุ

2.2) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขกับการทำงาน และมีความรู้สึกลดภัย กระทรวงแรงงาน ควรหารือกับสถานประกอบการ ในการจัดและเตรียมสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ให้เหมาะสมกับสรีระของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไป

2.3) เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการทำงาน ควรสร้างแรงจูงใจต่าง ๆ เช่น ยกเว้นสิทธิประโยชน์ทางภาษีสำหรับแรงงานผู้สูงอายุ การยกเว้นเบี้ยประกันสังคมสำหรับด้านผู้ประกอบการ

2.4) ควรมีนโยบายภาษีสำหรับผู้ประกอบการ (Tax Subsidy) และอาจจะมีการประกาศเกียรติคุณสถานประกอบการที่มีนโยบายจ้างผู้สูงอายุทำงาน

2.5) เพื่อให้รับประกันว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว จะมีรายได้เพียงพอที่จะดำรงชีวิตอย่างปกติ ดังนั้นระบบบำนาญที่มีอยู่ และเป็นแบบสมัครใจควรพัฒนาให้เป็นแบบภาคบังคับสำหรับกรณีแรงงานนอกระบบ โดยให้เกิดการออมทันทีที่มีรายได้

3) ข้อเสนอมาตรการด้านหลักประกันทางสังคม ครอบคลุม การดูแล และสภาพแวดล้อม

3.1) ควรกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับสำหรับการดูแลระยะยาว โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นเจ้าภาพหลักในการจัดเวทีหารือระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน

3.2) ควรจัดทำฐานข้อมูลความต้องการในทางสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลัก เช่น ประเด็นด้านความต้องการช่วยเหลือด้านกฎหมาย ความต้องการที่พักอาศัย ความต้องการผู้ดูแล ประสบภัยพิบัติ เป็นต้น

3.3) ควรมีหน่วยงานที่จะรับผิดชอบอย่างเป็นทางการในการพัฒนาสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

3.4) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรเพิ่มความเข้มข้นในการส่งเสริมให้เยาวชนตั้งแต่อายุ 18-59 ปี ได้มีความรู้เกี่ยวกับวงจรชีวิต กระบวนการชรา การออม การเตรียมที่อยู่อาศัย

4) ข้อเสนอมาตรการเพื่อการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ

4.1) ควรให้มีการจัดการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตและให้ประชากรทุกคนเข้าถึงระบบ การศึกษานี้ได้หลายช่องทาง และมีหลักสูตรที่หลากหลายตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและหลักสูตรที่เตรียมพร้อมประชากรทุกกลุ่มวัย โดยมีเนื้อหาที่แตกต่างกัน รวมถึงต้องมีเจ้าภาพชัดเจนในการพัฒนา

4.2) ส่งเสริมชุมชนให้มีทักษะในการศึกษาวิจัย เพื่อวิจัยด้านการจัดการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในทุกมิติ ทั้งการเตรียมความพร้อมสำหรับวัยอื่นๆเพื่อ

การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคตตามบริบทของพื้นที่ เพื่อสร้างองค์ความรู้เฉพาะชุมชนและจัดการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

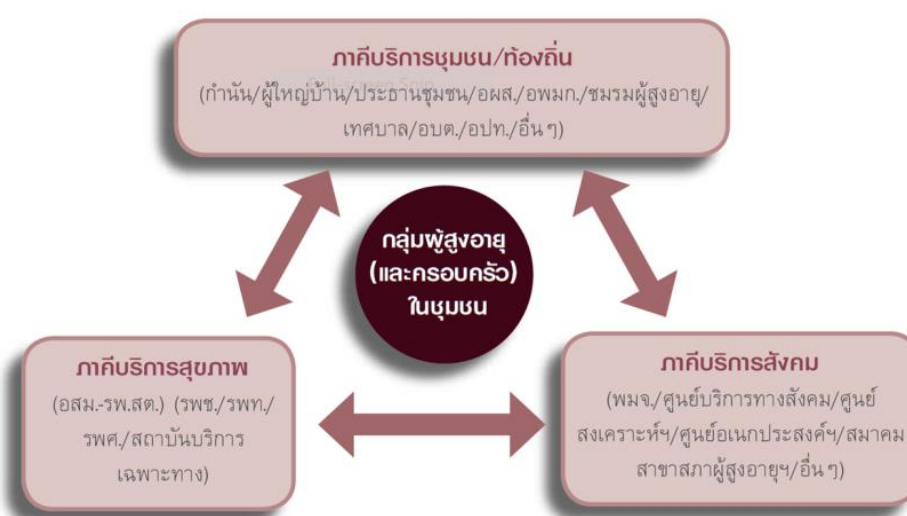
4.3) ควรให้สำนักนายกรัฐมนตรีและกรมประชาสัมพันธ์ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหลักที่ดูแลผู้สูงเพื่อจัดทำเนื้อหา ประเด็น และเหตุการณ์เพื่อประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง ด้วยรูปแบบที่ดึงดูดความสนใจ และสร้างแรงจูงใจให้กับประชาชนทั่วไปได้

นอกจากนี้ ฌมานันท์ แก้วอินตะ (2554) ทำการศึกษาเรื่อง การนำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 ไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาอำเภอเวียงสาจังหวัดน่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะบางส่วนไว้ว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนควรมีการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ เพื่อให้การทำงานด้านผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ และลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานเกิดความเข้าใจในการดำเนินกิจกรรม เกิดการรับรู้ในสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันสามารถที่จะนำความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่นั้นมาลงมือใน ส่วนของการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าหน่วยงานทุกภาคส่วนในประเทศไทย ให้ความสำคัญกับการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยกำหนดไว้เป็นนโยบาย แผนงาน และโครงการในหน่วยงานทุกระดับของประเทศทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีความสุข ทั้งนี้ การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีการบูรณาการอย่างจริงจังระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน

2.2.2 แนวคิดของการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

การจัดระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งกล่าวได้ว่าหัวใจการบริการผู้สูงอายุในชุมชน มี 3 ส่วนหลัก คือ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (บ.ก.), 2553) ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 แสดงการบูรณาการภาคีหลัก 3 ภาคี เพื่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

แหล่งที่มา: วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (บ.ก.) (2553)

1) ภาควิชาหลัก 3 ภาควิชาสามประสานที่สำคัญในการบูรณาการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ ภาควิชาบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาควิชาบริการสุขภาพ และ ภาควิชาบริการสังคม

2) เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ จัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ เสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

3) รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ: รพ.สต. เอื้ออาทรผู้สูงอายุ

3.1) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ ที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ คือ บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

3.2) ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการที่นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้นำมีกระบวนการทำอย่างเป็นระบบและครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มผู้สูงอายุ

3.3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เข้าถึงได้ และต้องเอาใจใส่ ทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ ในชุมชน และที่บ้าน

ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุจากการสำรวจ และการคัดกรองภาวะสุขภาพ สามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (welder) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) ซึ่งในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทุกกลุ่ม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภารกิจ 3 ด้านที่ต้องให้บริการ ได้แก่ ภารกิจการให้บริการสุขภาพ ภารกิจการพัฒนาศักยภาพ และภารกิจประสานบริการ โดยบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลจัดให้ผู้สูงอายุตามลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม คือ 4H (Health Promotion, Home Visit, Home Health Care, Home Ward) สำหรับคุณลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและเป้าหมายในการดูแลของแต่ละกลุ่มได้สรุปไว้ดังภาพที่ 7 (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (บ.ก.), 2553)



ภาพที่ 8 แสดงลักษณะของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ และเป้าหมายการบริการ
 แหล่งที่มา: วรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (บ.ก.) (2553)

ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไฟศาล (2556) ศึกษาแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ได้เสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มเป็นดังนี้ **ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1** เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ การดูแลส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มนี้จึงเป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งดูแลมิให้เกิดความเสื่อมหรือเกิดภาวะพึ่งพิง กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การรวมตัวกันในรูปของชมรมผู้สูงอายุ” **ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2** เป็นกลุ่มที่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองบ้างจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางกิจกรรมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การเยี่ยมบ้าน” เป็นบริการต่อเนื่องที่บ้านที่จัดให้กับผู้สูงอายุดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการเยี่ยมบ้าน เป็นการช่วยเหลือที่ทำได้ง่ายไม่ซับซ้อนทั้งด้านสุขภาพและสังคมโดยไม่มีหัตถการดูแลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดการ

ตายลดการใช้บริการสุขภาพ เพิ่มสมรรถนะร่างกายเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจ และลดการหกล้มได้ และ **ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3** เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตลอดเวลาอย่างถูกวิธี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น สำลักอาหาร ผลกดทับทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการเป็นต้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การจัดให้มีผู้ดูแล” เป็นการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพื่อแบ่งเบาภาระจากสมาชิกในครอบครัว ให้สมาชิกยังคงสามารถสร้างผลผลิตให้แก่ชุมชนและสังคมได้ต่อไป และรวมถึงการดูแลสุขภาพของชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวดูแล ด้วยการสนับสนุนข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลจะช่วยให้การทำงานของผู้ดูแลดีขึ้น เกิดการดูแลระยะยาวในชุมชนต่อไป

อาจกล่าวได้ว่า การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 : ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 : ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) จะมีความซับซ้อนและมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 : ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (well elder) อันเนื่องมาจากผลกระทบจากภาวะสุขภาพและภาวะการสูงวัยของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับบริการสาธารณสุขและบริการสังคมในระยะยาว (Long Term Care)

2.2.3 แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจ อันเป็นผลมาจากจากสภาวะทุพพลภาพ หรือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือสภาวะการสูงอายุ

ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ เติ่งรัง (2556) สรุปไว้ว่า จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นจนทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ประสบปัญหาโรคเรื้อรัง และภาวะความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ จนนำไปสู่ปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และต้องการการดูแลจากผู้อื่นทั้งการดูแลทางเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และประเทศ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่นำไปสู่การพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุมี 4 สาเหตุหลัก คือ

1) โรคเรื้อรัง โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพ ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกายที่เจ็บป่วย ทำให้เกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจ และนำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

2) ภาวะสมองเสื่อมเป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ เป็นกระบวนการคิด การเรียนรู้ และการจดจำ ที่เป็นผลจากเหตุทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุเอง

3) การหกล้ม พบว่าในผู้สูงอายุระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทั้งรูปร่างและโครงสร้างเปลี่ยนไป ความแข็งแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง โอกาสเกิดการได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะการหกล้มมีสูง การหกล้มทำให้เกิดความกลัวต่อการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุพยายาม

หลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม จึงทำให้เกิดการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ความสมดุลของการควบคุมร่างกายเสียไป จนนำมาสู่ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

4) อายุ พบว่า อายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลให้ร่างกายเกิดกระบวนการทุพพลภาพ และทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุนาน กระบวนการชราภาพจะทำให้เกิดการทำงานของระบบประสาทสัมผัสและประสาทสั่งการลดลง เกิดกระบวนการเสื่อมของระบบหายใจและหัวใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และระบบประสาทเป็นต้น

นอกจากนี้ ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง (2556) ยังได้สรุปแนวทางการดูแลระยะยาวได้ 6 ประการดังต่อไปนี้

1) เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ที่ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรม อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ

2) เป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง

3) กิจกรรมการดูแลที่มีความหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือเสื่อมความสามารถ ในการกระทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคม ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหาร อาบน้ำแต่งตัว ช่วยพาไปห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากเตียงหรือเก้าอี้

4) เป็นการบริการที่เกิดขึ้นที่บ้านในชุมชนหรือในสถาบัน เช่น ครอบครัวสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน โรงพยาบาล Nursing Home

5) เป็นบริการที่จัดขึ้นโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน และผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น สหสาขาวิชาชีพ และผู้ช่วยด้านสุขภาพ สังคม และอาชีพอื่นๆ

6) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือดูแล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาวในการดูแลการฟื้นฟูการบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559) ให้ความหมายของ **ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC)** คือการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังการประสบอุบัติเหตุความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นบริการสังคมเพื่อบ่มุ่เน้นการฟื้นฟูบำบัดส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การเกิดขึ้นของนโยบายของระบบการดูแลระยะยาว ส่วนหนึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ปี 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุวาระ **การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง**ในการประชุม และเป็นมติสมัชชาในที่สุด โดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญคือให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลักและคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ

ขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559)

สปสช. (2559) กล่าวถึงหลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวว่าดังนี้ 1) ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาลชุมชนและครอบครัว 2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชนไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก และระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัว ในการดูแลและระดับการพึ่งพิง 3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาว อาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล 4) ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

ดังนั้นการออกแบบระบบการดูแลระยะยาว ควรมีลักษณะ ดังนี้ 1) เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบ ภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager, CM) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver, CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คนต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับคำตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารของอปท. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559)

การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2558 วันที่ 14 กันยายน 2558 มีมติเห็นชอบแนวทางการบริหารจัดการเงื่อนไขอัตราและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามมติคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2558 โดยมีกรอบการบริหารงบค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก**ที่มาและความสำคัญ** ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559)

1) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

2) ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ถดถอยลงจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมืองการทำงานนอกบ้านของสตรี

3) ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมา อยู่ในลักษณะตั้งรับสามารถให้บริการ

หลักแก่กลุ่มที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงบริการมีจำกัดและมักเป็นในรูปการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง

4) ค่าการณค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 60,000 ล้านบาทในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาทในปี 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565

5) ปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลได้ให้งบค่าบริการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน 600 ล้านบาทครอบคลุมร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่

และเมื่อพิจารณาทางเลือกการออกแบบระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง Community based กับ Hospital based แล้วสรุปได้ว่าจะใช้ Community based เป็นหลักภายใต้การสนับสนุนทางวิชาการและบริการจาก Hospital based ซึ่ง **หลักสำคัญในการออกแบบระบบ** คือ

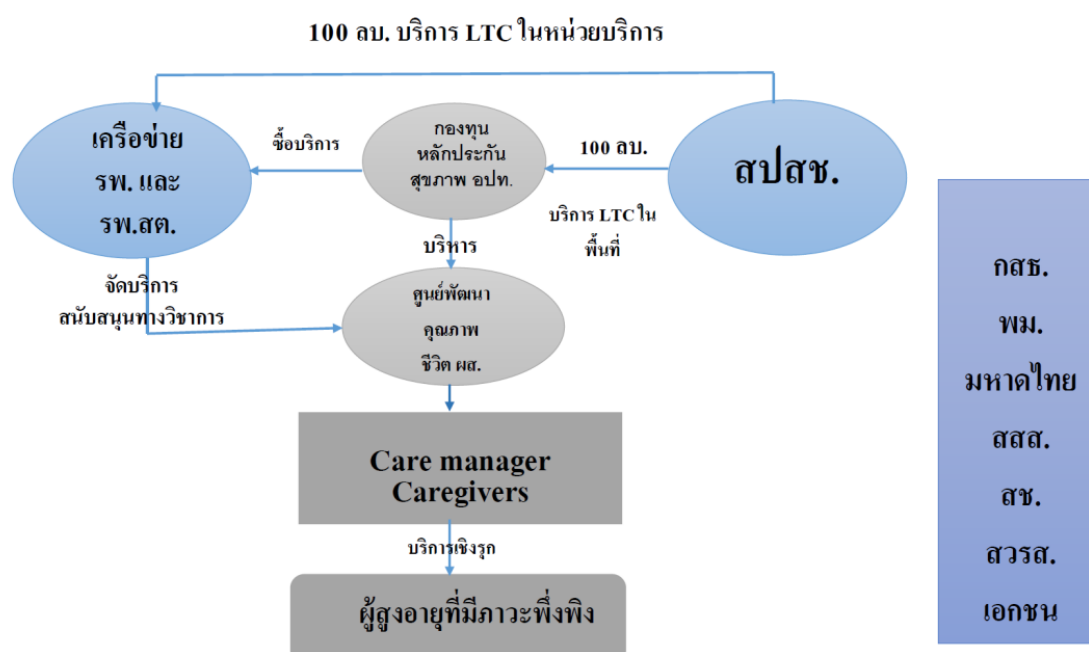
1) เน้นบูรณาการด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน ครอบคลุม)

2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณในอนาคต

3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อบต. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

4) ขยายระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(ในพื้นที่) โดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก 1 : 10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนภายใต้การบริหารของ อบต.

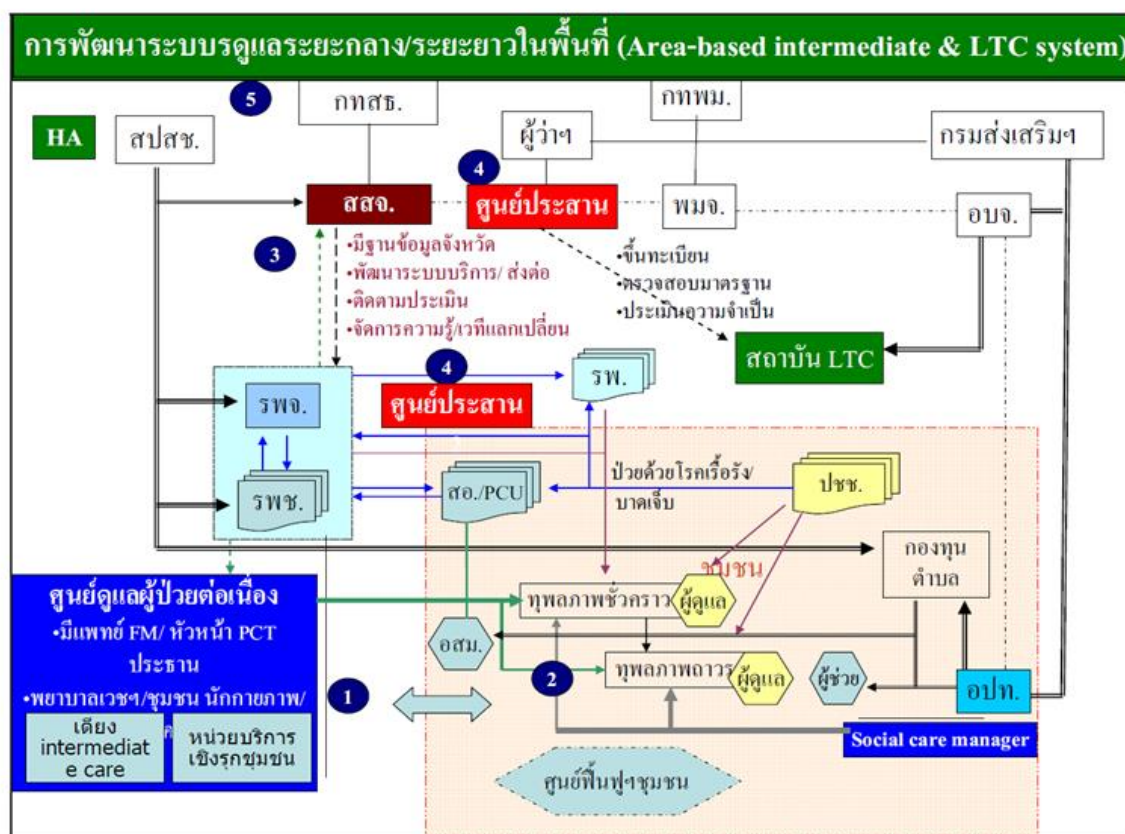
ระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในพื้นที่ ปี 2559



ภาพที่ 8 แสดงระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในพื้นที่ ปี 2559

แหล่งที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559)

สำหรับ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ได้ให้ข้อเสนอการพัฒนารูปแบบ การดูแลระยะยาว/ระยะกลางในพื้นที่ ไว้ในรายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับ ประเทศไทย ว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่กับระบบ การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงของระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ เริ่มเจ็บป่วยจนเกิดภาวะทุพพลภาพชั่วคราวและต่อเนื่องไปยังภาวะทุพพลภาพถาวร นอกจากนั้น หากผู้ป่วยที่ เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ ที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อไม่ได้รับ บริการในระยะนี้ ก็มีโอกาสูงที่จะเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพถาวร ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาวต่อไป ซึ่งจะเป็น การเพิ่มภาระกับระบบการดูแลระยะยาวในอนาคต ทั้งนี้ การดูแลระยะกลางเน้นหนักไปที่การฟื้นฟู สมรรถภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก (บทบาทบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์) ในขณะที่การดูแลระยะยาว เน้นหนักไปที่การดูแลด้านสังคมในการดำรงชีวิตเป็นหลัก (บทบาทบุคลากรผู้ช่วยดูแล นักสังคมสงเคราะห์ และท้องถิ่น) ทั้งนี้ การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง/ระยะยาวจำเป็นต้องพัฒนาเต็มพื้นที่ อย่างเป็น ระบบและเชื่อมโยงกันตั้งแต่ในบ้านชุมชนและระบบบริการทั้งด้านการแพทย์ (ปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ) และบริการด้านสังคม รวมถึงการเชื่อมโยงบริการระหว่างอยู่ในชุมชนและเมื่อต้องส่งต่อไปรับบริการใน สถาบัน ตลอดจนกลไกในการพัฒนากำกับติดตามและกลไก ในการเชื่อมโยงบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขกับบริการด้านสังคม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับบริการต่อเนื่องและ จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านการแพทย์และสังคมควบคู่กัน พื้นที่สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลระยะ กลาง/ระยะยาวที่เหมาะสม เมื่อพิจารณาโครงสร้างระบบต่างๆ ที่มีและบริบทในปัจจุบันเสนอให้ใช้พื้นที่ระดับ จังหวัดในการพัฒนา เนื่องจากสามารถหาเจ้าภาพทั้งด้านสาธารณสุขและสังคมได้ และต้องทำงานเชื่อม ประสานกันอีกทั้งมีกลไกด้านการปกครอง คือ ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นตัวเชื่อมระหว่างภาคส่วนต่างๆ ส่วนใน ระดับอำเภออาศัยเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (CUP) เป็นตัวหลักภาคสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข กลไกชุมชน และทำงานร่วมกับ อปท. ในพื้นที่โดยมีกลไกมหาดไทย คือ นายอำเภอเป็นตัวเชื่อม ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกต่างๆ ในพื้นที่ดังแสดงในแผนภาพที่ 9



ภาพที่ 9 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาาระบบการดูแลระยะกลาง/ระยะยาวในพื้นที่
แหล่งที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553)

จะเห็นว่า แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เกิดจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้สูงอายุและครอบครัวพบความยากลำบากในการดำเนินชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ค่าใช้ที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวเพียงฝ่ายเดียวไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทุกมิติ อีกทั้งการตั้งรับเพื่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในโรงพยาบาล มีภาระค่าใช้จ่ายต่อคนสูงกว่าการจัดบริการการดูแลในชุมชน ดังนั้น การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงควรเป็นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข คงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต

2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

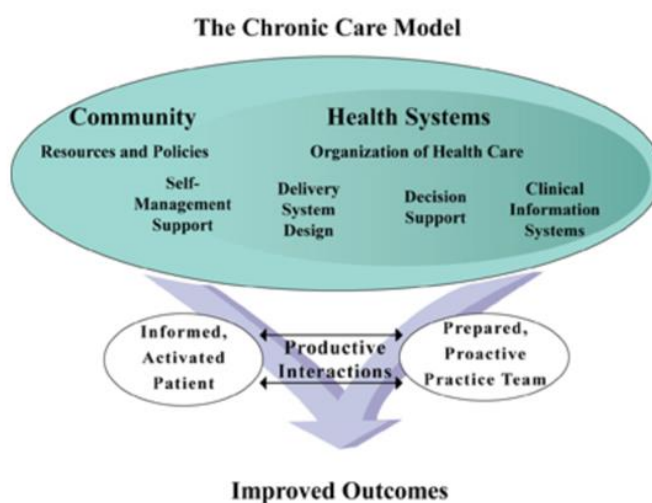
2.3.1 แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model)

ปัทมา โกมทุบุตร และกฤษฎี ทองบรรจบ (2551) ได้เรียบเรียงเกี่ยวกับ แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ได้เห็นความสำคัญ เตรียมรับมือกับปัญหาโรคเรื้อรัง ที่มีแนวโน้มตัวเลขผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และตัวเลขค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้นซึ่งสรุปแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ไว้ดังนี้

Chronic care model (CDM) พัฒนาขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2541-2545 โดย MacColl Institute for Healthcare Innovation ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิจัย นำโดย Edward H Wagner เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มนักวิจัยได้ให้คำจำกัดความว่า "ภาวะป่วยเรื้อรัง" คือ ภาวะใดๆที่ต้องอาศัยกิจกรรมและการตอบสนองต่อเนื่องจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบบริการการแพทย์ ภาวะนี้ครอบคลุมมิติทางกาย ใจ และพฤติกรรมซึ่งจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2542 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 2-3 โรคขึ้นไป

องค์ประกอบของ chronic care model

Chronic Care Model มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบมีความเชื่อมโยงกันของแต่ละองค์ประกอบ ดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 แสดง Chronic care model ซึ่งพัฒนาโดย The MacColl institute.

แหล่งที่มา: ปัทมา โกมุทบุตร และกฤษฎี ทองบรรจบ (2551)

จากภาพที่ 10 นี้ เมื่อมองจากล่างขึ้นบน อธิบายได้ว่า ความสำเร็จของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังคือ สร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (productive interaction) จากเดิมที่มีช่องว่างระหว่างผู้ป่วย กับผู้ให้บริการทางการแพทย์ ปฏิสัมพันธ์ (interaction) ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงการนัดพบตัวต่อตัวเท่านั้น แต่รวมการติดต่อสื่อสารอื่นๆ เช่น โทรศัพท์ อีเมล ส่วน อย่างสร้างสรรค์ (productive) หมายถึง เวชปฏิบัติที่อยู่บนหลักฐานวิชาการ มีความเป็นระบบ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย จากภาพจะเห็นว่า องค์ประกอบทั้ง 6 ส่วน ไม่ได้แยกจากกัน แต่ทับซ้อนกัน กล่าวคือ ส่วนที่ครอบคลุมทั้งหมด ได้แก่ บริบทของชุมชน คือ ทรัพยากรในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชน เป็นทรัพยากรบุคคล สถานที่ รวมทั้งนโยบายการเมืองส่วนที่วางในที่ซ้อนทับอยู่คือ ระบบภายในหน่วยบริการ ซึ่งหากเปรียบเป็นอาคาร ส่วนหลังคาของระบบนี้คือ แผนงานระดับบริหารของหน่วยงาน (health systems organization) ส่วนที่อยู่ใต้หลังคาคือระดับผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน ซึ่งควรมีองค์ประกอบระดับนี้อีก 4 ประการคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลโรคเรื้อรังของตนเองได้ รูปแบบการให้บริการ เครื่องช่วยในการตัดสินใจ และระบบฐานข้อมูลทางคลินิก องค์ประกอบ 6 ส่วน ของ Chronic Care Model สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) คือการสร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษา, เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเองรวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ (empower and prepare patients to manage their health care) การที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพตนเองได้นั้นประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง (motivation).
2. การมีความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (knowledge).
3. มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (problem solving skill).
4. มีความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (self-efficacy).
5. ส่วนที่เป็นอุปสรรคหรือความขาดแคลนทรัพยากรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน

(identified barrier)

2) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการคือ

1. Team based approach.
2. Planned care visit.
3. Case management.

หลักการทั้ง 3 ข้างต้นแท้จริงเป็นเรื่องเดียวกันการเชื่อมโยงบทบาทแพทย์กับบุคลากร เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ฯลฯ เป็นทีมสหวิชาชีพ เรื่อง case management มีชื่อเป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์เท่านั้น แต่ทุกคนในทีมถือเป็นภารกิจร่วมกันเช่น การเปลี่ยนวิถีจากนัดติดตามผู้ป่วยแบบตามสะดวกมาเป็นตามแผนการ (planned care)

3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) มีหลายวิธีที่ช่วยสนับสนุนให้แพทย์และทีมรักษาพยาบาลสามารถใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยเช่นจัดประชุมวิชาการการใช้ evidence-based guidelines ผสมผสานอยู่ในระบบการให้บริการประจำวันรวมทั้งมีระบบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เป็นการสื่อสารสองทาง

4) ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system) ระบบฐานข้อมูลไม่จำเป็นต้องใช้คอมพิวเตอร์ (electronic medical records) เสมอไป เช่น ในหน่วยบริการขนาดเล็กอาจเป็นกระดาษที่จัดระบบการเก็บข้อมูลการแชร์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ถือเป็นระบบฐานข้อมูลที่ดีได้ คุณสมบัติของระบบฐานข้อมูลที่ดีคือ

1. สามารถช่วยเตือนผู้ให้บริการและผู้ป่วยว่าถึงเวลาต้องทำอะไร
2. สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่อยู่ในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อยตามความเสี่ยง เพื่อนำไปวางแผนป้องกันได้
3. สามารถช่วยให้วางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละรายบุคคลได้
4. ข้อมูลสามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วยในส่วนที่จำเป็น
5. สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีมและระบบงานได้

5) ระบบขององค์กรสุขภาพ (Health Systems organization) จากภาพจะเห็นว่าเป็นส่วนหลังคาขององค์กร ซึ่งหมายถึงแนวทางที่ครอบคลุมและชี้นำการปฏิบัติงานภายในองค์กร โดยรวมสิ่งสำคัญคือความยั่งยืนของแผนงานพัฒนา อย่างไรก็ตาม บางองค์กรจะมีผู้นำที่ไม่ได้แต่งตั้งเป็นทางการแต่ได้รับความเชื่อถือที่เรียกว่า **ผู้นำระดับสูง** (senior leadership) ซึ่งสามารถเป็นแกนนำให้แผนงาน โครงการดำเนินต่อไป

6) การปรับและเชื่อมโยงระบบบริการ (Community resource linkages) นั่นคือการทำความตกลงให้มีการร่วมใช้ทรัพยากรขององค์กรต่างๆ ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งระหว่างหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็กขนาดใหญ่ และระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่นๆ ในชุมชน ตัวอย่างการร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางมีระบบ ให้ความสะดวกแก่สถานีนอนามัยในการรับปรึกษา และวางแผนส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่สถานีนอนามัย การร่วมมือลักษณะนี้ช่วยลดช่องว่างมาตรฐานบริการระหว่างสถานบริการที่ทรัพยากรน้อยกับที่มีทรัพยากรมากกว่าได้

ปัทมา โกมุตบุตร และกฤษฎี ทองบรรจบ (2551) ได้ให้ความเห็นว่าการนำ Chronic Care Model มาใช้ในประเทศไทย ควรพิจารณาถึงรายละเอียดความเหมือนความต่างของโครงสร้างองค์กรตลอดจนบริบททางสังคมตลอดจนบุคลิกและอริยาไยของคนไทยด้วย เนื่องจากผลการทดลองใช้ Chronic Care Model ในมากกว่า 1,000 พื้นที่ที่ทำในประเทศอเมริกาจะประสบความสำเร็จเป็นส่วนใหญ่ และส่วนมากจะนำองค์ประกอบบางอย่างไปปรับปรุง แต่พบว่ามีพื้นที่น้อยมากที่จะทำได้ทั้งครบ 6 องค์ประกอบ

สำหรับการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ(2552)ได้นำองค์ประกอบในการดูแลจัดการโรคเรื้อรัง มาไว้ในคู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเป็นแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังภาพที่ 11



ภาพที่ 11 แสดงองค์ประกอบในการดูแลจัดการโรคเรื้อรัง

แหล่งที่มา: ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (2552)

นอกจากนี้ สุนทรีภรณ์ ทองไสย (2555) ได้เสนอรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตโดยการนำใช้องค์ประกอบ 6 องค์ประกอบของ Chronic Care Model ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลของตนเองผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) ต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งคล้ายกับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลในระยะยาวเช่นกัน การนำแนวคิดองค์ประกอบ 6 ส่วน ของ Chronic Care Model มาประยุกต์ใช้ ทั้งในที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การใช้ทรัพยากรในชุมชน การจัดระบบบริการและความเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพ ความรู้ความเชี่ยวชาญที่ทันสมัยเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจการบริการสุขภาพ รวมถึงระบบข้อมูลสารสนเทศจึงน่าจะทำให้รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ส่วนหนึ่งต้องเผชิญกับปัญหาภาวะสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมของร่างกายตามวัยหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเดิมหรือการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เกิดขึ้น ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยนี้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเอาใจใส่ และความช่วยเหลือเพิ่มขึ้น จากครอบครัว ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน

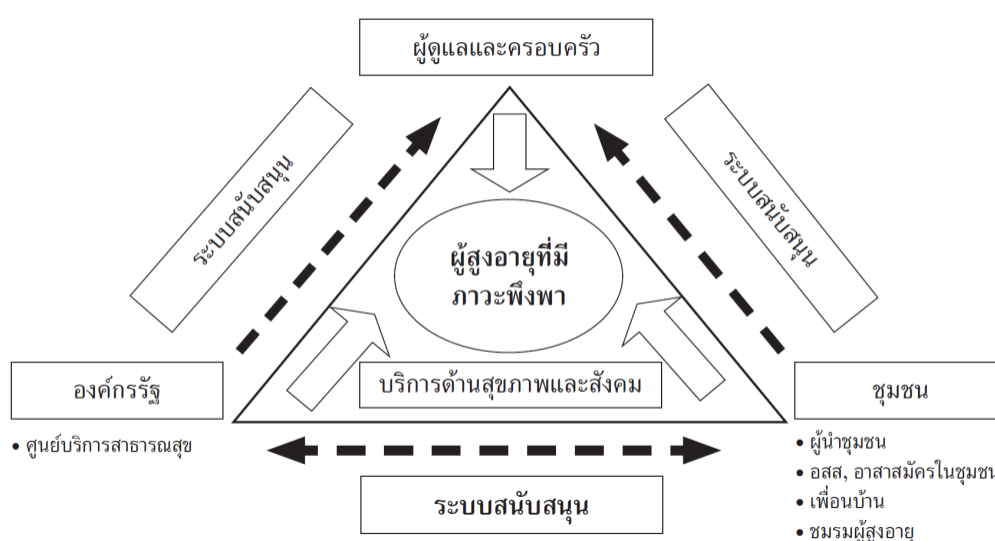
จากผลประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ในชุมชนเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ ของ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล (2555) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียงบางส่วน มีปัญหาดังนี้ (1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ มีดัชนีมวลกายเกินปกติ มีโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไ้มนในเลือดสูง) ฟันผุ/เหงือกอักเสบ/ไม่มีฟันขบเคี้ยว ทำให้มีปัญหาในการเคี้ยวกลืนอาหาร หูตึงได้ยินไม่ชัดเจน มองเห็นไม่ชัด มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ (ปวดเอว ปวดหลัง ปวดข้อ) มีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระ (ท้องผูก) และมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ (กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขัด) (2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าจากโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ปัญหาต่างๆ ในครอบครัว และเป็นห่วงลูกหลาน และ (3) ภาวะสุขภาพด้านสังคม ได้แก่ การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้

การจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน เป็นบทบาทหน้าที่ของทุกคนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งในส่วนของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพด้านร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปจากการสูงอายุและการเจ็บป่วย คนในชุมชนที่เป็นส่วนหนึ่งในสังคมของผู้สูงอายุ และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ต้องร่วมหาแนวทางดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ส่วนรายละเอียดของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การสาธารณสุข การเมืองการปกครอง สภาพกายภาพและสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ รวมถึงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและบริบทแวดล้อมของพื้นที่นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เล็ก สมบัติ, ธนิกานต์ ศักดาพร และ ยุวดี วงศ์วีระประเสริฐ (2555) ที่ให้แนวทางในการพัฒนาไว้ว่า การดูแลระยะกลางและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะสามารถดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามตัวชี้วัดนั้น ควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวให้กับผู้นำท้องถิ่น และผู้บริหารในพื้นที่

เพื่อให้เกิดการนำไปกำหนดนโยบายท้องถิ่น และควรแสวงหาวิธีการหรือรูปแบบการดูแลระยะยาวให้มีความสอดคล้องกับระบบค่านิยม วัฒนธรรมของพื้นที่หรือชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเกื้อหนุนเข้าสู่วิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน

การศึกษารูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน ของ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ปราณี สุทธิสุคนธ์ และ สมชาย วิริกรรมย์กุล (2555) ในพื้นที่ตำบลท่าไม้ อำเภอกาบัง และตำบลจรเข้มเหือง อำเภอตำบลดอนมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แบ่งออกเป็น 8 รูปแบบ คือ การดูแลตนเอง การดูแลโดยครอบครัว การดูแลโดยเพื่อนบ้าน การดูแลโดยผู้นำชุมชน การดูแลโดยชมรมผู้สูงอายุ การดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกรณีที่ไม่มีผู้ดูแล มีผู้ดูแล และมีผู้ดูแลแต่ไม่ยอมดูแล การดูแลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และการดูแลโดยสถานบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ ผู้สูงอายุติดเตียงไม่ให้ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด ผู้ดูแลไม่มีเวลาและรู้สึกเหนื่อย/ท้อแท้ ขาดนักกายภาพบำบัด/นักพัฒนาสังคมลงพื้นที่ช่วยเหลือดูแล และขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ ดังนั้น จึงมีความต้องการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล/อสม. เรื่องการรักษาพยาบาล/ทำกายภาพบำบัด จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลผู้พิการในชุมชน และให้องค์กรต่างๆ ในชุมชนลงพื้นที่ร่วมกัน เพื่อช่วยเหลือดูแลสุขภาพ มอบอาหาร ยา เงิน และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ (2557) ได้พัฒนาพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วมระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ โดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพานั้น ควรมี 3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกาย จิต และสังคม ดังภาพที่ 12



ภาพที่ 12 แสดงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

แหล่งที่มา: วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ, 2557

จากการทดลองนำรูปแบบไปทดลองใช้ใน 3 ชุมชน พบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการและมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น การนำกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการศึกษาค้นคว้า ทำให้เห็นปรากฏการณ์ของการเคลื่อนไหวของสังคม (social movement) เกิดการเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกันของทุกภาคส่วน และเป็นการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเครือข่ายของชุมชนต่อการให้บริการจากภาครัฐ เกิดการสร้างความสัมพันธ์แนวราบ และการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ นอกจากนี้ ได้มีงานวิจัยที่กล่าวถึงเครือข่ายในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย (Care for Elderly Dependents in the Northeast of Thailand) ของ ขวลิขิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และ วารีย์ ศรีสุพล (2560) ที่มีวัตถุประสงค์ส่วนหนึ่งเพื่อศึกษาแนวทางที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มี 2 ระบบ ได้แก่ **ระบบแรก** การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวงใน หรือการดูแลโดยครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการทำกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลหลักที่มาจากครอบครัวและเครือญาติ และ **ระบบที่สอง** การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวงนอกหรือการดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น ได้แก่ การจัดการบริการการดูแลโดยเครือญาติ การจัดการบริการการดูแลโดยเพื่อนบ้าน การจัดการบริการการดูแลโดยผู้นำ/กรรมการหมู่บ้านการจัดการบริการกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนท้องถิ่น (เช่น การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัคร (อพม.) การจัดการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครสร้างเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver) การจัดการดูแลโดยพระสงฆ์ การจัดการบริการการดูแลเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ) การจัดการบริการการดูแลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และการจัดการบริการการดูแลโดยกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ

การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) ถือว่าเป็นผู้ดูแลหลักของสังคมไทยภาระการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะมีผู้ดูแลเพียงคนเดียวอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม ยกตัวอย่างจากผลการวิจัยของ ธารินทร์ คุณยศยิ่ง (2556) ศึกษาเรื่องการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2551) สรุปผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลกระทบในด้านลบมากกว่าด้านบวกโดยผลกระทบที่ชัดเจนมี 3 ด้านได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผลกระทบทางด้านร่างกาย และผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ กล่าวคือ

1) ผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทุกประเภทรวมถึงผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ถือว่าเป็นภารกิจที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นงานหนักที่ต้องใช้เวลา กำลังกาย ความรู้และการเสียสละอย่างมาก ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่พบมาก ได้แก่ ความเครียดด้านความคลุมเครือในบทบาท หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่ไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีความสามารถพอที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ รวมถึง

บทบาทที่ซับซ้อนและการที่บุคคลขาดทรัพยากร (ด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์หรือเศรษฐกิจ) ที่เพียงพอในการที่จะกระทำตามความคาดหวังของบทบาท ผู้ดูแลบางรายต้องรับบทบาททั้งเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ผู้ทำงานบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุในเวลาเดียวกันทำให้บทบาทบางอย่างบกพร่องหรือทำไม่ได้ไม่เต็มที่ ขณะเดียวกันก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจตามมาได้ ส่วนผลกระทบด้านจิตใจเชิงบวกที่ปรากฏคือการได้รับรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลให้ความเห็นด้านค่านิยมทางสังคมสูงกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกที่ว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ

2) ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว ทำให้เกิดความอ่อนเพลียไม่มีแรง และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักเป็นเพศหญิง ซึ่งเมื่อต้องออกแรงเกินกำลังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีร่างกายใหญ่โต อาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้ โดยลักษณะปัญหาที่พบ ได้แก่ ปวดหลัง (Backache) ปวดต้นคอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่า ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ และมีปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (Increase Health Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ภาระที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมาอีก

3) ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic Problem)

3.1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลา เป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุเต็มเวลา

3.2) รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย

3.3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว อาจนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัว

3.4) รายได้ไม่เพียงพอ บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมีผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้น ที่ได้รับสวัสดิการด้านเงินสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุ และเงินที่ได้รับก็เป็นเพียงจำนวนน้อย ในขณะที่ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก

การศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรัง และภาวะ Dementia ของ ศิริภาณี ศรีหาภาค โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง (2556) พบว่า

1) ประสพการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาว

1.1) การเกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเกิดจาก 4 เส้นทางหลัก คือ (1) ภาวะสมองขาดเลือด (2) โรคเรื้อรังร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง (3) ภาวะสมองเสื่อม และ (4) ความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัสโดยเฉพาะการมองเห็น

1.2) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวันขาดการฟื้นฟูสภาพและการป้องกัน ทำให้เกิดอุบัติเหตุการล้มและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงยิ่งขึ้น

1.3) ข้อจำกัดของการวินิจฉัยและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

2) สถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวในสังคมไทย มี 3 ลักษณะดังนี้

2.1) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ทำงานภาคการเกษตรแตกต่างจากญาติพี่น้องอื่นๆ ที่ประกอบอาชีพอยู่ในเขตเมือง มีรายได้ที่มากกว่าผู้ดูแลและมีฐานะหน้าที่ดีกว่าผู้ดูแล สถานะของผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงตกอยู่ใน “สภาวะไร้อำนาจ” ทั้งการต่อรองในครอบครัวและสังคม

2.2) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ เช่น มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความพิการและมีปัญหาในการดูแลตนเอง

2.3) ผู้ดูแลมีบทบาทเชิงซ้อนและรับภาระดูแลเพียงลำพัง ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่มีหน้าที่ภายในครอบครัวเดิม และยังประกอบอาชีพอยู่ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้ภาระเพิ่มขึ้น ในขณะที่หน้าที่ในการทำงานภายในครอบครัวของผู้ดูแลยังคงเดิม

3) ภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

3.1) ภาระค่าใช้จ่ายการดูแล การแสวงหาการรักษา และการเสียสละโอกาสการประกอบอาชีพของผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและหนี้สินกับครอบครัว

3.2) การดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาวเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกโดดเดี่ยว และรู้สึกเครียดจนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลมี 3 ลักษณะได้แก่ อารมณ์วิตกกังวล อารมณ์เศร้า และอารมณ์เครียดรุนแรง

3.3) ภาวะเครียดเป็นผลกระทบหลักด้านอารมณ์ของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่เกิดจากข้อจำกัดของความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองขาดเลือดและโรคเรื้อรังเกิดอารมณ์วิตกกังวล เครียด ผู้ดูแลที่ต้องอดทนกับอารมณ์และพฤติกรรมผิดปกติของผู้สูงอายุที่บางครั้งทำร้ายผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสาร มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้บ่อย และรู้สึกท้อแท้

3.4) กิจกรรมในชุมชนและแหล่งสนับสนุนที่ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคม และทำให้เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง ทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในชุมชนและสังคมลดลง ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางศาสนาและขาดการพักผ่อน

3.5) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเกือบ 24 ชั่วโมงเพียงลำพัง ขาดโอกาสพักผ่อน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าร่างกาย เหนื่อย อ่อนเพลีย อาการปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาการนอนหลับ มีอาการวิงเวียนศีรษะ และมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้มีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น และไม่สามารถควบคุมอาการของโรค

4) วัฒนธรรมชุมชนและบทบาทองค์กรในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

4.1) ครอบครัวเป็นสถาบันหลักของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย แบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการดูแลภายในครอบครัว ด้วยค่านิยมความเชื่อ “ความกตัญญู

กตเวที” เช่นเดียวกันในสังคมไทยมุสลิมหลักคำสอนของทางศาสนาที่ลูกต้องดูแลพ่อแม่ “สวรรค์อยู่ใต้ฝ่าเท้ามารดา”

4.2) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้านและความต่อเนื่องของการดูแลในระบบบริการสุขภาพในสถานบริการปฐมภูมิ สถานที่และระบบบริการของหน่วยงานไม่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการเดินทาง และขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวก

4.3) ชุมชนมีโครงสร้างองค์กรที่รองรับการทำงานผู้สูงอายุ ทั้งด้านสวัสดิการและสุขภาพ แต่ขาดกลไกขับเคลื่อนและบูรณาการงานผู้สูงอายุระยะยาวเชิงบูรณาการ

ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้เป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ได้แก่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเชิงรุก รวมถึงความสามารถในการวินิจฉัยและการดูแลโรคที่มีความซับซ้อนมาก

2) กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและควบคุมคุณภาพการดูแลทั่วประเทศ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ควรมีระบบการตรวจประเมิน คัดกรองแยกประเภทผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน จัดชุดสิทธิประโยชน์และการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละประเภทที่ชัดเจน จึงมีความจำเป็นที่ต้องกำหนดมาตรฐานชัดเจนและถูกตรวจสอบคุณภาพเพื่อการพัฒนา โดยเฉพาะระบบการส่งต่อและการดูแลที่บ้าน

3) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสุขภาพและในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาระยะยาวมีความซับซ้อนและต้องการบริการที่มีความเฉพาะ การเตรียมบุคลากร ผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความจำเป็นที่ผู้ดูแลทุกระดับต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ

4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ องค์กรเอกชน ควรร่วมออกแบบและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยดังต่อไปนี้

4.1) ออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน ควรมีการออกแบบระบบการดูแลที่รองรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกประเภท ตั้งแต่สุขภาพดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และมีอาการเจ็บป่วยเฉพาะ

4.2) ส่งเสริมให้เกิดการจัดตั้งกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยชุมชน กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความจำเป็น เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลและครอบครัว

4.3) สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการออกแบบและดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำให้เกิดพลังการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและเกิดการเชื่อมโยงจากนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชนสู่แนวทางการปฏิบัติที่มีทิศทางชัดเจน

อาจกล่าวได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) หากในชุมชนมีระบบและเครือข่ายการดูแลและความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดี ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเป็นผลกระทบทางบวกมากกว่าผลกระทบทางลบ เช่น ผู้ดูแลในครอบครัวมีแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น หน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน มีศักยภาพในการดูแลได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าไม่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งระบบและเครือข่ายการดูแลนั้นควรเป็นความร่วมมือของคนในชุมชน ตั้งแต่คนในครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลในระยะยาวที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังทำให้กรอบแนวคิดการทำงานตามภารกิจของของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งภารกิจหลักพื้นฐาน จะเป็นการบริการแบบผสมผสานให้แก่ประชากรทุกกลุ่มอายุ ในสถานพยาบาล ที่บ้าน และชุมชน ตามกลุ่มประชากร ตามวัย และตามประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ รวมทั้งการจัดการเพื่อเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของชุมชนและบริการที่ต้องดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุนั้น ใช้กรอบแนวคิดที่เป็นมิติการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยหลักการดูแลในบริการปฐมภูมิ (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552) ดังนี้

1) การเข้าถึงระบบบริการ (Accessibility) ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการอย่างสะดวกง่าย และใกล้แหล่งชุมชน ลดอุปสรรคต่างๆ

2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) สนับสนุนกิจกรรมให้มีการดูแลในระยะยาวและต่อเนื่อง และมีทีมสุขภาพตลอดการดูแล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

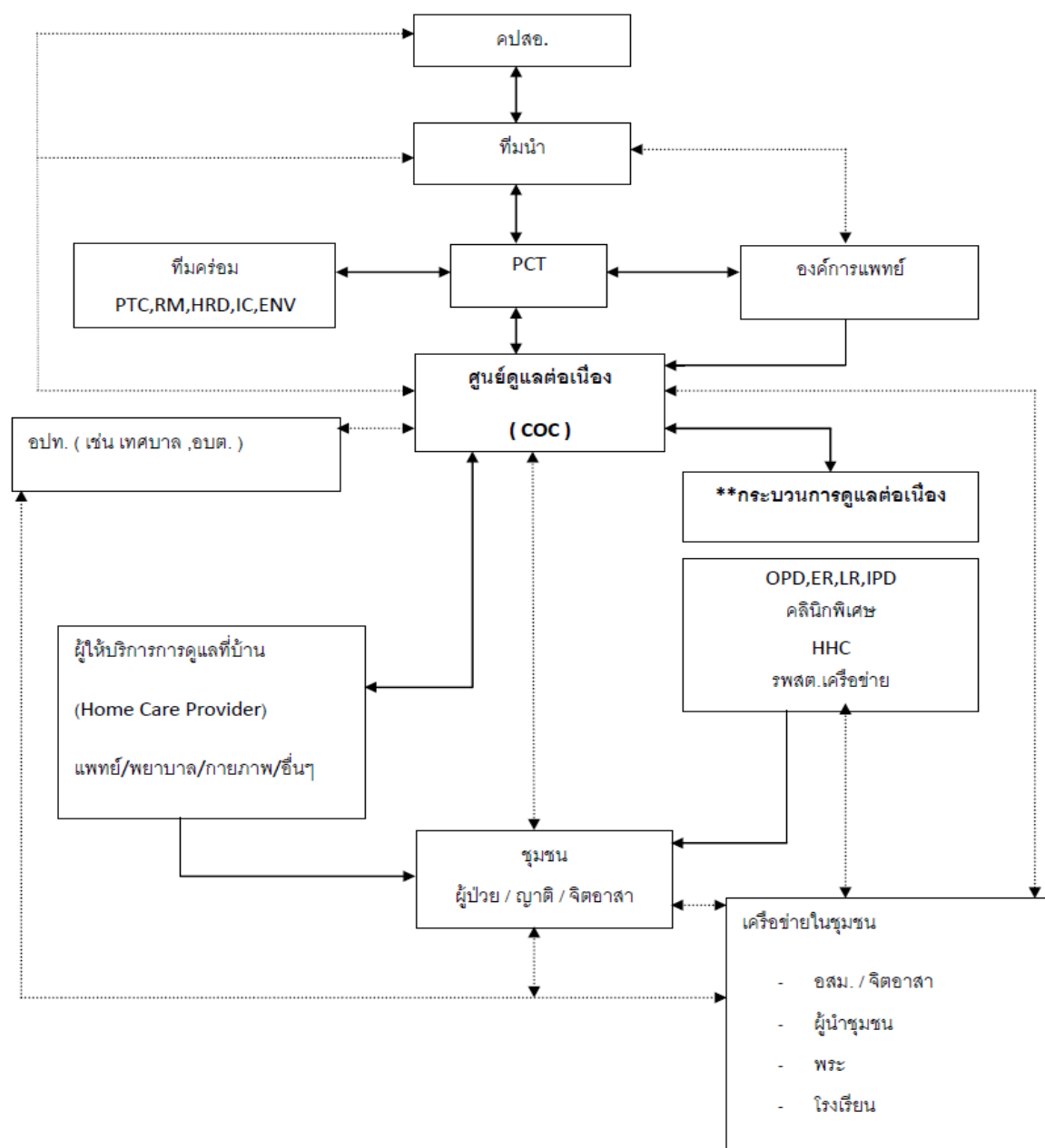
3) บริการแบบผสมผสาน (Integrated Care) การดูแลที่ครอบคลุมหลากหลายมิติ ได้แก่การดูแลในมิติการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคการฟื้นฟูสภาพการดูแลที่ครอบคลุมทั้งกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนการดูแลที่ครอบคลุมลักษณะบริการ home care, day care, chronic care, end of life care

4) การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นการดูแลหลากหลายมิติ ได้แก่ด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพทั่วไป โรคเรื้อรังที่พบบ่อย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อและข้อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหลายด้าน ซึ่งมีการใช้ปริมาณและชนิดยาจำนวนมาก (poly-pharmacy) ปัญหาการพลัดตกหกล้ม และท่าเดินของผู้สูงอายุ (fall and gait disorders) ด้านจิตใจ ภาวะเครียด/ซึมเศร้าภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ความยากจน การถูกทอดทิ้ง ด้อยโอกาสสิทธิวิญญาน การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การขาดความสุขในชีวิต

5) การประสานการดูแล (Co-ordination of Care) ร่วมกับหน่วยงานบริการสุขภาพระดับสูงเพื่อสนับสนุนการดูแล ได้แก่ คู่มือ/แนวทางการดูแล ระบบส่งต่อ ระบบให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ การเชื่อมระบบข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ ประสานความช่วยเหลือกับชุมชน วัด ท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6) การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment) โดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่เข้าร่วมได้ในชุมชน เช่น ชมรมจิตอาสา ร่วมผลักดันการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับชุมชน ท้องถิ่น

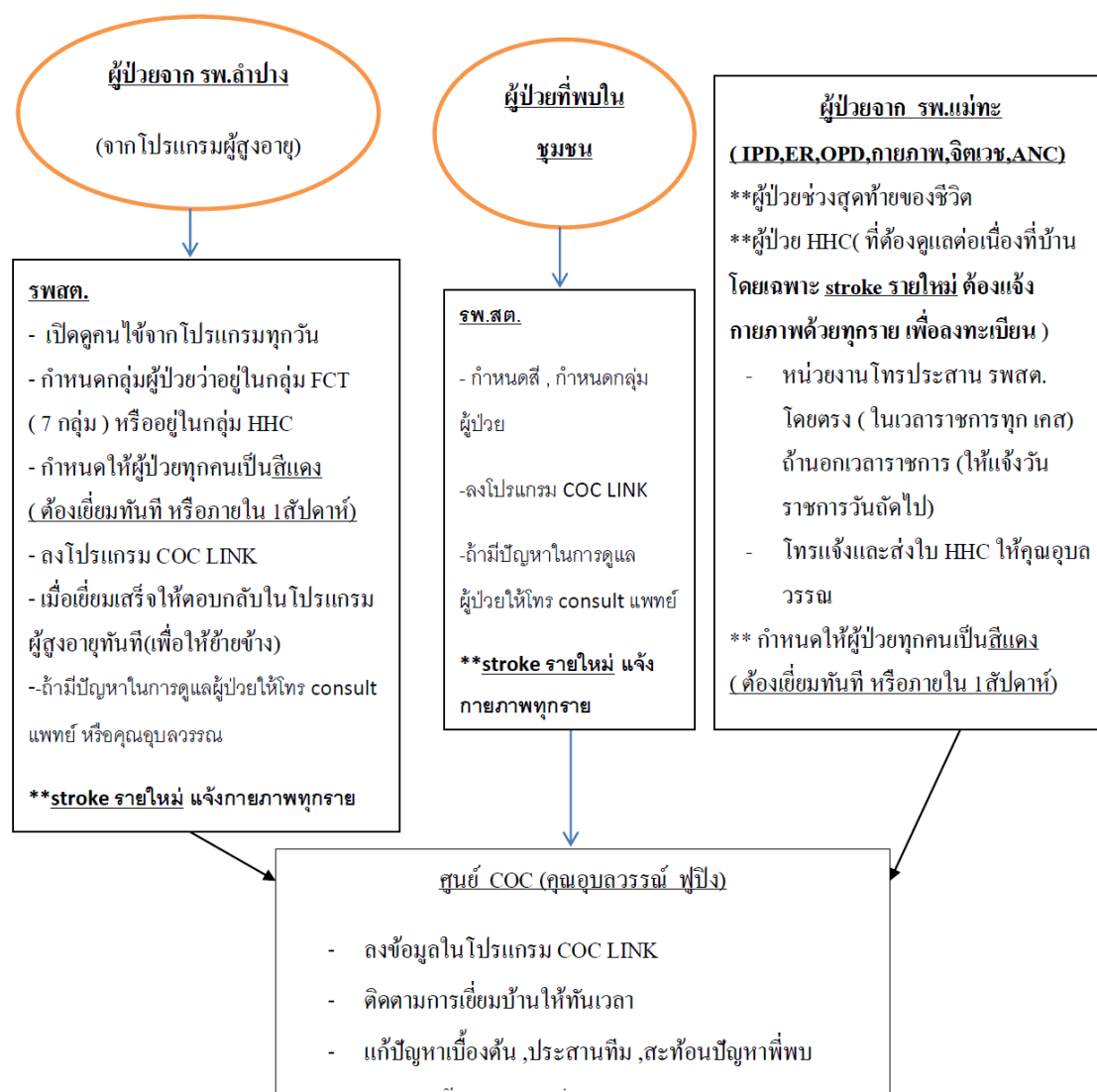
ทั้งนี้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ต้องทำเชื่อมโยงกับศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care Center: COC) ของโรงพยาบาลแม่ทะ ซึ่งบทบาทหน้าที่การทำงานอยู่ในความดูแลของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ทีมนำ และทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PTC) ดังภาพที่ 13



ภาพที่ 13 โครงสร้างระบบประสานงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โรงพยาบาลแม่ทะและเครือข่ายบริการสุขภาพ
แหล่งที่มา: โรงพยาบาลแม่ทะ (2559)

ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care Center: COC) และ ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลแม่ทะ ทำหน้าที่เชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลแม่ทะ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระยะยาวได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องรวมถึงทำหน้าที่เป็นศูนย์

สนับสนุนด้านต่างๆ สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ (เครื่องมือ กายอุปกรณ์ Home O2 เครื่อง Suction ที่นอนลม) จัดหายาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ (ยาที่จำเป็นต้องใช้ Set ทำแผล ถุง Colostomy สาย Foley's catheter สาย Suction) และจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ (ฐานข้อมูลผู้ป่วย พัฒนาระบบรับ-ส่งข้อมูล เก็บข้อมูล ประมวลผล และรายงานผลการดำเนินงาน) ดังภาพที่ 14



- หมายเหตุ**
- สีแดง : มีความซับซ้อนมาก , เยี่ยมโดยสาขา / เยี่ยมทันที หรือภายใน 1-2 สัปดาห์
 - สีเหลือง : มีภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรง , เยี่ยมโดย รพ.สต./ เยี่ยมภายใน 2-4 สัปดาห์
 - สีเขียว : ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน , เยี่ยมโดย รพ.สต.หรือ อสม./ เยี่ยมภายใน 4-8 สัปดาห์

ภาพที่ 14 แสดงแนวทางการส่งข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน

แหล่งที่มา: โรงพยาบาลแม่ทะ (2559)

ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลแม่ทะ ได้สร้างโปรแกรม COC Link สำหรับจัดเก็บข้อมูล/แบ่งสี/แบ่งกลุ่ม ของกลุ่มเป้าหมาย ใช้ติดตามในการเยี่ยมบ้านให้ทันเวลา ประมวลผลการเยี่ยมบ้าน

ของทีมหมอครอบครัว (FCT) และรายงานผลข้อมูลที่จัดเก็บไว้ได้ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้โปรแกรม COC Link ให้ข้อเสนอว่าควรมีพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยพัฒนาเป็นระบบ On Line (เดิมเป็นระบบ off line) ให้ผู้ที่มีรหัสเข้าโปรแกรมสามารถลงข้อมูลได้เลยขณะที่ไปติดตามการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะทำให้ข้อมูลมีการ Up Date ตลอดเวลาทำให้ทราบสถานการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง และต้องการความช่วยเหลือได้ โปรแกรมควรสามารถบันทึกภาพผู้ป่วย และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านได้ ควรพัฒนาให้ตอบสนองข้อมูลที่ทีมหมอครอบครัว (FCT) ต้องการได้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้ข้อมูลของผู้สูงอายุซึ่งเป็น 1 ใน 7 ของกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ของโรงพยาบาลแม่ทะ ได้มีการพัฒนาและมีระบบข้อมูลบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างทันทั่วถึง

กล่าวได้ว่า การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งผลกระทบด้านลบอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบากมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ การทำงานของทุกภาคส่วนในชุมชนทั้งหน่วยงานภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และได้กำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนั้น ภาคประชาชน (ชมรมจิตอาสา อสม.) และองค์กรเอกชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละพื้นที่อาจแตกต่างกันตามปัจจัยและบริบทแวดล้อม เช่น ภาวะเศรษฐกิจ โครงสร้างทางสังคม ความสัมพันธ์และวัฒนธรรมในครอบครัวและชุมชน

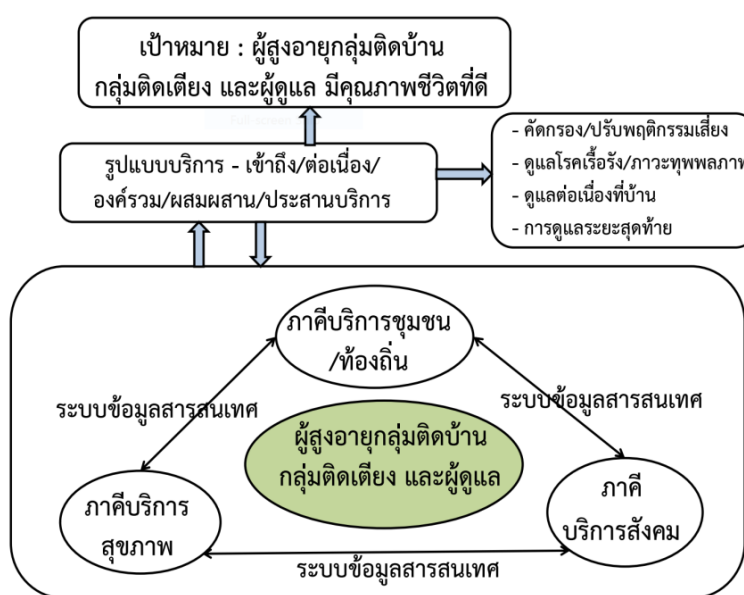
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม เพิ่มขึ้นถึงระดับ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มต้องการการดูแลที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ที่มีความซับซ้อนของการจัดบริการการดูแลมากกว่ากลุ่มติดสังคม อีกทั้งตำบลน้ำโจ้ได้รับเลือกจากจังหวัดลำปางให้เป็นตำบลนำร่อง “ตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ” ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่ารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จากบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม) ควรจะมีรูปแบบและลักษณะเป็นอย่างไร เพื่อจะได้เป็นข้อเสนอให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและชุมชนต่อไป

2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.อ่องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) เพื่อหารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จากบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม)

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ โดยการบูรณาการภาคีหลัก 3 ภาคี (วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (บ.ก.), 2553) ในการพัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการ สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง และผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และชุมชนต่อไปได้

ภาคีหลัก 3 ภาคี ได้แก่ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ประธานชุมชน/ชมรมผู้สูงอายุ/ชมรมจิตอาสา/เทศบาลตำบลน้ำโจ้/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/อื่นๆ) และภาคีบริการสังคม (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ/ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน/พัฒนาชุมชน/วัดช่องห้า/โรงเรียนบ้านแม่ปุง/องค์กรเอกชน) ควรมีบทบาทอย่างไรในการกำหนดนโยบายที่เอื้อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ส่งเสริมการเรียนรู้ในการปรับตัว จัดระบบสวัสดิการเงินช่วยเหลือ/ตั้งกองทุนส่งเสริมการทำงานตามความถนัด เตรียมชุมชนและผู้ดูแลให้มีความเข้าใจรู้คุณค่าผู้สูงวัย ส่งเสริมให้เกิดศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มจิตอาสา แกนนำ/อาสาสมัคร เครือข่าย/ชมรม และระดมความช่วยเหลือทรัพยากร ส่วนภาคีบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลลำปาง/โรงพยาบาลแม่ทะ/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ทะ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่องห้าและ) ควรมีบทบาทอย่างไรในการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพการจัดบริการสุขภาพและการเชื่อมประสานบริการสุขภาพ และการส่งเสริมศักยภาพ/สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง และผู้ดูแล นอกจากนี้ ในการพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพนั้น ควรพัฒนาอย่างไร จึงจะสามารถเชื่อมโยงข้อมูลของผู้สูงอายุในระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพทุกระดับเพื่อไปประมวลผลและนำไปใช้ประโยชน์ได้ ซึ่งกรอบแนวคิดการวิจัยแสดงความเชื่อมโยง ดังภาพที่ 15



ภาพที่ 15 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง

นอกจากนี้ ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงซึ่งเป็นการดูแลระยะยาวผู้วิจัยได้นำแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) มาใช้เป็นแนวทางในการอธิบายการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) คือ องค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ของ The Chronic Care Model ได้แก่ 1. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) คือการสร้างความรู้ความตระหนักและความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว 2. การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) คือ การออกแบบระบบบริการ ของ 3 ภาควิชาหลักในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ คือ ทีมที่มีส่วนร่วมในการดูแล (Team based approach) แผนการเยี่ยม/แผนการดูแล (Planned care visit) และการจัดระบบการดูแล (Case management) 3. Decision support คือ วิธีการที่ช่วยสนับสนุนให้ 3 ภาควิชาหลักในชุมชน สามารถใช้ความรู้ที่ทันสมัยหรือมีระบบความช่วยเหลือ (เช่น การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ระบบการส่งต่อ)ในการตัดสินใจให้การดูแลผู้สูงอายุ 4. Clinical information system คือระบบข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปประมวลผลและนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5. Health Systems Organization คือ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์พันธกิจหรือแผนงาน/โครงการ ในการดูแลผู้สูงอายุของ 3 ภาควิชาหลักในชุมชน และ 6. Community resource linkages คือการร่วมใช้ทรัพยากรของ 3 ภาควิชาหลักในชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) มีวัตถุประสงค์พัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดย การมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี ในชุมชน (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีบริการสังคม) และพัฒนาระบบสารสนเทศให้ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่ต้องการใช้ประโยชน์จากข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบวิธีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) และแนวคิดของ วิรัตน์ คำศรีจันทร์ (2554) ที่กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการเรียนรู้และบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลงอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มุ่งพัฒนาแนวคิดและออกแบบระเบียบวิธีวิจัยให้สามารถสะท้อนองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ให้บูรณาการการเข้าสู่กระบวนการวิจัยทุกมิติอย่างกลมกลืน ได้แก่ (1)การระบุปัญหาที่มุ่งความเชื่อมโยงกับการแก้ปัญหาาร่วมกันของชุมชนและสังคม (community orientation and community-based development integration) นั่นคือการมุ่งให้ 3 ภาคีหลักในชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาคาดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อยกระดับการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) การพัฒนาระบบการทางการศึกษาและกระบวนการเรียนรู้ (education and learning process integration) เพื่อมุ่งระดมพลังแก้ปัญหาคาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากภายในชุมชน สร้างให้ 3 ภาคีหลักในชุมชนเกิดการมีส่วนร่วม สามารถเรียนรู้และยกระดับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถนำศักยภาพอันเกิดจากกระบวนการทางการศึกษาและการเรียนรู้ ไปสู่การนำตนเองเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดีขึ้น และ (3) การวิจัย สร้างความรู้ และสร้างทฤษฎีพื้นฐานจากการปฏิบัติ (research integration) นั่นคือ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของ 3 ภาคีหลักในชุมชน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งประสบการณ์และการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นเครื่องบ่งชี้การเรียนรู้ที่สำคัญ เพราะเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการดำเนินชีวิต

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) ภาคี 3 ภาคีหลักในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า และแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุหนองตองพัฒนา อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลชุมชนดอนแก้ว อำเภอแม่ริม

จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกเสียง และการบันทึกภาพ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560

3.2 พื้นที่ศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในพื้นที่ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ซึ่งตำบลน้ำโจ้ ได้รับคัดเลือกให้เป็นตำบลนำร่อง “ตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” ของจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยเลือกศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอ่องห้า รับผิดชอบดูแลประชากร 3,182 คนของพื้นที่หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8 มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 859 คน (ร้อยละ 27.00) ซึ่งเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรในพื้นที่) และมีแนวโน้มที่จะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด) อย่างรวดเร็ว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2560)

3.3 กลุ่มเป้าหมายของการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (purposeful sampling) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

3.3.1 ผู้สูงอายุ

(1) **ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน** หมายถึง ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงของพื้นที่หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8 ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) และมีคะแนนจากการประเมิน อยู่ในช่วง 5-11/20 คะแนน

(2) **ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง** หมายถึง ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงของพื้นที่หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8 ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) และมีคะแนนจากการประเมิน อยู่ในช่วง 0-4/20 คะแนน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง แยกตามรายหมู่บ้าน

หมู่ที่	จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน(คน)	จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (คน)	รวมทั้ง 2 กลุ่ม (คน)
ม.1	16	3	19
ม.6	4	4	8
ม.7	21	4	25
ม.8	9	1	10
รวม	50 คน	12 คน	62 คน

3.3.2 ผู้ดูแลสูงอายุ(caregiver: CG) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลองค์ห้า จำนวน 15 คน ซึ่งมีลักษณะดังนี้

(1) มีคุณสมบัติตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) พ.ศ. 2549 ได้แก่ อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

(2) สมัครและได้รับการคัดเลือกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลองค์ห้า

(3) ได้รับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

3.3.3 ภาติ 3 ภาติหลัก ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย

(1) ตัวแทนจากภาติบริการชุมชน/ท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ชมรมผู้สูงอายุชมรมจิตอาสา เทศบาลตำบลน้ำโจ้ว วัดองค์ห้า โรงเรียนบ้านแม่ปุง และองค์กรเอกชน

(2) ตัวแทนจากภาติบริการสังคม ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน และพัฒนาชุมชน

(3) ตัวแทนภาติบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ทะ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ทะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลองค์ห้า และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.4 เครื่องมือการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่สำคัญของการวิจัยคือตัวผู้วิจัยเอง ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงคุณสมบัติที่แสดงถึงความเชื่อถือได้ของนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ จึงได้ร่วมกันทบทวนบทบาทหน้าที่ เพื่อให้มีคุณสมบัติเป็นนักวิจัยที่มีคุณภาพ ได้แก่ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย และสหวิทยาการอื่นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การจัดระบบความคิด การวิเคราะห์ และการตีความหมายข้อมูล ทักษะการติดต่อสื่อสารกับคนอื่น ๆ ที่เหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ทักษะการถ่ายทอดปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ความยืดหยุ่นและการปรับตัวตามบริบท และจริยธรรม ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ในการทำงานและในผลงาน (ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2555)

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

3.4.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

(1) คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพช่องปาก การคัดกรองสุขภาพทางตา การทดสอบสภาพสมอง (การรู้คิด) การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) การคัดกรองโรคข้อเสื่อมการคัดกรองภาวะหกล้ม การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ การประเมินปัญหาการนอน และการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) สำหรับคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

(2) แบบวัดความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลสูงอายุ (caregiver: CG) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

3.4.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) แนวทางการสังเกต (observation) และแนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยจะกล่าวรายละเอียดไว้ในขั้นตอนดำเนินการวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

3.5.1 ขั้นเตรียมการ

ทีมวิจัยประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินโครงการวิจัย และชี้แจงแก่ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ซึ่งมีประเด็นการประชุม ข้อสรุปที่ได้ ตามตารางที่ 3 และการวางแผนเก็บข้อมูล ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ประเด็นการประชุมและข้อสรุปที่ได้

ประเด็นการประชุม	ข้อสรุปที่ได้
1. หัวหน้าโครงการวิจัยชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการ เกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการ กิจกรรมย่อย ระยะเวลาดำเนินการงบประมาณที่ได้รับจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	- ทีมวิจัยซักถาม อภิปราย และรับทราบแนวทางการดำเนินโครงการวิจัยร่วมกัน
2. ทีมวิจัยร่วมกันทบทวนบทบาทหน้าที่ เพื่อให้มีคุณสมบัติเป็นนักวิจัยที่มีคุณภาพ ได้แก่ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย และสหวิทยาการอื่นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การจัดระบบความคิด การวิเคราะห์ และการตีความหมายข้อมูล ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการถ่ายทอดปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างถูกต้องชัดเจน ความยืดหยุ่นและการปรับตัวตามบริบทจริยธรรม ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ในการทำงานและในผลงาน	- ทีมวิจัยมีความเข้าใจต่อคุณสมบัติการเป็นนักวิจัยที่มีคุณภาพ มีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย และขอนัดพบทีมวิจัยเป็นระยะเพื่อวิเคราะห์และตีความหมายข้อมูลร่วมกัน หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง
2. ทีมวิจัยหารือร่วมกันเกี่ยวกับกำหนดรายละเอียดแต่ละกิจกรรมย่อยในการลงเก็บข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แต่ละครั้ง	- ได้ตารางการวางแผนเก็บข้อมูลโครงการวิจัย
3. ทีมวิจัยร่วมกำหนดวันเพื่อชี้แจงรายละเอียดการดำเนินโครงการวิจัยต่อนายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลน้ำโจ้ และผู้นำชุมชน	- ทีมวิจัยกำหนดเป็นวันที่ 14 กรกฎาคม 2559
4. ทีมวิจัย โรงพยาบาลแม่ทะ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องท่า ซึ่งเป็นทีมวิจัย ร่วมกันวางแผนการอบรมผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล	- ได้กำหนดการอบรม

ประเด็นการประชุม	ข้อสรุปที่ได้
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ให้กับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver: CG) ของตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง (30 คน) - Caregiver ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า 15 คน - Caregiver ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านหนอง 12 คน - Caregiver จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.แม่ทะ 3 คน	- ทีมวิจัยวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูล จาก Caregiver ในพื้นที่รับผิดชอบ ของ รพ.สต.ฮ้องห้า ที่เข้าอบรมครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในงานวิจัยด้วย
5. เรื่องหรืออื่นๆ - วางแผนเตรียมการและมอบหมายงานการไปประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้และเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลสุรินทร์ - หัวหน้าทีมวิจัยหารือว่าผู้รับผิดชอบงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว (Long Term Care) และผู้รับผิดชอบงานในศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง ขอไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล สุรินทร์กับทีมวิจัยด้วย	- ทีมวิจัยแต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบ - ทีมวิจัยยินดีให้บุคลากรของ โรงพยาบาลลำปาง ไปแลกเปลี่ยน เรียนรู้และเก็บรวบรวมข้อมูลจาก โรงพยาบาลสุรินทร์ด้วย เนื่องจากจะ เป็นประโยชน์ร่วมกันในการทำงานให้ มีความเชื่อมโยงกันของสถานบริการ สุขภาพทุกระดับ ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 4 การวางแผนเก็บข้อมูลโครงการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2559 – 30 กันยายน 2560

ครั้งที่	กิจกรรม	วตป.	ผู้ให้ข้อมูล(กลุ่มเป้าหมาย)	ข้อมูลที่ต้องการ	วิธีการและเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล	สถานที่
1	<u>ประชุมพื้นที่และเก็บข้อมูล ครั้งที่ 1</u> ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง เป้าหมายและความ ต้องการของการเป็นผู้ดูแลในพื้นที่ รับผิดชอบของ รพ.สต.อ่องห้า การประเมินความรู้ ทักษะ และ ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง	26 ก.ค. 59 – ก.พ. 60	- ผู้ดูแลที่ได้รับคัดเลือกจาก รพ.สต.อ่องห้า ให้เข้าอบรม ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) จำนวน 15 คน	- ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (caregiver: CG) - ความรู้ ทักษะ และ ทัศนคติในการดูแล ผู้สูงอายุ	- การสนทนากลุ่ม - แนวคำถามการสนทนากลุ่ม - การสังเกตทักษะการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก สภาพจริง - แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป - แบบทดสอบความรู้และ ทัศนคติ	ในพื้นที่ ม.1 ม.6 ม.7 และ ม.8 ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง
2	<u>ประชุมพื้นที่และเก็บข้อมูล ครั้งที่ 2</u> ศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว และระบบข้อมูลสารสนเทศใน การเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ โรงพยาบาลสุรินทร์ (Thai COC)	4-6 ส.ค. 59	ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ, Long term care, โปรแกรม (Thai COC) ของโรงพยาบาลสุรินทร์	- ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว - ระบบข้อมูลสารสนเทศ ในการเชื่อมโยงข้อมูล ผู้สูงอายุในพื้นที่ (Thai COC)	- การสัมภาษณ์ - แบบสัมภาษณ์แบบมี โครงสร้าง - การสังเกตจากสภาพจริง - การถอดบทเรียนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก Best Practice	รพ.สุรินทร์ จ.สุรินทร์ และ รพ.สต.แกใหญ่ ต.แกใหญ่ อ.เมือง จ.สุรินทร์
3	<u>ประชุมพื้นที่และเก็บข้อมูล ครั้งที่ 3</u> ศึกษาการบูรณาการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว จากศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เทศบาลหนองตองพัฒนา อ.หางดง	17 พ.ย. 59	ผู้เกี่ยวข้องในศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิตและส่งเสริม อาชีพผู้สูงอายุ เทศบาล หนองตองพัฒนา และ โรงพยาบาลชุมชนตำบล	- ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว - การบูรณาการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว	- การสัมภาษณ์ - การสนทนากลุ่ม - การสังเกตจากสภาพจริง - แบบสัมภาษณ์แบบมีโครง สร้างและแนวคำถามการ	ศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิตฯ อ.หางดง และ โรงพยาบาล ชุมชนตำบล

ครั้งที่	กิจกรรม	วตป.	ผู้ให้ข้อมูล(กลุ่มเป้าหมาย)	ข้อมูลที่ต้องการ	วิธีการและเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล	สถานที่
	จ.เชียงใหม่ และโรงพยาบาลชุมชน ตำบลดอนแก้ว อ.แมริม จ.เชียงใหม่		ดอนแก้ว		สนทนากลุ่ม - การถอดบทเรียนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จาก Best Practice	ดอนแก้ว อ.แมริม จ.เชียงใหม่
4	ประชุมพื้นที่และเก็บข้อมูล ครั้งที่ 4 ศึกษาสภาพการณ์ทั่วไปของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงและ ญาติผู้ดูแล การคัดกรองและประเมิน สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่ม ติดเตียง	ธันวาคม 2559 – มีนาคม 2560	- ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 50 คน - ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 12 คน	- ข้อมูลทั่วไปของ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและ กลุ่มติดเตียงและญาติ ผู้ดูแล - การคัดกรองสุขภาพ และประเมินสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและ กลุ่มติดเตียง	- การสัมภาษณ์เชิงลึก - แบบสัมภาษณ์แบบมี โครงสร้าง - การสังเกตจากสภาพจริง - แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป - แบบการคัดกรองสุขภาพ และ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	ในพื้นที่ ม.1 ม.6 ม.7 และ ม.8 ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง
5	ประชุมพื้นที่และเก็บข้อมูล ครั้งที่ 5 ศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว และระบบข้อมูลสารสนเทศใน การเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ โรงพยาบาลลำปาง (COC Link PROGRAM)	เมษายน 2560	- ผู้รับผิดชอบศูนย์การดูแล ต่อเนื่อง (Continuity of care: COC) กลุ่มงานเวช กรรมสังคม โรงพยาบาล ลำปาง	- ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว - ระบบข้อมูลสาร สนเทศในการเชื่อมโยง ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ โรงพยาบาลลำปาง (COC Link PROGRAM)	- การสัมภาษณ์ - แบบสัมภาษณ์แบบมี โครงสร้าง - การสังเกตจากสภาพจริง - การถอดบทเรียนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จาก Best Practice	กลุ่มงานเวชกรรม สังคม โรงพยาบาล ลำปาง จ.ลำปาง
6	ประชุมพื้นที่และเก็บข้อมูล ครั้งที่ 6 ศึกษาสภาพการณ์ทั่วไปของระบบ เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ การ	พฤษภาคม 2560	ภาคีบริการสุขภาพ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วน ร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ	- สภาพการณ์ทั่วไป ปัญหา และอุปสรรคใน การดูแลผู้สูงอายุ	- การสนทนากลุ่ม - แนวคำถามการสนทนากลุ่ม	รพ.สต.ฮ้องห้า ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

ครั้งที่	กิจกรรม	วตป.	ผู้ให้ข้อมูล(กลุ่มเป้าหมาย)	ข้อมูลที่ต้องการ	วิธีการและเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล	สถานที่
	ทำงานร่วมกับภาคีอื่นๆ ระบบข้อมูล สารสนเทศที่เชื่อมโยงในการดูแล ผู้สูงอายุ และการพัฒนาบริการ สุขภาพผู้สูงอายุ		กลุ่มกลุ่มติดบ้าน และกลุ่ม ติดเตียง - บุคลากรใน รพ.แม่ทะ (แพทย์ พยาบาล นัก กายภาพบำบัดโภชนาการ) - บุคลากรใน รพ.สต. - นักวิชาการสาธารณสุข สสอ.แม่ทะ	- การทำงานร่วมกับภาคี อื่นๆ - การพัฒนาระบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในชุมชน		
7	<u>ประชุมพื้นที่และเก็บข้อมูล ครั้งที่ 7</u> ศึกษาสภาพการณ์ทั่วไปของระบบ เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ การ ทำงานร่วมกับภาคีอื่นๆ ระบบข้อมูล สารสนเทศที่เชื่อมโยงในการดูแล ผู้สูงอายุ และการพัฒนาบริการ สุขภาพผู้สูงอายุ	พฤษภาคม 2560	(1) ภาคีบริการชุมชน/ ท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านประธานชุมชน ชมรมผู้สูงอายุชมรมจิต อาสาเทศบาลตำบลน้ำโจ้ วัดฮ่อ่งห้า โรงเรียนบ้านแม่ปุง และ องค์กรเอกชน (2) ภาคีบริการสังคม ได้แก่ ตัวแทนจากสำนักงาน พัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์การศึกษานอก โรงเรียนและพัฒนาชุมชน	- สภาพการณ์ทั่วไป ปัญหา และอุปสรรคใน การดูแลผู้สูงอายุ - การทำงานร่วมกับภาคี อื่นๆ - การพัฒนาระบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในชุมชน	- การสนทนากลุ่ม - แนวคำถามการสนทนากลุ่ม	ห้องประชุม เทศบาลตำบล น้ำโจ้ ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

ครั้งที่	กิจกรรม	วตป.	ผู้ให้ข้อมูล(กลุ่มเป้าหมาย)	ข้อมูลที่ต้องการ	วิธีการและเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล	สถานที่
	<u>การกำกับติดตามงานและ วิเคราะห์ข้อมูล</u> 1.ประชุมคณะกรรมการวิจัยติดตาม ความก้าวหน้าการวิจัย	ก.ย. 59 เม.ย. 60	- ที่ปรึกษาวิจัย - ทีมวิจัย	- ข้อมูลจากการเก็บ รวบรวมข้อมูล - ข้อมูลจากการวิเคราะห์ ข้อมูล	- การประชุมวิเคราะห์ข้อมูล	ห้องประชุม รพ.สต.ฮ้องห้า ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง
	<u>การสรุปทบทวนและข้อค้นพบ</u> 1. นำเสนอผลการศึกษาข้อมูล และ ข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล	มิถุนายน 2560	- ที่ปรึกษาวิจัย - ทีมวิจัย	- ข้อสรุป และ ข้อเสนอแนะจากการ เสวนาของที่ปรึกษาวิจัย และทีมวิจัย	- การนำเสนอและเสวนาผล การศึกษาข้อมูล และข้อสรุปที่ ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล	ห้องประชุม รพ.สต.ฮ้องห้า ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง
	2. จัดเวทีนำเสนอผลการศึกษาข้อมูล และข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ ข้อมูลไปใช้	กรกฎาคม 2560	- ที่ปรึกษาวิจัย - ทีมวิจัย - ผู้เกี่ยวข้องจาก 3 ภาควิ ในพื้นที่ - ผู้สนใจอื่นๆ	- ความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะต่อการวิจัย	- การนำเสนอผลวิจัย	ห้องประชุม เทศบาลตำบล น้ำโจ้ ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

3.5.2 ขั้นตอนการ

(1) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) มีขั้นตอนดังนี้

1) พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) โดยร่วมจัดอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุตามคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม – 25 สิงหาคม 2559

1.1) การอบรมภาคทฤษฎีที่ รพ.แม่ทะ โดยวิทยากรที่มรสสาขาราชวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และทีมวิจัย

1.2) การอบรมภาคปฏิบัติโดยการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพ รพ.สต.ฮ้องห้า และทีมวิจัย

1.3) การเลือกกรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) พบในขณะการฝึกปฏิบัติ เพื่อนำมาประชุมปรึกษา (case conference) และหาแนวทางร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

2) สนทนากลุ่ม จากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) ประเด็น เหตุผลที่ต้องการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความคาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความต้องการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) ประเมินความรู้และทัศนคติของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้แบบวัดความรู้และทัศนคติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556)

4) สังเกตทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากสภาพจริงของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG)

5) นำกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) ไปศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนจากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice 2 แห่ง ที่มีการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุของภาคีต่างๆ ในชุมชนในเดือนพฤศจิกายน 2559 ได้แก่

5.1) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่

5.2) โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

6) อบรมการใช้แบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพช่องปาก การคัดกรองสุขภาพทางตา การทดสอบสภาพสมอง (การรู้คิด) การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) การคัดกรองโรคข้อเสื่อมการคัดกรองภาวะหกล้ม การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ การประเมินปัญหาการนอน และการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพื่อให้

กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) สามารถคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ และสามารถนำข้อมูลจากการคัดกรองและประเมินสุขภาพไปใช้ร่วมวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไปได้

7) ให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) ทดลองใช้แบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทีมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและให้คำแนะนำเพิ่มเติม และให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) ใช้แบบคัดกรองและประเมินกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า

(2) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) และญาติผู้ดูแล มีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลจากแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพช่องปาก การคัดกรองสุขภาพทางตา การทดสอบสภาพสมอง (การรู้คิด) การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) การคัดกรองโรคข้อเสื่อมการคัดกรองภาวะหกล้ม การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ การประเมินปัญหาการนอน และการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน/กลุ่มติดเตียง)

2) ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ของญาติผู้ดูแล

3) ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตจากสภาพจริง จากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) และญาติผู้ดูแล โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประเด็น กิจวัตรประจำวันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ใน 1 วัน ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล และความต้องการการช่วยเหลือหรือสิ่งสนับสนุนในการดูแล

(3) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคี 3 ภาคีหลักในพื้นที่ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ข้อมูลการสนทนากลุ่ม จากตัวแทนภาคีบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ทะ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ทะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ดังนี้

- บทบาทหน้าที่ของท่านเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยงานของท่าน และในชุมชนเป็นอย่างไร

- ข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรค ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยงานของท่าน และในชุมชน

- ท่านคิดเห็นถึงความเชื่อมโยงในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคท้องถิ่น (อปท.) ควรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร

- ท่านทราบหรือไม่ว่าแหล่งงบประมาณที่จะช่วยสนับสนุน เพื่อให้เกิดระบบความเชื่อมโยงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมาจากที่ใดบ้าง

2) ข้อมูลการสนทนากลุ่ม จากตัวแทนจากภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสา เทศบาลตำบลน้ำโจ้ว วัดฮ่อ่งห้า โรงเรียนบ้านแม่ปุง และองค์กรเอกชน และตัวแทนจากภาคีบริการสังคม ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน และพัฒนาชุมชน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มดังนี้

- ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ท่านได้ทำสิ่งใดบ้างเพื่อให้การดูแล/ ให้การช่วยเหลือ/ มีจิตอาสา หรือทำตามบทบาทและหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้อยู่อาศัยที่บ้าน ในครอบครัว หรือในชุมชนของท่านแบบใด

- ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ท่านได้รับความช่วยเหลือ/ ความร่วมมือ/ การสนับสนุน จากบุคคลในครอบครัว ญาติ หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชน หรือองค์กรอิสระ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้อยู่อาศัยที่บ้าน ในครอบครัว หรือในชุมชนของท่านอย่างไร

- หากท่านสามารถพัฒนางานดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ ท่านอยากให้หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชน หรือองค์กรอิสระ รวมทั้งการพัฒนางานดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในครอบครัว หรือในชุมชนของท่านอย่างไร

- ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ทำให้การทำงานไม่ประสบผลสำเร็จอย่างเต็มที่

- ท่านคิดว่าควรมีสิ่งสนับสนุนใดเป็นพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ในครอบครัว หรือในชุมชน

(4) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice มีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลลำปาง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ และการสังเกตจากสภาพจริง หลังจากนั้นการถอดบทเรียนการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างครอบคลุมประเด็นดังนี้

1.1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลสุรินทร์ /โรงพยาบาลลำปาง ได้แก่ รูปแบบ/ลักษณะการดำเนินงาน การประสานงาน/การบูรณาการการทำงานกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่ จุดเด่น/ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคในการทำงาน

1.2) ระบบข้อมูลสารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ (โรงพยาบาลสุรินทร์ ศึกษาเรียนรู้โปรแกรม Thai COC, โรงพยาบาลลำปาง ศึกษาเรียนรู้โปรแกรม COC Link Program) ได้แก่ รูปแบบ/ลักษณะการดำเนินงาน การเชื่อมโยงระบบกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การนำไปต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ในพื้นที่อื่น จุดเด่น/ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคในการทำงาน

1.3) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแกใหญ่

ตำบลแกใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ การเชื่อมโยงของระบบข้อมูลสารสนเทศ (โปรแกรม Thai COC) จุดเด่น/ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคในการทำงาน

2) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เทศบาลหนองตองพัฒนา อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยแบ่งทีมเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตจากสภาพจริง หลังจากนั้นถอดบทเรียนการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและแนวทางการสนทนากลุ่มครอบคลุมประเด็นดังนี้

2.1) สัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารและกลุ่มทีมสุขภาพ ประเด็นการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่มได้แก่ แนวทางการจัดตั้งและวิธีการบริหารจัดการภายในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ/โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว แนวทางการจัดการสภาพแวดล้อมและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ แนวทางการจัดหางบประมาณและกองทุนสนับสนุนต่างๆ แนวทางการจัดสวัสดิการ การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง แนวทางการสร้างเครือข่ายการทำงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกิจกรรมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ/โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง อุปสรรค/ปัญหา/ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน และการเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง

2.2) สัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแล (caregiver : CG) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเด็นการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม ได้แก่ ประสบการณ์/เหตุผลหรือสาเหตุ/การอบรมการเป็นผู้ดูแล/อสม. บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล/อสม.ในการดำเนินงานหรือกิจกรรมในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ/โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว การมีส่วนร่วมหรือการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง กลุ่มคนหรือหน่วยงานที่เข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง ความต้องการการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณ แหล่งและจำนวนค่าตอบแทนที่ผู้ดูแล/อสม. ได้รับ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง ปัจจัยส่งเสริมให้งานของผู้ดูแล/อสม.ประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับจากคนอื่นๆ ในชุมชน และการเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง

2.3) สัมภาษณ์ตัวแทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ที่ทำงานร่วมกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ประเด็นการสัมภาษณ์ได้แก่ บทบาทการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกิจกรรมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ บทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง กลุ่มคนหรือหน่วยงานที่เข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง ความต้องการการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณ อุปสรรค/ปัญหา/ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน และการเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง

3.5.3 ขั้นประเมินผลวิจัย สรุปบทเรียน และข้อค้นพบ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อประเมินผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จากนั้นนำมาสรุปบทเรียน และข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย เพื่อนำไปเป็นข้อเสนอแนะต่อการนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล จะถูกนำมาวิเคราะห์ดังนี้

3.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาความรู้ให้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) ด้วยการหาค่าดัชนีประสิทธิผลของการเรียนรู้ (Effectiveness Index : E.I.) (ปกรณ ประจัญบาน, 2557)

3.6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตจากสภาพจริง และการถอดบทเรียน จะนำมาตรวจสอบข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นของการศึกษา (สุภางค์ จันทวานิช, 2552) ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย (การบูรณาการภาคีหลัก 3 ภาคี และการนำ 6 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มาใช้เป็นแนวทางในการอธิบายการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) เพื่อสร้างเป็นรูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้อยห้า อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง

3.7 จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยโดยคำนึงถึงประเด็นด้านจริยธรรม ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จึงนำเสนอโครงการวิจัยและชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย ผ่านคณะกรรมการรับรองโครงการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เมื่อคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาที่ทำการศึกษา ข้อมูลที่ได้จะนำไปอภิปรายผลที่แสดงถึงภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การให้ข้อมูลจะไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การปฏิบัติงาน หรือบริการสุขภาพ และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ โดยกลุ่มตัวอย่างจะตอบตกลงหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลก็ได้ ระหว่างการเข้าร่วมการศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดระหว่างการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มหรือกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ทันทีโดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) นี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเป้าหมาย/ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ ดังนี้

4.1 การพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง แก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver : CG)

4.2 การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

4.3 การพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่ต้องการใช้ ประโยชน์จากข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

4.4 การพัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จากบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการ สังคม)

4.1 ผลการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง แก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver : CG)

ผู้วิจัยนำเสนอผลการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver : CG) เป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver : CG) ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง และส่วนที่ 3 ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (focus group) และการถอดบทเรียนจากการศึกษาเรียนรู้จาก แหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver : CG)

ตารางที่ 5 แสดงเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยทั้งหมด ของครอบครัว และ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล (caregiver: CG)

รายการข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศหญิง	15	100.00
2. อายุ (อายุเฉลี่ย = 47.60)		
- 20 – 39 ปี	3	20.00
- 40 – 49 ปี	5	33.33

รายการข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- 50 – 59 ปี	5	33.33
- 60 ปี ขึ้นไป	2	13.34
3. ศาสนาพุทธ	15	100.00
4. สถานภาพสมรส		
- โสด	1	6.67
- คู่	12	80.00
- หม้าย /หย่า / แยกกันอยู่	2	13.33
5. ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	6	40.00
- มัธยมศึกษา / ปวช.	7	46.67
- ปริญญาตรี	2	13.33
6. อาชีพปัจจุบัน		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	53.33
- เกษตรกร	3	20.00
- รับจ้างทั่วไป	4	26.67
7. รายได้เฉลี่ยทั้งหมดของครอบครัว(บาท/เดือน)		
- 0 – 5,000 บาท	2	13.33
- 5,001 – 10,000 บาท	7	46.67
- 10,001 – 15,000 บาท	3	20.00
- มากกว่า 15,000 บาท	2	13.33
- ไม่ระบุ	1	6.67
8. ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
- น้อยกว่า 1 ปี	7	46.67
- 1 – 3 ปี	3	20.00
- 4 – 6 ปี	1	6.67
- 7 – 10 ปี	2	13.33
- มากกว่า 10 ปี	2	13.33

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ที่เข้ารับการอบรมทั้งหมด 15 คน เป็นเพศหญิง และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย 47.60 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช.และประถมศึกษา (ร้อยละ 46.67 และ 40.00 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.33) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 46.67) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 46.67)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG)

คะแนนความรู้	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- น้อยกว่า 15 คะแนน	2	13.33	-	-
- 15 – 20 คะแนน	5	33.33	-	-
- 21 – 25 คะแนน	6	40.00	10	66.67
- 26 – 30 คะแนน	2	13.33	5	33.33
จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	15	100.00	15	100.00
คะแนนเฉลี่ย	20.36		24.40	

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ อยู่ในช่วง 21 – 25 คะแนน (ร้อยละ 40.00) รองลงมาอยู่ในช่วง 15 – 20 คะแนน (ร้อยละ 33.33) และมีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 20.36 ส่วนภายหลังการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ อยู่ในช่วง 21 – 25 คะแนน (ร้อยละ 66.67) และช่วง 26 – 30 คะแนน (ร้อยละ 33.33) โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 24.40

ตารางที่ 7 แสดงการหาค่าดัชนีประสิทธิผลของการเรียนรู้ (Effectiveness Index : E.I.) ของผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) จากการเข้ารับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

เนื้อหาในการอบรม (70 ชั่วโมง)	ผลคูณของจำนวน ผู้เข้าอบรม กับคะแนนเต็ม	ผลรวม ของคะแนน ก่อนเรียน	ผลรวม ของคะแนน หลังเรียน	E.I.	เกณฑ์การ ผ่าน E.I.
- แนวคิด สิทธิ/กฎหมายเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ	15 X 30 = 450	285	366	0.4909	0.50
- โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ					
- การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น					
- การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
- การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม					
- การใช้ยาในผู้สูงอายุ					
- สุขภาพจิตผู้สูงอายุ					
- ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลผู้สูงอายุ					
- บทบาทและจริยธรรมผู้ดูแล					

จากตารางที่ 7 การหาค่าดัชนีประสิทธิผลของเนื้อหาจากการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ค่าดัชนีประสิทธิผล (E.I.) มีค่าเท่ากับ 0.4909 ซึ่งแสดงว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) มีความรู้เพิ่มขึ้น 0.4909 หรือคิดเป็นร้อยละ 49.09

ตารางที่ 8 แสดงระดับและคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG)

ระดับทัศนคติ	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	-	-	-	-
- ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	3	20.00	2	13.33
- ดี (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	12	80.00	13	86.67
จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	15	100.00	15	100.00
คะแนนเฉลี่ย	4.06		4.10	

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนและหลังการอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 80.00 และ 86.67 ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติหลังการอบรมสูงกว่าทัศนคติก่อนการอบรม

การประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG)

สำหรับการประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) จากการสังเกตขณะเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงร่วมกับทีมสุขภาพ รพ.สต.อ่องห้า และทีมวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติการดูแลแก่ผู้สูงอายุและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลได้ในทักษะที่ไม่ซับซ้อน ได้แก่ การทำดูแลความสะอาดร่างกายและช่องปาก การดูแลและช่วยเหลือเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ การป้อนอาหารและน้ำดื่ม การช่วยพลิกตะแคงตัว การพุงลูกนั่งลุกเดิน หรือพาไปห้องน้ำ และการรับฟังพูดคุยเพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลรู้สึกสบายใจขึ้น ส่วนการดูแลที่มีความซับซ้อนนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ส่วนใหญ่ยังไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลและให้คำแนะนำ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกหรือใส่คาสายสวนปัสสาวะ การดูแลแผลกดทับระดับ 3-4 ที่เกิดกับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง การสังเกตอาการเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติของผู้สูงอายุ การทำกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อติด และไม่สามารถให้ความช่วยเหลือบางเรื่องที่ต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่น เช่น การหารายได้เสริมให้กับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะหรือโรงพยาบาลลำปาง

การประชุมปรึกษา (Conference Case) ระหว่างทีมสุขภาพ รพ.สต.ฮ่องห้า ทีมวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG)

ในระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ทีมสุขภาพ รพ.สต.ฮ่องห้า ทีมวิจัย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ได้ร่วมกันการเลือกกรณีศึกษา ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพื่อนำมาประชุมปรึกษา (case conference) หาแนวทางร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งกำหนดไว้ในสัปดาห์สุดท้ายของการอบรม ในการประชุมปรึกษา (case conference) มีผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ทีมสุขภาพ รพ.สต.ฮ่องห้า ทีมวิจัย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ญาติผู้ดูแล Case study (ลูกชาย) แพทย์ทีมหมอครอบครัว และครูจาก กศน.(การศึกษานอกโรงเรียน ต.น้ำโจ้)

Case Study: คุณยายอายุ 78 ปี อยู่กัน 2 คนกับลูกชายอายุ 43 ปี คุณยายเป็นผู้สูงอายุติดเตียง ข้อเข่าติดงอตลอดเหยียดไม่ได้ ส่วนข้อไหล่ข้อศอกเริ่มติดเหยียดออกลำบาก ไม่มีแผลกดทับ ได้กลืนปัสสาวะจากผ้าอ้อมและผ้าห่มที่รองนอน มีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง รับประทานยาตลอด ช่วงหลังเริ่มมีอาการหอบจากโรคปอดต้องพ่นยาและไปนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแม่ทะ แต่คุณยายเป็นคนอารมณ์ดียิ้มหัวเราะได้ตลอดที่พูดคุยด้วยขณะไปเยี่ยมที่บ้าน ลักษณะบ้านที่คุณยายอยู่เป็นบ้านชั้นเดียว มีห้องเดียว ส่วนใหญ่คุณยายนอนจะนอนในห้องจนกว่านานๆ ที่ลูกชายจึงจะอุ้มมานอนเล่นข้างนอกบ้าง ข้าวของเครื่องใช้ที่อยู่ด้านนอกค่อนข้างระเกะระกะ รอบข้างบ้านมีหญ้าขึ้นสูง ข้างบ้านเลี้ยงไก่จำนวนมาก ลูกชายเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลคุณยายตั้งแต่เข้าช่วยล้างหน้าแปรงฟัน เตรียมและป้อนอาหาร ดูแลให้กินยาและพ่นยา ลูกชายไม่มีอาชีพประจำ ออกไปรับจ้างบ้าง สังเกตว่าลูกชายลักษณะท้วมไม่แน่ใจว่าบวมหรือไม่ ผิวกล้า ตาเหลือง ได้กลืนแอลกอฮอล์ สอบถามว่าไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจสุขภาพ สอบถามพูดคุยคุณยาย คุณยายยอมรับสภาพการเจ็บป่วย อยากได้เงินเพิ่มเพื่อมาใช้จ่าย และเป็นห่วงลูกชาย

ข้อสรุปการเรียนรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) จากการประชุมปรึกษา

1) การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

1.1) การติดตามช่วยเหลือดูแลและการเยี่ยมบ้านคุณยาย เป็นบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพของ รพ.สต.ฮ่องห้า และให้แพทย์แผนไทยของรพ.สต.ฮ่องห้า มาช่วยนวดหรือใช้สมุนไพรในการฟื้นฟูสภาพด้วย ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล Case คุณยาย ต้องจัดทำ Care plan ร่วมกับทีมสุขภาพของ รพ.สต.ฮ่องห้า เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือคุณยาย และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ต้องมาช่วยกันวางแผนว่าใครควรเป็นผู้ดูแลหลักและใครเป็นผู้ดูแลรอง เป็นลักษณะของ Buddy ช่วยกันดูแลคุณยายทั้งด้านร่างกายและจิตใจความรู้สึกของคุณยาย และต้องดูแลลูกชายด้วยโดยได้แนะนำให้ตรวจสุขภาพ หากมีความเจ็บป่วยควรได้รับการรักษาจากแพทย์ เพื่อจะได้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดูแลคุณยายต่อไป

1.2) การฟื้นฟูสภาพคุณยายเรื่องข้อติด ทีมสุขภาพของ รพ.สต.ฮ่องห้า ประสานกับทีมหมอครอบครัว รพ.แม่ทะ เพื่อให้ทันกายภาพบำบัดมาดูแลและให้คำแนะนำแก่คุณยายกับลูกชาย และประสานแพทย์ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา

2) การช่วยเหลือแก่คุณยายและลูกชายด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

2.1) เนื่องจากคุณยายไม่สามารถลุกจากเตียง ข้อเข่าติด เหยียดไม่ได้ แต่มือยังสามารถเคลื่อนไหวได้ ครู กศน. ให้ข้อเสนอว่าจะหากิจกรรมที่สามารถให้คุณยายทำเพื่อเพิ่มรายได้ เช่น การปักดอกไม้ แล้วทางรพ.สต.ฮ้องห้า จะช่วยประสานกับผู้ใหญ่บ้านว่ามีงานใดที่จะให้ลูกชายคุณยายทำได้บ้าง รวมถึงการสอบถามเรื่องงบประมาณเพื่อช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจจากเทศบาลตำบลน้ำโจ้และพัฒนาชุมชน

2.2) การจัดสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและบริเวณรอบบ้าน ผู้เข้าประชุมปรึกษาได้อธิบายและให้คำแนะนำแก่ลูกชายคุณยาย ถึงเหตุผลและความจำเป็นของการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การตัดหญ้า การกำจัดมูลไก่ ทุกคนให้กำลังใจลูกชายคุณยาย โดยทีมวิจัยและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) นัดหมายไปเยี่ยมคุณยายและลูกชายอีกครั้ง และเมื่อไปเยี่ยมตามนัดพบว่าบ้านถูกเก็บกวาดเป็นระเบียบมากขึ้น ลูกชายตัดหญ้ารอบบ้านจนเรียบเนียน คุณยายขอบคุณทีม และลูกชายคุณยายยิ้มดีใจที่มีคนไปเยี่ยมอีก

3) สิ่งสนับสนุนการดูแล

3.1) รพ.สต.ฮ้องห้า จัดเตรียมเตียงผู้ป่วยที่สามารถปรับหัวเตียงได้สำหรับคุณยาย เพื่อให้สะดวกต่อการดูแล โดยเฉพาะการรับประทานอาหารและการพ่นยา

3.2) ทีมหมอครอบครัวจัดหาผ้าอ้อมซักได้เพื่อลดค่าใช้จ่ายของการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปแบบใช้แล้วทิ้ง

3.3) การประสานรถรับ-ส่ง ของเทศบาลน้ำโจ้ กรณีการเจ็บป่วยเร่งด่วนด้วยฉุกเฉินและการไปตรวจตามนัดของคุณยาย

ส่วนที่ 3 การถอดบทเรียนจากการสนทนากลุ่ม (focus group) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ก่อนและหลังการอบรม และการศึกษาเรียนรู้จากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice

1) การถอดบทเรียนจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ก่อนการอบรม

1.1) ความคิดเห็นและเหตุผลของการมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- การได้เข้ามาในงานดูแลผู้สูงอายุเป็นการได้ทำบุญอย่างหนึ่ง คือการได้ช่วยเหลือผู้คนที่ป่วยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

- การได้เข้ามาในงานด้านนี้ทำให้ตนเองได้พัฒนาทักษะ ได้รับความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม ซึ่งสามารถนำสิ่งที่ได้ไปใช้ในชุมชนของตนเองได้อย่างเหมาะสม และอาจได้รับค่าตอบแทนจากการเป็นผู้ดูแลเหมือนกับการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- การได้เข้ามาอบรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นการเรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง ไว้สำหรับเตรียมพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมในอนาคต รวมถึงได้นำทักษะ และความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลบิดา มารดาญาติพี่น้องได้อย่างถูกต้อง และอีกส่วนหนึ่งคือ เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติที่เป็นผู้สูงอายุมาก่อน ซึ่งพบกับความลำบากและเหนื่อยมากกับการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากตนเองไม่มีความรู้ หรือทักษะใดๆ มาก่อนในการดูแล จึงอยากรนำประสบการณ์ และวิธีการดูแลที่ถูกต้องไปถ่ายทอดและช่วยเหลือผู้ที่กำลังดูแลผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในชุมชนให้รู้วิธีการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม

- การอบรมเป็นผู้ดูแลเป็นงานที่ต่อเนื่องจากบทบาทการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีจิตอาสาที่อยากช่วยเหลือคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ บางครอบครัวมีผู้ดูแลเพียงคนเดียว และบางครั้งไม่สามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง เพราะต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ และครอบครัว จึงอยากอาสาเข้าไปช่วยดูแลเพื่อลดภาระของคนในชุมชนด้วย

1.2) ความต้องการต่อสิ่งสนับสนุนเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- ต้องการอุปกรณ์เยี่ยมบ้าน รวมถึงชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นในการทำแผล หูฟัง เครื่องวัดสัญญาณชีพ หรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่นรถเข็น หรืออุปกรณ์พยุงตัวสำหรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

- อยากให้มีแพทย์ พยาบาลจากโรงพยาบาลเข้าไปเยี่ยมที่บ้านด้วย เพื่อจะได้ขอคำปรึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย และทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

- อยากให้หน่วยงานเทศบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาดูแลเพิ่มเติม ซึ่งอาจจะสนับสนุนเป็นตัวแทนสงเคราะห์รายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มเติมที่นอกเหนือจากเบี้ยผู้สูงอายุปกติ ส่วนผู้ดูแลที่ทำหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุ ควรมีค่าตอบแทนหรือสวัสดิการต่างๆ เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุจึงทำให้ขาดรายได้ในการยังชีพของตนเอง

- อยากให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานต่างๆ ในท้องถิ่น เพราะส่วนใหญ่ผู้ที่เข้ามาดูแลจะเป็นบุคคล เช่น นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี ซึ่งบางครั้งขาดความต่อเนื่องในการติดตามงาน เนื่องจากท่านมีภาระหน้าที่อื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบ จึงอยากให้หน่วยงานที่ดูแลงานด้านผู้สูงอายุอย่างชัดเจนเพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินงานในชุมชน

2) การถอดบทเรียนจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) หลังการอบรม และการศึกษาเรียนรู้จากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice

2.1) ความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพของแต่ละคน

- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ต้องการกำลังใจ อยากให้มีคนแวะเวียนไปเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้รู้สึกว้าเหว่ถูกทอดทิ้งหรือไม่มีคุณค่า อีกทั้งไม่ต้องการเป็นภาระของคนในครอบครัวมากเกินไป

2.2) ความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ต่อสิ่งสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางคนได้รับจากเบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการ แต่ไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป

- ควรจัดกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย

2.3) ความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ต่อตนเอง

- ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) มีทัศนคติที่ดีต่อการได้รับการพัฒนาศักยภาพ เห็นว่าเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจ และความเห็นใจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น
- ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นที่จะให้ความช่วยเหลือและแนะนำ การดูแลผู้สูงอายุ มีกลุ่มเพื่อนผู้ดูแลที่สามารถขอคำแนะนำ สื่อสารกัน เกี่ยวกับการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) มีความเห็นว่าตนเอง ทุกคนและทุกหน่วยงานในชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4.2 ผลการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

ผู้วิจัยนำเสนอผลการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง เป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลจากแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ของญาติผู้ดูแล และ ส่วนที่ 3 ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตจากสภาพจริง จากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) และญาติผู้ดูแล ประเด็นกิจกรรมประจำวันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน 1 วัน และความต้องการการช่วยเหลือหรือสิ่งสนับสนุนในการดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลจากแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง)

ตารางที่ 9 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง)

รายการข้อมูล	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ						
- ชาย	18	36.00	1	8.33	19	30.60
- หญิง	32	64.00	11	91.67	43	69.40
2. อายุ						
- 60 – 69 ปี	13	26.00	2	16.67	15	24.20
- 70 – 79 ปี	12	24.00	2	16.67	14	22.60
- 80 ปี ขึ้นไป	25	50.00	8	66.67	33	53.20
อายุเฉลี่ย	77.54 (S.D. = .84)		80.67 (S.D. = .63)		78.15 (S.D. = .77)	
3. ศาสนา						
- พุทธ	49	98.00	11	91.67	60	96.77
- คริสต์	1	2.00	1	8.33	2	3.23

รายการข้อมูล	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. สถานภาพสมรส						
- โสด	3	6.00	-	-	3	4.84
- คู่	18	36.00	5	41.67	23	37.10
- หม้าย	29	58.00	7	58.33	36	58.06
5. ระดับการศึกษา						
- ไม่ได้เรียน	17	34.00	3	25.00	20	32.26
- ประถมศึกษา	17	34.00	5	41.67	22	35.48
- ไม่ระบุ	16	32.00	4	33.33	20	32.26
6. รายได้เฉลี่ยทั้งหมดของครอบครัว (บาท/เดือน)						
- 0 – 5,000 บาท	38	76.00	8	66.67	46	74.19
- 5,001 – 10,000 บาท	6	12.00	2	16.67	8	12.90
- 10,001 – 15,000 บาท	1	2.00	1	8.33	2	3.23
- มากกว่า 15,000 บาท	5	10.00	1	8.33	6	9.68
7. ความคิดเห็นต่อความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน						
- ไม่เพียงพอ	28	56.00	8	66.67	36	58.06
- เพียงพอ	22	44.00	4	33.33	26	41.94
8. แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
- คู่สมรส	2	4.00	-	-	2	3.23
- บุตรหลาน	25	50.00	9	75.00	34	54.83
- เบี้ยผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ	50	100.00	12	100.00	62	100.00
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัวในปัจจุบัน (รวมผู้สูงอายุ)						
- 2 คน	20	40.00	2	16.67	22	35.48
- 3 - 4 คน	16	32.00	7	58.33	23	37.10
- ตั้งแต่ 5 คน ขึ้นไป	14	28.00	3	25.00	17	27.42
10. BMI มาตรฐานอาเซียน (เอเชีย)						
- < 18.5 (ผอม)	19	38.00	5	41.67	24	38.71
- 18.5 – 22.9 (ปกติ)	22	44.00	1	8.33	23	37.09
- 23.0 – 24.9 (ท้วม)	1	2.00	-	-	1	1.61
- 25.0 – 29.9 (อ้วน)	2	4.00	1	8.33	3	4.84
- ≥ 30 (อ้วนมาก)	1	2.00	-	-	1	1.61
- ไม่ได้คำนวณ BMI	5	10.00	5	41.67	10	16.14
11. การสูบบุหรี่/ยาเส้น						
- ไม่สูบ	34	68.00	8	66.67	42	67.75
- สูบบ้าง	3	6.00	-	-	3	4.84
- สูบประจำ	1	2.00	-	-	1	1.61

รายการข้อมูล	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- เคยสูบบุหรี่แล้ว						
- 1 – 5 ปี	5	10.00	-	-	5	8.06
- 6 – 10 ปี	-	-	-	-	-	-
- มากกว่า 10 ปี	7	14.00	4	33.33	11	17.74
12. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์						
- ไม่ดื่ม	38	76.00	11	91.67	49	79.03
- ดื่มน้อย	3	6.00	-	-	3	4.84
- ดื่มประจำ	-	-	-	-	-	-
- เคยดื่มแต่เลิกดื่มมาแล้ว						
- 1 – 5 ปี	2	2.00	-	-	2	3.23
- 6 – 10 ปี	1	2.00	-	-	1	1.61
- มากกว่า 10 ปี	6	12.00	1	8.33	7	11.29
13. โรคประจำตัวปัจจุบันที่รักษาอยู่ (หากมีโรคประจำตัว อาจตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
- ไม่มีโรคประจำตัว	8	16.00	1	8.33	9	14.52
- มีโรคประจำตัว	42	84.00	11	91.67	53	85.48
- โรคเบาหวาน	11	22.00	1	8.33	12	19.35
- โรคความดันโลหิตสูง	29	58.00	6	50.00	35	56.45
- โรคไขมันในเลือด	2	4.00	3	25.00	5	8.10
- อื่นๆ	27	54.00	8	66.67	35	56.45
14. ยาที่รับประทานปัจจุบัน (หากรับประทานยา อาจตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
- ไม่รับประทานยา	10	20.00	4	33.33	14	22.58
- รับประทานยา	40	80.00	8	66.67	48	77.42
- โรคเบาหวาน	12	24.00	2	16.67	14	22.58
- โรคความดันโลหิตสูง	27	54.00	3	25.00	30	48.39
- โรคไขมันในเลือด	3	6.00	2	16.67	5	8.10
- ยาอื่นๆ เช่น ยาสมุนไพร	25	50.00	7	58.33	32	51.61
ยาลูกกลอน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร						
15. ประวัติการแพ้ยา/อาหาร						
- ไม่แพ้ยา	48	96.00	11	91.67	59	95.16
- แพ้ยา	2	4.00	1	8.33	3	4.84
16. การเข้านอนในโรงพยาบาล						
- ไม่เคยเข้านอนใน รพ.	12	24.00	1	8.33	13	20.97
- เคย	38	76.00	11	91.67	49	79.03

รายการข้อมูล	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
17. ประวัติการผ่าตัด						
- ไม่เคยได้รับการผ่าตัด	36	72.00	6	50.00	42	67.74
- เคยผ่าตัด	14	28.00	6	50.00	20	32.26
18. ความต้องการความช่วยเหลือในการดูแล						
- ไม่ต้องการ	8	16.00	1	8.33	9	14.52
- ต้องการ	42	84.00	11	91.67	53	85.48

จากตารางที่ 9 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.40) อายุเฉลี่ย 78.15 ปี โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.77) สถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 58.06) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยทั้งหมดของครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 74.19) ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 38.71 มีลักษณะผอม (BMI < 18) เกือบทั้งหมดไม่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 85.48 มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด โดยร้อยละ 79.03 เคยเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 67.74) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแล (ร้อยละ 85.48)

ตารางที่ 10 ข้อมูลการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง)

รายการการประเมิน และคัดกรองภาวะสุขภาพ	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)						
- 5 – 11 คะแนน (ติดบ้าน)	50	100.00	-	-	-	-
- 7 คะแนน	1	2.00	-	-	-	-
- 8 คะแนน	-	-	-	-	-	-
- 9 คะแนน	2	4.00	-	-	-	-
- 10 คะแนน	8	16.00	-	-	-	-
- 11 คะแนน	39	78.00	-	-	-	-
- ≤ 4 คะแนน (ติดเตียง)	-	-	12	100.00	-	-
- 0 คะแนน	-	-	1	8.33	-	-
- 1 คะแนน	-	-	-	-	-	-
- 2 คะแนน	-	-	-	-	-	-
- 3 คะแนน	-	-	7	58.34	-	-
- 4 คะแนน	-	-	4	33.33	-	-

รายการการประเมิน และคัดกรองภาวะสุขภาพ	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. การประเมินสุขภาพช่องปาก						
2.1 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก						
ก. การแปรงฟัน						
- ไม่ได้แปรงฟัน/ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน	9	18.00	5	41.67	14	22.58
- แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน	6	12.00	3	25.00	9	14.51
- แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า และก่อนนอน	35	64.00	4	33.33	39	62.91
- แปรงฟันมากกว่าวันละ 2 ครั้ง	-	-	-	-	-	-
ข. การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน						
- ไม่ใช้	13	26.00	5	41.67	18	29.03
- ใช้	37	74.00	7	58.33	44	70.97
ค. การทำความสะอาดซอกฟันทุกวัน / เกือบทุกวัน						
- ไม่ทำ	6	12.00	1	8.33	7	11.29
- ทำ โดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่ ไม้จิ้มฟัน น้ำยาบ้วนปาก	44	88.00	11	91.67	55	88.71
2.2 การประเมินสถานะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก						
- ไม่มีความเสี่ยง	47	94.00	12	100.00	59	95.16
- สูบบุหรืมากกว่า 10 มวน / วัน	1	2.00	-	-	1	1.61
- เคี้ยวหมากเป็นประจำ	2	4.00	-	-	2	3.23
2.3 การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ผิดปกติ						
ก. สุขภาพช่องปากปกติ	22	44.00	4	33.33	26	41.94
ข. มีความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	28	56.00	8	66.67	36	58.06
- เนื้อเยื่อในช่องปาก	1	2.00	-	-	1	1.61
- เหงือกและอวัยวะปริทันต์	4	8.00	2	16.67	6	9.68
- ฟันผุ	10	20.00	4	33.33	14	22.58
- ปัญหาการเคี้ยวอาหาร/การกลืน	8	16.00	8	66.67	16	25.81
- ใส่ฟันเทียม	13	26.00	2	16.67	15	24.19
ค. การได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร						
- ไม่เคย	31	52.00	12	100.00	43	69.35
- เคย	19	38.00	-	-	19	30.65
ง. ความต้องการการรักษาทางทันตกรรม						
- ไม่ต้องการ	12	24.00	1	8.33	13	20.97
- ต้องการ	32	64.00	-	-	32	51.61
- ไม่แน่ใจ	6	12.00	11	91.67	17	27.42

รายการการประเมิน และคัดกรองภาวะสุขภาพ	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. การคัดกรองสุขภาพทางตา						
- ไม่มีปัญหาการมองเห็น	15	30.00	-	-	15	24.19
- มีปัญหาการมองเห็น เช่น สายตาสั้น สายตายาว ตามัว ต้อเนื้อ ต้อกระจก	34	68.00	7	58.33	41	66.13
- ไม่ได้ประเมิน	1	2.00	5	41.67	6	9.68
4. การทดสอบสภาพสมอง (การรู้คิด : cognitive function)						
- ปกติ	20	40.00	3	25.00	23	37.10
- ผิดปกติ	30	60.00	9	75.00	39	62.90
5. การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)						
- ไม่มีปัญหาโรคซึมเศร้า	31	62.00	9	75.00	40	64.52
- มีปัญหาโรคซึมเศร้า (คัดกรอง โรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม / 9Q)	19	38.00	3	25.00	22	35.48
< 7 คะแนน (ระดับน้อยมาก)	15	30.00	3	25.00	18	29.03
7-12 คะแนน (ระดับน้อย)	4	8.00	-	-	4	6.45
13-18 คะแนน (ระดับปานกลาง)	-	-	-	-	-	-
≥ 19 คะแนน (ระดับรุนแรง)	-	-	-	-	-	-
6. การคัดกรองโรคข้อเสื่อม						
- ไม่มีอาการปวดเข่า	23	46.00	4	33.33	27	43.55
- มีอาการปวดเข่า	27	54.00	8	66.67	35	56.45
7. การคัดกรองภาวะหกล้ม						
- เดินไม่ได้	3	6.00	12	100.00	15	24.19
- เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม	44	88.00	-	-	44	70.97
- ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม	3	6.00	-	-	3	4.84
8. การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ						
- ไม่มีภาวะปัสสาวะเร็ดหรือปัสสาวะราด	39	78.00	-	-	39	69.10
- มีภาวะปัสสาวะเร็ดหรือปัสสาวะราด	11	22.00	12	100.00	23	37.10
9. การประเมินภาวะทุพโภชนาการ						
- 12 - 14 คะแนน (มีภาวะโภชนาการดี)	7	14.00	-	-	7	11.29
- 8 - 11 คะแนน (เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร)	35	70.00	6	50.00	41	66.13
- 0 - 7 คะแนน (มีภาวะขาดสารอาหาร)	8	16.00	6	50.00	14	22.58
10. การประเมินปัญหาการนอน						
ก. ปัญหาการนอนหลับ						
- ไม่มีปัญหาการนอนหลับ	26	52.00	9	75.00	35	56.45

รายการการประเมิน และคัดกรองภาวะสุขภาพ	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- มีปัญหาการนอนหลับ ได้แก่	24	48.00	3	25.00	27	43.55
- นอนไม่หลับ	15	30.00	2	16.67	17	27.42
- นอนมากเกินไป	6	12.00	1	8.33	7	11.29
- นอนกรน	1	2.00	-	-	1	1.61
- นอนละเมอ	2	4.00	-	-	2	3.23
ข. อาการง่วง อ่อนเพลีย ตอนกลางวัน						
- ไม่มีปัญหา	35	70.00	9	75.00	44	70.97
- มีปัญหา	15	30.00	3	25.00	18	29.03

จากตารางที่ 10 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 11 คะแนน (ร้อยละ 78) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 3 คะแนน (ร้อยละ 58.34) สำหรับการประเมินสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง โดยร้อยละ 58.06 มีความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เนื้อเยื่อในช่องปาก เหงือกและอวัยวะปริทันต์ ฟันผุ ปัญหาการเคี้ยวอาหาร/การกลืน และใส่ฟันเทียม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 66.13 มีปัญหาการมองเห็น เช่น สายตาสั้น สายตายาว ตามัว ต้อเนื้อ ต้อกระจก ส่วนใหญ่มีอาการปวดตาและเสี่ยงต่อการหกล้ม (ร้อยละ 70.97) เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารร้อยละ (66.13) บางส่วนมีภาวะปัสสาวะเรื้อรังหรือปัสสาวะราด (ร้อยละ 30.65) มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 35.48 ที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าระดับน้อยถึงน้อยมาก และร้อยละ 43.55 มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ นอนมากเกินไป นอนกรน นอนละเมอ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ของญาติผู้ดูแล

ตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ของญาติผู้ดูแล

รายการข้อมูล	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ						
- ชาย	16	32.00	5	41.67	21	33.87
- หญิง	34	68.00	7	58.33	41	66.13

รายการข้อมูล	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. อายุ						
- 20 – 29 ปี	1	2.00	-	-	1	1.61
- 30 – 39 ปี	2	4.00	1	8.33	3	4.84
- 40 – 49 ปี	16	32.00	4	33.33	20	32.26
- 50 – 59 ปี	11	22.00	1	8.33	12	19.35
- ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	20	40.00	6	50.00	26	41.97
อายุเฉลี่ย	57.44 (S.D. = .71)		56.83 (S.D. = .58)		57.32 (S.D. = .88)	
3. สถานภาพสมรส						
- โสด	4	8.00	-	-	4	6.45
- คู่	39	78.00	11	91.67	50	80.65
- หม้าย	2	4.00	1	8.33	3	4.84
- หย่า / แยกกันอยู่	2	4.00	-	-	2	3.23
- ไม่ระบุ	3	6.00	-	-	3	4.84
4. การอยู่อาศัย						
- อยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้สูงอายุ	38	76.00	10	83.33	48	77.42
- ไม่ได้อยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้สูงอายุ	12	24.00	2	16.67	14	22.58
5. ระดับการศึกษา						
- ไม่ได้เรียน	2	4.00	-	-	2	3.23
- ประถมศึกษา	35	70.00	11	83.33	46	74.19
- มัธยมศึกษา / ปวช.	8	16.00	1	8.33	9	14.52
- อนุปริญญา /ปวส.	1	2.00	-	-	1	1.61
- ปริญญาตรี	4	8.00	-	-	4	6.45
6. การประกอบอาชีพปัจจุบัน						
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	28.00	3	25.00	17	27.42
- เกษตรกร	17	34.00	4	33.33	21	33.86
- ค้าขาย	8	16.00	1	8.33	9	14.52
- รับจ้างทั่วไป	11	22.00	4	33.33	15	24.20
7. รายได้เฉลี่ยทั้งหมดของญาติผู้ดูแล (บาท/เดือน)						
- 0 – 5,000 บาท	24	48.00	4	33.33	28	45.16
- 5,001 – 10,000 บาท	9	18.00	4	33.33	13	20.97
- 10,001 – 15,000 บาท	2	4.00	-	-	2	3.23
- มากกว่า 15,000 บาท	8	16.00	-	-	8	12.90
- ไม่ระบุ	7	14.00	4	33.33	11	17.74

รายการข้อมูล	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8. ความคิดเห็นต่อความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน						
- ไม่เพียงพอ	30	60.00	9	75.00	39	62.90
- เพียงพอ	20	40.00	3	25.00	23	37.10
9. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับญาติผู้ดูแล						
- เป็นบิดา/มารดา	24	48.00	7	58.33	31	50.00
- เป็นสามี/ภรรยา	18	36.00	4	25.00	22	35.49
- เป็นพี่/น้อง	1	2.00	-	-	1	1.61
- เป็นญาติ	7	14.00	1	8.33	8	12.90
10. ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจนถึงปัจจุบัน						
- น้อยกว่า 1 ปี	3	6.00	2	16.67	5	8.06
- 1 - 3 ปี	18	36.00	8	66.66	26	41.94
- 4 - 6 ปี	10	20.00	2	16.67	12	19.35
- 7 - 10 ปี	13	26.00	-	-	13	20.97
- มากกว่า 10 ปี	6	12.00	-	-	6	9.68
11. ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หรือผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง						
- ไม่เคยมีประสบการณ์	35	70.00	8	58.33	43	69.35
- เคยมีประสบการณ์	15	30.00	4	33.33	19	31.65
12. บุคคลอื่นที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง						
- ไม่มี	29	58.00	5	41.67	34	54.84
- มี ระบุจำนวน	21	42.00	7	58.33	28	45.16
- 1 คน	13	26.00	5	41.67	18	29.03
- 2 คน	8	16.00	2	16.67	10	16.13
13. การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (หากมีการเจ็บป่วย อาจตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
- ไม่มีการเจ็บป่วย	36	72.00	7	58.33	43	69.35
- มีการเจ็บป่วย	14	28.00	5	41.67	19	31.65
- โรคความดันโลหิตสูง	3	6.00	1	8.33	3	4.84
- โรคเบาหวาน	3	6.00	1	8.33	3	4.84
- โรคไขมันในเลือด	1	2.00	-	-	1	1.61
- โรคอื่นๆ	11	22.00	3	25.00	14	22.60
14. การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หรือผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง						
- ไม่เคย	29	58.00	8	66.67	37	59.68
- เคย	21	42.00	4	33.33	25	40.32

รายการข้อมูล	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
15. การพักหรือละจากการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ใน 1 วัน						
- ไม่ได้พัก	-	-	-	-	-	-
- ได้พัก โดยมีลักษณะการพักหรือการละจากแบบ	50	100.00	12	100.00	62	100.00
15.1 พักประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง แล้วจึงกลับมาดูแล	15	30.00	4	33.33	19	30.65
15.2 พักประมาณครึ่งวัน (4-6 ชั่วโมง) โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังแล้วจึงกลับมาดูแล	18	36.00	1	8.33	19	30.65
15.3 ไปทั้งวันตั้งแต่เช้าถึงเย็น โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง แล้วจึงกลับมาดูแล	8	16.00	-	-	8	12.90
15.4 พักประมาณ 1-2 ชั่วโมง แต่มีคนอื่นช่วยดูแล ในช่วงที่ไม่อยู่	2	4.00	1	8.33	3	4.84
15.5 พักประมาณครึ่งวัน (4-6 ชั่วโมง) แต่มีคนอื่นช่วยดูแล ในช่วงที่ไม่อยู่	2	4.00	3	25.00	5	8.06
15.6 ไปทั้งวันตั้งแต่เช้าถึงเย็น แต่มีคนอื่นช่วยดูแลในช่วงที่ไม่อยู่	5	10.00	3	25.00	8	12.90
16. การประเมินความเครียดของญาติผู้ดูแล						
- 0 – 4 คะแนน (เครียดน้อย)	42	84.00	8	66.67	50	80.65
- 5 – 7 คะแนน (เครียดปานกลาง)	7	14.00	4	33.33	11	17.74
- 8 – 9 คะแนน (เครียดมาก)	1	2.00	-	-	1	1.61
- 10–15 คะแนน (เครียดมากที่สุด)	-	-	-	-	-	-
17. การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ของญาติผู้ดูแล						
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	38	66.00	10	83.33	48	77.42
- มีภาวะซึมเศร้า (ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม /9Q)	12	24.00	2	16.67	14	22.58
< 7 คะแนน (ระดับน้อยมาก)	12	24.00	1	8.33	13	20.97
7-12 คะแนน (ระดับน้อย)	-	-	1	8.33	1	1.61
13-18 คะแนน (ระดับปานกลาง)	-	-	-	-	-	-
≥ 19 คะแนน (ระดับรุนแรง)	-	-	-	-	-	-

รายการข้อมูล	กลุ่มติดบ้าน (n = 50)		กลุ่มติดเตียง (n = 12)		รวมทั้งหมด (n = 62)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
18. ความพึงพอใจโดยรวมของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง						
- ไม่พอใจเลย	-	-	-	-	-	-
- พอใจเล็กน้อย	1	2.00	-	-	1	1.61
- พอใจปานกลาง	15	30.00	4	33.33	19	30.65
- พอใจมาก	29	58.00	5	41.67	34	54.84
- พอใจมากที่สุด	5	10.00	3	25.00	8	12.90

จากตารางที่ 11 ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.13) อายุเฉลี่ย 57.32 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.65) และอยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 77.42) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.19) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 33.86) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 45.16) ซึ่งญาติผู้ดูแลเห็นว่ารายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอ ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ดูแล โดยระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 ปี (ร้อยละ 41.94) และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน (ร้อยละ 69.35) ญาติผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีบุคคลอื่นที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 45.16) และมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 31.65) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 59.68) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 80.65) แต่ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 77.42) ส่วนญาติผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามีความเครียดระดับน้อยถึงน้อยมาก ญาติผู้ดูแลมีลักษณะการพักหรือละจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน 1 วัน ที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่จะพักประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังแล้วจึงกลับมาดูแล (ร้อยละ 30.65) และพักประมาณครึ่งวัน (4-6 ชั่วโมง) โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังแล้วจึงกลับมาดูแล (ร้อยละ 30.65) มีญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนหนึ่งพักจากการดูแลโดยไปทั้งวันตั้งแต่เช้าถึงเย็น และให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังแล้วจึงกลับมาดูแล (ร้อยละ 12.90) เหตุผลในการพักหรือละจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ไปทำงาน ไปร่วมงานในชุมชน และต้องการผ่อนคลาย ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.84) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.65)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตจากสภาพจริง จากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) และญาติผู้ดูแล ประเด็นกิจกรรมประจำวันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน 1 วัน และความต้องการการช่วยเหลือหรือสิ่งสนับสนุนในการดูแล

1. กิจกรรมประจำวันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ใน 1 วัน ประกอบด้วย

1.1 ด้านการดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่จะให้ชำระล้างทำความสะอาดร่างกาย 2 ครั้ง ใน 1 วัน กรณีเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ญาติผู้ดูแลจะเป็นผู้จัดซื้อ จัดหาและเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดฟัน อุปกรณ์อาบน้ำ เสื้อผ้า และกางเกงผ้าอ้อม โดยให้ผู้สูงอายุทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้า และกางเกงผ้าอ้อมด้วยตนเอง แต่ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้แต่เคลื่อนไหวร่างกายได้เล็กน้อย ญาติผู้ดูแลจะต้องช่วยเหลือในการทำทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้า และกางเกงผ้าอ้อมให้ในบางส่วนของร่างกายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้หากเป็นผู้สูงอายุติดเตียงและไม่สามารถขยับร่างกายได้ ญาติผู้ดูแลจะต้องช่วยเหลือในการทำสะอาดด้วยตนเองทั้งหมด อีกทั้งในบางรายจะต้องเปลี่ยนวิธีทำความสะอาดร่างกายจากการอาบน้ำมาเป็นการเช็ดตัวทำความสะอาดแทน สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านที่เคลื่อนไหวตนเองได้ตามปกติ ญาติผู้ดูแลจะทำหน้าที่เพียงช่วยในการจัดซื้อ จัดหาอุปกรณ์ทำความสะอาดร่างกาย เตรียมไว้ให้ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถดูแลความสะอาดของร่างกายได้ด้วยตนเอง

1.2 ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะช่วยจัดการในเรื่องการจัดเตรียม จัดหา และเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทาน รวมถึงการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ครบถ้วนและตรงเวลาตามมื้ออาหารที่รับประทานทุกวัน มีการเฝ้าระวังและป้องกันการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง การพาผู้สูงอายุไปรับการรักษา เช่นการฟอกไต การพาไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ทะ รวมถึงการช่วยฉีดอินซูลินให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

1.3 ด้านการดูแลสุขภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลจะช่วยทำความสะอาดที่นอน และเสื้อผ้าของผู้สูงอายุ การทำความสะอาดห้องพักและภายในบ้าน และมีส่วนที่ติดตั้งอุปกรณ์เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุไว้ภายในบริเวณบ้าน

1.4 ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะพูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในช่วงเวลาที่มีการปฏิบัติกิจวัตร เช่น การทำความสะอาดร่างกายในตอนเช้าและเย็น ช่วงกลางวันขณะพาผู้สูงอายุเข้านอน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในรายที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้อยู่ดูแลตลอดเวลา จะมีเพื่อนบ้านมาคอยแวะเวียนมาเยี่ยมและพูดคุยด้วย และอาจมีบางรายจะปล่อยให้อยู่ตามลำพังในห้องนอนภายในบ้าน หรือใต้ถุนบ้าน

2. ความต้องการการช่วยเหลือหรือสิ่งสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง)

2.1 ต้องการให้เทศบาลตำบลน้ำโจ้ สนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ไม้เท้า เติ่งนอน และอุปกรณ์สิ้นเปลือง คือ กางเกงผ้าอ้อม หรือสนับสนุนงบประมาณในการช่วยดูแลผู้สูงอายุในรายที่ติดเตียง และผู้พิการเพิ่มเติม นอกเหนือจากงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจากรัฐบาลในปัจจุบัน

2.2 ต้องการให้เทศบาลตำบลน้ำโจ้ สนับสนุนงบประมาณให้กับครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านได้ เนื่องจากภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือส่งเสริมการประกอบอาชีพที่สามารถทำงานอยู่ที่บ้านได้ให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.3 ต้องการให้แพทย์จากโรงพยาบาล หรือพยาบาล หรือ อสม. ออกมาให้คำแนะนำและสอนวิธีดูแลผู้สูงอายุที่บ้านแก่ญาติผู้ดูแล รวมถึงเข้ามาตรวจสอบสุขภาพให้ที่บ้าน เนื่องจากมีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปยังโรงพยาบาล เช่น สภาพผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้าย ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง หรือญาติผู้ดูแลต้องทำงานไม่มีใครพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล

2.4 ต้องการให้ผู้นำชุมชน กลุ่มจิตอาสาต่างๆ หรือเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ซึ่งนอกเหนือจาก อสม. มาแวะเวียนหรือเยี่ยมเยียนที่บ้านบ้าง เพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแล และมารับทราบข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลต้องการการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น

Case ตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) เพศชาย อายุ 73 ปี

สภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอาการอัมพฤกษ์ของร่างกายซีกขวา เนื่องจากการได้รับอุบัติเหตุตกจากที่สูงขณะซ่อมแซมบ้าน พบอาการแสดงของกล้ามเนื้อใบหน้า ได้แก่ มุมปากด้านขวาไม่ขยับ และพูดสื่อสารไม่ชัดเนื่องจากลิ้นแข็ง ในส่วนของแขนและมือขวาสามารถขยับเขยื้อนและใช้ในการหยิบจับสิ่งของขนาดเล็กและน้ำหนักเบาได้ ส่วนขาขวาสามารถขยับเขยื้อนได้บ้างแต่มีอาการข้อเข่าและข้อเท้าติด ในด้านของสุขภาพทางจิต พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสภาพจิตใจ คือ ไม่ยอมใส่เสื้อผ้า และผ้าอ้อมกันเปื้อน และไม่ต้องการที่จะรับการรักษา ชอบนอนและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่บนที่นอน ทั้งนี้สามารถฟังและตอบสนองกับผู้อื่นได้ สำหรับด้านสังคม ไม่ชอบสนทนา ได้ตอบกับผู้มาเยี่ยม ยกเว้นเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลแม่ทะ หรือ รพ.สต.อ่องห้าที่มาเยี่ยมบ้านเท่านั้น สำหรับลูกและหลาน หรือบุคคลอื่นๆ ที่มาเยี่ยมจะทำท่าที่ไม่พอใจ และจะไม่โห่เมื่อมีคนเข้ามาดูแล หรือดูอาการ ทั้งนี้จะมีเฉพาะญาติผู้ดูแล (ภรรยา) เท่านั้นที่จะสามารถเข้าไปดูแลผู้ป่วยได้ และในด้านของจิตวิญญาณ พบว่า หลังจากที่มีลมป่วยขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมีความพยายามที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเอง แต่หลังจากที่กลับมาที่บ้านก็ไม่ปฏิบัติตามในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จะใช้ชีวิตอยู่บนที่นอนและไม่ยอมพูดคุยหรือพบใคร ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาจะพยายามมานอนที่ได้ถนัดบ้าน แม้ว่าจะจัดที่นอนให้บนบ้านแต่ผู้สูงอายุขยับเลื่อนตัวเองลงมาจากชั้นบนบ้านเพื่อมานอนใต้ถุนบ้านที่มีความสูงประมาณ 80 ซม. และในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา มีพฤติกรรมไม่ยอมสวมใส่เสื้อผ้า และชอบเปลือยกายนอนอยู่บนที่นอน

ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้บนที่นอน เช่น การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง และสามารถย้ายเคลื่อนย้ายร่างกายโดยใช้มือดันและลากตัวไปกับพื้น สามารถลุกมาซบถ่ายได้ด้วยตนเอง แต่ไม่ยอมลุกมาซบถ่ายในอุปกรณ์ที่จัดไว้ให้ มักซบถ่ายบนที่นอน สำหรับการพึ่งพิงญาติผู้ดูแลนั้น ญาติผู้ดูแลจะช่วยจัดเตรียมอาหาร อาบน้ำชำระร่างกาย รวมถึงเปลี่ยนเสื้อผ้าและการเปลี่ยนผ้าอ้อมกันเปื้อนให้

ญาติผู้ดูแล เพศหญิง อายุ 70 ปี

1. กิจกรรมประจำวันในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวันประกอบด้วย

1.1 การชำระล้างร่างกาย ได้แก่ การอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า และผ้าอ้อมผู้ใหญ่ อีกทั้งการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนและที่นอนของผู้ป่วย เสื้อผ้าและผ้าอ้อม ซึ่งจะเปลี่ยน ประมาณ 1-2 ครั้งต่อวัน ขึ้นอยู่กับปริมาณการซบถ่ายในแต่ละวัน

1.2 การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร โดยเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด รับประทานอาหารจำนวน 3 มื้อ และสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง

1.3 การเปลี่ยนอุปกรณ์ เช่น ผ้าปูที่นอนและที่นอน ซึ่งที่นอนและปลอกหมอนจะเปลี่ยนทุกวัน เนื่องจากผู้ป่วยซบถ่ายของเสียเลาะลงบนที่นอนเป็นประจำ

1.4 การดูแลเรื่องการรับประทานยา ให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามระยะเวลา ที่กำหนดตามคำแนะนำจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า โดยมียาที่รับประทาน คือ ยารักษาอาการของโรคความดันโลหิตสูง

2. ความรู้ และทักษะ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) ญาติผู้ดูแล (ภรรยา) เคยได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จากแพทย์ โรงพยาบาลแม่ทะ ซึ่งเป็นคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ และจากเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.อ่องห้า ที่เข้ามาเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เคยได้รับคำแนะนำในการทำกายภาพบำบัด คลินิกบ้านร่มเย็น และจากเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.อ่องห้า เป็นครั้งคราว สำหรับการอบรมในด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงนั้นไม่เคยผ่านการอบรมจากที่ไหนมาก่อน

3. ความช่วยเหลือจากกลุ่มคน หรือหน่วยงานต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ

3.1 ความช่วยเหลือในค่าใช้จ่าย จะมีลูกชายช่วยซื้อวัสดุสิ้นเปลืองต่างๆ โดยเฉพาะผ้าอ้อมผู้ใหญ่

3.2 ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านจาก อสม. ประจำหมู่บ้าน และการตรวจรักษาอาการโดยมีหมอของโรงพยาบาลแม่ทะสาขาย่อยเทศบาลตำบลน้ำโจ้ และรพ.สต.อ่องห้า มาตรวจเยี่ยม และให้ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ เป็นประจำ

3.3 ผู้ป่วยได้รับค่าเบี้ยผู้พิการและเบี้ยผู้สูงอายุจากเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ซึ่งช่วยเป็นทุนทรัพย์เพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

4. ปัญหา และอุปสรรค ในการดูแลผู้สูงอายุ คือ มีญาติผู้ดูแล (ภรรยา) เพียงคนเดียวที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งตอนกลางวันและกลางคืน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมให้บุคคลอื่นเข้าใกล้ ดังนั้นจึงต้องการความช่วยเหลือที่จะให้มี

คนมาพูดคุย หรือปรับทัศนคติ กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ลูกหรือหลานมาช่วยดูแลได้ และสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถกลับมามีความพยายามที่จะฟื้นฟูตนเองให้มีอาการดีขึ้น

5. ข้อมูลอื่นๆ

5.1 ญาติผู้ดูแล (ภรรยา) เป็นผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน และมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาจากโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพตามมา เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคนเดียวอย่างต่อเนื่อง และอาจทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองไม่เหมาะสมเท่าที่ควร

5.2 ลูกสะใภ้ของผู้สูงอายุเป็น อสม. มีสมารถที่จะช่วยเหลือแบ่งเบาการดูแลได้ แต่ผู้สูงอายุไม่ยินยอมให้เข้ามาดูแล จะโมโหเมื่อลูกชายและลูกสะใภ้เข้ามาใกล้

4.3 การพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่ต้องการใช้

ประโยชน์จากข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ทะ มีการจัดทีมการดูแลซึ่งเรียกว่า ทีมหมอครอบครัว (FCT: Family Care Team) โดยมีระดับทีมงานที่เป็นหมอครอบครัว 3 ระดับได้แก่ (1) ทีมระดับอำเภอ ประกอบด้วยทีมในการดำเนินงานที่เป็นสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ทะ (2) ทีมระดับตำบล ประกอบด้วย ทีมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และทีมสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นในชุมชนนั้นๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรม (CG: Caregiver) และ (3) ทีมระดับชุมชน ประกอบด้วย ทีมของผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน วัด และโรงเรียน หรือจากหน่วยงานเอกชน

การดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวในชุมชน จะทำหน้าที่ในการออกเยี่ยม และตรวจผู้ป่วยที่อยู่กับบ้านซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ติดบ้าน หรือกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่โรงพยาบาลลำปาง หรือโรงพยาบาลแม่ทะ ให้กลับมารักษาอาการแบบต่อเนื่องที่บ้าน แต่ปัญหาในการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวที่พบ คือ การขาดข้อมูลส่งต่อจากโรงพยาบาลเดิม หรือขาดข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายว่าป่วยเป็นโรคอะไรและย้ายกลับเข้ามาในชุมชนเมื่อไหร่ ทำให้การติดตามรักษาอาการผู้ป่วยในชุมชนไม่ต่อเนื่อง รวมไปถึงการที่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถเข้าถึงทีมรักษาได้ เนื่องจากไม่สามารถเดินทางเข้ามาที่โรงพยาบาลได้ จึงทำให้ทีมหมอครอบครัวขาดข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษากลุ่มนี้ตามไปด้วย

จากปัญหาที่พบในการดำเนินการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พญ.ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์ ซึ่งเป็นแพทย์ผู้รับผิดชอบงานเวชกิจครอบครัวของโรงพยาบาลแม่ทะ จึงได้พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลและการติดตามการรักษาผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งเรียกว่าโปรแกรม COC Link ขึ้นมาในปี 2558 ซึ่งแรกเริ่มได้ดำเนินการเป็นระบบ Off Line ภายในอำเภอแม่ทะเท่านั้น โดยการทำงานจะให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ทุกแห่งที่อยู่ในเขตอำเภอแม่ทะ จัดทำข้อมูลเป็นรายงานสถานะผู้ป่วยในชุมชนเป็นไฟล์ ส่งมายังโรงพยาบาลแม่ทะทุกๆ เดือน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าโปรแกรม COC Link ระบบ Off Line จะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ระดับหนึ่ง แต่ข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งไปและส่งกลับอาจไม่เป็นปัจจุบันและไม่ครอบคลุม

ทั้งหมด เนื่องจากพบปัญหาว่า โปรแกรม COC Link ระบบ Off Line ไม่สามารถแจ้งเตือนเมื่อใกล้ถึงกำหนดวันของการเยี่ยมครั้งต่อไปได้ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจไม่ได้รับการติดตามดูแลตามวันเวลาที่ กำหนดไว้ ซึ่งหากพัฒนาโปรแกรมให้มีระบบการแจ้งเตือนแบบ On Line ได้ จะทำให้การติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นไปอย่างทันท่วงที ตอบสนองต่อความต้องการการติดตามดูแลได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลแม่ทะและ รพ.สต. ทุกแห่ง สามารถนำข้อมูลจากการแจ้งเตือนวันและเวลาในการออกเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละราย ไปวางแผนในการดูแลช่วยเหลือเมื่อต้องออกเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆ ได้

ผู้วิจัยและทีมผู้ดูแลโปรแกรม COC Link ของโรงพยาบาลแม่ทะ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรม COC Link ให้เป็นระบบ On Line จึงได้ไปศึกษาข้อมูลจากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice 2 แห่ง ในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2559 ได้แก่ ระบบข้อมูลข่าวสารสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Thai COC) ของเขตสุขภาพที่ 9 (นครชัยบุรินทร์) จังหวัดสุรินทร์ และ ระบบโปรแกรมเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง (COC Link Program) ของโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงโปรแกรม COC Link ของโรงพยาบาลแม่ทะ ซึ่งการพัฒนาเป็นโปรแกรม COC Link ระบบ On Line เป็นผลสำเร็จ และนำไปใช้ครั้งแรกในเดือนตุลาคม 2559 ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ทะ ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในการติดตามดูแลต่อเนื่องกับ รพ.สต. ในพื้นที่ได้ครอบคลุมทั้งหมด ทั้งโรงพยาบาลแม่ทะและ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอแม่ทะ สามารถส่งไปและส่งกลับ (two way) ข้อมูลการติดตามดูแลได้ โดยมีความชัดเจนของการพัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน ดังนี้

1. พัฒนาระบบการแจ้งเตือนและติดตามผู้ป่วย ซึ่งจะแบ่งระดับการแจ้งเตือนไว้ 3 ระดับ คือ

สีแดง เป็นระดับที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลที่ซับซ้อน ซึ่งทีมหมอครอบครัวที่จะเข้าไปดูแลอย่างเร่งด่วนคือ ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอเข้าไปช่วยดูแลต่อเนื่อง

สีเหลือง เป็นระดับที่ผู้ป่วยมีปัญหาสภาพไม่ซับซ้อนมาก จะมีการแจ้งเตือนให้ทีมหมอครอบครัวระดับตำบลเข้าไปช่วยดูแลต่อเนื่อง

สีเขียว เป็นระดับที่ไม่เร่งด่วน ผู้ป่วยมีปัญหาสภาพบ้าง ซึ่งจะมีการแจ้งให้ทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนเข้าไปช่วยดูแลต่อเนื่อง

ทั้งนี้ ระบบดังกล่าวจะให้ผู้ออกเยี่ยมรายงานผลการเยี่ยมและกำหนดเวลาการเยี่ยมผู้ป่วยครั้งต่อไป ผ่านทางระบบ Online ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ เพื่อเป็นการสะดวกและง่ายต่อการติดตามและตรวจเยี่ยมในครั้งต่อไป

2. พัฒนาระบบการรายงานผลในโปรแกรม COC Link ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลต่างๆ ได้แก่

2.1 ข้อมูลการตรวจทางร่างกาย เช่น ค่าความดันโลหิต การหายใจ คะแนนประเมิน ADL และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น

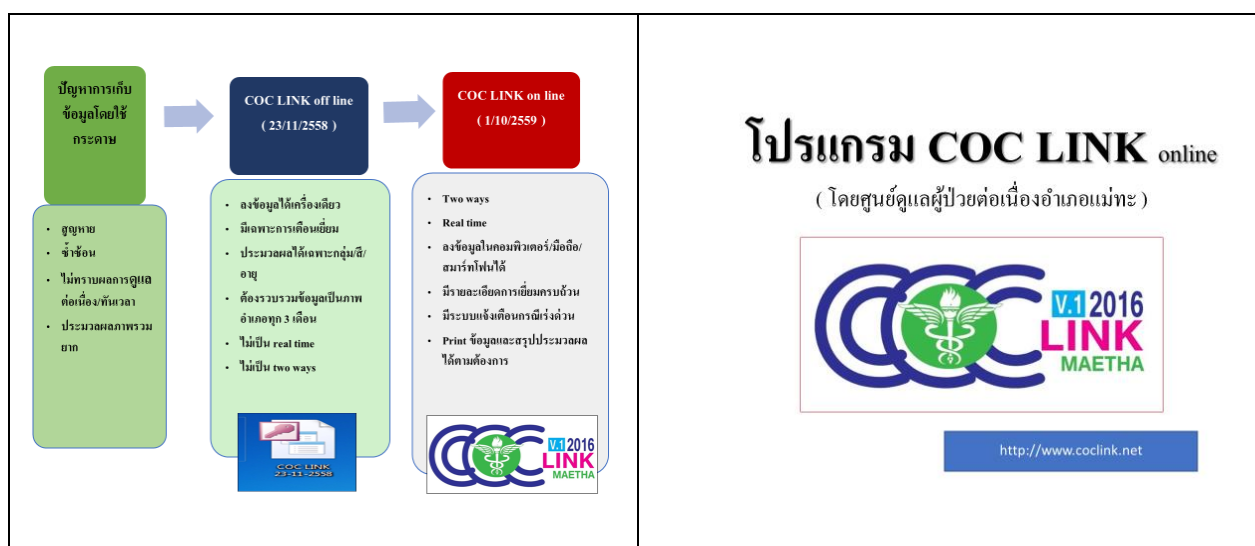
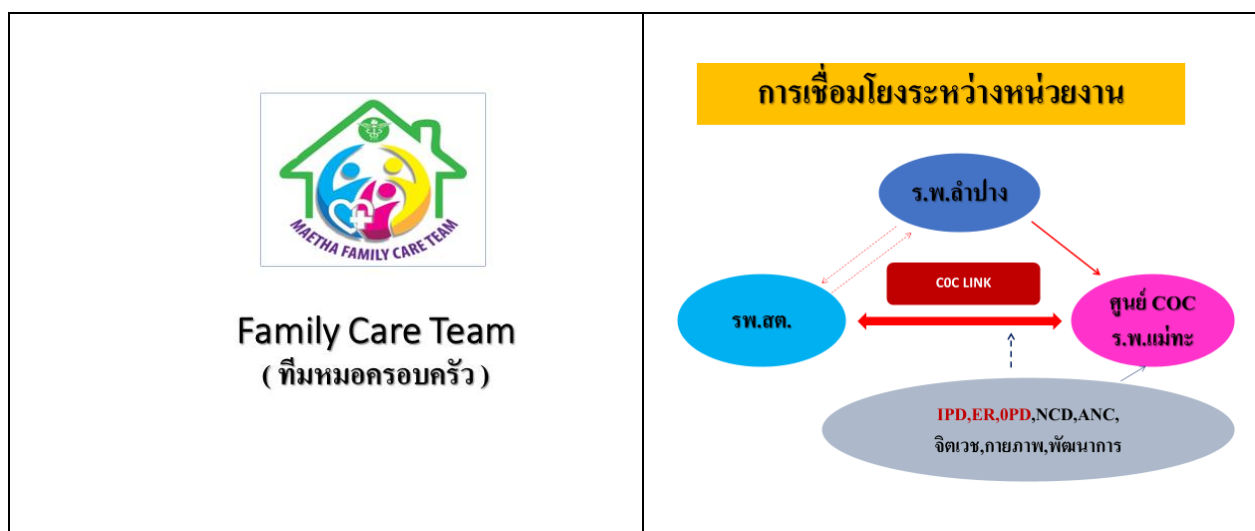
2.2 ข้อมูลด้านจิตใจ เช่น การติดตามภาวะความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย เป็นต้น

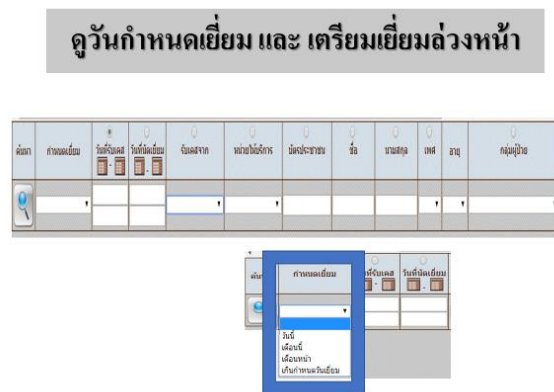
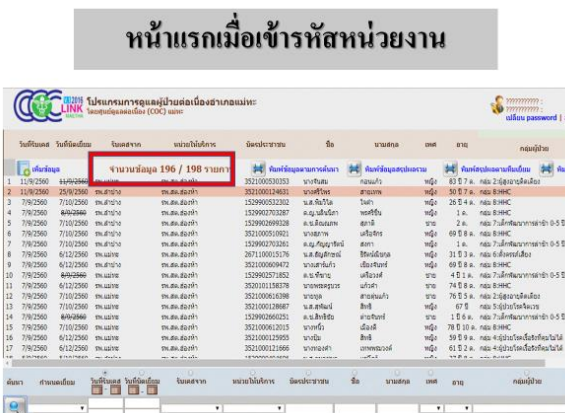
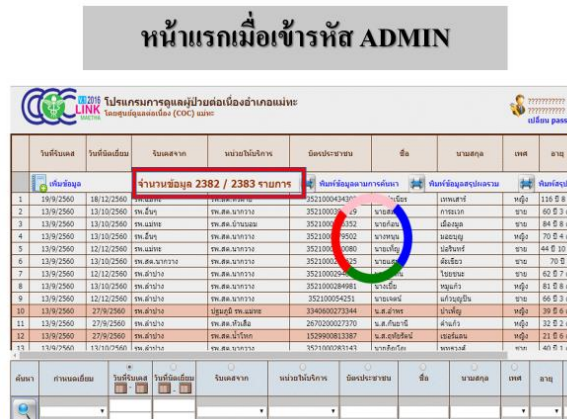
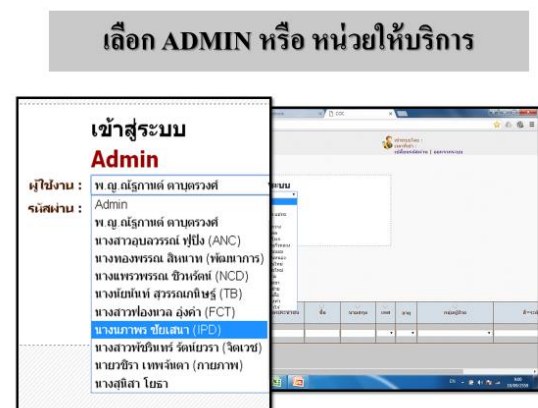
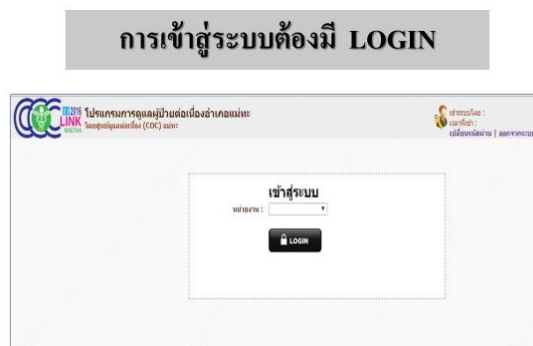
2.3 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ เช่น สถานะของผู้ป่วย สถานะของครอบครัว และสถานะการเงินของผู้ดูแล เป็นต้น

2.4 ข้อมูลด้านสังคม เช่น การประกอบอาชีพของผู้ป่วย และการประกอบอาชีพของผู้ดูแล หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น

3. พัฒนาการใช้งานของระบบพัฒนาใหม่เป็นระบบ Online ชื่อโปรแกรม คือ coclink.net ทั้งนี้ผู้ใช้งานในระบบสุขภาพของอำเภอแม่ทะสามารถเข้าไปใช้งานได้ และสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันที่ว่ามีประสิทธิภาพ

จากการพัฒนาโปรแกรม COC Link ระบบ On Line ทำให้การทำงานของทีมหมอครอบครัวในการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยมีความครอบคลุมผู้ป่วยทุกคนและทุกพื้นที่ แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาระบบต่อไปเพื่อให้สามารถเชื่อมต่อการส่งข้อมูลย้อนกลับ จากชุมชนไปยังโรงพยาบาลแม่ทะและโรงพยาบาลลำปางให้เป็นเครือข่ายเดียวกันทั้งจังหวัดในระยะต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอโปรแกรม COC Link ระบบ On Line บางส่วนดังนี้





กลุ่ม 2 : ผู้สูงอายุติดเตียง ที่มีชีวิต

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอำเภอแม่ทะ
โดยศูนย์ดูแลผู้ป่วย (COC) แม่ทะ

วันที่พบ	วันที่นัด	ทีมสุขภาพ	หน่วยบริการ	ผู้ป่วยราย	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	อายุ	กลุ่มผู้ป่วย	หมายเหตุ
1	7/9/2560	7/10/2560	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ
2	31/8/2560	31/8/2560	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ
3	1/8/2560	31/8/2560	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ
4	19/7/2560	18/8/2560	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ
5	3/5/2559	1/8/2559	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ	รพ.แม่ทะ

เลือกทีมเยี่ยม และกรองข้อมูลได้

ทีมสหสาขา
ทีมรพ.สต.+บางวิชาชีพ (กายภาพ, จิตเวช)
ทีมชุมชน +ทีมรพ.สต.
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
อสม.
หน่วยสุขภาพภาค
อื่นๆ
ตรวจรักษาที่ รพ.แม่ทะ
ตรวจรักษาที่ รพ.ลำปาง

เลือกภาวะแทรกซ้อน และกรองข้อมูลได้

ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ปอดอักเสบ
แผลกดทับ
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
ปอดอักเสบ+แผลกดทับ
ปอดอักเสบ+ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
แผลกดทับ+ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
o2 home

การลงข้อมูลพื้นฐานและรูปผู้ป่วย

ประวัติส่วนตัว

บัตรประชาชน: 2521000530353

ชื่อ: นาย *
นามสกุล: *
ชื่อจริง: *
ชื่อเล่น: *
ชื่อกลาง: *
ชื่อท้าย: *

วันเกิด: 15/12/47
อายุ: 83 ปี 7 เดือน 29 วัน

ที่ติดต่อ

บ้านเลขที่: 81
หมู่: 7
ตำบล: แม่ทะ
อำเภอ: แม่ทะ
จังหวัด: แม่ทะ

เบอร์โทรศัพท์: 089557956

รพ.แม่ทะ

ชื่อ: นาย *
นามสกุล: *
ชื่อจริง: *
ชื่อเล่น: *
ชื่อกลาง: *
ชื่อท้าย: *

วันเกิด: 15/12/47
อายุ: 83 ปี 7 เดือน 29 วัน

หน่วยแพทย์

รพ.แม่ทะ

ชื่อ: นาย *
นามสกุล: *
ชื่อจริง: *
ชื่อเล่น: *
ชื่อกลาง: *
ชื่อท้าย: *

วันเกิด: 15/12/47
อายุ: 83 ปี 7 เดือน 29 วัน

เมื่อลงข้อมูลเยี่ยม วันนัดเยี่ยมครั้งต่อไปจะขึ้นเองโดยอัตโนมัติตามสีการดูแลที่เลือก

วันที่เยี่ยม: 20/7/2560

วันที่นัดเยี่ยมครั้งต่อไป: 19/8/2560

รับเคสจาก: รพ.แม่ทะ

หน่วยให้บริการ: รพ.สต.สองท่า

กลุ่มผู้ป่วย: กลุ่ม 11 Stroke รายใหม่

ระดับการดูแล: สีเหลือง (30 วัน) : ส่วนไม่ซับซ้อน

ผลการเยี่ยม: อาการยังไม่ดีขึ้น

ผลการตรวจร่างกาย:

BP: 128 / 90 mmHg

T: 36.9 C

RR: 28 / min

BS: 85 mg%

O2 SAT: 95 %

ADL: 0 คะแนน

TAI: 0 %

PPS: 0 %

Pain Score: 0 คะแนน

ลงประวัติการเยี่ยม/การตรวจร่างกายให้ครบถ้วน

ประวัติการเยี่ยม/การตรวจร่างกายให้ครบถ้วน

วันที่เยี่ยม: 6/9/2560

วันที่นัดเยี่ยมครั้งต่อไป: 20/9/2560

รับเคสจาก: รพ.แม่ทะ

หน่วยให้บริการ: รพ.สต.สองท่า

กลุ่มผู้ป่วย: กลุ่ม 11 Stroke รายใหม่

ระดับการดูแล: สีเหลือง (30 วัน) : ส่วนไม่ซับซ้อน

ผลการเยี่ยม: อาการยังไม่ดีขึ้น

ผลการตรวจร่างกาย:

BP: 106 / 69 mmHg

T: 36.5 C

RR: 28 / min

BS: 85 mg%

O2 SAT: 95 %

ADL: 0 คะแนน

TAI: 0 %

PPS: 0 %

Pain Score: 0 คะแนน

หน่วยแพทย์: รพ.แม่ทะ

ชื่อ: นาย *
นามสกุล: *
ชื่อจริง: *
ชื่อเล่น: *
ชื่อกลาง: *
ชื่อท้าย: *

วันเกิด: 15/12/47
อายุ: 83 ปี 7 เดือน 29 วัน

**แจ้งเตือนหน่วยให้บริการด้วยแถบสีส้ม
(ถ้าส่งเคสจาก รพ.ลำปาง)**

The screenshot shows a web application interface with a table of cases. The table has columns for various details, and several rows are highlighted in orange, indicating cases sent from Lamphang Hospital.

**แจ้งเตือนหน่วยให้บริการด้วยแถบสีเหลือง
(ถ้าส่งเคสจาก รพ.แม่ทะ)**

The screenshot shows a web application interface with a table of cases. The table has columns for various details, and several rows are highlighted in yellow, indicating cases sent from Mae Ta Hospital.

การสรุปผลข้อมูล

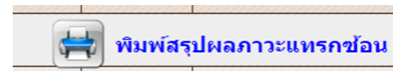
- ข้อมูล ณ วันที่ เวลานี้
- ข้อมูล ณ ช่วงเวลาที่กำหนด



The screenshot shows a web application interface with a summary table. The table has columns for various details, and the data is presented in a structured format.



The screenshot shows a web application interface with a detailed summary table. The table has columns for various details, and the data is presented in a structured format.



The screenshot shows a web application interface with a summary table of complications. The table has columns for various details, and the data is presented in a structured format.

จากการใช้โปรแกรม COC Link ระบบ On Line ของอำเภอแม่ทะ (โรงพยาบาลแม่ทะ และ รพ.สต. ในพื้นที่) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 เป็นต้นมา พบว่า ระบบสามารถส่งไปและส่งกลับ (two way) ข้อมูลการติดตามดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลเป็นปัจจุบัน (real time) การลงข้อมูลได้ทั้งในคอมพิวเตอร์/มือถือ/สมาร์ตโฟน มีรายละเอียดการเยี่ยมครบถ้วน มีระบบแจ้งเตือนกรณีเร่งด่วน และสามารถพิมพ์ข้อมูลและสรุปประมวลผลได้ตามต้องการ นอกจากนี้ การใช้โปรแกรม COC Link โดยดำเนินงานผ่าน Application บนโทรศัพท์มือถือ สามารถให้คำปรึกษาและวินิจฉัยอาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมาที่ รพ.สต. หรือเข้าไปที่ รพ. อีกทั้งทำให้ค้นพบปัญหาอื่นๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ปัญหาการขาดความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่บ้าน ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ของผู้ดูแล และการขาดแคลนอุปกรณ์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ปัญหาบางอย่างสามารถแก้ไขได้อย่างจากการแจ้งเตือน ซึ่งจะมีกลุ่มจิตอาสาในชุมชน เช่น กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มกองทุนต่างๆ ช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย และช่วยออกมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้ป่วยก่อนในเบื้องต้น ก่อนที่ทีมหมอครอบครัวจะมาถึง

ผู้วิจัยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเชื่อมโยง (Thai COC) ของเขตสุขภาพที่ 9 และ ระบบโปรแกรมเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง (COC Link Program) ของโรงพยาบาลลำปาง สู่การพัฒนาโปรแกรม COC Link ระบบ On Line ของอำเภอแม่ทะ ดังนี้

1. นโยบาย ภาวะผู้นำ และการสนับสนุนในการพัฒนาโปรแกรมอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหารทุกระดับ (ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ) ที่เห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล และระบบการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับนโยบายการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) และคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ซึ่งระบบโปรแกรมเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง (COC Link Program) ของโรงพยาบาลลำปาง ได้นำไปต่อยอดสู่การพัฒนาโปรแกรมในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (palliative care) ของเขตบริการสุขภาพที่ 1 ด้วย

2. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบและผู้ใช้ประโยชน์จากโปรแกรม ได้แก่ หน่วยงานสนับสนุนและให้บริการสุขภาพ สถาบันการศึกษา (มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ภาควิชาท้องถิ่น และชุมชน เพื่อนำโปรแกรมไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ และมีการฝึกอบรมการใช้งานโปรแกรม การพัฒนาคู่มือการใช้โปรแกรม ควบคู่ไปกับการพัฒนาคู่มือการดูแลต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ทีมผู้พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบไว้ คือ ควรพัฒนาระบบให้เชื่อมโยงกันทั้งในระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ เพื่อให้ผู้ใช้ประโยชน์ในพื้นที่ที่มีความเข้าใจตรงกัน และผู้บริหารแต่ละระดับสามารถนำข้อมูลไปประมวลใช้เพื่อการตัดสินใจได้ และควรพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเรียกดูข้อมูลการส่งต่อกับโปรแกรม Thai Refer ของโรงพยาบาลลำปาง เนื่องจากปัจจุบันสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้เพียงบางส่วน

4.4 การพัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) จากบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม)

ผู้วิจัยนำเสนอผลศึกษาข้อมูล เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) สำหรับพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างห้า เป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ลำปาง และเชียงใหม่ ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ม.1, ม.6, ม.7 และ ม. 8 ในพื้นที่ตำบลน้ำโจ้ และ ส่วนที่ 3 รูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) จากบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ลำปาง และเชียงใหม่

1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเขตบริการสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ พ.ศ. 2558 – 2560

โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นโรงพยาบาลหนึ่งของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ซึ่งเขตบริการสุขภาพที่ 6 กำหนดให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นส่วนหนึ่งในแนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) โดยแบ่งผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงตามภาวะพึ่งพิง หรือความรุนแรงของโรคโดยการคัดกรองของแผนกผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และตามข้อตกลงของทีมสหวิชาชีพ เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ **กลุ่ม 1** ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ได้รับการแนะนำให้ติดตาม **กลุ่ม 2** ผู้ป่วยติดบ้าน คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มีข้อจำกัด ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ **กลุ่ม 3** ผู้ป่วยติดเตียง คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ป่วยที่มี ADL Barthel Index ตั้งแต่ 4/20 ลงมาทุกราย และ**กลุ่ม P** ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ไม่นาน / อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ทั้งนี้ ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ของเขตบริการสุขภาพที่ 6 นครชัยบุรินทร์ พ.ศ. 2558 - 2560 มีเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จและต่อเนื่อง โดยมีตัวชี้วัด/เป้าหมาย ได้แก่ (1) ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และ (2) มีศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC Center) ทุกหน่วยบริการในระดับรพศ./รพท./รพช.

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยของหน่วยบริการสาธารณสุขอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน (Acute Care) ระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care หรือ Subacute Care) และระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งหัวใจความสำเร็จของการบริการทั้งสามระยะ จะต้องมีความประสานเชื่อมโยงและสอดคล้องกันทั้งข้อมูลและการบริการ สำหรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ครอบคลุมการดูแลสุขภาพระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care)

เนื่องจากการบริการที่เชื่อมโยงสอดคล้องกัน ดังนั้น รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ จึงประกอบด้วย

- **การดูแลสุขภาพที่บ้าน** (Home Health Care: HHC) เป็นการจัดการบริการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับไปดูแลที่บ้าน โดยการทำงานร่วมกันของผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) และทีมหมอครอบครัว (FCT) หรือทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ภายใต้การจัดการของ CUP หรือ คปสอ.

- **การบริการผู้ป่วยในบ้าน** (Home ward) เป็นการจัดการบริการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับ ไปดูแลที่บ้าน โดยจัดให้เตียงผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเสมือนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาล มีการวางแผนติดตามและประเมินผลการดูแล และให้บริการรักษาเหมือนแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โดยทีมหมอครอบครัวหรือทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล มีระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล เหมือนเป็นผู้ป่วยในคนหนึ่งของโรงพยาบาล โดยการทำงานร่วมกันของผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) และทีมหมอครอบครัว (FCT) หรือ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ภายใต้การจัดการของ CUP หรือ คปสอ.

- **การบริการผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู** (Subacute care) เป็นการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยในระยะยั้งเฉียบพลัน (intermediate Care) ที่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่รักษาจนปลอดภัยแล้วในโรงพยาบาลระดับ A-M เพื่อไปรับการฟื้นฟูสภาพต่อที่โรงพยาบาลชุมชน (Subacute refer) โดยการทำงานร่วมกันของผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) และทีมฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Team: RT) รวมถึงทีมหมอครอบครัว (FCT) หรือทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ภายใต้การจัดการของ CUP หรือ คปสอ.

สำหรับกรอบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care)ของเขตบริการสุขภาพที่ 9 นั้น ประกอบด้วย

- (1) การจัดตั้ง “ศูนย์ดูแลสุขภาพระยะยาว” (LTC Center) ในรพศ/รพท/รพช.แม่ข่าย โดย “ศูนย์การดูแลสุขภาพระยะยาว” ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการสอนและสาธิตญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว เป็นศูนย์ ให้อิมเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ที่จำเป็นเพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน มีขั้นตอนการเยี่ยม เป็นศูนย์ที่ทำหน้าที่ลงทะเบียน รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย LTC และส่งเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC: Continuous of Care) ที่มีอยู่เดิม โดยใช้โปรแกรม COC R9 (ต่อมาพัฒนาเป็นโปรแกรม Thai COC) ซึ่งจะติดตามเยี่ยมภายใน 14 วัน กรณีที่เป็นผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ก็ให้ส่งกลับ (Refer back) ไปที่ ศูนย์การดูแลสุขภาพระยะยาว หรือ ศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) ของโรงพยาบาลแห่งนั้น

- (2) พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ โดยจัดอบรมพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ หลักสูตรของศูนย์ สิรินครเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งชาติ 5 วัน เพื่อนำมาทำหน้าที่ Case manager ในผู้ป่วย LTC

- (3) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ มีการพัฒนาโปรแกรม LTC เพื่อใช้เชื่อมต่อกับ โปรแกรม COC R9 และพัฒนาโปรแกรมบนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver)

ความสัมพันธ์ของการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC) กับ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) ระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team - FCT) และทีมฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Team - RT)

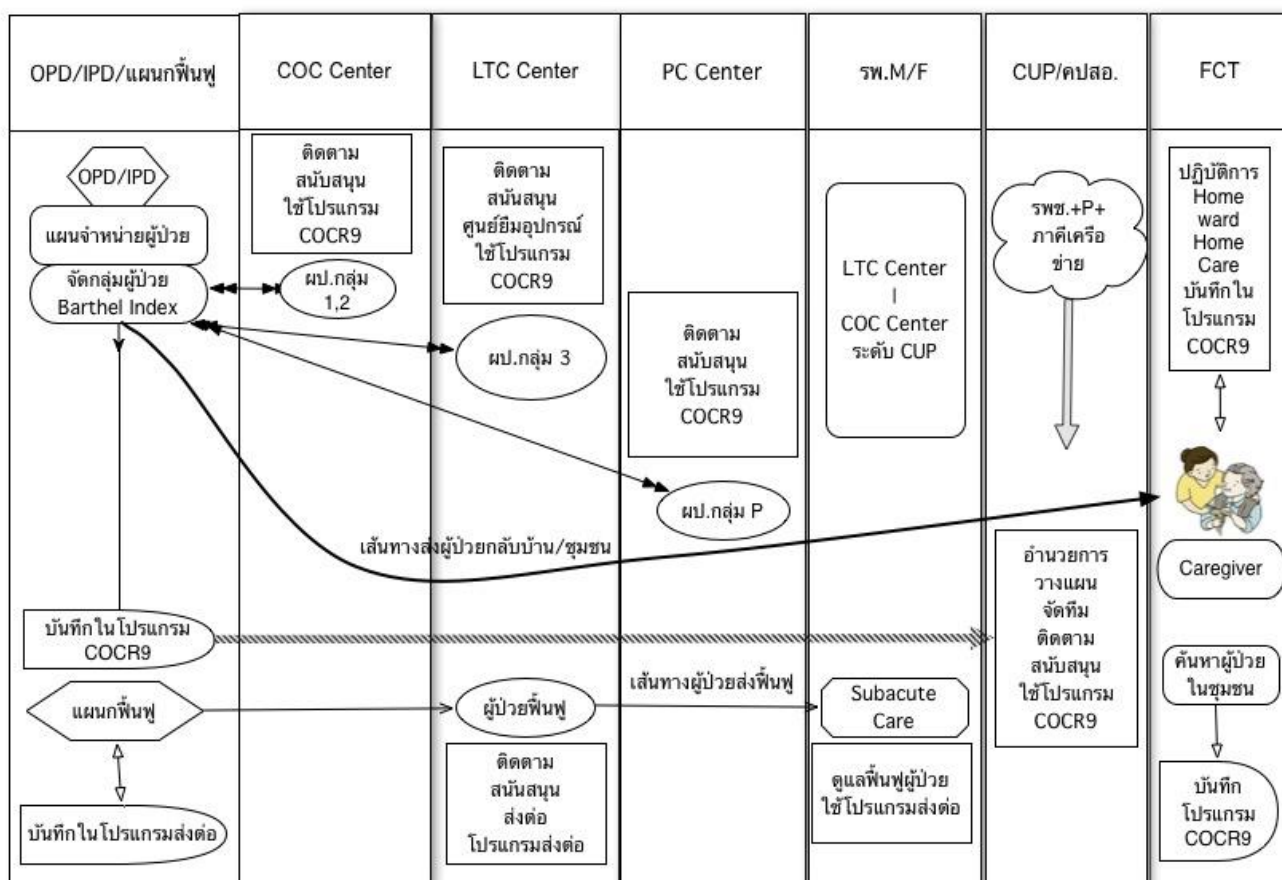
การดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC) เป็นการจัดบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) ระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) ทีมหมอครอบครัว (FCT) และทีมฟื้นฟูสภาพ (RT) เพื่อป้องกันความสับสนในการจัดบริการ จำเป็นต้องเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการสุขภาพเหล่านั้น โดยพบว่า การดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) และการส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่จัดให้มีขึ้นภายในเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นระบบที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลด้วยกัน และระหว่างโรงพยาบาลกับการดูแลที่บ้านผู้ป่วย การจัดบริการทั้ง ๓ มีความแตกต่างกันตามบทบาทหน้าที่ดังนี้

- ระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) รับผิดชอบการ Refer In, Refer out, Refer back, Refer receive ระหว่างโรงพยาบาลด้วยกันตั้งแต่ระดับ A,S,M,F,P รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยที่รักษาจนปลอดภัยแล้ว ไปรับการฟื้นฟูสภาพต่อที่โรงพยาบาลชุมชน (Subacute refer)

- การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) เป็นระบบที่จัดขึ้นเพื่อดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และ 2

- การดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) เป็นระบบที่จัดให้มีขึ้น เพื่อดูแลในระยะยาวในผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 ทั้งที่มีการส่งกลับไปดูแลที่บ้าน (Home ward) และส่งต่อไปรับการบริการฟื้นฟูต่อที่โรงพยาบาลชุมชนระดับรอง (Subacute care)

ในการจัดบริการดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) ถ้าพิจารณาบทบาทหน้าที่ในเชิงปฏิบัติงาน สามารถแบ่งระดับการปฏิบัติงาน ได้เป็น 3 ระดับ คือ **ระดับจังหวัด** มีหน้าที่กำหนดนโยบาย จัดทำข้อกำหนด/ข้อตกลงในการจัดบริการ ติดตามและประเมินผลงาน **ระดับโรงพยาบาล** โดยศูนย์ดูแลสุขภาพระยะยาวมีบทบาทเป็น Care Manager ระดับอำเภอ มีหน้าที่วางแผนเชิงระบบ สนับสนุนวิชาการ ความรู้ วัสดุอุปกรณ์ ทีมสหวิชาชีพ สนับสนุนการให้บริการตามบทบาทหน้าที่แก่ทีมหมอครอบครัว (FCT) และผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) รวมทั้งครอบครัว ประสานเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับ A ถึง P จนถึงชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) และครอบครัว และ **ระดับปฏิบัติการ** ปฏิบัติการโดย RT สำหรับ Subacute care และ FCT สำหรับผู้ป่วยที่ส่งกลับบ้าน ภายใต้การจัดการของ CUP หรือ คปสอ. จึงเปรียบเสมือนเป็น “ทัพหน้า” ในการเข้าถึงผู้ป่วยให้ได้รับการดูแล โดยกลวิธีที่สำคัญคือการเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) หรือ การจัดบริการ Home ward การสอน Caregiver ในการดูแลผู้ป่วย (อาจคนในชุมชน ญาติ จิตอาสา ผู้ดูแลที่ได้รับการจ้างหรือ อสม.) ทำการพัฒนาทักษะการดูแล ความสัมพันธ์การจัดบริการทั้ง 3 ประเภท รวมถึง FCT สามารถเกิดได้โดยกระแสนองงาน ตามภาพที่ 16



ภาพที่ 16 แสดงกระบวนการจากตติยภูมิถึงชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) กับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) หรือแผนกผู้ป่วยใน (IPD) ของโรงพยาบาล เพื่อไปรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลประจำแผนกจะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วย Barthel Index แล้วจัดกลุ่มผู้ป่วยว่าอยู่ในกลุ่มใด ถ้าเป็นผู้ป่วย กลุ่ม 3 จะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของศูนย์ LTC ส่วนศูนย์ COC จะรับผิดชอบผู้ป่วยในกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PC)

การดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) จะดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุ คนพิการ ในชุมชน และผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับ A,S ไปรับการฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลระดับ M,F ส่วนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PC) ถือว่า เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นการดูแลสุขภาพระยะยาวในช่วงสุดท้ายของชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) กับทีมหมอประจำครอบครัว(FCT)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายและได้รับการจัดกลุ่มเป็นกลุ่ม 3 จะมีการส่งข้อมูลผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ COC R9 ให้ศูนย์ LTC ของโรงพยาบาลและทีม FCT ทราบ เพื่อดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health

Care) หรือจัดบริการเตียงผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) และทำการตอบกลับข้อมูลเมื่อได้ดำเนินการแล้วความสัมพันธ์จะเป็นในลักษณะศูนย์ LTC เป็นฝ่ายอำนวยความสะดวก ประสานงาน สนับสนุนอุปกรณ์และทีมสหวิชาชีพ ส่วนทีม FCT เป็นผู้ปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยและตอบกลับการเยี่ยม รวมทั้งการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนที่ตกสำรวจจากระบบบันทึก แล้วนำเข้าสู่ระบบ COC R9 เพื่อทำการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) กับศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย (Referral center)

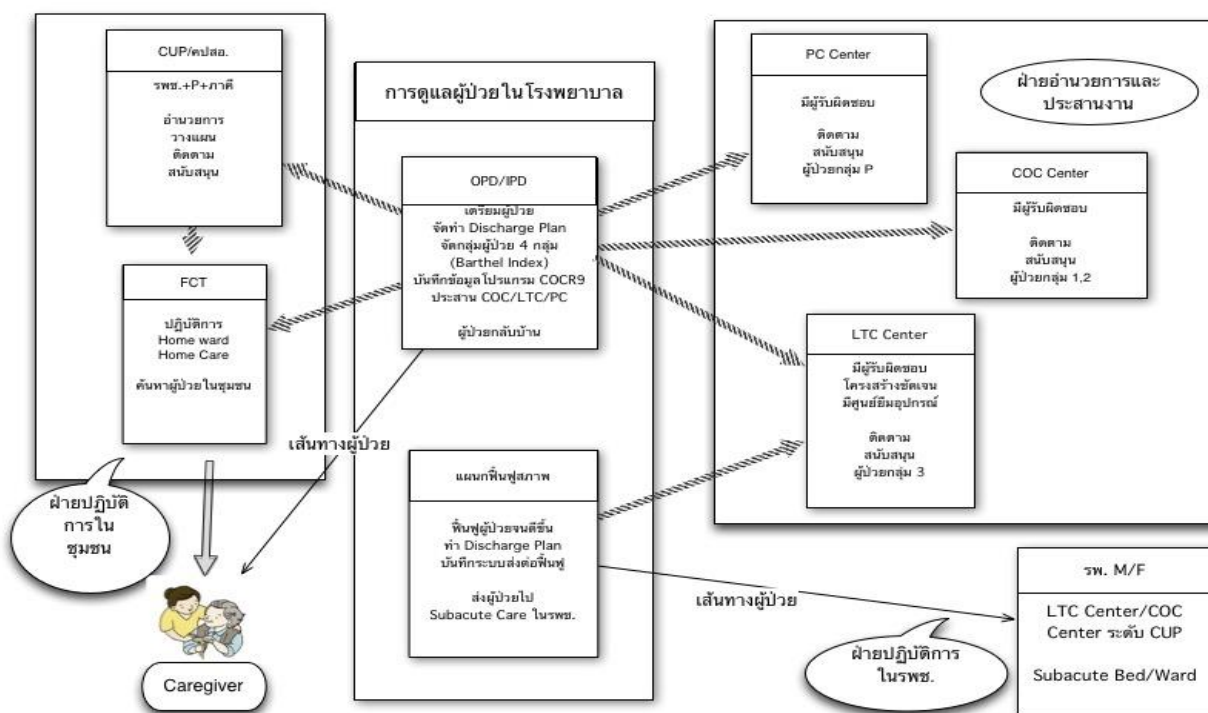
ผู้ป่วยบางโรคจากแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) แผนกผู้ป่วยใน (IPD) และแผนกฟื้นฟูสภาพของโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ผู้ป่วย Spinal Cord Injury และ ผู้ป่วย Amputation ถึงแม้จะได้รับการรักษาจนพ้นขีดอันตรายแล้ว แต่ยังจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการต่อในโรงพยาบาล ในขณะที่เตียงรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับ A, S มีความจำกัด จำเป็นต้องจำหน่ายเพื่อส่งต่อไปรับการฟื้นฟูสภาพต่อที่แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับ M, F

ดังนั้นศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย (Referral center) จะเป็นผู้ประสานงานและส่งข้อมูลผู้ป่วยเข้าโปรแกรมระบบส่งต่อผู้ป่วย แล้วศูนย์ LTC ของโรงพยาบาล M, F รับผู้ป่วยเข้าไว้ใน การดูแลต่อไป จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือส่งกลับไปดูแลต่อที่บ้านตามระบบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) กับทีมฟื้นฟูสภาพ (RT)

ผู้ป่วยในกลุ่ม 3 รวมทั้งผู้สูงอายุและคนพิการในความรับผิดชอบของ LTC ทั้งที่ส่งไปดูแลต่อเนื่องจากที่บ้านและส่งต่อไปรับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลชุมชน ต้องการการสนับสนุนจากทีมฟื้นฟูสภาพ (RT) ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกายอุปกรณ์ พยาบาลฟื้นฟู นักฟื้นฟูสภาพ ฯลฯ เพื่อทำการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเพื่อป้องกันหรือบำบัดความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้ว

ความสัมพันธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นสามารถแสดงได้ตาม ภาพที่ 17



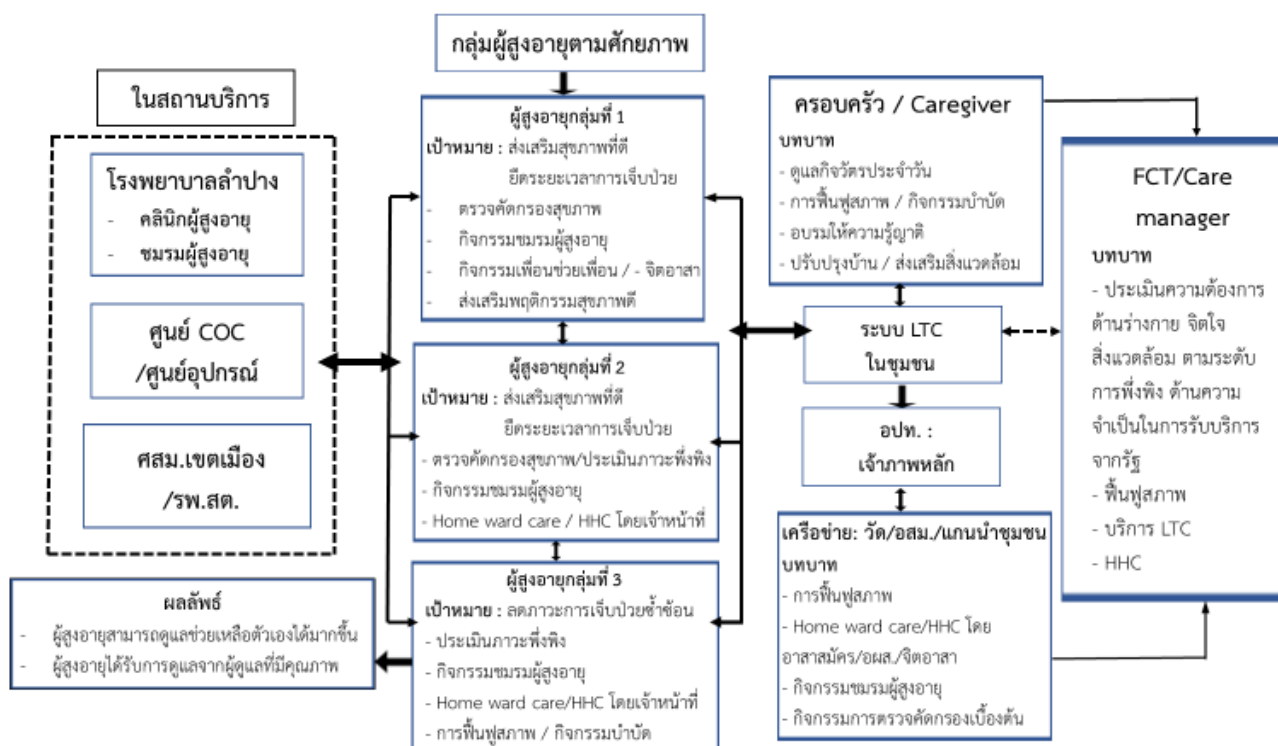
ภาพที่ 17 แสดงเครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยต่างๆ

จะเห็นได้ว่า เขตบริการสุขภาพที่ 6 นครชัยบุรินทร์ (จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์) ได้จัดระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ไว้อย่างเป็นรูปธรรมและเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นตัวอย่างความร่วมมือและความเข้มแข็งของภาคีบริการสุขภาพทุกระดับในเขตบริการสุขภาพ ที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2) ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

โรงพยาบาลลำปางดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) อำเภอเมืองลำปาง มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยเริ่มแรกมีตำบลที่ดำเนินการตามองค์ประกอบตำบลต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 ตำบล ต่อมาปี พ.ศ. 2557 - 2558 ดำเนินการเพิ่ม 10 ตำบล รวมเป็น 13 ตำบล จากทั้งหมด 19 ตำบล ของอำเภอเมืองลำปาง

ในการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ของโรงพยาบาลลำปาง พบปัญหาและอุปสรรค คือ บริบทในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งความร่วมมือของเครือข่ายและองค์กรต่างๆ มีความหลากหลาย การประเมินสมรรถภาพผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม บุคลากรขาดความชำนาญ และขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregivers) ปี พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลลำปางได้พัฒนาทีมทำงานการดูแลระยะยาวฯ ในชุมชนเขตอำเภอเมืองลำปาง และกำหนดรูปแบบระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไว้ดังภาพที่ 18



ภาพที่ 18 แสดงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) คปสอ.เมืองลำปาง

การดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) อำเภอเมืองลำปาง มีการดำเนินการ ดังนี้

1. พัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ ในสถานพยาบาล

- พัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลลำปางและเริ่มบูรณาการใน ศสม. และ รพ.สต.
- จัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) และศูนย์อุปกรณ์ในโรงพยาบาลลำปาง บูรณาการร่วมกับ

คลินิก COC ประสานงานและจัดระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

- พัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานักป่วยใน
- พัฒนาแบบฟอร์มคัดกรองผู้สูงอายุให้ใช้งานได้ง่ายต่อการประเมินและครอบคลุม
- มีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

- สนับสนุนการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เช่น Aging Manager, FCT, Case Manager และการพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้สูงอายุ

- อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย เช่น จิตอาสา อสม.

3. พัฒนา ภาควิชาเครือข่าย ชุมชน

- พัฒนามาตรฐานชมรมผู้สูงอายุ
- สนับสนุนพื้นที่เป้าหมายดำเนินการ เป็นพี่เลี้ยง นิเทศ ให้คำปรึกษา

- ประสานงานชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและขับเคลื่อนร่วมกัน

ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuous of Care: COC) โรงพยาบาลลำปาง ทำหน้าที่เชื่อมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลถึงโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) /ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) โดยศูนย์ COC ในโรงพยาบาลทุกแห่งทำหน้าที่ประสานการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลลำปางเพื่อรับผู้ป่วยจะกลับไปรักษาต่อเนื่องใกล้บ้าน และกำหนดการออกเยี่ยมบ้านครั้งแรกตามประเภทผู้ป่วยและความซับซ้อนโดยทีมสหสาขา และทีมหมอครอบครัว (มอค.) หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) จังหวัดลำปาง ไว้ดังนี้

1. ประสานความร่วมมือ/การส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน/แผนการดูแลต่อเนื่องกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กรในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
2. จำแนกประเภทผู้ป่วย/กลุ่มผู้ป่วย เพื่อจัดทีมให้บริการการดูแลต่อเนื่อง ตามข้อบ่งชี้ของผู้ป่วย (criteria) และประเมินตามเกณฑ์ Discharge Plan Score
3. ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาสุขภาพ /ทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย
4. จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อใช้กับผู้ป่วยที่บ้าน
5. สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและปัญหา ตัวชี้วัด ติดตามรายงาน /ผลการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อ (refer) เพื่อประสานการดูแล/จัดการประชุมเพื่อทบทวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในรายที่มีปัญหาซับซ้อนและผลการดูแลไม่ดีขึ้น
6. จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับระบบ/กระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง, ผลการดำเนินการเยี่ยมและรายงานให้กับทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบ/งานที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) อำเภอเมืองลำปาง กำหนดตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ที่ต้องการ (outcome) ไว้ดังนี้ (1) ตำบล LTC ต้นแบบผ่านเกณฑ์ LTC ทั้ง 2 อบท. 5 ตำบล (2) จำนวน Caregiver ผ่านการอบรมตามสัดส่วนที่กำหนด (3) ร้อยละของผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น (ความครอบคลุมของการคัดกรองปัญหาสุขภาพ) (4) ผู้สูงอายุสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น (จากกลุ่ม 3 กลุ่ม 2 เปลี่ยนเป็นกลุ่ม 2 หรือกลุ่ม 1 และ (5) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีคุณภาพ (วัดจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตในตำบลต้นแบบ) ทั้งนี้ ปัจจัยที่จะช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้การสนับสนุน ให้นโยบายการทำงานที่ชัดเจน ผลักดันให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ทีมงานมีความเข้มแข็ง เป็นสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในการทำงานชัดเจน มีการนิเทศติดตามและเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง มีภาคีเครือข่าย จากหน่วยงานหลายภาคส่วน เช่น อบท. พมจ. อสม. อผส. ให้การสนับสนุน และชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสาผู้สูงอายุ มีความเข้มแข็ง อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปี พ.ศ. 2559 พบปัญหาอุปสรรคดังนี้

1. ด้านระบบบริการ พบว่า การคัดกรองภาวะสุขภาพและการประเมิน ADL ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ทำได้เพียงร้อยละ 81.01 และการจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ชัดเจน
2. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ยังขาดการประสานงานร่วมกันของหลายองค์กร
3. ด้านงบประมาณ ยังขาดความชัดเจนของหลักเกณฑ์ในการใช้งบประมาณเพื่อจัดโครงการอบรม Caregiver
4. ด้านความรู้ของบุคลากร / ทักษะ / วิชาการ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า แพทย์อาจไม่สามารถเข้าอบรมได้ ต่อเนื่อง (หลักสูตร 3 ระยะ) จำนวน Care Manager ไม่สัมพันธ์กับเกณฑ์มาตรฐาน (การอบรม Care Manager ให้มีตำบลละ 1 คน แต่ความเป็นจริง 1 อปท. ดูแลหลายตำบล และกลุ่มเป้าหมายกระจาย ไม่ได้อยู่ใกล้เคียงกัน) และการอบรม Caregiver 70 ชั่วโมง ต้องหาบุคคลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การอบรมเวลาติดต่อกันทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจาก Caregiver มีงานประจำทำ

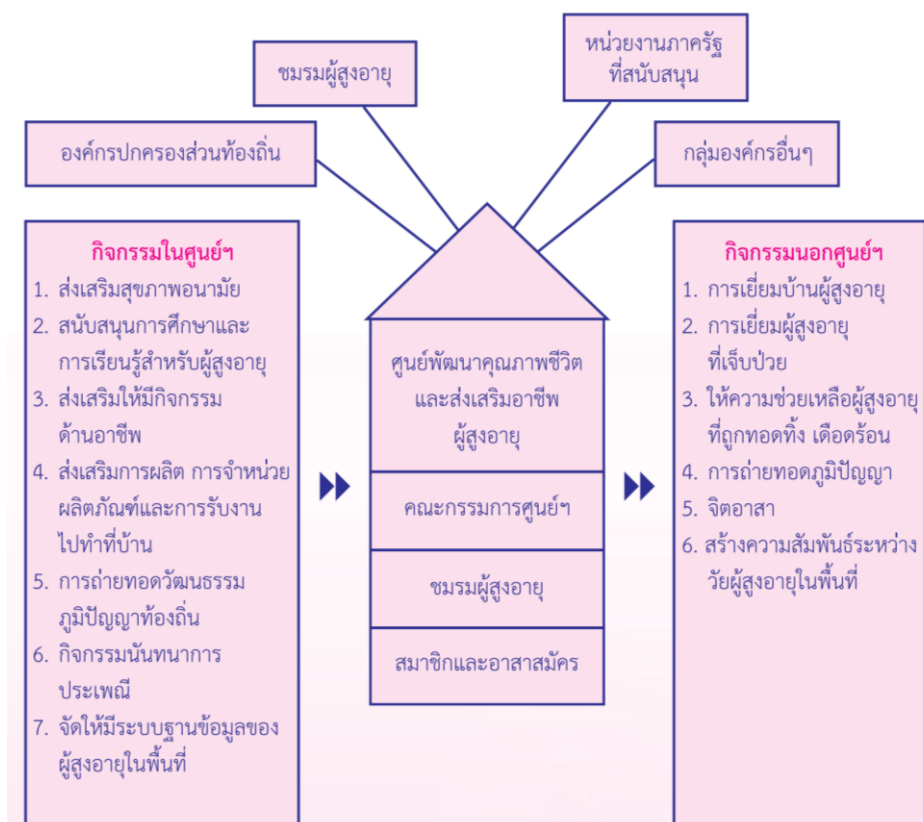
อาจกล่าวได้ว่า การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง แม้จะมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่ทีมงาน ผู้เกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาชน ยังต้องร่วมกันทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น และผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งการศึกษาข้อมูลจากการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) อำเภอเมืองลำปาง จะเป็นข้อมูลให้ผู้วิจัยนำไปพัฒนาระบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า ต่อไป

3) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ต.หนองตองพัฒนา อ.หางดง จ.เชียงใหม่

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการเป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการจัดสวัสดิการ สังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนรูปแบบหนึ่ง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ แขนงนำ อาสาสมัครชุมชน องค์กร เครือข่ายจากภาครัฐและภาคเอกชน มีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์ฯ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การหนุนเสริม ศูนย์ฯ ดำเนินการภายใต้แนวคิด “**ร่วมแรง ร่วมใจ ผู้สูงวัยกายใจ เบิกบาน**” เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสถานที่รวมกลุ่มในการจัดกิจกรรมและบริการที่ครอบคลุมทุกมิติทางด้านสุขภาพ สังคม จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะมิติด้านเศรษฐกิจที่เน้นการสร้างรายได้และการมีงานทำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับการจัดบริการและสวัสดิการทางสังคมในการคุ้มครอง ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบครบวงจร สามารถตอบสนองปัญหาและ ความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชนได้ (ตัวแบบ (Model) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ แสดงในภาพที่ 19) ทั้งนี้ แหล่งที่มาของงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์ฯ ได้แก่ กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนอื่นๆ เช่น กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และรายได้จากแหล่งที่มาอื่น ๆ การ

จำหน่ายผลิตภัณฑ์ของศูนย์ฯ การจัดกิจกรรม ระดมทุน กิจกรรมหารายได้ การบริจาค เป็นต้น และมีหน่วยงานที่ร่วมดำเนินการกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ได้แก่

- 1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2 ชมรมผู้สูงอายุ
- 3 ความร่วมมือของหน่วยงานในจังหวัดและพื้นที่สนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุ ได้แก่
 - (1) หน่วยงานด้านสังคม
 - (2) หน่วยงานด้านสาธารณสุข
 - (3) หน่วยงานด้านวัฒนธรรม
 - (4) หน่วยงานด้านอาชีพและการมีงานทำ
 - (5) หน่วยงานด้านการศึกษา
 - (6) สาขาสภาผู้สูงอายุประจำจังหวัด
 - (7) องค์กรทางศาสนา องค์กรชุมชน หรืออาสาสมัครทำงานด้านสังคม



ภาพที่ 19 แสดงตัวแบบ (Model) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองตองพัฒนา ดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ “คนเฒ่าหนองตอง ต้องมีสุขภาพดี มีอาชีพ สังคมแจ่มใส อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย” ได้นำรูปแบบการบูรณาการแนวคิดชุมชนเป็นฐาน ชุมชนมีส่วนร่วม ชุมชนเป็นเจ้าของ รัฐบาลและท้องถิ่นให้การ

สนับสนุน โดยการมีส่วนร่วมของ 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน (2) ชมรมผู้สูงอายุ และ (3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหางดง โรงพยาบาลหางดง รพ.สต.บ้านบวกครกและบ้านหนองไคร้ และเทศบาลตำบลหนองพัฒนา มาเป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายคือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ซึ่งภารกิจของศูนย์ฯ มีดังนี้

1. ร่วมกับองค์กรเครือข่ายและ รพ.สต.ในท้องถิ่น จัดให้มีการให้ความรู้ ความตระหนักในด้านการดูแล และส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ทั้งในรูปแบบเชิงรุกและเชิงรับ พร้อมกับพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่ม 2 และกลุ่ม 3 ให้ดีขึ้น

2. จัดให้มีสถานที่ที่มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วม พบปะแลกเปลี่ยน ถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกัน ช่วยลดภาวะซึมเศร้า

3. จัดให้มีการให้ความรู้ในอาชีพต่างๆแก่ผู้สูงอายุ และจัดหางานให้แก่ผู้สูงอายุนำกลับไปทำที่บ้านเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้และเงินออม

4. ประสานกับองค์กรในภาครัฐ เอกชน บริษัท ร้านค้า ได้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นหุ้นส่วนในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ

5. ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองตองจะต้องสามารถจัดกิจกรรมเป็นกิจกรรมประจำปีของชมรมฯ เพื่อหารายได้ให้แก่ชมรม เพื่อนำไปจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างคล่องแคล่ว ทันเหตุการณ์ ไม่ขัดกับระเบียบ

ผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของศูนย์ฯ ดังนี้

1. ข้อมูลจากผู้บริหารของศูนย์ฯ

การจัดตั้งศูนย์ฯ เริ่มในปี 2551 ซึ่งรองนายกเทศมนตรี เทศบาลหนองตองพัฒนา เข้ารับการอบรมจากกระทรวงพัฒนาสังคมฯ จึงนำแนวคิดมาปรึกษากับหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์ เพื่อเป็นที่พบปะของผู้สูงอายุ ต่อมาในปี 2552 จึงได้จัดให้มีงานบำบัดฟื้นฟู มีการให้บริการจากนักกายภาพบำบัด โดย อพท. (เทศบาลหนองตองพัฒนา) จำนวนบุคลากร 2 คน เพื่อปฏิบัติหน้าที่นักกายภาพบำบัดประจำศูนย์ฯ มีการตั้งคณะทำงาน ตามโครงสร้างของ พม. มีการประชุมไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน งบประมาณหลักได้จาก อพท. จาก สปสช. (กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล) จากหน่วยงานต่างๆ ที่ทำกิจกรรมในพื้นที่ และจากประชาชน การสร้างเครือข่ายการทำงานของศูนย์ฯ ศูนย์ฯ จะต้องทำกิจกรรมที่ทำได้ก่อน อย่างตั้งใจ จริ่งจิงจนสำเร็จ เชื่อสัตย์ให้เห็นผลงานด้วย ประธานศูนย์ฯเป็นผู้ประสานงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประชาชน หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ จะให้ความร่วมมือช่วยเหลือตามมาจากเกิดเครือข่ายได้จากความเข้มแข็งของศูนย์ฯ

การจัดสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในศูนย์ฯ ได้ทำความเข้าใจกับชุมชนและผู้เกี่ยวข้องเรื่องความจำเป็นในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุ จัดให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ารับการอบรมที่หน่วยงานต่างๆจัดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมผู้สูงอายุแล้วนำแนวทาง เกณฑ์มาตรฐาน ที่หน่วยงานรัฐกำหนดให้เป็นแนวทางการดำเนินงานในชุมชน มี พมจ. นำโครงการเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุมาดำเนินการในพื้นที่ โดยมีบุคลากร หน่วยงานรัฐต่างๆ มาสนับสนุนการดำเนินการ อบรมหมอบ้านให้ความรู้แก่ส่วในชุมชน เป็นที่ปรึกษา

ให้แก่ประชาชนในชุมชน ในการปรับสภาพแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ชุมชนมองเห็นปัญหา และขอความร่วมมือกับชุมชนให้ช่วยกันดำเนินการและทำตามหลักวิชาการ

การจัดหางบประมาณและกองทุนสนับสนุนต่างๆ มีนวัตกรรมทางสังคมในการหางบประมาณโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเป็นผู้ประสานเชื่อมต่อกับหน่วยงาน องค์กร ประชาชน เอกชน ในการสนับสนุนการดำเนินงาน เช่นขอวัสดุ อุปกรณ์ ของบริโภค อุปโภค จากวัด เพื่อนำไปสมทบเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน และการสมทบจากผู้บริจาคที่เข้าไปช่วย ได้แก่ ของบริจาค อปท. ที่ทำโครงการ ในแผนบัญชีงบประมาณรายจ่ายประจำปี ของงบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ของงบจาก พม. มีกองทุนผู้สูงอายุ ขอรับบริจาคจากเอกชน และหน่วยงาน และจัดทำกิจกรรมผ้าป่า ปอยหลวงคนเฒ่า เพื่อจัดการเงินเข้ากองทุน

การจัดสวัสดิการ / จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเริ่มมาจากความต้องการของชุมชน ว่ามีความต้องการให้ศูนย์ฯ จัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาอะไรบ้าง เช่น การจัดกิจกรรมบำบัด กายภาพบำบัด ศูนย์ฯ จะทำงานแบบบูรณาการกับ อปท. รพ.สต. หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานนั้นๆ การจัดกิจกรรมต้องครบทั้ง 4 มิติ คือด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ทำกิจกรรมบำบัดให้ครบทั้ง 4 มิติทุกอย่างเท่าที่ทำได้ บางกิจกรรม จัดอาสนานำมาดำเนินงานในศูนย์โดยไม่ได้ใช้งบประมาณเลย เช่น หมอเขียว

สำหรับหน่วยงานที่เข้ามาช่วยเหลือการดำเนินงานของศูนย์ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุข รพ.สต.รพช. กายภาพ เภสัชฯ ทันตกรรม ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน (กศน.) สร้างเสริมอาชีพ งบประมาณ การเรียนรู้ การสืบสานวัฒนธรรม การให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย ไกล่เกลี่ยกรณีพิพาท หน่วย ICT ศูนย์การเรียนรู้ การใช้และการเข้าถึง computer internet หน่วยงานภาคการเกษตร กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) สนับสนุนอุปกรณ์ งบประมาณ อปท. งบประมาณ สิ่งแวดล้อม ค่าข้าวคืน ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ถึงออกซิเจน รถขนส่ง เอกชน จัดอาสา แผนการสำรวจ หมอเขียว / งบประมาณ/การประชาสัมพันธ์ และพระ เทศออกเสียงตามสาย เยี่ยมบ้าน

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ การสนับสนุนในพื้นที่ของ อปท. นั้นส่วนใหญ่เน้นเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน ไม่ได้เน้นเรื่องคุณภาพชีวิตประชาชน ทำให้การตั้งงบประมาณไม่พอเพียงจึงต้องหางบประมาณจากภายนอกมาดำเนินการ ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ มีผู้นำ คือประธานผู้สูงอายุที่ดี เก่ง และจริงจัง ซื่อสัตย์ และอุทิศตนในการทำงาน มีการบูรณาการการทำงานกับทุกภาคส่วน และมีเวทีในการสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน ด้วยการให้โอกาส เสริมศักยภาพและจิตใจในการทำงาน

2. ข้อมูลจากผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG)

ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) มีประสบการณ์การดูแลหลังจากจบการอบรมหลักสูตรโดยเฉลี่ย ประมาณ 2 ปี โดยมาเป็น CG เพราะใจรัก มีจิตอาสาอยากช่วยเหลือคนอื่น มีเวลาเนื่องจากประกอบธุรกิจส่วนตัว และบางคนเป็นแม่บ้าน อยู่ในวัยผู้สูงอายุทุกคน อยากช่วยเหลือชุมชน และบางคนเคยมีประสบการณ์ตรงในการดูแลมาก่อน

CG ผ่านการอบรมผู้ดูแลหลักสูตร 70 ชั่วโมง บางส่วนผ่านการอบรมผู้ดูแลหลักสูตร 420 ชั่วโมง อาทิตย์ละ 3 วัน ที่บ้านมีสุข แม่โจ้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพราะมีงบประมาณจากรัฐบาลสนับสนุน ซึ่งการไปอบรมนี้ได้รับ

ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุจริงจากสถานที่อบรม ซึ่งเป็นสถานที่จัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุอยู่แล้วและไปดูแลตามบ้านด้วย ผู้ดูแลในสถานที่จัด “มีสุข” จะได้รับค่าตอบแทนกัน บางคนได้รับเดือนละ 15,000 – 30,000 บาท หลังจากการอบรมมีการนำความรู้ไปใช้ในพื้นที่ 14 หมู่บ้านและการได้มาช่วยในศูนย์ฯ แห่งนี้ด้วย โดยมี ร.พ.ส.ต.เทศบาล และทุกหน่วยงานเป็นผู้ดูแลให้การสนับสนุน และเข้ามามีส่วนช่วยเหลือ เมื่อไปเยี่ยมเยียนดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จะได้รับการต้อนรับที่ดีจากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และจากญาติของผู้สูงอายุ ซึ่งยินดีให้ CG ไปดูแลอยู่แล้ว นอกจากนี้เขายังต้องการให้ CG ไปเยี่ยมบ่อยๆอีกด้วย

สิ่งที่ต้องการได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมคือ อุปกรณ์ของใช้ เช่น เครื่องวัดความดัน กระเป๋ายา เพราะมีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมากใน 14 หมู่บ้าน ทำให้อุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดัน ต้องใช้วิธีประชาสัมพันธ์กับหมู่บ้านให้ทราบล่วงหน้า แล้วจึงใช้เครื่องวัดความดันเครื่องเดียวทยอยวัดกันไป บางครั้งทำให้ต้องเสียเวลานาน ขาดกางเกงผ้าอ้อมผู้ใหญ่ (แพมเพิร์ส) และกระดาดชำระ (ทิชชู)

การเป็น CG ทำให้ได้รับการยอมรับและการยกย่องจากผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำของหมู่บ้าน ซึ่งมีส่วนสำคัญยิ่งต่อการให้การสนับสนุน และทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ และได้บุญกุศล บางครั้ง CG ได้นำของส่วนตัวบ้าง ของวัดบ้างไปบริจาคให้ผู้สูงอายุด้วย เช่น ผ้าห่ม ของใช้ สิ่งที่มีคนนำไปถวายพระ แล้วพระก็นำมามอบให้ทางศูนย์ฯ นำไปบริจาคให้กับผู้สูงอายุ CG ก็จะนำติดไปให้ผู้สูงอายุด้วย แต่ CG ที่ไปเยี่ยมเยียนหรือดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับค่าตอบแทน ทำในลักษณะของจิตอาสา

3. ข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อสม. ได้มีส่วนร่วมเป็นจิตอาสา และช่วยดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพราะในชุมชนมีผู้สูงอายุจำนวนมาก นอกจากนี้ อสม. ทำงานเชื่อมประสานกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทางดง กรณีการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และภาวะฉุกเฉินเพื่อการส่งต่อ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงส่วนหนึ่งมีฐานะยากจน และมีปัญหาอื่นๆร่วมด้วย เช่น ป่วยทั้งครอบครัว มีพ่อเป็นมะเร็ง แม่เป็นเบาหวาน ลูกเป็นผู้ป่วยติดเตียง ชุมชนต้องเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน

ในบทบาทที่เป็น อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยช่วยดูแลสุขภาพเบื้องต้น เยี่ยมไข้พร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดูแลผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของตนเอง เช่น การทำแผล วัดความดัน กายภาพบำบัด ธารน้ำร้อน หุ่น จัดผ้าป่าให้ผู้ยากไร้ เพื่อจัดหา อาหาร นม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และให้คำแนะนำญาติ เช่น ลูกหลานและผู้ป่วยเรื่องการดูแลด้วยอนามัยต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อม อาหาร ที่พักอาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้แก่ ปัญหาอนามัยจากการขับถ่าย ขาดผู้ดูแล ไม่มีใครอยู่ ไม่มีญาติ ที่พักอาศัยไม่สะอาด มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ ส่วนสิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม คือ วัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เช่น เครื่องวัดความดัน ทรายซัง พรอท สายวัด

4. ข้อมูลจากทีมบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์ฯ

ทีมบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์ฯ (บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทางดง นักกายภาพบำบัด) มีบทบาทเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ คัดกรองและตรวจโรค โดยเฉพาะโรค NCD เยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามระดับความต้องการการช่วยเหลือเช่น การดูแล รักษา อาหาร

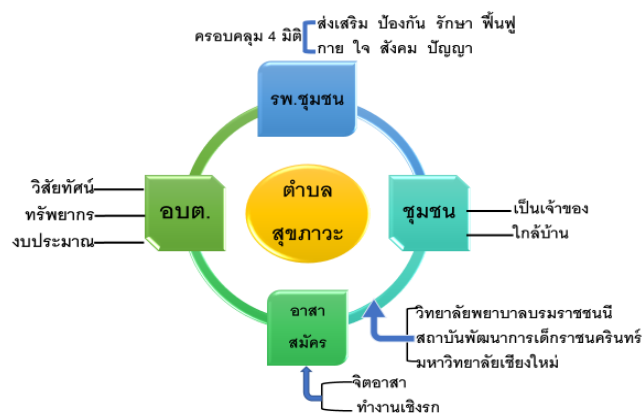
สิ่งแวดล้อม และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นเป็นส่วนหนึ่งในคณะกรรมการ สนับสนุนการใช้ออกซิเจน ประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชน ไปยัง รพ.ทางดง โดยใช้ช่องทาง HHC, Line, E-mail การให้บริการเชิงรุก การเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม FCT เน้นระบบ Case Management ของศูนย์ฯ เพื่อนำมาพิจารณา Care plan และการกระตุ้นให้อสม. ชุมชน สร้างนวัตกรรม เช่น อสม.แต่งเพลงรณรงค์ใช้เลือดออกอุปกรณ์ป้องกันการดิ่งสาย NG

สำหรับข้อเสนอรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ได้แก่ ควรสร้างและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน และสร้างจิตอาสาในชุมชนเพื่อดูแลกันเอง มีแนวคิดว่าการทำงานที่ชัดเจนและถ่ายทอดอย่างเป็นรูปธรรม มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาแบบองค์รวม เน้นเพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและผู้สูงอายุเพื่อให้ดูแลตนเองได้ มีกิจกรรมในท้องถิ่นและการเชิดชูต้นแบบในการดูแลกันและกัน

จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ตำบลหนองตองพัฒนา มีความชัดเจนของการบูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งภาคประชาชน จิตอาสา ภาคเอกชน หน่วยงานภาครัฐบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความตั้งใจในการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม (กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) มีคุณภาพชีวิตที่ดี

4) โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว ต.ดอนแก้ว อ.แมริม จ.เชียงใหม่

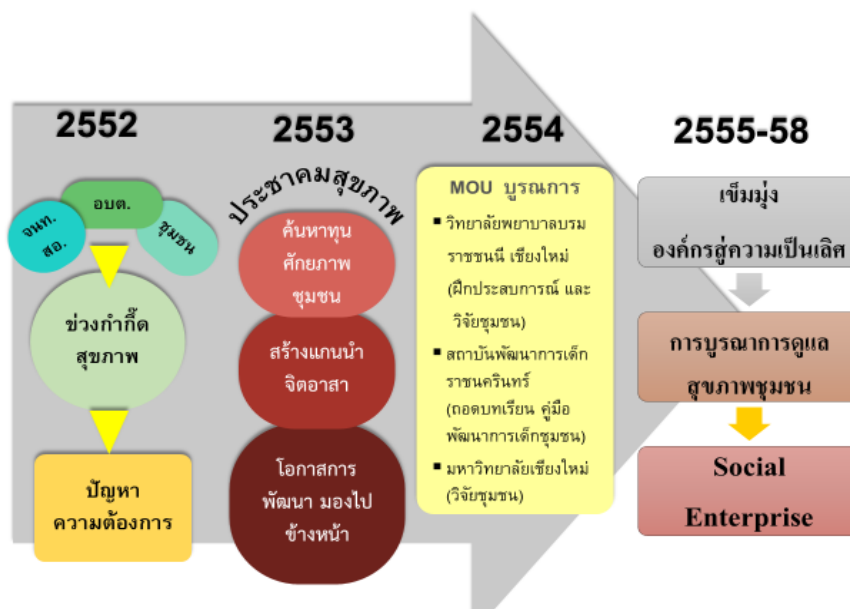
โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้วเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ขึ้นตรงกับองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว ดูแลประชากร 10 หมู่บ้าน 5,826 ครัวเรือน จำนวนประชากร 14,999 คน โดยแนวคิดและวิสัยทัศน์ผู้บริหารท้องถิ่นตำบลดอนแก้ว คือ การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและกลุ่มคนในชุมชน เพื่อให้ตำบลดอนแก้วให้เป็น “ตำบลสุขภาวะ” และยกระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้วสู่การเป็นสถานบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” “โรงพยาบาลคือบ้าน บ้านคือโรงพยาบาล” “บริการดูญาติมิตร ใช้สิทธิเท่าเทียมกัน” ซึ่งการทำงานร่วมกันของหน่วยงานและกลุ่มคนในชุมชนได้ใช้หลักในการทำงาน คือ 3 ดี 4 เสถ โดย ดี 1 หมายถึง การบริการดี ทั้งการบริการเชิงรุกและการบริการเชิงรับ ดี 2 หมายถึง สิ่งแวดล้อมดี และ ดี 3 หมายถึง การบริหารจัดการที่ดีด้วยหลักธรรมาภิบาล ส่วน 4 เสถ หมายถึงการทำงานร่วมกันของชุมชน อาสาสมัคร อบต.ดอนแก้ว และ รพ.ชุมชนตำบลดอนแก้ว ดังภาพที่ 20



ภาพที่ 20 แสดงการบูรณาการเชื่อมโยงการทำงานของตำบลดอนแก้ว

โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว นำแนวคิด “โรงพยาบาลคือบ้าน บ้านคือโรงพยาบาล” มาใช้ในการทำงาน โดยความหมายของ “โรงพยาบาลคือบ้าน” หมายถึงการบริการเชิงรับ เป็นมิติการให้บริการในรูปแบบใหม่ เน้นการให้บริการที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และสร้างบรรยากาศเสมือนบ้าน ให้บริการเป็นเหมือนคนในครอบครัวเดียวกัน ส่วน “บ้านคือโรงพยาบาล” หมายถึงการบริการเชิงรุก เป็นมิติการสร้างการมีส่วนร่วมเชิงรุก ได้แก่ บริการที่เคลื่อนที่ไปในชุมชน (Mobile Clinic) ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) การสร้างระบบอาสาสมัคร ทำงานเชิงรุก พร้อมทั้งความรู้ ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน

การดำเนินงานด้วยหลัก 3 ดี 4 เสา ของโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 ทำให้ลดการป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้และค่าใช้จ่าย ลดภาวะคุกคาม/แทรกซ้อน ลดจำนวนผู้ต้องการการดูแล และลดอัตราการตาย ในทางกลับกันได้พบว่าการเพิ่มของคนสุขภาพดี เพิ่มคนที่เคยป่วยเป็นคนปกติ เพิ่มจำนวนจิตอาสา การมีส่วนร่วมของประชาชน และคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งงบประมาณในการดำเนินงานได้มาจาก อบต.ตำบลดอนแก้ว สปสช. กองทุนสุขภาพตำบล และรายรับจากศูนย์การแพทย์แผนไทยของ รพ.ชุมชนตำบลดอนแก้ว จุดเปลี่ยนผ่านของ รพ.ชุมชนตำบลดอนแก้ว ได้นำเสนอไว้ในภาพที่ 21



ภาพที่ 21 แสดงจุดเปลี่ยน (Kick off the point) ของ อบต.ดอนแก้ว

ตำบลดอนแก้วได้รับรางวัลตำบลจัดการสุขภาพระดับดีเยี่ยมจังหวัดเชียงใหม่ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว เป็น อบต.พื้นที่ต้นแบบ Best Practice ระดับประเทศ ส่วน รพ.ชุมชนตำบลดอนแก้ว เป็นพื้นที่ต้นแบบ Best Practice หลักสูตรถ่ายโอนสถานีนอนามัย และได้รับรางวัลสถานีนอนามัยถ่ายโอนดีเด่นด้านบริการผู้บริหารดีเด่น มีชุดความรู้เป็นคู่มือพร้อมใช้งาน ได้รับรางวัลสถานที่ทำงานน่าอยู่ระดับดีมาก และได้รับการเผยแพร่ผลงานในนิตยสารหมอชาวบ้าน ไทยรัฐ เดลินิวส์ ทั้งนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จนั้นมาจาก โอกาสในการถ่ายโอนภารกิจมายัง อบต. ระบบการบริหารตามหลักธรรมาภิบาล องค์ประกอบของทีมทรัพยากรเพียงพอ

ความเชื่อมั่น ศรัทธาของชุมชน อาสาสมัครคือกลไกขับเคลื่อน และภาคีเครือข่าย เช่น สถาบันการศึกษา สถานบริการสุขภาพ

รพ.ชุมชนตำบลดอนแก้ว ได้ร่วมดำเนินงาน “ศูนย์จิตอาสาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Day Care)” ซึ่งมีแนวคิด คือ บริหารจัดการภายใต้การมีส่วนร่วมของ 3 องค์การ (ประชาชน โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว และ อบต. ดอนแก้ว) บริหารในลักษณะองค์กรไม่แสวงผลกำไร เป็นการดูแลแบบองค์รวมและมีความต่อเนื่อง และเป็น ศูนย์กลางในการดูแล ช่วยเหลือ ประสาน ส่งต่อ ดำเนินงานของศูนย์ฯ โดย ผู้จัดการสุขภาพ (Care Manager) คัดเลือกและอบรม นักบริบาล (Care Giver) เพื่อไปดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล/ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้พิการ กลุ่มผู้มีความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เครือข่ายการดูแลของศูนย์ฯ มีทั้งเครือข่ายภายใน ได้แก่ อบต.ดอนแก้ว รพ.ชุมชนตำบลดอนแก้ว อาสาสมัคร/จิตอาสา กลุ่มสมุนไพรรพ.บ้าน ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สายสัมพันธ์วัด-โรงพยาบาลชุมชน และผะยูน้าล้านนา และเครือข่ายภายนอก ได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ มูลนิธิชาเทียม และมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จุดเด่นของศูนย์ฯ คือการผลิตนักบริบาล (Care Giver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมง การพัฒนา อสม. ให้เป็น อสมช. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญแต่ละสาขา ซึ่งมี 8 สาขา ได้แก่ ด้านแม่และเด็ก ด้านการออกกำลังกาย ด้านมะเร็งปากมดลูกและ มะเร็งเต้านม ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพจิต ด้านการควบคุมไข้เลือดออก และด้านวินโรค) และยกระดับนักบริบาล (Care Giver) ให้มีคุณค่า เพิ่มกำลังใจในการทำงาน ปลุกฝังการเป็นจิตอาสาด้วยจิตอาสา ไม่หวังผลหรือเงินค่าตอบแทน

จากการศึกษาข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว ผู้วิจัยเห็นว่าทุกฝ่ายในชุมชนตำบลดอนแก้ว ทั้งภาคประชาชน อบต. กลุ่มอสม. กลุ่มจิตอาสา และหน่วยบริการสุขภาพ มีความตั้งใจทำงานร่วมกัน เพื่อให้คนในตำบลดอนแก้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข ผู้บริหารของ อบต. และ รพ.ชุมชนดอนแก้ว มีวิสัยทัศน์ ทิศทาง นโยบาย แนวคิด และรูปแบบการทำงานแบบบูรณาการในชุมชนที่เป็นรูปธรรม สามารถดำเนินงานได้ผลตามที่วางเป้าหมายไว้ ชุมชนมีการเรียนรู้ร่วมกันอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเห็นได้ชัดจากการปรับเปลี่ยนพัฒนารูปแบบการทำงานให้ดีขึ้นในแต่ละช่วงเวลา มีการพัฒนาศักยภาพทีมงาน อาสาสมัคร และส่งเสริมพลังอำนาจแก่กลุ่มจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีจุดแข็งคือมีแหล่งทุนสนับสนุนที่เป็นเงินงบประมาณ เงินรายได้ เงินบริจาค และแหล่งทุนที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือจากภายนอก ที่ช่วยส่งเสริมให้ตำบลดอนแก้วเป็นแหล่งเรียนรู้และต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพชุมชนให้มีความเข้มแข็งแก่ชุมชนอื่นๆ ในระดับประเทศ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ม.1, ม.6, ม.7 และ ม. 8 ในพื้นที่ตำบลน้ำใจ

ผู้วิจัยรวบรวมและสรุปข้อมูลจากภาคีเครือข่ายหลัก 3 ภาคี ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ม.1, ม.6, ม.7 และ ม. 8 ในพื้นที่ตำบลน้ำใจ ดังนี้

1. **ภาคีบริการสุขภาพ** ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ทะ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ทันตสาธารณสุข) บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ทะ รพ.สต.ฮ้องห้า รพ.สต.บ้านหนอง และ รพ.สต.ศรีหวมดเกล้า จ.ลำปาง

บทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละระดับเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยงาน และในชุมชน ได้แก่

- 1) ประสานการมอบหมายนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้กับผู้ปฏิบัติรวมถึงกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ
- 2) ควบคุมกำกับให้มีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด
- 3) นิเทศงานและเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงประสานติดตามให้ชมรมผู้สูงอายุทุกแห่ง ดำเนินการตามเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
- 4) เป็นกรรมการ คปสอ. รับผิดชอบงานร่วมกับ สสอ. มีหน้าที่ประเมิน วิเคราะห์ผลการดำเนินงานในภาพรวมของผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานผู้สูงอายุทั้ง 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ) รวมทั้งการประสานงานกับภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. พัฒนาชุมชน กศน. เพื่อให้มีการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานผู้สูงอายุ
- 5) จัดประชุมคณะกรรมการผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับอำเภอเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ทำให้ทราบปัญหาผู้สูงอายุ และกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกัน
- 6) ให้มีการคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือการประเมิน (15 เรื่อง) และการประเมิน TAI ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง และจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุรายบุคคลโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.
- 7) ประสาน รพ.สต. ทุกแห่ง เน้นทบทวนระบบในการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติจากการคัดกรองของ รพ.สต. ให้ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
- 8) ประสานการส่งข้อมูลผู้สูงอายุผ่านระบบ COC Link โดยมีทีม FTC แต่ละระดับดูแลและติดตาม
- 9) จัดอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) ในพื้นที่เป้าหมาย และอบรมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสค.) เพื่อดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง
- 10) ให้บริการด้านการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและในชุมชน ได้แก่ ตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง คัดกรอง รักษา และส่งต่อการรักษาตามความเหมาะสม ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ให้ความรู้แก่ Caregiver และเครือข่ายชุมชน กระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโดยการคืนข้อมูล ร่วมกันเยี่ยมบ้าน learning by doing ร่วมกับชุมชน รับปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้กับผู้สูงอายุในการดูแลตัวเองให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของอายุและการฟื้นฟูสภาพ เช่น ข้อเข่าเสื่อม หลังค่อม การป้องกันการหกล้ม การฝึกกลืนปัสสาวะ โดยทำงานร่วมกับ รพ.สต. อสม. ชุมชน และท้องถิ่น ประเมิน ADL ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มเพื่อให้การดูแลตามสภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม
- 11) ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และป้องกันโรคในช่องปากกลุ่มผู้สูงอายุ ให้ความรู้ด้านทันตสาธารณสุข และส่งเสริมให้ชมรมผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก/ฝึกทักษะการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

ข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรค ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในหน่วยงานและในชุมชน ได้แก่

1) บุคลากรยังมีข้อจำกัดของการคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงองค์ความรู้ให้เท่าทันสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันและในอนาคต ทีมสหสาขาวิชาชีพบางส่วนยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลเชิงรุกเท่าที่ควร และเห็นว่าการทำงานเชิงรุกต้องเป็นหน้าที่ รพ.สต. นอกจากนี้ การเข้าถึงการให้บริการใน รพช. ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนหนึ่งมีข้อจำกัด เช่น การเคลื่อนไหว คนและพาหนะที่มาส่ง ค่าใช้จ่ายระหว่างอยู่ รพ. และเชื่อมโยงต่อเนื่องระบบบริการระหว่าง รพช. - รพ.สต. - ชุมชน ยังขาดคุณภาพ ส่วนการประสานกับภาคีอื่นๆ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานผู้สูงอายุ เช่น อบต. พัฒนาชุมชน กศน. ยังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก และภาคีบริการสุขภาพต้องทำหน้าที่เสมือนเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) ระบบการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล รพ.สต. และในชุมชนยังไม่ครอบคลุมโรคสำคัญ โดยเฉพาะโรค Geriatric Syndrome มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุใน รพช. แต่ยังไม่มีความชัดเจน

3) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (กลุ่มติดสังคม) เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องในทุกหมู่บ้าน และบางหมู่บ้านขาดแกนนำผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและขาดทักษะการเป็นผู้นำ ทำให้ยังเป็นการเน้นที่บริการดูแลรักษาเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย มากกว่าการส่งเสริมป้องกันโรค

4) เนื่องจากปัญหาหลักของสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุคือ การสูญเสียฟันถึงร้อยละ 90 และปัญหาโรคปริทันต์ ร้อยละ 62 รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านทันตสาธารณสุขมีน้อย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ไม่เห็นความสำคัญของการดูแลช่องปาก ความกลัวการมาพบเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข กลัวการทำฟัน ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการดูแลช่องปากได้ครบถ้วน 100 % ทันตบุคลากรลงพื้นที่ รพ.สต. เพียงแห่งละ 2 ครั้ง ต่อเดือน และต้องดูแลกลุ่มประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบทุกกลุ่มวัย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถเดินทางมารับการตรวจฟันได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวหรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

5) ปัญหาด้านเศรษฐกิจในครัวเรือนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล การขาดแคลนอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ญาติต้องใช้เงินจำนวนมากซื้อมาใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6) ปัญหาเกี่ยวกับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้โครงการการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

6.1) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.อ่องห้า เป็นพื้นที่ในโครงการ Long Term Care (LTC) ซึ่งเป็นโครงการที่มีแนวคิดในการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานจาก 4 กระทรวง ประกอบด้วย

(1) กระทรวงสาธารณสุข จะมี รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการจัดสถานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการผู้พิการและผู้สูงอายุทุกกลุ่มในชุมชน (2) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะมีพัฒนาชุมชน เป็นผู้ดำเนินงานในจัดกลุ่มอาชีพ จัดสวัสดิการทางสังคม และส่งเสริมการสร้างรายได้ให้แก่ผู้พิการและผู้สูงอายุในชุมชน (3) กระทรวงศึกษาธิการ จะมี กศน. เป็นผู้ดำเนินงานในการส่งเสริมความรู้ และการถ่ายทอดความรู้ในการพัฒนาอาชีพ การพัฒนางาน และการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ในชุมชนให้ผู้พิการและผู้สูงอายุ และ (4) กระทรวงมหาดไทย จะมี อบต. เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพ ส่งเสริมการสร้างอาชีพ การสร้างงาน ของผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน โดยผู้บริหารงบประมาณของแนวคิด LTC คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งในระยะแรกของการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ รพ.สต. ยังไม่สามารถนำงบประมาณมาใช้ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมได้ในชุมชน เนื่องจากติดปัญหาด้านกฎ ระเบียบ หรือข้อบังคับ บางประการของแต่ละหน่วยงาน ทางหน่วยงานต่างๆ จึงได้หาช่องทางในการดำเนินงานเพื่อให้โครงการดังกล่าวดำเนินการได้ คือ การเสนอให้จัดตั้งองค์กรกลางขึ้นสำหรับการดำเนินงานด้าน Long Term Care โดยเฉพาะ คือ การผลักดันให้จัดตั้งศูนย์พัฒนาอาชีพและโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้นโดยให้เป็นองค์การภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานท้องถิ่น ซึ่งขณะนี้หน่วยงานที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกันกำลังอยู่ระหว่างการหาแนวทางที่จะนำงบประมาณมาใช้

6.2) สำหรับการดำเนินงานพัฒนาอาสาสมัครผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) ในโครงการ LTC นั้น รพ.สต. อ่องห้า ร่วมกับ รพ.แม่ทะ และ รพ.สต. ได้คัดเลือกอาสาสมัครและจัดอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมง เพื่อให้ CG ได้เป็นกำลังสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณการอบรม CG จาก คปสอ.แม่ทะ แต่พบว่าขาดการบูรณาการในการอบรม CG ในภาพรวมของทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องกัน เนื่องจากแต่ละกระทรวง (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน LTC และการจัดอบรมแก่ CG ทำให้การอบรม CG เกิดความซ้ำซ้อน เสียเวลา และงบประมาณ นอกจากนี้ แต่ละกระทรวงยังมีแนวทางการดำเนินการที่แตกต่างกัน เช่น กระทรวงสาธารณสุขเห็นควรให้ CG ทำงานแบบจิตอาสา และออกประกาศโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ค่าตอบแทน CG เดือนละ 300 บาท ไม่ว่าจะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกี่คนก็ตาม ซึ่งขัดแย้งกับแนวทางที่กำหนดไว้โดย สปสช. (อ้างถึงหนังสือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช. ๓.๖๕/ว.๑๕ ลงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๐ เรื่อง ชักซ้อมความเข้าใจการดำเนินการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และหนังสือของกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๔๓๓.๐๓/ว ๕๔๐ ลงวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เรื่อง แนวทางการบริหารจัดการผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ดูแลระยะยาว (Long Term Care))

ความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อความเชื่อมโยงการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคท้องถิ่น และแหล่งงบประมาณที่จะช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน มีดังนี้

1) ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือการประชุมร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดการทำงานการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันทั้งในด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผนการทำงานดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม การใช้ทรัพยากรและงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนในการทำกิจกรรมของแต่ละกลุ่มหรือหน่วยงาน รวมถึงควรมีการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ ฐานข้อมูล ในพื้นที่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพ และควรส่งเสริมให้อสม. อาสาสมัคร หรือกลุ่มจิตอาสาต่างๆ ในชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

2) กระทรวงหลัก 4 กระทรวงที่เกี่ยวข้องกันโครงการ LTC ควรวางแผนการบริหารงบประมาณแบบบูรณาการ เพื่อให้การใช้งบประมาณมีความชัดเจนมีแบบแผน และเกิดผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนของงบประมาณที่มาจาก สปสช. (ผ่านกองทุนสุขภาพตำบล) จากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จากกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นเงินบำรุง รพ. และงบ UC (Universal Coverage หรือผู้ใช้สิทธิบัตรทองหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสปสช.) จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากทางพัฒนาชุมชนจังหวัดสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการออกเยี่ยมผู้พิการในชุมชน รวมถึงงบประมาณสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์สำหรับอำนวยความสะดวกให้ผู้พิการในชุมชน

รพ.สต.ศรีหมวดเกล้า ซึ่งเป็นคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) นำร่องของจังหวัดลำปาง ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงว่า ในช่วงแรกประสบปัญหาในการออกเยี่ยมบ้านในชุมชน เพราะมีประชากรมาก และพื้นที่รับผิดชอบมีขอบเขตที่กว้างมาก จึงมีแนวคิดว่าจะมีผู้ช่วยในการออกเยี่ยมบ้านในแต่ละชุมชน เพื่อช่วยเจ้าหน้าที่อีกทางหนึ่ง จึงได้ขออาสาสมัครของแต่ละหมู่บ้านมาเป็นผู้ช่วย ในนาม อสม. และมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนา อสม. จิว เพื่อเตรียมพร้อมการเป็นนักดูแลสุขภาพในชุมชนรุ่นต่อไปได้ด้วย จนกระทั่ง รพ.สต. ได้รับโครงการตำบล Long term care จึงได้คัดเลือก อสม. จำนวน 10 คน พัฒนาเป็น CG และพัฒนาผู้ที่ถูกเลือกนี้ให้สามารถทำงานหัตถการและงานเยี่ยมบ้านในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งทุกคนสามารถทำการออกเยี่ยมบ้านและทำงานแทนเจ้าหน้าที่ที่ออกเยี่ยมบ้านได้ ทั้งนี้ แนวทางในการพัฒนา อสม. และ CG ของรพ.สต. ศรีหมวดเกล้า เน้นที่การสร้างความรู้ความเข้าใจและการเชิดชูเกียรติให้แก่ อสม. และ CG โดยในแต่ละปีจะจัดให้มีการประกวดผลงานการดูแลสุขภาพในชุมชน รวมถึงการดื่งบุคลากรและสมาชิกในกลุ่มทางสังคมต่างๆ เช่น โรงเรียน วัด มาเป็นแนวร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงการออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนแบบสัจจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ อสม. และ CG มีความภูมิใจและมีกำลังใจในการทำงานในรูปแบบทีมสุขภาพชุมชนสัญญา

สำหรับการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในชุมชนของ รพ.สต.ศรีหมวดเกล้า จะเชิญหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มจิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ และวัด เป็นต้น เข้ามามีบทบาทในการวางแผนสุขภาพของชุมชน โดยจะมีกิจกรรมต่างๆ ที่มีผู้รับผิดชอบเป็นบุคคลจากชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเอง เช่น กิจกรรมผู้สูงอายุสัจจโดยกลุ่มผู้สูงอายุ การตั้งกองทุนบริจาคเงินสำหรับการซื้ออุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนของวัด เป็นต้น ในส่วนของการสนับสนุนด้านอุปกรณ์เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รพ.สต. ได้รับบริจาคของเยี่ยมบ้านบางส่วนที่เป็นของถวายทานจากทางวัด ได้รับสนับสนุนงบประมาณเป็นเงินจากงานบุญและกิจกรรมนันทนาการต่างๆ จากชุมชน จากการจัดตั้งกองทุนต่างๆ ในชุมชนของกลุ่มจิตอาสา เช่น กลุ่มผู้สูงอายุมีโครงการออมวันละบาทสำหรับเป็นค่าจัดซื้ออุปกรณ์เยี่ยมไข้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนเอง รวมถึงการใช้เงินคงเหลือในการจัดกิจกรรม หรือโครงการต่างๆ ด้านสุขภาพ มาใช้เป็นงบประมาณในชื่อของเยี่ยมบ้าน หรืออุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยในชุมชนอีกทางหนึ่งด้วย

ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้จากภาคบริการสุขภาพ (ทีมสหสาขาวิชาชีพ) แสดงให้เห็นว่า ระบบการบริการสุขภาพมีความพร้อมพอสมควรทั้งในด้านการบริหารจัดการ ด้าน

ทรัพยากร (วัสดุอุปกรณ์) ด้านบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และด้านงบประมาณ แต่อย่างไรก็ตาม วัสดุอุปกรณ์บางอย่าง เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ และเป็นภาระสำหรับญาติผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย ส่วนในด้านงบประมาณยังมีปัญหาเกี่ยวกับระเบียบการใช้เงินซึ่งควรได้รับการแก้ไขในระดับนโยบายของกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และควรค้นหาแหล่งจากชุมชนเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย เช่น จากกองทุนต่างๆ ในชุมชน และจากวัด ทั้งนี้ จุดเด่นของการดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพคือการมีกลุ่มอาสาสมัคร (อสม.) กลุ่ม CG และกลุ่มจิตอาสาต่างๆ ที่ช่วยในการดูแลด้านสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ควรได้รับการเสริมแรง ให้คุณค่า และพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นกำลังสำคัญของชุมชนอย่างยั่งยืน

2 ภาศึบริการสังคม ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ตัวแทนจากกระทรวงศึกษาธิการ (ครูจากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ครูจากโรงเรียนบ้านฮ่องห้า) ตัวแทนจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เจ้าอาวาสวัดฮ่องห้า ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ตัวแทนของคริสตจักรปทุมธรรม และตัวแทนจากหน่วยงานเอกชน (บริษัท SCG โรงงานเซรามิก) ซึ่งลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของกลุ่มภาศึบริการสังคม มีดังนี้

1) พระสงฆ์ในอดีตจนถึงปัจจุบันทำหน้าที่เป็นตัวแทนของศาสนา ที่สั่งสอนแนวคิดในการปฏิบัติตนให้ดีทั้งสุขภาพและด้านจิตใจ โดยเฉพาะสุขภาพทางจิตนั้นเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของผู้สูงอายุที่ใช้อยู่ในชีวิตจิตใจ ดังนั้นหลักธรรมจึงเป็นแนวทางแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตได้ ส่วนมากผู้สูงอายุจะเข้าวัดและทำบุญเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจ แต่ก็ควรได้รับการกำลังใจจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่ติดเตียงด้วย เพราะความรักและกำลังใจจากครอบครัวเป็นสิ่งที่ดีและสำคัญ แต่คนดูแลก็ต้องมีกำลังใจเช่นกัน ซึ่งพระสงฆ์จึงมีบทบาทเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของคนดูแลด้วย สำหรับในส่วนตัวแทนของคริสตจักรปทุมธรรมก็ได้มีโอกาสไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและไม่สามารถทำกิจกรรมหรือมาโบสถ์ได้ และให้กำลังใจโดยการพูดคุย หนุนใจ และนำของไปเยี่ยมผู้สูงอายุ

2) กศน.ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในทักษะด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทักษะความรู้พื้นฐาน การพัฒนาทักษะชีวิต สังคม และชุมชน การพัฒนาทักษะอาชีพให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ และได้เข้าร่วมกับทีม FCT ออกเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจความต้องการทางการศึกษาและอาชีพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ นำความต้องการจากการที่ได้สำรวจ จัดทำแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามความต้องการเรียนรู้ อาทิ การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะอาชีพ (การเข้าสู่อาชีพ,การต่อยอดอาชีพ และพัฒนาอาชีพ) กลุ่มประดิษฐ์ดอกไม้จันทน์ กลุ่มเย็บหมอนสมุนไพร การทำตุ๊กตาลานนา และมีการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าสู่สังคม พบปะเพื่อนฝูง โดยจัดกิจกรรมร่วมกับ รพ.สต. เทศบาลตำบลน้ำใจ สถานศึกษาในพื้นที่ รวมถึงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน นอกจากนี้ กศน. ได้จัดโครงการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตรระยะ 70 ชั่วโมง) จัดอบรมการส่งเสริมอาชีพในชุมชนให้แก่ CG และมีการพัฒนานวัตกรรมที่เป็นวัสดุใช้ทดแทนผ้าอ้อมแบบใช้แล้วทิ้ง โดยส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้พิการและผู้สูงอายุในการตั้งกลุ่มเย็บผ้าอ้อมแบบซักได้ และจำหน่ายให้แก่ชุมชน ซึ่งสร้างรายได้ให้แก่ผู้พิการและผู้สูงอายุอีกทางหนึ่งด้วย

3) สนับสนุนงบประมาณ หรือวัสดุอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมของชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมและดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านแก่ผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย และจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เช่น รถเข็น

4) การมีโอกาสดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอยู่ทุกอย่างในบ้านให้ทั้งพ่อแม่ ดูแลเรื่องโภชนาการความสะอาด ความเจ็บป่วย พาไปหาหมอตามหมอนัด ดูแลเรื่องยา พาไปทำบุญบางโอกาส เคยมีโอกาสไปเยี่ยมบ้านพักคนชราที่เชียงใหม่ เอาของไปเยี่ยมและไปพูดคุยกับผู้สูงอายุในบ้านพักนั้น

3 ภาศึบริการชุมชน/ท้องถิ่น ได้แก่ นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี สมาชิกสภา (เทศบาลตำบลน้ำโจ้) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนจากชมรมจิตอาสาบ้านแม่ปุง ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) อสม. หมู่ 1, 6, 7, 8 ซึ่งลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของกลุ่มภาศึบริการสังคม มีดังนี้

1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว เช่น ทำบทบาทของลูกดูแลพ่อที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ดูแลการกินอยู่หลับนอน ให้พ่อมีความสุขตามสภาพ ดูแลยายและแม่รวมถึงญาติข้างบ้านด้วย ช่วยในการดูแลหาข้าวปลาอาหารให้ เวลาไม่สบายช่วยนำส่งโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ตามบทบาทหน้าที่ของลูกหลาน

2) เป็นผู้นำชุมชนทำหน้าที่ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกับ รพ.สต. อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หมออนามัย) ในการออกเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน สร้างขวัญกำลังใจกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในชุมชน

3) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาสัมพันธ์ข่าวสารการรณรงค์ป้องกันโรคคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยการตรวจสุขภาพเบื้องต้น (ซึ่งนำหนัก วัดความดันโลหิต) ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อส่งต่อไปกับเจ้าหน้าที่ที่ รพ.สต. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

4) การทำงานของ อสม. และ CG ในชุมชน จัดได้ว่าเป็นทีมสุขภาพกลางของชุมชนในการออกเยี่ยมบ้านโดยเน้นการแจ้งเตือนและการประสานงานเป็นหลัก หากพบว่าผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ จะมีการแจ้งเตือนให้ทีมสุขภาพกลางในชุมชนหรือทีมจิตอาสาในชุมชนเข้าไปดูแลในเบื้องต้นก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ ได้รับบริการสุขภาพที่รวดเร็ว และสามารถส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุกรณีที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงได้อย่างทันท่วงที และอีกทางหนึ่งการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของ CG ในพื้นที่ของ รพ.สต. อ่องหานั้น ได้แนวทางการดำเนินงานจากการร่วมเป็นทีมวิจัย ซึ่งวิธีการดำเนินงานจะเน้นการเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเป็นอันดับแรก และรองลงมาคือกลุ่มที่ติดบ้าน โดยเน้นการเข้าไปสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ แล้วกลับมาประชุมกับทีมสุขภาพ ทีมวิจัย ทีม CG และเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. อ่องหานี้ เพื่อประเมินปัญหาและกำหนดวิธีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในผู้สูงอายุแต่ละราย โดยจะมีการกำหนดพื้นที่รับผิดชอบให้ CG และออกเยี่ยมบ้านเป็นทีม เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ยังได้รับสนับสนุนจากกลุ่มจิตอาสา และอสม. ในชุมชนในการดูแลสุขภาพจึงทำให้การดำเนินงานมีความรวดเร็วและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

5) เป็นส่วนส่งเสริมให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร่วมกัน ชุมชนควรมีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ซึ่งชุมชนก็เปรียบเหมือนครอบครัวใหญ่ คนในชุมชนเป็นเหมือนญาติกันมาตั้งแต่ปู่ย่าตายาย ถ้าชุมชนดูแลกันได้ ช่วยเหลือกัน ก็จะทำให้ชุมชนที่เราอยู่ร่วมกันมีความเข้มแข็ง

6) มีการรวมกลุ่มจัดทำ “โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน” มีการเยี่ยมไข้และให้สวัสดิการเวลาเสียชีวิต จัดตั้งกองทุนเงินออมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีเงินออม มีกลุ่มจิตอาสาที่ช่วยเหลือในการเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียง มีการจัดตั้งกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเหลือสมาชิก เยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงและช่วยเหลือค่าทำศพ

7) ในส่วนของทิศทางและนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ผู้บริหารเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในช่วงที่ผ่านมาได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ไว้หลายช่องทาง ประกอบด้วย

7.1) การเป็นหน่วยงานหลักในสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ให้แก่หน่วยงานต่างๆ และการจ่ายเบี้ยสวัสดิการต่างๆ ของภาครัฐให้แก่ประชาชน ผ่านกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนมาจาก สปสช.

7.2) มีการสนับสนุนการบริการสุขภาพให้กับประชาชนในเขตเทศบาลตำบลน้ำโจ้ โดยได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลแม่ทะสาขาเทศบาลตำบลน้ำโจ้ขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนได้เข้าถึงบริการดูแลสุขภาพที่ใกล้บ้าน และให้บริการในช่วงวันหยุด

7.3) มีการสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งการสนับสนุนเป็นเงินงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องใช้ รวมถึงการจัดหาและจัดสร้างที่อยู่อาศัยให้มีมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

7.4) มีการดำเนินโครงการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา และสนับสนุนแว่นสายตาให้แก่ผู้มีปัญหาด้านสายตาในชุมชน

7.5) เตรียมการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของเทศบาล โดยจะมีการบูรณาการของหน่วยงานในชุมชนเข้ามาดูแลอย่างครบวงจรภายในศูนย์ รวมถึงการดำเนินงานตลาดชุมชนเพื่อการส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุในการปลูกผักปลอดสารพิษในระยะต่อไป ซึ่งแนวคิดนี้ได้มีการบรรจุแผนการดำเนินงานไว้ในเทศบัญญัติของเทศบาลแล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินงานเพื่อจัดตั้ง

ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากความคิดเห็นของภาคีบริการสังคม และภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น

1) อปท.ไม่สามารถใช้งบภายใต้โครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก สปสช. ที่จัดสรรมาได้ เนื่องจากตำบลน้ำโจ้ยังไม่ได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ซึ่งต้องใช้จ่ายงบประมาณผ่านศูนย์ฯ

2) หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชน หรือองค์กรอิสระ ควรร่วมกันพัฒนางานของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แก่ อสม. CG ญาติผู้สูงอายุ หรือกลุ่มอื่นที่สนใจอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านงบประมาณ

3) ควรพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของ อสม. และ CG ให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่พบจากการทำหน้าที่เป็นทีมสุขภาพกลางของชุมชนได้เพิ่มขึ้น

4) การทำงานของ CG มาจากจิตอาสาเป็นส่วนสำคัญ แต่บางครั้งทำให้สูญเสียรายได้จากการทำงานประจำ บางครั้ง CG เกิดความท้อเนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นหลัก ดังนั้นจึงอยากให้หน่วยงานที่เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานในโครงการ Long term care พิจารณาบทบาทและค่าตอบแทนสำหรับการดำเนินงานเพิ่มเติม

5) ผู้นำชุมชน และผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ควรกำหนดทิศทางและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน และควรมีการจัดทำแผนชุมชนและสร้างมาตรฐานสุขภาพด้านผู้สูงอายุให้ชัดเจนมากขึ้น

6) ภาควิชาการช่วยควรร่วมกันส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล สามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองเสริมแรงให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ระดับหนึ่ง และสามารถบอกความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

ข้อมูลจากภาคีบริการสังคม และภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์กันของคนในชุมชน โดยมีจุดแข็งที่ปรากฏให้เห็นในลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยความสัมพันธ์ทางเครือญาติ มีการช่วยเหลือกันในชุมชนแบบจิตอาสา และมีที่พึ่งด้านจิตใจและจิตวิญญาณจากคำสอนของศาสนา ส่วนภาคีบริการสังคมได้กำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้สอดคล้องนโยบาย Long Term Care ของประเทศ สู่เป้าหมายในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีคุณค่าในสังคมไทย

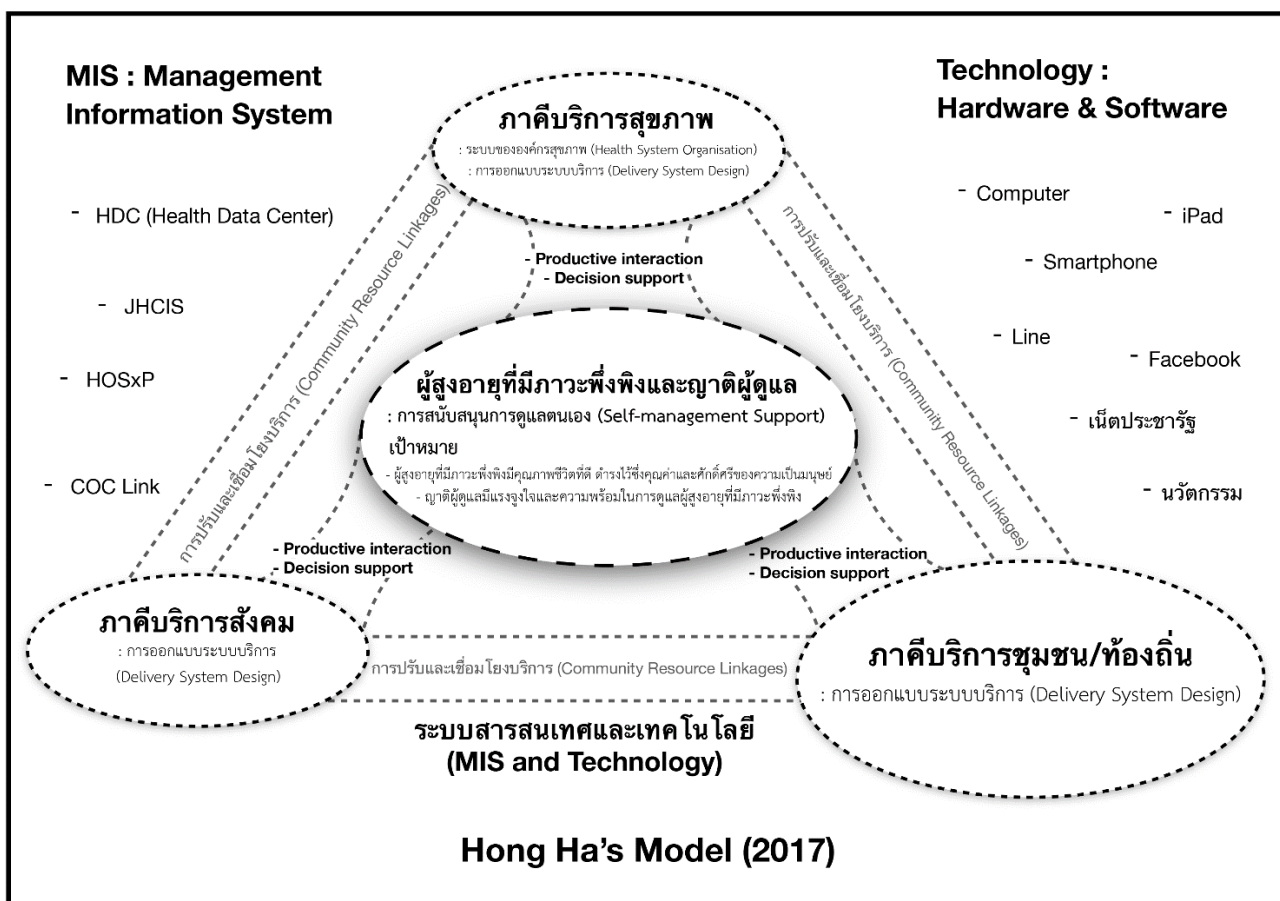
ผลการศึกษาที่ได้จากภาคีหลัก 3 ภาคี ได้แก่ ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการสังคม และภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น เป็นข้อมูลส่วนสำคัญที่ผู้วิจัยจะนำไปเชื่อมโยงกับผลการศึกษาวิจัยอีก 3 ส่วน (การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง) โดยผู้วิจัยจะนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์และสรุปเป็นรูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. อ่างน้ำจืด อ.แม่ทะ จ.ลำปาง ต่อไป

ส่วนที่ 3 รูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) จากบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม)

1) การเสนอความคิดเห็นของผู้วิจัยต่อรูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิจัยที่ผู้วิจัยได้นำเสนอทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย (1) การพัฒนาความรู้ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง แก่ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) (2) การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (3) การพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่ต้องการใช้ประโยชน์จากข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

และกลุ่มติดเตียง และ (4) ข้อมูลจากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ลำปาง และ เชียงใหม่ และ ข้อมูลจากภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ การบูรณาการการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของภาคีหลัก 3 ภาคี ในชุมชน และองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ของ The Chronic Care Model และนำเสนอเป็น Hong Ha's Model : รูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยมีความเห็นว่ารูปแบบระบบเครือข่ายฯ นี้ จะทำให้การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเกิดมีประสิทธิภาพตามยุทธศาสตร์และนโยบายของประเทศ ซึ่งได้แสดงและอธิบาย Hong Ha's Model : รูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ ไว้ในภาพที่ 22 ดังนี้



ภาพที่ 22 แสดงความคิดเห็นของผู้วิจัยต่อรูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากภาพที่ 22 อธิบายได้ว่า ชุมชนฮ้องห้า (ม.1 ม.6 ม.7 และ ม.8 ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) เป็นระบบเปิด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือการเคลื่อนไหวของคนใดหรือภาคส่วนใดที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ย่อมส่งผลกระทบต่อคนหรือภาคส่วนที่อยู่ในชุมชนนั้นด้วยไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง ดังนั้น แนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) ที่เพิ่มขึ้นของชุมชนฮ้องห้า จึงมีกระทบต่อคนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ข้องหาด้วยเช่นกัน Hong Ha's Model ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล ภาศบริการสุขภาพ ภาศบริการสังคม ภาศบริการชุมชน/ท้องถิ่น ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี การปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ การสนับสนุนการตัดสินใจ และการปรับและเชื่อมโยงบริการ โดยแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. **ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) และญาติผู้ดูแล :** จากข้อมูลการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนฮองฮา พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพ เช่น มีโรคประจำตัว มีความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก มีปัญหาการมองเห็น มีอาการปวดเข่า และเสี่ยงต่อการหกล้ม มีค่า BMI ต่ำกว่าปกติและเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร มีภาวะปัสสาวะเรื้อรังหรือปัสสาวะราด และมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่วนญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ส่วนหนึ่งมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างเป็นผู้ดูแล มีความเครียดและมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอธิบายด้วยองค์ประกอบ ของ Chronic Care Model คือ การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management Support) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ/สนับสนุนส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ทัดเทียมกับบุคคลอื่น สำหรับญาติผู้ดูแลควรเสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจหรือพลังอำนาจ ในการดูแลตนเองและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีความสามารถในการประเมินภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และความมั่นใจในการดำเนินชีวิตกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงสามารถบอกอุปสรรคหรือความขาดแคลนทรัพยากร และความต้องการการช่วยเหลือ กับบุคคลหรือภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความพร้อมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

2. **ภาศบริการสุขภาพ :** ประกอบด้วย โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลแม่ทะ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ทะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮองฮา และหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพของชุมชนฮองฮา ซึ่งอธิบายด้วยองค์ประกอบ ของ Chronic Care Model คือ **ระบบขององค์กรสุขภาพ (Health Systems Organization)** หมายถึง นโยบาย แผนงาน โครงการ และภาวะผู้นำของผู้บริหารของหน่วยบริการสุขภาพ ที่กำหนดแนวทางที่ครอบคลุมและชี้นำการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย สอดคล้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน และระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) ของประเทศไทย รวมถึงการบริหารจัดการทรัพยากรด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณ ให้เหมาะสมกับการดำเนินงาน ส่วนอีกหนึ่งองค์ประกอบของ Chronic Care Model คือ **การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design)** หมายถึง บทบาทของทีมนสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง (Team based approach) กับสถานบริการสุขภาพทุกระดับ (ตติยภูมิ ทติยภูมิ ปฐมภูมิ) ทั้งในรูปแบบคณะกรรมการระดับอำเภอ (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ : คปสอ.) เครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (CUP) และระบบ Case Management ในพื้นที่ที่มีนักจัดการสุขภาพ (Care Manager) เป็นผู้จัดการการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Planned Care) ให้สอดคล้องตามสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ภาคิบริการสังคม : ประกอบด้วย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วัด โรงเรียน คริสตจักรปทุมธรรม และหน่วยงานเอกชน (บริษัท SCG โรงงานเชรามิก) ซึ่งอธิบายด้วยองค์ประกอบ ของ Chronic Care Model คือ การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) หมายถึง บทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กร ได้แก่ องค์กรศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สักสอนและให้แนวคิดในการดำเนินชีวิต และการมอบสิ่งของและเงินบริจาคจากวัดสำหรับสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กระทรวงศึกษาธิการมีการพัฒนาทักษะอาชีพ และจัดหาแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์ให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลเพื่อเพิ่มรายได้ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้ความช่วยเหลือด้านการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกบ้าน และจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน ส่วนหน่วยงานเอกชนในพื้นที่สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. ภาคิบริการชุมชน/ท้องถิ่น : ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลตำบลน้ำโจ้) ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสา และผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) ซึ่งนับได้ว่าเป็นภาคีที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนอย่างมากที่สุด อธิบายด้วยองค์ประกอบ ของ Chronic Care Model คือ การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) หมายถึง บทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กร ได้แก่ ผู้บริหารเทศบาลตำบลน้ำโจ้ กำหนดทิศทาง นโยบาย แผนงาน/โครงการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และจัดสรรงบประมาณ เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผู้นำชุมชนทำหน้าที่ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ CG ในพื้นที่เป็นทีมสุขภาพกลางของชุมชนในการออกเยี่ยมบ้าน คัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ แจ้งเตือน และให้คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพ ชมรมจิตอาสา และการรวมตัวของกลุ่มต่างๆ มีกิจกรรมเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแล ทั้งนี้ การดูแลซึ่งกันและกันของคนในชุมชนอย่างทั่วถึง เปรียบเสมือนการดูแลคนในครอบครัวเดียวกันที่เป็นครอบครัวใหญ่และมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ

5. ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี (Management Information System and Technology): ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูล JHCIS, HOSxP, COC Link และ HDC (Health Data Center) และเทคโนโลยีที่เป็น Hardware & Software ได้แก่ Computer, Smartphone, Ipad, Line, Facebook, เน็ตประชารัฐ และนวัตกรรม เพื่อให้ภาคีหลัก 3 ภาคี มีข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ ช่วยเตือนและติดตามการดูแล และให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่องทันทั่วถึง ช่วยให้ทุกคนได้รับรู้ข้อมูล ข่าวสาร และนวัตกรรมที่ทันสมัย สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของ Chronic Care Model คือ ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system)

6. ปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (Productive Interaction) และการสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support): หมายถึงการสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์แบบสองทาง (two way) ระหว่างผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลกับภาคีหลัก 3 ภาคี เป็นการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจ การมีแนวทางและระบบให้คำปรึกษาตามบทบาทหน้าที่ของภาคีหลัก 3 ภาคี ที่ตอบสนองตรงต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล และภาคีหลัก 3 ภาคี จะคอยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมเป็นผู้ตัดสินใจต่อการดูแลช่วยเหลือด้วยตนเอง

7. การปรับและเชื่อมโยงบริการ (Community Resource Linkages): หมายถึงการทำความเข้าใจการใช้ทรัพยากรของภาคีหลัก 3 ภาคี ร่วมกัน (บุคลากร วัสดุครุภัณฑ์ งบประมาณ และการจัดการ) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล การกำหนดความชัดเจนของบทบาทหน้าที่เพื่อลดความซ้ำซ้อนการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการร่วมมือในการจัดระบบเชื่อมโยงการส่งต่อการดูแลให้ครอบคลุม เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยเห็นว่า Hong Ha's Model : รูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนบรรลุเป้าหมายการดูแลที่กำหนดไว้ นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และญาติผู้ดูแลมีแรงจูงใจและความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) รูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า (ม.1 ม.6 ม.7 และ ม.8 ตำบลน้ำโจ้ อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง)

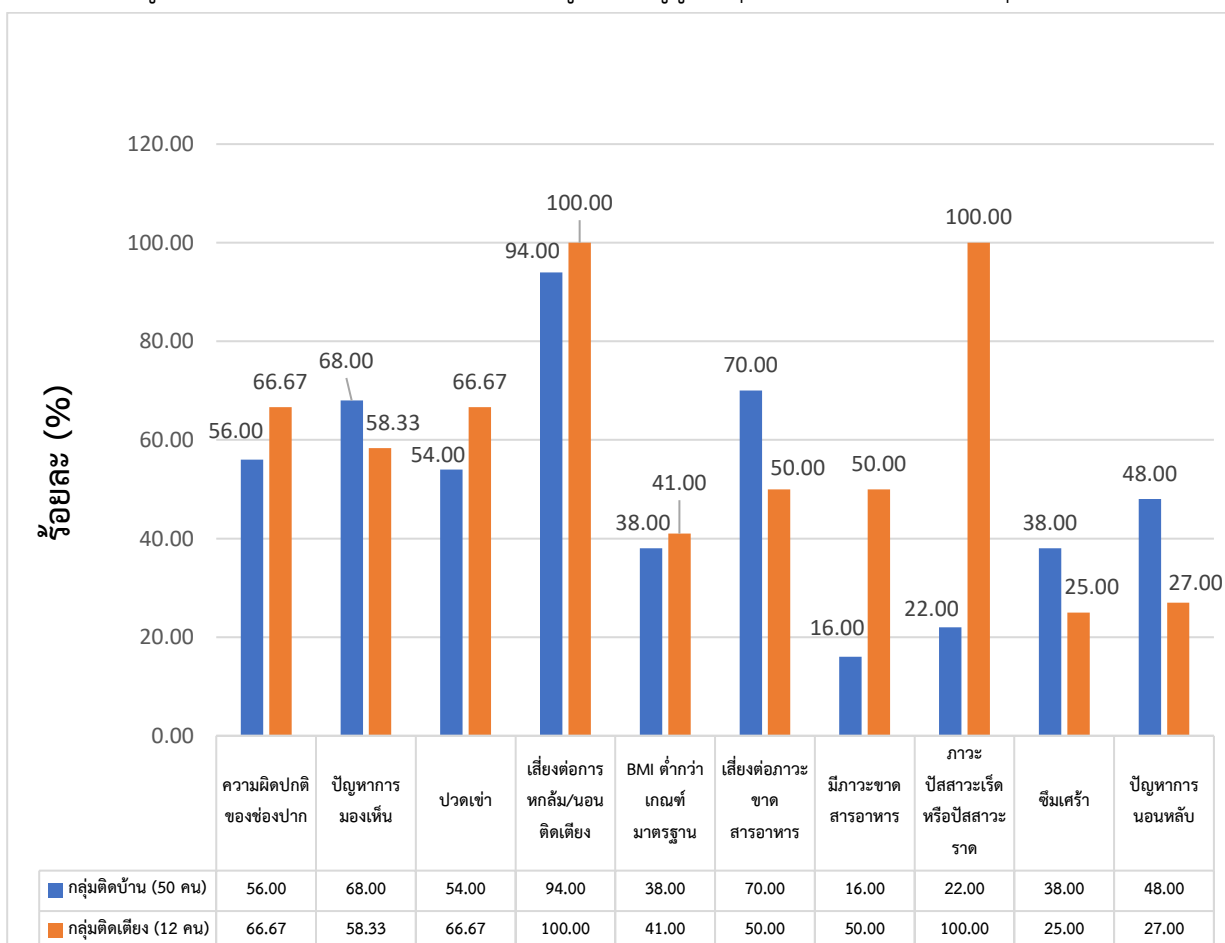
ผู้วิจัยสรุปรูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า อ.มะนัง จ.ลำปาง ไว้ดังภาพที่ 23



ภาพที่ 23 แสดงรูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า

จากภาพที่ 23 อธิบายได้ว่า รูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.อ่องห้า (ม.1 ม.6 ม.7 และ ม.8 ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) ประกอบด้วย (1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล (2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน (3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี ของ รพ.สต.อ่องห้า รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง (4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณจากเทศบาลน้ำโจ้ และ (5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละส่วนประกอบมีความเชื่อมโยงเพื่อประสานการทำงานและใช้ทรัพยากรร่วมกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล : จากข้อมูลการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอ่องห้า พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ มีโรคประจำตัว มีความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก มีปัญหาการมองเห็น มีอาการปวดเข่า เสี่ยงต่อการหกล้ม/นอนติดเตียง มีค่า BMI ต่ำกว่าปกติ เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร มีภาวะขาดสารอาหาร มีภาวะปัสสาวะเรื้อรังหรือปัสสาวะราด ซึมเศร้า และมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ (ดังภาพที่ 24) ซึ่งจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ หน่วยบริการสุขภาพควรเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่นำข้อมูลเหล่านี้ไปวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายบุคคล



ภาพที่ 24 กราฟแสดงปัญหาสุขภาพจากการคัดกรองและประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน ส่วนหนึ่งมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งญาติผู้ดูแลมีความต้องการการช่วยเหลือหรือสิ่งสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ ต้องการให้แพทย์หรือพยาบาลจากโรงพยาบาล หรือให้อสม. ออกมาให้คำแนะนำและสอนวิธีดูแลผู้สูงอายุที่บ้านแก่ญาติผู้ดูแล รวมถึงเข้ามาตรวจสอบสุขภาพให้ที่บ้าน เนื่องจากมีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปยังโรงพยาบาล จากเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ได้แก่ ต้องการให้สนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ไม้เท้า เตียงนอน และอุปกรณ์สิ้นเปลือง คือ กางเกงผ้าอ้อม หรือสนับสนุนงบประมาณในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในรายที่ติดเตียง และผู้พิการเพิ่มเติม นอกเหนือจากงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจากรัฐบาลในปัจจุบัน และต้องการให้สนับสนุนงบประมาณให้กับครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านได้ เนื่องจากภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือส่งเสริมการประกอบอาชีพที่สามารถทำงานอยู่ที่บ้านได้ให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลมีความต้องการให้ผู้นำชุมชน กลุ่มจิตอาสาต่างๆ หรือเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ซึ่งนอกเหนือจาก อสม. มาแวะเวียนหรือเยี่ยมเยียนที่บ้านบ้าง เพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแล และมารับทราบข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลต้องการการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนฮ่องห้า ได้แก่ รพ.สต.ฮ่องห้า รพ.แม่ทะ เทศบาลตำบลฮ่องห้า ตัวแทนจากกระทรวงศึกษาธิการ ตัวแทนจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกลุ่มคนในชุมชนฮ่องห้า ได้แก่ อสม. กลุ่มจิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ พระสงฆ์ หรือผู้นำศาสนา และกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ควรประสานและร่วมกันในการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลทั้งความต้องการทางด้านงบประมาณ วัสดุสิ่งของ การให้ความรู้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เช่น ปอดบวมหรือข้อติดจากการนอนนาน ภาวะขาดสารอาหาร นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลควรได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากคนในชุมชน เพื่อเสริมสร้างให้ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีกำลังใจและรู้สึกว่ามีที่พึ่งที่สามารถขอความช่วยเหลือได้

2. การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน : กลุ่มคนในชุมชนเป็นส่วนส่งเสริมให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการร่วมกันดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง บุคคลหรือกลุ่มคนในชุมชนฮ่องห้า ได้แก่

2.1 เครือญาติและเพื่อนบ้าน ชุมชนฮ่องห้าก็เปรียบเหมือนครอบครัวใหญ่ คนในชุมชนเป็นเหมือนญาติกันมาตั้งแต่ปู่ย่าตายาย คนในชุมชนจึงควรมีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ถ้าชุมชนดูแลซึ่งกันและกันได้ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ก็จะทำให้ชุมชนฮ่องห้าที่มีคนอยู่ร่วมกันมีความเข้มแข็ง และผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องพักจากการดูแลเพื่อไปทำงานหรือร่วมกิจกรรมในชุมชน สามารถฝากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้กับญาติหรือเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงกันให้ช่วยดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การพุงเดิน การรับประทานอาหาร และการป้องกันการหกล้มหรืออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้

2.2 ผู้นำศาสนา ในชุมชนฮ่องห้าผู้นำศาสนาที่มีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่

มีภาวะพึ่งพิง คือ พระสงฆ์ และตัวแทนจากคริสตจักรปวงธรรม โดยเฉพาะพระสงฆ์ที่ในอดีตจนถึงปัจจุบันทำหน้าที่เป็นตัวแทนของศาสนา ที่สั่งสอนแนวคิดในการปฏิบัติตนให้ดีทั้งสุขภาพและด้านจิตใจ โดยเฉพาะสุขภาพทางจิตนั้นเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตเหนียวจิตใจ ดังนั้นหลักธรรมจึงเป็นแนวทางแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตได้ ส่วนมากผู้สูงอายุจะเข้าวัดและทำบุญเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจ แต่ก็ควรได้รับกำลังใจจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่ติดเตียงด้วย เพราะความรักและกำลังใจจากครอบครัวเป็นสิ่งที่ดีและสำคัญ แต่คนดูแลก็ต้องมีกำลังใจเช่นกัน ซึ่งพระสงฆ์จึงมีบทบาทเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของคนดูแลด้วย สำหรับในส่วนตัวแทนของคริสตจักรปวงธรรมก็ได้มีโอกาสไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และไม่สามารถทำกิจกรรมหรือมาโบสถ์ได้ และให้กำลังใจโดยการพูดคุย หนุนใจ และนำของไปเยี่ยมผู้สูงอายุ

2.3 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ชุมชนฮ้องห้ามีผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนันและผู้ใหญ่บ้าน ของหมู่บ้าน 4 หมู่บ้าน (หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8) ทำหน้าที่ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกับ รพ.สต. เทศบาลตำบลน้ำโจ้ว อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการออกเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน สร้างขวัญกำลังใจกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในชุมชน

2.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver : CG) ในชุมชนฮ้องห้าถือได้ว่าเป็นทีมงานของ อสม. และ CG ในชุมชน จัดได้ว่าเป็นทีมสุขภาพกลางของชุมชนในการออกเยี่ยมบ้านโดยเน้นการแจ้งเตือนและการประสานงานเป็นหลัก หากพบว่ามีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ จะมีการแจ้งเตือนให้ทีมสุขภาพกลางในชุมชนหรือทีมจิตอาสาในชุมชนเข้าไปดูแลในเบื้องต้นก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพที่รวดเร็ว และสามารถส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุกรณีที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงได้อย่างทันท่วงที และอีกทางหนึ่งการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของ CG ในพื้นที่ของ รพ.สต.ฮ้องห้า นั้น ได้แนวทางการดำเนินงานจากการร่วมเป็นทีมวิจัย ซึ่งวิธีการดำเนินงานจะเน้นการเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเป็นอันดับแรก และรองลงมาคือกลุ่มที่ติดบ้าน โดยเน้นการเข้าไปสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ แล้วกลับมาประชุมกับทีมสุขภาพ ทีมวิจัย ทีม CG และเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ฮ้องห้า เพื่อประเมินปัญหาและกำหนดวิธีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในผู้สูงอายุแต่ละราย โดยจะมีการกำหนดพื้นที่รับผิดชอบให้ CG และออกเยี่ยมบ้านเป็นทีม เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม อสม. และ CG ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแล โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน ในส่วนของทีมบุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมให้ อสม. และ CG มีพลังอำนาจและความมั่นใจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคอยเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำอยู่เสมอ นอกจากนี้ กลุ่ม CG ยังได้ตั้งไลน์กลุ่ม “ CG ฮ้องห้า ” ขึ้น เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารและให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีทีมวิจัยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ฮ้องห้า และแพทย์ รพ.แม่ทะ เป็นสมาชิกในไลน์กลุ่มนี้ด้วย

2.5 กลุ่มจิตอาสา และชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนฮ้องห้ามีการรวมกลุ่มจัดทำ “โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน” มีการเยี่ยมไข้และให้สวัสดิการเวลาเสียชีวิต จัดตั้งกองทุนเงินออมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีเงินออม มีชมรมผู้สูงอายุและกลุ่มจิตอาสาที่ช่วยเหลือในการเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียง มีการจัดตั้งกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์

ช่วยเหลือสมาชิก เยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงและช่วยเหลือค่าทำศพ ซึ่งนับเป็นการดูแลช่วยเหลือได้มากในด้านวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และการเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลอีกทางหนึ่ง

3. การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี ของ รพ.สต.อ่องห้า รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง ซึ่งแต่ละหน่วยบริการสุขภาพได้จัดระบบการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

3.1 รพ.สต.อ่องห้า เป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนอ่องห้ามากที่สุด และเป็นศูนย์กลางในการประสานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างชุมชน (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแล และกลุ่มคนในชุมชน) กับ รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รพ.สต.อ่องห้า ใช้กรอบแนวคิดการทำงานตามภารกิจของของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งภารกิจหลักพื้นฐานจะเป็นการบริการแบบผสมผสานให้แก่ประชากรทุกกลุ่มอายุ ในสถานพยาบาล ที่บ้าน และชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.อ่องห้า เชื่อมโยงกับศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care Center: COC) และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลแม่ทะ โดยบทบาทหน้าที่การทำงานอยู่ในความดูแลของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ทีมนำ และทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PTC) ของอำเภอแม่ทะ ซึ่งการดำเนินงานของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง คลินิกหมอครอบครัว และ รพ.สต.อ่องห้า มีการใช้ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี ได้แก่ ระบบ HDC (Health Data Center) ระบบ JHCIS ระบบ HOSxP ระบบ COC Link และการตั้งกลุ่มไลน์ ช่วยในการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ต่อเนื่อง

จากนโยบายการคัดเลือกให้ตำบลน้ำโจ้ว อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นตำบลนาร่อง “ตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ” ของจังหวัดลำปาง และโครงการการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ของประเทศไทย รพ.สต.อ่องห้า ได้ดำเนินงาน Care Management ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8) โดยจัดระบบบริหารจัดการการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีผู้จัดการพยาบาลดูแล (care manager) ซึ่งเป็นพยาบาลใน รพ.สต.อ่องห้า เป็นผู้ปฏิบัติงานและจัดทำแผนการดูแล (care plan) ซึ่งเครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายบุคคลให้กับผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver : CG) นำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบดูแลต่อไป ทั้งนี้ การจัดทำแผนการดูแล (care plan) ของผู้จัดการพยาบาลดูแล (care manager) สามารถนำข้อมูลจากผลการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการสำรวจของการวิจัยครั้งนี้ไปจัดทำแผนการดูแล (care plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายบุคคลได้

รพ.สต.อ่องห้า มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพกลุ่มจิตอาสาสาธารณสุขในชุมชนอ่องห้า ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver : CG) โดยการคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม จัดอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความพร้อมในการเป็นทีมสุขภาพกลางในการออกเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำเบื้องต้น และประสานงานกับ รพ.สต.อ่องห้า เพื่อรายงานปัญหาหรือความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีปัญหา

สุขภาพซับซ้อนและต้องการการส่งต่อเพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้ รพ.สต.อ่องห้า ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วในชุมชน ยังต้องมีบทบาทหน้าที่ในการประสานและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานจากกระทรวงอื่นด้วย ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ตัวแทน พมจ.) กระทรวงศึกษาธิการ (ครู กศน.) และกระทรวงมหาดไทย (เทศบาลตำบลน้ำโจ้)

3.2 รพ.แม่ทะ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลแม่ทะ ซึ่งมีคณะกรรมการทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลแม่ทะ (Family Care Team: FCT) ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่กลุ่มสนับสนุน ทำหน้าที่ในการดูแลรักษา บำบัดฟื้นฟู สร้างเสริมสุขภาพการดูแลระยะยาว (Long Term Care) หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยเน้นการมีทีมดูแลถึงที่บ้าน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน การเสริมพลังและสนับสนุนให้ประชาชนเกิดการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลในกรณีมีการส่งต่อโดยเชื่อมประสานกับหน่วยรับส่งต่อ (รพ.ลำปาง รพ.สต.ในพื้นที่) เพื่อให้การส่งต่อจนสิ้นสุดปัญหาความเจ็บป่วย และการจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว (Family Health Status) เพื่อให้รู้ปัจจัยเสี่ยง รวมถึงแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของคนในครอบครัว

ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care Center: COC) และ ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) รพ.แม่ทะ ทำหน้าที่เชื่อมประสานการดูแลระหว่าง รพ.ลำปาง รพ.แม่ทะ และรพ.สต.อ่องห้า เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระยะยาวได้รับบริการการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงทำหน้าที่เป็นศูนย์สนับสนุนด้านต่างๆ สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ (เครื่องมือ กายอุปกรณ์ Home O2 เครื่อง Suction ที่นอนลม) จัดหายาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ (ยาที่จำเป็นต้องใช้ Set ทำแผล ถุง Colostomy สาย Foley's catheter สาย Suction) และจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ (ฐานข้อมูลผู้ป่วย พัฒนาระบบรับ-ส่งข้อมูล เก็บข้อมูล ประมวลผล และรายงานผลการดำเนินงาน) ซึ่ง รพ.แม่ทะ ได้พัฒนาปรับปรุงโปรแกรม COC Link ระบบ off Line เป็นโปรแกรม COC Link ระบบ On Line เป็นผลสำเร็จ และนำไปใช้ครั้งแรกในเดือนตุลาคม 2559 ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ทะ ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในการติดตามดูแลต่อเนื่องกับ รพ.สต. ในพื้นที่ได้ครอบคลุมทั้งหมด ทั้งโรงพยาบาลแม่ทะและ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอแม่ทะ สามารถส่งไปและส่งกลับ (two way) ข้อมูลการติดตามดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลเป็นปัจจุบัน (real time) การลงข้อมูลได้ทั้งในคอมพิวเตอร์/มือถือ/สมาร์ทโฟน มีรายละเอียดการเยี่ยมครบถ้วน มีระบบแจ้งเตือนกรณีเร่งด่วน และสามารถพิมพ์ข้อมูลและสรุปประมวลผลได้ตามต้องการ นอกจากนี้ การใช้โปรแกรม COC Link ได้ดำเนินงานผ่าน Application บนโทรศัพท์มือถือ สามารถให้คำปรึกษาและวินิจฉัยอาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมาที่ รพ.สต. หรือเข้าไปที่โรงพยาบาล อีกทั้งทำให้ค้นพบปัญหาอื่นๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเช่น ปัญหาการขาดความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่บ้าน ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ของผู้ดูแล และการขาดแคลนอุปกรณ์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ปัญหาบางอย่างสามารถแก้ไขได้อย่างจากการแจ้งเตือน ซึ่งจะมีกลุ่มจิตอาสาในชุมชน เช่น กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มกองทุนต่างๆ

ช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย และช่วยออกมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้ป่วยก่อนในเบื้องต้น ก่อนที่ทีมหมอครอบครัวจะมาถึง

3.3 รพ.ลำปาง การดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ของ รพ.ลำปาง โดยมีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuous of Care: COC) ทำหน้าที่เชื่อมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลถึงโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) /ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) โดยศูนย์ COC ในโรงพยาบาลทุกแห่งทำหน้าที่ประสานการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.ลำปาง เพื่อรับผู้ป่วยจะกลับไปรักษาต่อเนื่องใกล้บ้าน และกำหนดการออกเยี่ยมบ้านครั้งแรกตามประเภทผู้ป่วยและความซับซ้อนโดยทีมสหสาขา และทีมหมอครอบครัว (มอค.) หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ

รพ.ลำปาง ได้พัฒนาระบบโปรแกรมเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง (COC Link Program) ของ รพ.ลำปาง ขึ้น เพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน/ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในพื้นที่ของ รพ.แม่ทะ เพื่อให้ รพ.แม่ทะ ส่งต่อข้อมูลไปยัง รพ.สต.ฮ้องห้า ต่อไป

นอกจากนี้ การดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ของ รพ.ลำปาง ยังทำบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น Aging Manager, FCT, Case Manager และจัดอบรมการพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานให้กับภาคีเครือข่าย ชุมชน ตลอดจนเป็นพี่เลี้ยง นิเทศ ให้คำแนะนำปรึกษา ประสานงานชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและขับเคลื่อนร่วมกัน

4. การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณ จากเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ในส่วนของทิศทางและนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ผู้บริหารเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในช่วงที่ผ่านมาได้กำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ไว้หลายช่องทาง ประกอบด้วย

4.1 การเป็นหน่วยงานหลักในสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ให้แก่หน่วยงานต่างๆ และการจ่ายเบี้ยสวัสดิการต่างๆ ของภาครัฐให้แก่ประชาชน ผ่านกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนมาจาก สปสช.

4.2 มีการสนับสนุนการบริการสุขภาพให้กับประชาชนในเขตเทศบาลตำบลน้ำโจ้ โดยได้มีการจัดตั้ง รพ.แม่ทะ สาขาเทศบาลตำบลน้ำโจ้ขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนได้เข้าถึงบริการดูแลสุขภาพที่ใกล้บ้าน และให้บริการในช่วงวันหยุด รวมถึง การจัดบริการยานพาหนะเพื่อส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ

4.3 สนับสนุนงบประมาณ หรือวัสดุอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมของชุมชน เกี่ยวกับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม รวมถึงสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านแก่ผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย และจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เช่น รถเข็น

4.4 มีการดำเนินโครงการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา และสนับสนุนแว่นสายตาให้แก่ผู้มีปัญหาด้านสายตาในชุมชน

4.5 เตรียมการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ส่งเสริมการให้คุณค่ากับผู้สูงอายุ เสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจที่ดี และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เพื่อนช่วยเพื่อน) โดยจะมีการบูรณาการของหน่วยงานในชุมชนเข้ามาดูแลอย่างครบวงจรภายในศูนย์ฯ

5. การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของหน่วยงานอื่น หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของชุมชนอย่างทั่วถึง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ (ครู กศน.) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ตัวแทน พมจ. ในพื้นที่ชุมชนอย่างทั่วถึง) และหน่วยงานเอกชน (โรงงานปูนซีเมนต์ SCG โรงงานเซรามิก) โดย ครู กศน. ทำหน้าที่รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทักษะด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทักษะความรู้พื้นฐาน การพัฒนาทักษะชีวิต สังคม และชุมชน การพัฒนาทักษะอาชีพให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ และได้เข้าร่วมกับทีม FCT ออกเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจความต้องการทางการศึกษาและอาชีพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ นำความต้องการจากการที่ได้สำรวจ จัดทำแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามความต้องการเรียนรู้ อาทิ การศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะอาชีพ (การเข้าสู่อาชีพ, การต่อยอดอาชีพ และพัฒนาอาชีพ) กลุ่มประดิษฐ์ดอกไม้จันทน์ กลุ่มเย็บหมอนสมุนไพร การทำตุ๊กตาลานนา และมีการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าสู่สังคม พบปะเพื่อนฝูง โดยจัดกิจกรรมร่วมกับ รพ.สต. เทศบาลตำบลน้ำโจ้ สถานศึกษาในพื้นที่ รวมถึงภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน นอกจากนี้ กศน. ได้จัดโครงการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตรระยะ 70 ชั่วโมง) จัดอบรมการส่งเสริมอาชีพในชุมชนให้แก่ CG และมีการพัฒนานวัตกรรมที่เป็นวัสดุใช้ทดแทนผ้าอ้อมแบบใช้แล้วทิ้ง โดยส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้พิการและผู้สูงอายุในการตั้งกลุ่มเย็บผ้าอ้อมแบบซักได้ และจำหน่ายให้แก่ชุมชน ซึ่งสร้างรายได้ให้แก่ผู้พิการและผู้สูงอายุอีกทางหนึ่งด้วย ส่วนตัวแทน พมจ. ในพื้นที่ชุมชนอย่างทั่วถึง ทำหน้าที่เกี่ยวกับดูแลด้านความมั่นคงปลอดภัย สนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านแก่ผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย และมีสุขวิทยาที่ดีเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ความแข็งแรงปลอดภัยของบ้าน ห้องน้ำ จัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคและอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เช่น รถเข็น รวมถึงการส่งเสริมอาชีพและสร้างรายได้ในครอบครัว และในส่วนของหน่วยงานเอกชน (โรงงานปูนซีเมนต์ SCG โรงงานเซรามิก) ได้สนับสนุนงบประมาณ หรือวัสดุอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมของชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

องค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบ ของรูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างทั่วถึง อ.แม่ทะ จ.ลำปาง มีความเกี่ยวเนื่องและเชื่อมโยงกัน กลุ่มคนในชุมชนอย่างทั่วถึงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน ควรมีการประสานการทำงานและแบ่งปันการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การจัดรถบริการของเทศบาลตำบลน้ำโจ้เพื่อเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาสุขภาพจาก รพ.สต.อย่างทั่วถึง หรือในชุมชน ไปรับการรักษาต่อที่ รพ.แม่ทะ หรือ รพ.ลำปาง หรือรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากสถานบริการสุขภาพกลับสู่ชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสรุปบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์ประกอบในการดำเนินงานการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างทั่วถึง อ.แม่ทะ จ.ลำปาง ดังนี้

ตารางที่ 12 สรุปบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์ประกอบในการดำเนินงานการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่รับผิดชอบของ
รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

(1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล	(2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน	(3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีของ รพ.สต.ฮ้องห้า รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง	(4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณจากเทศบาลน้ำใจ	(5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - การทำกิจวัตรประจำวันตามความสามารถด้วยตนเอง - การสังเกตสุขภาพทั่วไปและปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นด้วยตนเอง - การดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง เช่น การบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดเข่า - การบอกความต้องการและขอความช่วยเหลือในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ วัสดุอุปกรณ์ สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยกับญาติผู้ดูแล และบุคคลอื่นในชุมชน	บทบาทหน้าที่ของเครือญาติและเพื่อนบ้าน - การช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การพุงเดิน การรับประทานอาหาร และการป้องกันการหกล้มหรืออุบัติเหตุ - การช่วยสังเกตความผิดปกติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - การให้ความคิดเห็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - การช่วยให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล บทบาทหน้าที่ของผู้นำศาสนา - การเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและสั่งสอนแนวคิดในการปฏิบัติตนให้ดีทั้งสุขภาพและด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล - การสนับสนุนของเยี่ยมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	บทบาทหน้าที่ของ รพ.สต.ฮ้องห้า - การเป็นศูนย์กลางในการประสานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างชุมชน (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแล และกลุ่มคนในชุมชน) กับ รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง - การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามกรอบภารกิจของของ รพ.สต. ทั้งการบริการในสถานพยาบาล ที่บ้าน และชุมชน ครอบคลุมการตรวจ/คัดกรอง/ประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษา - การประสานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) และทีมหมอครอบครัว (FCT) ของ รพ.แม่ทะ และการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มติดบ้านที่ภาวะแทรกซ้อนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพหรือทีมหมอครอบครัวของ รพ.แม่ทะ - การใช้ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี ได้แก่ ระบบ HDC (Health Data Center) ระบบ	บทบาทหน้าที่ของเทศบาลตำบลน้ำใจ - การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในตำบลฮ้องห้า - การเป็นหน่วยงานหลักในสนับสนุนงบประมาณ สำหรับการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้แก่หน่วยงานต่างๆ และการจ่ายเบี้ยสวัสดิการต่างๆ ของภาครัฐให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนมาจาก สปสช.	บทบาทหน้าที่ของกระทรวงศึกษาธิการ - ครู กศน. ทำหน้าที่ในการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกับทีม FCT ออกเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจความต้องการทางการศึกษาและอาชีพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการจัดโครงการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตรระยะ 70 ชั่วโมง) ให้แก่ CG

(1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล	(2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน	(3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีของ รพ.สต. ออ่งท่า รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง	(4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณจากเทศบาลน้ำใจ	(5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
บทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแล - การช่วยเหลือในทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกาย การจัดเตรียมจัดหา และเตรียมอาหาร การรับประทานยา การเฝ้าระวังและป้องกันการหกล้ม การพาผู้สูงอายุไปรับการรักษา เช่น การพอกไต การพาไปตรวจสุขภาพ การช่วยฉีดอินซูลินให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน - การประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - การดูแลสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เช่น ความสะอาดที่นอน ห้องพักและภายในบ้าน การติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันการหกล้ม - การดูแลสภาพจิตใจของ	บทบาทหน้าที่ของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน - การให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล - การสร้างขวัญกำลังใจกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล - การอำนวยความสะดวกและช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการออกเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน - การเสนอโครงการและงบประมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับเทศบาลตำบลน้ำใจ บทบาทหน้าที่ของ อสม. และ CG - การเป็นทีมสุขภาพกลางของชุมชนในการออกเยี่ยมบ้านโดยเน้นการแจ้งเตือน การดูแลในเบื้องต้น และการประสานงานการดูแลหรือการส่งต่อ - การประเมินสภาพหรือสังเกตอาการช่วยเหลือดูแล และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในทักษะที่ไม่ซับซ้อน - การให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล	JHCIS ระบบ HOSxP ระบบ COC Link และการตั้งกลุ่มไลน์ ช่วยในการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ต่อเนื่อง - การจัดระบบบริหารจัดการการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีผู้จัดการพยาบาลดูแล (care manager) และจัดทำแผนการดูแล (care plan) ให้กับผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) นำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบดูแลต่อไป - การพัฒนาศักยภาพกลุ่มจิตอาสาสาธารณสุขในชุมชนออ่งท่า ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver : CG) โดยจัดอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่องและให้ความเชี่ยวชาญเพื่อให้มีความพร้อมในการเป็นทีมสุขภาพกลางในการออกเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - การประเมิน/พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความต้องการของญาติผู้ดูแล รวมถึงการสร้างแรงจูงใจเสริมสร้างพลังอำนาจ และให้กำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ญาติผู้ดูแล - การประสานและเชื่อมโยงการทำงานการ	- การสนับสนุนการบริการสุขภาพให้กับประชาชนในเขตเทศบาลตำบลน้ำใจ โดยการจัดตั้ง รพ.แม่ทะ สาขาเทศบาลตำบลน้ำใจ รวมถึงจัดให้มีรถบริการส่งต่อสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อไปรับการดูแลรักษาต่อในโรงพยาบาล - การสนับสนุนงบประมาณหรือวัสดุอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมของชุมชน เกี่ยวกับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม รวมถึงสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านแก่ผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย และมีสุขวิทยาที่ดีเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ความแข็งแรงปลอดภัยของบ้าน ห้องน้ำ จัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคและอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เช่น รถเข็น - การดำเนินโครงการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา และสนับสนุนแว่น	บทบาทหน้าที่ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - ตัวแทน พมจ. ในพื้นที่ชุมชนออ่งท่า ทำหน้าที่เกี่ยวกับดูแลด้านความมั่นคงปลอดภัย สนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านแก่ผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย และมีสุขวิทยาที่ดีเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ความแข็งแรงปลอดภัยของบ้าน ห้องน้ำ จัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคและอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เช่น รถเข็น รวมถึงการส่งเสริมอาชีพและสร้างรายได้ในครอบครัว

(1) การประเมินสภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ ศักยภาพของญาติผู้ดูแล	(2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคน ในชุมชน	(3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแล ต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี ของ รพ.สต. อ่างห้วย รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง	(4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และ งบประมาณจากเทศบาลน้ำใจ	(5) การดำเนินงานดูแล ผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่น ที่เกี่ยวข้อง
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การพูดคุยในช่วง ที่มีการทำกิจวัตรประจำวัน กลางคืนขณะพาเข้านอน - การบอกความต้องการ การช่วยเหลือหรือสิ่ง สนับสนุนในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับ กลุ่มคนหรือหน่วยงาน ต่างๆ ในชุมชน เช่น การ สนับสนุนงบประมาณและ อุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง การให้ คำแนะนำและสอนวิธีดูแล ผู้สูงอายุที่บ้านแก่ญาติ ผู้ดูแล การมาแหวะเวียนหรือ เยี่ยมเยียนที่บ้าน	- การเสริมสร้างศักยภาพ พลังอำนาจ และความมั่นใจในตนเองในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการ พัฒนาความรู้และทักษะการช่วยเหลือ ดูแลให้มีความเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง - การใช้เทคโนโลยีโดยตั้งไลน์กลุ่ม “ CG อ่างห้วย ” เพื่อเป็นช่องทางในการ สื่อสารและให้ความช่วยเหลืออย่าง ทันทั่วทั้งในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง บทบาทหน้าที่ของกลุ่มจิตอาสา และ ชมรมผู้สูงอายุ - การรวมกลุ่มจัดทำ “โครงการเพื่อน ช่วยเพื่อน” มีการเยี่ยมไข้และให้ สวัสดิการเวลาเสียชีวิต - การจัดตั้งกองทุนเงินออมเพื่อให้ ผู้สูงอายุมีเงินออม - การจัดตั้งกองทุนฌาปนกิจ สงเคราะห์ช่วยเหลือสมาชิก เยี่ยม ผู้ป่วยติดเตียงและช่วยเหลือค่าทำศพ - การเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล	ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับกระทรวง อื่นและหน่วยงานเอกชนในพื้นที่ บทบาทหน้าที่ของ รพ.แม่ทะ - การดำเนินงานคลินิกหออกรับครัว เพื่อทำ หน้าที่ในการดูแลรักษา บำบัดฟื้นฟู สร้างเสริม สุขภาพการดูแลระยะยาว (Long Term Care) หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) โดยเน้นการมีทีมดูแลถึงที่บ้าน การให้ คำปรึกษาด้านสุขภาพ การเสริมพลังและ สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลใน กรณีมีการส่งต่อโดยเชื่อมประสานกับหน่วย รับส่งต่อ (รพ.ลำปาง รพ.สต.ในพื้นที่) และการ จัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว - การจัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) และ ทีมหออกรับครัว (FCT) เพื่อทำหน้าที่เชื่อม ประสานการดูแลระหว่าง รพ.ลำปาง รพ.แม่ทะ และรพ.สต.อ่างห้วย รวมถึงทำหน้าที่ เป็นศูนย์สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ จัดหายาและ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ - การจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ และพัฒนา โปรแกรม COC Link เป็นระบบ On Line ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในการติดตามดูแล	สายตาให้แก่ผู้มีปัญหาด้าน สายตาในชุมชน - เตรียมการจัดตั้งศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุ และโรงเรียน ผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ เป็นศูนย์กลางในการ ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของ เทศบาลตำบลน้ำใจ - การให้ความร่วมมือ เชื่อมโยงและประสานการ ทำงานกับหน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา หน่วยงาน เอกชน ในการ ดูแลผู้สูงอายุในตำบลน้ำใจ	บทบาทหน้าที่ของ หน่วยงานเอกชน (โรงงานปูนซีเมนต์ SCG โรงงานเชรามิก) - การสนับสนุน งบประมาณ หรือวัสดุ อุปกรณ์ในการทำ กิจกรรมของชุมชน เกี่ยวกับการส่งเสริมและ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

(1) การประเมินสภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ ศักยภาพของญาติผู้ดูแล	(2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคน ในชุมชน	(3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแล ต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี ของ รพ.สต. ช่างทำ รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง	(4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และ งบประมาณจากเทศบาลน้ำใจ	(5) การดำเนินงานดูแล ผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่น ที่เกี่ยวข้อง
		ต่อเนื่องกับ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอแม่ทะ และ การใช้โปรแกรม COC Link ผ่าน Application บนโทรศัพท์มือถือ บทบาทหน้าที่ของ รพ.ลำปาง - การดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบดูแล ระยะยาว (Long Term Care) โดยมีศูนย์การ ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทำหน้าที่เชื่อมประสาน การดูแลแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องไร้รอยต่อ จาก รพ.ลำปาง ถึง รพช. และ/หรือ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง - การพัฒนาระบบโปรแกรมเชื่อมโยงการดูแล ต่อเนื่อง (COC Link Program) เพื่อส่งต่อ ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน/ผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในพื้นที่ ของ รพ.แม่ทะ เพื่อให้ รพ.แม่ทะ ส่งต่อข้อมูล ไปยัง รพ.สต. - การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น Aging Manager, FCT, Case Manager และ จัดอบรมการพยาบาลเฉพาะทางการดูแล ผู้สูงอายุ และพัฒนามาตรฐานการดำเนินงาน ให้กับภาคีเครือข่าย และชุมชน		

Case ตัวอย่างการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลในชุมชนฮองห้าตามรูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง/คะแนน ADL = 0) เพศหญิง อายุ 83 ปี

ผู้สูงอายุมีรูปร่างผอมมากแต่ไม่สามารถชั่งน้ำหนักได้ มีปัญหาสุขภาพทางกาย พบว่า ไม่สามารถนั่งและพยุงตัวขึ้นนั่งด้วยตนเองได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อคอ และแผ่นหลังอ่อนแรง มีอาการข้อไหล่ ข้อศอก ข้อเข่า และข้อเท้าติดทั้ง 2 ข้าง สื่อสารพูดได้แต่เสียงเบา มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ซึ่งให้ทดลองดื่มน้ำพบว่ามักมีอาการไอหลังจากดื่มน้ำ ประเมินสภาพเพิ่มเติมพบว่าผู้สูงอายุเหลือฟันไม่ถึง 10 ซี่ สามารถรับประทานอาหารได้แต่ต้องเป็นคำเล็กๆ หรืออาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม มีภาวะปัสสาวะและอุจจาระราดต้องใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปไว้ตลอด มีบางครั้งที่ไม่ถ่ายเป็นเวลาประมาณ 3-4 วัน มีแผลกดทับบริเวณสะโพก สำหรับโรคอื่นๆ ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว และตามผิวหนังมีรอยดำ ซึ่งเกิดจากการเสียดสีของผิวหนังกับที่นอน

ผู้สูงอายุเป็นหม้ายไม่มีลูก อาศัยอยู่กับหลานสาวอายุ 49 ปี ซึ่งเป็นลูกสาวของพี่สาวและสามีพี่สาว (ทั้งสองคนเสียชีวิตแล้ว) หลานสาวที่เป็นผู้ดูแลแต่งงานแล้ว แต่เมื่อสองปีก่อนสามีได้รับอุบัติเหตุทำให้เป็นอัมพาตร่างกายครึ่งท่อนล่างไม่สามารถทำงานได้ และมีลูกสาว 1 คนแต่งงานแล้วกำลังตั้งครรภ์ลูกคนที่ 2

หลานสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลต้องดูแลทั้งผู้สูงอายุที่ติดเตียงและสามีที่เป็นผู้พิการ มีรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการ และลูกเคยให้เงินใช้จ่ายเป็นบางครั้ง เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุที่เป็นป้าและสามีซึ่งช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักอยู่ที่บ้าน

อสม. และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ในพื้นที่ได้ไปพบครอบครัวนี้ขณะไปเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลขาดกำลังใจในการดูแล คิดเห็นว่าการดูแลป้าและสามีเป็นภาระหนักสำหรับตนเอง ขาดวัสดุสิ่งของในการดูแลโดยเฉพาะผ้าอ้อมสำเร็จรูป ต้องการคนให้คำแนะนำในการดูแล เช่น การช่วยยืดข้อไหล่ ข้อศอก เข่า และข้อเท้าที่ติด ต้องการมีอาชีพเสริมและรายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น

ในเบื้องต้น อสม. และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ให้ความช่วยเหลือโดยแจ้งกับผู้ใหญ่บ้าน ประสานกับประธานผู้สูงอายุในหมู่บ้าน ชมรมจิตอาสาบ้านแม่ปุง และทีมวิจัย เพื่อระดมจัดหาวัสดุสิ่งของ (โดยเฉพาะผ้าอ้อมสำเร็จรูป) และขอสหทบเงินช่วยเหลือ ซึ่งได้นัดหมายทุกคนเพื่อมอบสิ่งและเงินจำนวนหนึ่งในวันอาทิตย์ที่ 4 มิถุนายน 2560 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลานสาว และสามี ดีใจและตื่นเต้นใจมากที่ทุกคนไม่ทอดทิ้ง

ต่อมาทีม รพ.สต.ฮองห้า และทีมวิจัย วางแผนให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลที่ซับซ้อน (ข้อติด สุขภาพช่องปาก ภาวะทุพโภชนาการ การป้องกันภาวะปอดบวมจากการนอนนานและการสำลัก) และด้านอาชีพเสริมแก่ผู้ดูแล โดยได้ประสานงานกับทีมหมอครอบครัว รพ.แม่ทะ นัดหมายการไปเยี่ยมบ้านในวันที่ 20 มิถุนายน 2560 ซึ่งได้มีการประชุมวางแผนการเยี่ยมบ้านก่อนลงพื้นที่ร่วมกันโดยทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ฮองห้า ทีมวิจัย ทีมหมอครอบครัว รพ.แม่ทะ ที่ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ อสม. และ CG เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลทั้งผู้สูงอายุที่ติดเตียงและสามีที่เป็นอัมพาต จึงวางแผนดูแลโดยมอบหมายหน้าที่ให้แต่ละคนในทีมเยี่ยมบ้าน คือ

แพทย์/พยาบาลดูแลรักษาสุขภาพ นักกายภาพบำบัดดูแลการฟื้นฟูสภาพโดยเฉพาะเรื่องข้อติด นักโภชนาการเป็นผู้ประเมินเกี่ยวกับการได้รับสารอาหารและให้คำแนะนำเรื่องอาหาร ส่วน อสม. CG และญาติผู้ดูแล จะได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลทักษะที่มีความซับซ้อนจากแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด

หลังจากการให้ความช่วยเหลือในครั้งนี้เสร็จสิ้น แพทย์ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมหมอบรรลุวัตถุประสงค์ได้สรุปการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดเตียงและสามีของผู้ดูแลที่เป็นอัมพาต ดังนี้

ผู้สูงอายุที่ติดเตียง

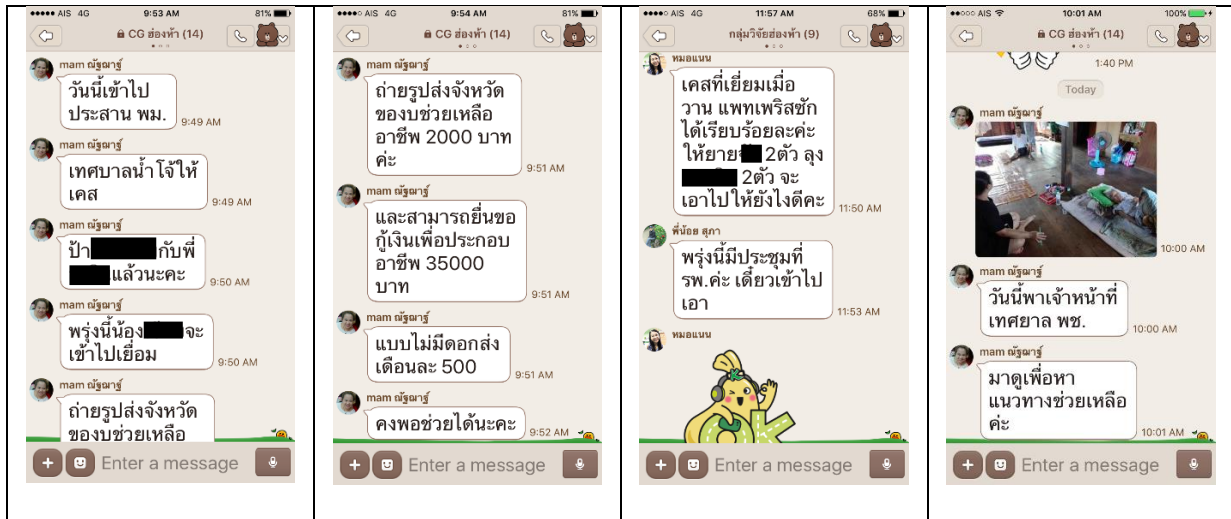
1. เน้นความสำคัญที่การกายภาพบำบัดโดยเฉพาะข้อเข่าที่ติดมาก (ประคบเข่าก่อน 20-30 นาที แล้วจึงเหยียด ใช้หมอนคั่นระหว่างเข่า 2 ข้าง) ให้ทำกายภาพวันละ 1 ชั่วโมง
2. แผลกดทับบริเวณสะโพก ควรให้นอนเตียงปรับระดับได้และใส่ที่นอนลมป้องกันเกิดแผลกดทับเพิ่ม การสังเกตผิวหนังและปุ่มกระดูกหากมีรอยแดงให้ทาวาสลีน และอาจใช้ลูกประคบช่วยประคบได้
3. การป้อนอาหารให้ปรับเตียงเป็นหัวสูง 30-45 องศา ระวังสำลักอาหารเข้าหลอดลม อาหารควรมีลักษณะละเอียด และป้อนน้ำไม่เกินวันละ 3 ขวดน้ำ
4. ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแอมเพอร์สบ่อย ควรสลับกับการใช้แอมเพอร์สแบบซีกได้เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์จากการส่งเสริมอาชีพให้แก่กลุ่มผู้พิการและผู้สูงอายุเย็บผ้าอ้อมแบบซีกได้และจำหน่ายให้แก่ชุมชน
5. นัดทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามผลการเยี่ยมบ้านและการดูแลรักษาอีก 1 เดือน

สามีของผู้ดูแลที่เป็นอัมพาต

1. มีอาการไอมาประมาณ 1 สัปดาห์ และมีไข้เป็นบางเวลา แพทย์ให้การรักษาเป็น Amoxycilline (500 mg) 2x2 10 วัน และ GG 2x2 10 วัน
2. กล้ามเนื้อหลังติด แนะนำให้ประคบอุ่นบริเวณกล้ามเนื้อหลัง (กระดูกสันหลัง) และออกแรงยกกัน
3. กล้ามเนื้อขาที่มีกล้ามเนื้อเกร็ง 3 ให้ช่วยออกแรงด้วยตนเองและญาติช่วย อาจให้น้ำหนักถ่วงขาแล้วให้พยายามออกแรงยก ให้ทำกายภาพวันละ 1 ชั่วโมง
4. ให้พยายามพุงตัวลุกนั่งเพื่อกินข้าว
5. นัดทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามผลการเยี่ยมบ้านและการดูแลรักษาอีก 1 เดือน

การช่วยเหลืออื่นๆ

1. ในช่วง 2-3 เดือนแรก เน้นการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ จากนั้นจึงหางานหรือกิจกรรมให้กับผู้ดูแลเพื่อเพิ่มรายได้ (ผู้ดูแลมีความสามารถในการถักเสื้อและงานฝีมือ)
2. ประสานเทศบาลและ พม. เกี่ยวกับความช่วยเหลือด้านงบประมาณ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป และการหาอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้แก่ผู้ดูแล
3. รพ.สต.ฮองห้า จัดเตรียมเตียง Fowler และที่นอนลม โดยขอรถเข็นเตียงและที่นอนจากเทศบาลน้ำใจ
4. การลงข้อมูลลงในระบบ COC Link ของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง รพ.แม่ทะ เพื่อแจ้งเตือนการเยี่ยมให้ต่อเนื่อง และการใช้ไลน์กลุ่ม “CG ฮองห้า” เพื่อประสานการดูแลช่วยเหลือจากกลุ่มคนในชุมชน ดังภาพที่ 25



ภาพที่ 25 แสดงการประสานการดูแลช่วยเหลือผ่านกลุ่มไลน์ “CG ช่องฟ้า”

จากการพูดคุยกับผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลมีความเห็นว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติของคนทุกคน และเข้าใจว่าสักวันหนึ่งผู้สูงอายุจะถึงเวลาเสียชีวิตตามสภาพร่างกาย และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามมาจากอาการนอนติดเตียง ผู้ดูแลมีความต้องการที่จะดูแลผู้สูงอายุให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะเป็นญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันและเป็นหน้าที่ที่ทำตามกันมาตั้งแต่ปู่ย่าตายาย อีกทั้ง อยากให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตจากไปอย่างสงบและอยากให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ดีที่สุดแล้ว

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และการอภิปรายผล

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) เป็น การศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2559 – กันยายน 2560 รวมระยะเวลา 15 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบระบบเครือข่าย การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี ในชุมชน (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม) และ (2) พัฒนาระบบสารสนเทศให้ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่ต้องการใช้ประโยชน์ จากข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง และได้กำหนดเป้าหมาย/ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ คือ การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านและกลุ่มติดเตียง และการพัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากบุคคลและภาคีที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนฮ้องห้า (หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8 ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) จำนวน 62 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 62 คน (2) ผู้ดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) จำนวน 15 คน และ (3) ตัวแทนภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการ สุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม) และจากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice ในพื้นที่ จังหวัดสุรินทร์ ลำปาง และเชียงใหม่ แล้วนำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าดัชนีประสิทธิผลของการเรียนรู้ (Effectiveness Index: E.I.) ส่วนข้อมูลเชิง คุณภาพหลังจากตรวจสอบข้อมูล นำมาจัดระเบียบข้อมูล และโยงความสัมพันธ์โดยนำข้อมูลมาแยกไว้เป็น หมวดหมู่ (categories) จากนั้นตีความข้อมูล (interpretation) อธิบายสาเหตุและเชื่อมโยงข้อมูล และสร้าง ข้อสรุปแบบอุปนัย (analytic induction) ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งผลการศึกษาดำเนินการวัตถุประสงค์การ วิจัย สรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลการวิจัย

5.1.1 รูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า

จากการวิเคราะห์รูปแบบระบบการเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า หรือชุมชนฮ้องห้า (ม.1 ม.6 ม.7 และ ม.8 ต.น้ำโจ้ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ ศักยภาพของญาติผู้ดูแล (2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน (3) การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการ

ดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี ของ รพ.สต.ฮ้องห้า รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง (4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณจากเทศบาลน้ำใจ และ (5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละส่วนประกอบมีความเชื่อมโยงเพื่อประสานการทำงานและใช้ทรัพยากรร่วมกัน ดังแสดงในภาพที่ 23



ภาพที่ 23 แสดงรูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า

5.1.2 ระบบสารสนเทศสามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่ต้องการใช้ประโยชน์จากข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

ผู้วิจัยและทีมผู้ดูแลโปรแกรม COC Link ของโรงพยาบาลแม่ทะ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรม COC Link ระบบ Off Line ให้เป็นระบบ On Line จึงได้ไปศึกษาข้อมูลจากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice 2 แห่ง ในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2559 ได้แก่ ระบบข้อมูลข่าวสารสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Thai COC) ของเขตสุขภาพที่ 9 (นครชัยบุรินทร์) จังหวัดสุรินทร์ และระบบโปรแกรมเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง (COC Link Program) ของโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงโปรแกรม COC Link ของโรงพยาบาลแม่ทะ ซึ่งการพัฒนาเป็นโปรแกรม COC Link ระบบ On Line เป็นผลสำเร็จ และนำไปใช้ครั้งแรกในเดือนตุลาคม 2559 ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ทะ ความชัดเจนของการพัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทำให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในการติดตามดูแลต่อเนื่องกับ รพ.สต. ในพื้นที่ได้ครอบคลุมทั้งหมด ทั้งโรงพยาบาลแม่ทะและ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอแม่ทะ สามารถส่งไปและส่งกลับ (two way) ข้อมูลการติดตามดูแลได้

5.1.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.40) อายุเฉลี่ย 78.15 ปี โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.77) สถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 58.06) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยทั้งหมดของครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 74.19) ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 38.71 มีลักษณะผอม (BMI < 18) เกือบทั้งหมดไม่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 85.48 มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด โดยร้อยละ 79.03 เคยเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 67.74) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแล (ร้อยละ 85.48)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 11 คะแนน (ร้อยละ 78) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 3 คะแนน (ร้อยละ 58.34) การประเมินสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง โดยร้อยละ 58.06 มีความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เนื้อเยื่อในช่องปาก เหงือกและอวัยวะปริทันต์ ฟันผุ ปัญหาการเคี้ยวอาหาร/การกลืน และใส่ฟันเทียม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 66.13 มีปัญหาการมองเห็น เช่น สายตาสั้น สายตายาว ตามัว ต้อเนื้อ ต้อกระจก ส่วนใหญ่มีอาการปวดตาและเสี่ยงต่อการหกล้ม (ร้อยละ 70.97) เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารร้อยละ (66.13) บางส่วนมีภาวะปัสสาวะเรื้อรังหรือปัสสาวะราด (ร้อยละ 30.65) ขณะที่บางส่วนมีปัญหาโรคซึมเศร้าระดับน้อยถึงน้อยมาก (ร้อยละ 35.48) และมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ (ร้อยละ 43.55) เช่น นอนไม่หลับ นอนมากเกินไป นอนกรน นอนละเมอ

สำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.13) อายุเฉลี่ย 57.32 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.65) อยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 77.42) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 33.86) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 45.16) ซึ่งญาติผู้ดูแลเห็นว่ารายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอ ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดาของญาติผู้ดูแล ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน (ร้อยละ 69.35) มีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 31.65) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 59.68) และมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 80.65) ญาติผู้ดูแลมีลักษณะการพักหรือละจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน 1 วัน ที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่จะพักประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังแล้วจึงกลับมาดูแล (ร้อยละ 30.65) และพักประมาณครึ่งวัน (4-6 ชั่วโมง) โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังแล้วจึงกลับมาดูแล (ร้อยละ 30.65) เหตุผลในการพักหรือละจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ไปทำงาน ไปร่วมงานในชุมชน และต้องการผ่อนคลาย ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.84) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.65)

5.1.4 ความรู้และทักษะของผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

การหาค่าดัชนีประสิทธิผลของการเรียนรู้ (Effectiveness Index : E.I.) ภายหลังที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) เสร็จสิ้นจากการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ค่าดัชนีประสิทธิผล (E.I.) มีค่าเท่ากับ 0.4909 ซึ่งแสดงว่า ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความรู้เพิ่มขึ้น 0.4909 หรือคิดเป็นร้อยละ 49.09 โดยส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการอบรม อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 80.00 และ 86.67 ตามลำดับ)

สำหรับการประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver : CG) ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลได้ในทักษะที่ไม่ซับซ้อน เช่น การทำดูแลความสะอาดร่างกายและช่องปาก การดูแลและช่วยเหลือเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ การป้อนอาหารและน้ำดื่ม การพุงลูกนั่งลุกเดินหรือพาไปห้องน้ำ และการรับฟังพูดคุยเพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลรู้สึกสบายใจขึ้น ส่วนการดูแลที่มีความซับซ้อนนั้น ส่วนใหญ่ยังไม่มี ความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลและให้คำแนะนำ เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก หรือใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลแผลกดทับระดับ 3-4 ที่เกิดกับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง การทำกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อติด และไม่สามารถให้ความช่วยเหลือบางเรื่องที่ต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่น เช่น การหารายได้เสริมให้กับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะหรือโรงพยาบาลลำปาง

5.2 การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยใช้ 5 องค์ประกอบของ รูปแบบระบบ เครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า เป็นแนวทางในการอภิปราย ดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล: จากข้อมูลการคัดกรอง และประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนฮ้องห้า พบว่า ร้อยละ 58.06 มีความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เนื้อเยื่อในช่องปาก เหงือกและอวัยวะปริทันต์ ฟันผุ ปัญหาการเคี้ยวอาหาร/การกลืน และใส่ฟันเทียม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 66.13 มีปัญหาการมองเห็น เช่น สายตาสั้น สายตายาว ตามัว ต้อเนื้อ ต้อกระจก ส่วนใหญ่มีอาการปวดตาและเสี่ยงต่อการหกล้ม (ร้อยละ 70.97) เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารร้อยละ (66.13) บางส่วนมีภาวะปัสสาวะเรื้อรังหรือปัสสาวะรด (ร้อยละ 30.65) ขณะที่บางส่วนมีปัญหาโรคซึมเศร้าระดับน้อยถึงน้อยมาก (ร้อยละ 35.48) และมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ (ร้อยละ 43.55) เช่น นอนไม่หลับ นอนมากไป นอนกรน นอนละเมอ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยร่วมกับภาวะความเสื่อมจากการสูงอายุ ข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชนฮ้องห้าที่มีความผิดปกติของช่องปาก สอดคล้องกับข้อมูลของทันตบุคลากรของโรงพยาบาลแม่ทะที่พบว่าปัญหาหลักของสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุคือ การสูญเสียฟันถึงร้อยละ 90 และปัญหาโรคปริทันต์ ร้อยละ 62 ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลไม่เห็นความสำคัญของการดูแลช่องปาก ไม่สามารถ

เข้าถึงบริการดูแลช่องปากได้ครบถ้วน 100 % เนื่องจากทันตบุคลากรมีน้อย และการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงทำให้ไม่สามารถเดินทางมารับการตรวจฟันได้ ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากอาจมีผลต่อความอยากรับประทานอาหาร ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอาการอ่อนล้า กำลังของกล้ามเนื้อและความต้านทานโรคของร่างกายลดลง

ข้อมูลปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เปี่ยงเบนไป แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแลที่แตกต่างกันตามความต้องการการดูแลของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล (2556) ได้เสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบส่งเสริมสุขภาพสำหรับ “ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2” กิจกรรมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การเยี่ยมบ้าน” เป็นบริการต่อเนื่องที่บ้านที่จัดให้กับผู้สูงอายุดำเนินการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสาในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเยี่ยมบ้าน เป็นการช่วยเหลือที่ทำได้ง่ายไม่ซับซ้อน ทั้งด้านสุขภาพและสังคม โดยไม่มีหัตถการดูแลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ ส่วน “ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3” เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองต้องพึ่งพาผู้อื่นการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตลอดเวลาอย่างถูกวิธี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น สำลักอาหาร ผลกตทัพบทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น

ในส่วนญาติผู้ดูแล ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดาของญาติผู้ดูแล อีกร้อยละ 50 เป็นญาติหรือผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กันในระบบครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน (ร้อยละ 69.35) มีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 31.65) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 59.68) และมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 80.65) ความต้องการช่วยเหลือหรือสิ่งสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ อุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผ้าอ้อมสำเร็จรูป งบประมาณในการช่วยดูแลผู้สูงอายุในรายที่ติดเตียง และผู้พิการเพิ่มเติมจากงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจากรัฐบาลในปัจจุบัน งบประมาณให้กับครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านได้ ต้องการให้แพทย์จากโรงพยาบาล หรือพยาบาล หรือ อสม. ออกมาให้คำแนะนำและสอนวิธีดูแลผู้สูงอายุที่บ้านแก่ญาติผู้ดูแล รวมถึงเข้ามาตรวจสุขภาพให้ที่บ้าน เนื่องจากมีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปยังโรงพยาบาล และต้องการให้ผู้นำชุมชน กลุ่มจิตอาสาต่างๆ หรือเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ซึ่งนอกเหนือจาก อสม. มาแวะเวียนหรือเยี่ยมเยียนที่บ้านบ้าง เพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาของ วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557) ได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นควรมี 3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้ใน 3 ชุมชน พบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการและมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์ของการเคลื่อนไหวของสังคม (social movement) ในการศึกษาวิจัย ทำให้เกิดการเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกันของทุกภาคส่วน และเป็นการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุและครอบครัว เครือข่ายของชุมชน ต่อการให้บริการจากภาครัฐ เกิดการสร้างความสัมพันธ์แนวราบ และการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวลิขิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ

และ วารี ศรีสุรพล (2560) ที่สรุปไว้ว่า การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มี 2 ระบบ ได้แก่ ระบบแรก การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวงใน หรือการดูแลโดยครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการทำกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลหลักจากครอบครัวหรือเครือญาติ และ ระบบที่สอง การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวงนอกหรือการดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุและครอบครัว

ผลการศึกษาและการศึกษาวิจัยข้างต้นสอดคล้องกับองค์ประกอบ การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management Support) ของ Chronic Care Model และหลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวๆ ของ สปสช. (2559) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวๆ ในพื้นที่หรือชุมชนไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก และระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงควรได้รับการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ หัดเทียบกับบุคคลอื่น สำหรับญาติผู้ดูแลควรเสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจหรือพลังอำนาจ ในการดูแลตนเองและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีความสามารถในการประเมินภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และความมั่นใจในการดำเนินชีวิตกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงสามารถบอกอุปสรรคหรือความขาดแคลนทรัพยากร และความต้องการการช่วยเหลือ กับบุคคลหรือภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความพร้อมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

2. การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน: จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์กันของคนในชุมชน โดยมีจุดแข็งที่ปรากฏให้เห็นในลักษณะของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยความสัมพันธ์ทางเครือญาติ และมีการช่วยเหลือกันในชุมชนแบบจิตอาสาโดยกลุ่มต่างๆ ทั้งนี้ การดูแลซึ่งกันและกันของคนในชุมชนฮ้องห้า เปรียบเสมือนการดูแลคนในครอบครัวเดียวกันที่เป็นครอบครัวใหญ่และมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ องค์การศาสนาที่มีบทบาทในการสั่งสอน ให้แนวคิดในการดำเนินชีวิต เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล และการไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่การดูแลในมิติจิตใจและจิตวิญญาณ จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล ยอมรับต่อภาวะการเจ็บป่วยนั้นได้ นอกจากนั้น องค์การศาสนายังมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของเงินบริจาค และสิ่งของ แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอีกด้วย

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ CG ในพื้นที่นั้นว่าเป็นทีมสุขภาพกลางของชุมชนในการออกเยี่ยมบ้าน คัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ แจ้งเตือน และให้คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการถอดบทเรียนจากโรงพยาบาลชุมชนดอนแก้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีหมวดเกล้า ที่ได้มีการพัฒนา อสม. ให้เป็น อสมช. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญแต่ละสาขา และยกระดับนักบริบาล (Care Giver) ให้มีคุณค่า เพิ่มกำลังใจในการทำงาน ปลุกฝังการเป็นจิตอาสาด้วยจิตอาสา ไม่หวังผลหรือเงินค่าตอบแทน และผลการประเมินทักษะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(Caregiver: CG) ในชุมชนฮองห้า ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังไม่มี ความมั่นใจในการให้คำแนะนำและการดูแลที่ซับซ้อน เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกหรือใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลแผลกดทับ ระดับ 3-4 ที่เกิดกับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง การสังเกตอาการเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติของผู้สูงอายุ การทำกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อติด การศึกษาของ ศิริภาณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง (2556) ได้ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายไว้ว่า ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสุขภาพและในชุมชน เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีความซับซ้อนและต้องการบริการที่มีความเฉพาะ การเตรียมบุคลากร ผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความจำเป็นที่ผู้ดูแลทุกระดับต้องได้รับการพัฒนา ศักยภาพ นอกจากนี้ การศึกษาของ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ปราณี สุทธิสุคนธ์ และ สมชาย วิริภิมย์กุล (2558) ได้เสนอรูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน เป็น 8 รูปแบบ คือ การดูแลตนเอง การดูแลโดยครอบครัว การดูแลโดยเพื่อนบ้าน การดูแลโดยผู้นำชุมชน การดูแลโดยชมรมผู้สูงอายุ การดูแลโดย อสม. ในกรณีที่ไม่มียุดูแล มีผู้ดูแล และมีผู้ดูแลแต่ไม่ยอมดูแล การดูแลโดยสถานบริการสุขภาพ และการดูแลโดย อปท. โดยบทบาทหลัก ของ อปท. ในการดูแล ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณเชิงรุกในการจัดกิจกรรมต่างๆ มอบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยผู้พิการ ให้การสงเคราะห์มอบสิ่งของต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน และจัดรถรับส่งไปโรงพยาบาล ไร้ตลอด 24 ชั่วโมง (เฉพาะกรณีฉุกเฉิน) ส่วนบทบาทสนับสนุน ของ อปท. ในการดูแล ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ หรือเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์แก่หน่วยงานต่างๆ เช่น งบประมาณด้านสุขภาพ รวมทั้งเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นรถเข็น ไม้เท้า เตียงนอน น้ำยาล้างไต

3. การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี ของ

รพ.สต.ฮองห้า รพ.แม่ทะ และ รพ.ลำปาง: จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ระบบขององค์กรสุขภาพ (Health Systems Organization) ซึ่งเป็นหน่วยงานและสถานบริการสุขภาพทุกระดับในประเทศ ได้ดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่มีนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ ในส่วนของการออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) ได้กำหนดให้มีระบบและศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาลทุกระดับในพื้นที่ ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง (Team based approach) กับสถานบริการสุขภาพทุกระดับ (ตติยภูมิ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิ) ทั้งในรูปแบบคณะกรรมการระดับอำเภอ (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ : คปสอ.) เครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (CUP) และระบบ Case Management ในพื้นที่ที่มีนักจัดการสุขภาพ (Care Manager) เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Planned Care) ให้สอดคล้องตามสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงมีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อให้สามารถติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง (COC Link) อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ฮองห้า เป็นพื้นที่ในโครงการ Long Term Care (LTC) ซึ่งเป็นโครงการที่มีแนวคิดในการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานจาก 4 กระทรวง ประกอบด้วย (1) กระทรวงสาธารณสุข (2) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (3) กระทรวงศึกษาธิการ และ (4) กระทรวงมหาดไทย โดยผู้บริหาร

งบประมาณของแนวคิด LTC คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งในระยะแรกของการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ รพ.สต. ยังไม่สามารถนำงบประมาณมาใช้ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมได้ในชุมชน เนื่องจากติดปัญหาด้านกฎ ระเบียบ หรือข้อบังคับ บางประการของแต่ละหน่วยงาน ทางหน่วยงานต่างๆ จึงได้หาช่องทางในการดำเนินงานเพื่อให้โครงการดังกล่าวดำเนินการได้ คือ การเสนอให้จัดตั้งองค์กรกลางขึ้นสำหรับการดำเนินงานด้าน Long Term Care โดยเฉพาะ คือ การผลักดันให้จัดตั้งศูนย์พัฒนาอาชีพและโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้น โดยให้เป็นองค์การภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานท้องถิ่น และในการอบรมอาสาสมัครผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) ในโครงการ LTC พบว่าแต่ละกระทรวง (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน LTC และการจัดอบรมแก่ CG ทำให้การอบรม CG เกิดความซ้ำซ้อน เสียเวลา และงบประมาณ ดังนั้นจึงควรมีการบูรณาการกันระหว่างหน่วยงานหรือภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างชัดเจน

สำหรับระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี (Management Information System and Technology) นั้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรม COC Link ระบบ On Line ของโรงพยาบาลแม่ทะ ทำให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในการติดตามดูแลต่อเนื่องกับ รพ.สต. ในพื้นที่ได้ครอบคลุมทั้งหมด ทั้งโรงพยาบาลแม่ทะและ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอแม่ทะ สามารถส่งไปและส่งกลับ (two way) ข้อมูลการติดตามดูแลได้ ซึ่งการพัฒนาฐานข้อมูลที่มีอยู่ ได้แก่ JHCIS, HOSxP, COC Link และ HDC (Health Data Center) ให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงเทคโนโลยีที่เป็น Hardware & Software ได้แก่ Computer, Smartphone, Ipad, Line, Facebook, เน็ตประชารัฐ และนวัตกรรม เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ ช่วยเตือนและติดตามการดูแล และให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่องทันที่ ช่วยให้ทุกคนได้รับรู้ข้อมูล ข่าวสาร และ นวัตกรรมที่ทันสมัย สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างทั่วถึง เช่น การตั้งไลน์ “กลุ่ม CG อ่องห้า” เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร ขอคำแนะนำจากทีมสุขภาพ/ทีมวิจัย รวมถึงการสื่อสารและการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม ได้มีข้อเสนอแนะต่อจากระบบสารสนเทศไว้ คือ ควรพัฒนาระบบให้เชื่อมโยงกันทั้งในระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ เพื่อให้ผู้ใช้ประโยชน์ในพื้นที่มีความเข้าใจตรงกัน และผู้บริหารแต่ละระดับสามารถนำข้อมูลไปประมวลใช้เพื่อการตัดสินใจได้ และควรพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเรียกดูข้อมูลการส่งต่อกับโปรแกรม Thai Refer ของโรงพยาบาลลำปาง เนื่องจากปัจจุบันสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้เพียงบางส่วน และควรส่งเสริมให้มีการนำนวัตกรรมมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ตามนโยบาย Thailand 4.0 ของประเทศ

4. การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณจากเทศบาลน้ำใจ: ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ชุมชนอ่องห้ามีความชัดเจนในนโยบายการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับหลักการของ สปสช. (2559) ที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบบริการ

สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้ อบท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบ ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

5. การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง: จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ในส่วนของกระทรวงศึกษาธิการโดยการศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในทักษะด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทักษะความรู้พื้นฐาน การพัฒนาทักษะชีวิต สังคม และชุมชน การพัฒนาทักษะอาชีพให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ และได้เข้าร่วมกับทีม FCT ออกเยี่ยมเพื่อสำรวจความต้องการทางการศึกษาและอาชีพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีบทบาทให้ความช่วยเหลือด้านการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกบ้าน จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน และจัดการพัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนหน่วยงานเอกชนในพื้นที่ มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

นอกจากนี้ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการดูแล/การฟื้นฟูสภาพ/อาหาร/ยารักษาโรค การสังเกตความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยหรือภาวะพึ่งพิง ความช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ (โดยเฉพาะผ้าอ้อมสำเร็จรูป) งบประมาณเกี่ยวกับเบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ การช่วยเหลือในการส่งต่อหรือเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการมีผู้ดูแลขณะญาติผู้ดูแลไม่อยู่ ซึ่งแต่ละบทบาทหน้าที่เป็นของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของชุมชนอย่างทั่วถึง แต่บางครั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลไม่ทราบว่าต้องสอบถามข้อมูลเหล่านี้จากใคร การสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์แบบสองทาง (two way) ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลกับกลุ่มคนหรือหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน จะเป็นการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจ การมีแนวทางและระบบให้คำปรึกษาตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน ที่ตอบสนองตรงต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล จะเป็นส่วนสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมเป็นผู้ตัดสินใจต่อการดูแลช่วยเหลือด้วยตนเอง

ส่วนเทศบาลตำบลน้ำโจ้ว ที่พบปัญหาเรื่องงบประมาณซึ่งไม่สามารถใช้งบภายใต้โครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก สปสช. ที่จัดสรรมาได้ เนื่องจาก ต.น้ำโจ้ว ยังไม่ได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ซึ่งต้องใช้จ่ายงบประมาณผ่านศูนย์ฯ และ รพ.สต.อย่างงำงบประมาณมาใช้ได้เช่นกัน เนื่องจากขัดกับระเบียบการใช้เงินราชการ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาความซ้ำซ้อนในการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ของ 3 หน่วยงาน (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดังนั้น จึงควรทำความเข้าใจให้มีการใช้ทรัพยากรของทุกภาคส่วนร่วมกัน (บุคลากร วัสดุ ครุภัณฑ์ งบประมาณ และการจัดการ) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแล การกำหนดความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ เพื่อลดความซ้ำซ้อนการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการร่วมมือในการจัดระบบเชื่อมโยงการส่งต่อเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลให้ครอบคลุม เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ของ สปสช. (2559) คือ ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึงพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาลชุมชนและครอบครัว และทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1) นโยบายการบูรณาการการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนควรมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม ควรกำหนดบทบาทหน้าที่เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงานของหน่วยงานแต่ละกระทรวงในพื้นที่ และหลักเกณฑ์การใช้งบประมาณของแต่ละกระทรวง ควรสามารถนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานในชุมชนได้ เพื่อให้การใช้งบประมาณเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ภาควิชาการชุมชน/ท้องถิ่น มีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากกว่าภาคอื่น หน่วยงานของแต่ละกระทรวงในพื้นที่ควรร่วมส่งเสริมสนับสนุนให้ภาควิชาการชุมชน/ท้องถิ่น เป็นแกนหลักในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

3) ความสัมพันธ์ทางเครือญาติในสังคมไทยยังคงมีความเข้มแข็ง และญาติผู้ดูแลยังเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว ดังนั้น ควรมีการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องตามความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะทีมบุคลากรสุขภาพที่ควรส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีพลังอำนาจและความมั่นใจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และควรให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดแก่ญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน

4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) และกลุ่มจิตอาสาในพื้นที่ เป็นทีมสุขภาพและทีมช่วยเหลือกลางของชุมชน จึงควรได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และให้คุณค่าต่อการทำงาน เสริมแรง และสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อให้เป็นกำลังสำคัญของชุมชนอย่างยั่งยืน

5) กำหนดให้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปอยู่ในรายการวัสดุการแพทย์ ที่สามารถเบิกจ่ายมาใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ เพื่อลดค่าใช้จ่ายของญาติผู้ดูแล

6) การพัฒนาระบบสารสนเทศมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้บริหารของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่สามารถนำข้อมูลมาช่วยในการตัดสินใจดำเนินการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถติดตามการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องและทันทั่วถึง และควรส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มากขึ้น โดยเฉพาะนวัตกรรมที่สามารถลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

7) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแล (Care plan) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะได้

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาระบบและรูปแบบความเข้มแข็งของกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มจิตอาสา เพื่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

2) การพัฒนารูปแบบผู้ดูแลในชุมชน (Community care giver) เพื่อดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ นอกเหนือจากการดำเนินการตามงบประมาณเพียงอย่างเดียว โดยอาจต่อยอดจากผู้ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นจากนโยบายการดูแลระยะยาวนี้ ซึ่งอาจศึกษาถึงการกำหนดคุณสมบัติผู้ที่ต้องทำบทบาทหน้าที่นี้ (ในบางพื้นที่บางกลุ่มคนทำหน้าที่หลายบทบาท เช่น อสม/อผส/CG) การจัดทำหลักสูตร/การพัฒนาทักษะ/ขอบเขตความรับผิดชอบ/การสนับสนุน/ควบคุมการทำหน้าที่/ระบบค่าใช้จ่ายและการตอบแทน/การพัฒนาเป็นอาชีพอิสระสามารถทำได้อย่างไร รวมถึงการศึกษาถึงระบบการปกป้อง/คุ้มครองทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการควรเป็นอย่างไร

3) การพัฒนาระบบสารสนเทศในการเชื่อมโยงบริการการดูแลที่ต่อเนื่องในชุมชน เนื่องจากในระบบการดูแลระยะยาวและระบบบริการที่จำเป็นที่ยังเป็นปัญหาระหว่างสถานบริการสุขภาพ เช่น ระบบข้อมูลที่จะสะท้อนสถานการณ์ที่เป็นจริง ระบบสนับสนุนการให้คำปรึกษาการดูแล และการพัฒนาที่ครอบคลุมถึงมาตรการป้องกัน ประเด็นกฎหมาย/จริยธรรมในการเผยแพร่และนำใช้ข้อมูลระหว่างกันของภาคีเครือข่าย

3) การศึกษาการจัดตั้งกองทุนการดูแลระยะยาวในชุมชน และการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวโดยชุมชน

4) การพัฒนานวัตกรรมเพื่อลดต้นทุนและเพิ่มผลผลิตในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557**. กรุงเทพฯ:

สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.

กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (มปป.). **ปฏิญญา**

ผู้สูงอายุไทย (ระบบออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2560, จาก

http://www.senate.go.th/w3c/senate/pictures/comm/1549/file_1464348740.pdf.

เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ปราณี สุทธิสุนทร และ สมชาย วิริริรมย์กุล. (2555). รูปแบบ

การจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน. **วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ**, 8(11), 21-43.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). **แผนผู้สูงอายุ**

แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์.

จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล. (2555). **การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ**

กลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ (ระบบออนไลน์). สืบค้นเมื่อ

15 ธันวาคม 2559, จาก <http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo14.pdf>

ฉมนันท์ แก้วอินตะ. (2554). **การนำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง**

ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 ไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาอำเภอเวียงสาจังหวัดน่าน. รายงานการวิจัย ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.

ชลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และวารี ศรีสุรพลการ. (2560). **ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน**

ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. **วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร**,

5(ฉบับพิเศษ), 387-405.

ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษม เวชสุทรานนท์ และ

ศุภกิจ ศิริลักษณ์. (2552). **คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

ธารินทร์ คุณยศยิ่ง. (2556). **การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะการดูแล การสนับสนุน**

ทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. รายงานการวิจัย ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.

ปกรณ์ ประจัญบาน. (2557). **โปรแกรมคำนวณค่าดัชนีประสิทธิผล (E.I.)** (ระบบออนไลน์). สืบค้นเมื่อ

2 กรกฎาคม 2560, จาก <http://www.spm38.go.th/home/index.php/news/526-13.html>

- ปัทมา โกมทุบุตร และ กฤษฏี ทองบรรจบ. (2551). ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง : นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ. เอกสารประกอบการเรียนรู้ Chronic Care Model (ระบบออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2560, จาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/2_Chronic_care_model_improving_primary_care_for_patient_with_chronic_illness_5.60_.pdf
- ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. (2559). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558**. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล. (2557). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 23(2), 226-237.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า. (2560). **เอกสารประกอบการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่องห้า**. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- โรงพยาบาลแม่ทะ. (2559). **เอกสารการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว**. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- เล็ก สมบัติ, ธนิกานต์ ศักดาพร และ ยุวดี วงศ์วีระประเสริฐ. (2555). การติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วม **พื้นที่ต้นแบบงานผู้สูงอายุ**. รายงานการวิจัย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ลัดดา ดำริการเลิศ, บรรณาธิการ. (2553). **การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วิรัตน์ คำศรีจันทร์. (2554). **พลังความรู้จากการวิจัยแบบ PAR**. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.อี.พี. จำกัด.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนางชัยชื้อ, ร.อ.หญิง ศิริพันธ์ สาสัจย์, พรทิพย์ มาลาธรรม และ จินณสิธา ณรงค์ศักดิ์. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. **วารสารสภาการพยาบาล**, 29(3), 104-115.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. **เอกสารประกอบการประชุมเวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบาย เรื่อง “ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ”**, วันที่ 30 ตุลาคม 2551 ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.
- ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง. (2556). **ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย**. รายงานการวิจัย ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ส. เอเชียเพรส (1989) จำกัด.
- ชากุล สิ้นไชย. (2557). **รายงานการสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ**. รายงานการวิจัย ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). **รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย**. รายงานการวิจัย ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2559). **คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.**

กรุงเทพ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2559). **คลังข้อมูลด้านสุขภาพ HDC** (ระบบออนไลน์).. สืบค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2560, จาก https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง.** กรุงเทพ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สุนทรภรณ์ ทองไผ่. (2555). รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. **Mental Health and Psychiatric Nursing**, 39(2), 94-99.

สุพัตรา ศรีวิชชากรและคณะ. (2553). **การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง.** นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สุภากร จันทวานิช. (2552). **การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาคผนวก ก : เครื่องมือการวิจัย

แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก Care Givers : CG ในพื้นที่ของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง

กำหนดเก็บข้อมูล 3 ครั้ง

- | | |
|------------|---|
| ครั้งที่ 1 | วันที่ 25 – 29 กรกฎาคม 2559 ณ ห้องประชุม รพ.แม่ทะ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง |
| ครั้งที่ 2 | ระหว่างการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่ของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง |
| ครั้งที่ 3 | ช่วงท้ายของการดำเนินโครงการวิจัย ในพื้นที่ของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง |

การเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1

ประเด็นข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group)

1. รู้สึกอย่างไร/คิดอย่างไร กับการมาดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
2. เหตุผลที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
3. ต้องการสิ่งสนับสนุน/ต้องการอะไรบ้าง จากใคร/หน่วยงานไหน เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
4. คาดหวังอะไรบ้างในการมาดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

การเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 การสังเกตระหว่างการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่ของ รพ.สต.ฮ้องห้า

การเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการ Conference Case ผู้สูงอายุในการอบรม Care Givers ในพื้นที่ของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วันที่ 25 สิงหาคม 2559 (13.00 – 17.00 น.)

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์การสังเกตการณ์
2. ทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ระหว่างการ Conference บันทึกข้อมูล หากต้องมีการบันทึกเสียงให้แจ้งผู้เข้าร่วม Conference ก่อน
3. ชี้แจงการวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคีเครือข่าย

บทบาทของทีมวิจัย

1. การเป็นผู้สังเกตการณ์ (สังเกต บันทึกประเด็น ตั้งคำถามในใจ ค้นหาคำตอบจากการ Conference ถ้าไม่ได้คำตอบให้ Mark ไว้ เพื่อนำมาตั้งเป็นในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป)
2. ไม่เข้าไปมีส่วนแสดงความคิดเห็นขณะ Conference ยกเว้นเมื่อการ Conference เสร็จเรียบร้อยแล้ว มีประเด็นที่ Care giver หรือ ภาคีเครือข่ายขอความคิดเห็น
3. สร้างบรรยากาศที่ดีในการสังเกตการณ์ ไม่ให้รู้สึกว่าการ Care giver หรือ ภาคีเครือข่าย ถูกจับผิด
4. ชี้แจงชี้แจงการวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคีเครือข่าย ภายหลังเสร็จการ Conference

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ในโครงการวิจัย
เรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง
(กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง)

คำชี้แจง

กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย / ลงใน ()

1. ผู้ให้ข้อมูล () เคยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
() ไม่เคยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. อายุ ปี ศาสนา
4. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า / แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา / ปวช.
() อนุปริญญา / ปวส. () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพปัจจุบัน
7. รายได้เฉลี่ยทั้งหมดของครอบครัว บาท / เดือน
8. แหล่งที่มาของรายได้ของท่าน
() คู่สมรส () บุตรหลาน () เงินบำนาญ () อื่นๆ ระบุ
9. ความเพียงพอของรายได้ของท่าน () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
10. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้ให้ข้อมูล) คน

หากเคยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ให้ตอบแบบข้อความต่อไปนี้

1. ช่วงระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ถึงเดือน.....พ.ศ.....
2. บทบาทหน้าที่ในการดูแล
() เป็นบุคคลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
() เป็นผู้ช่วยบุคคลอื่นในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
3. เหตุผลในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
() เป็นบุคคลครอบครัว
() ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล
() ช่วยเหลือด้วยความสมัครใจ/จิตอาสา

แบบประเมินก่อน – หลัง การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง
(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หรือ ✕ หน้าข้อคำถามดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกระบวนการชราภาพเกิดจากพยาธิสภาพของโรค
2. การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพสามารถป้องกันหรือชะลอให้เกิดซ้ำได้
3. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีค่าคะแนนการประเมิน ADL มากกว่า 12 คะแนน
4. ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน เนื่องจากไตทำหน้าที่ดีขึ้น
5. อาการเจ็บหน้าอกโดยเจ็บตื้อๆ แน่นๆ หรือหนักๆ เจ็บที่กลางอกหรือทางซ้ายบริเวณหัวใจอาจร้ายไปตอกหรือแขน เป็นอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ต้องรีบส่งพบแพทย์
6. อาการปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก กินเก่ง หิวบ่อย น้ำหนักลด รวมทั้งมีอาการจากร่างกายขาดน้ำ เป็นแผลแล้วหายช้า ถือว่าเป็นเรื่องปกติในวัยผู้สูงอายุ
7. การประเมินภาวะวิกฤติในผู้ป่วยสูงอายุประเมินได้จากข้อมูลของผู้สูงอายุ การสังเกตด้านการติดต่อสื่อสาร เช่นการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้สัมผัส และการประเมินการหายใจ
8. การตกเลือดมี 2 ชนิดคือ การตกเลือดภายนอก และการตกเลือดภายใน การห้ามเลือดภายนอกที่สำคัญ คือ การกดลงบนแผลที่มีเลือดออกและไม่ควรยกแขนหรือขาที่มีเลือดออกให้อยู่สูงเท่าหน้าอกหรือหัวใจเพราะจะทำให้เลือดออกมากขึ้น
9. ภาวะอัตราการเต้นของชีพจรผิดปกติ คือ ภาวะที่อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือภาวะที่อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที
10. การวัดอุณหภูมิที่นิยมมี 2 ทางคือ การวัดทางปาก ใช้เวลา 3-5 นาที อุณหภูมิปกติได้เท่ากับ 37.9°C วัดทางรักแร้ใช้เวลา 5 นาที อุณหภูมิปกติเท่ากับ 36.5°C
11. การดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยางควรระมัดระวังไม่ให้สายยางหรือท่อให้อาหารหลุด จำเป็นต้องทดสอบทุกครั้งก่อนให้อาหาร ควรให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านั่ง หรือศีรษะสูงให้อาหารอย่างช้าและคอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
12. การทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ควรกระทำเพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุสำลักได้
13. หลักการให้ยาที่นิยมกันเป็นสากล คือ 5 ถูก ได้แก่ 1.ให้ถูกกับคน 2.ให้ถูกกับชนิดของยา 3. ให้ถูกขนาดยา 4. ให้ถูกทาง เช่นทางปาก ทางผิวหนัง 5. ให้ถูกเวลา เช่น ก่อนหรือหลังอาหาร
14. ข้อควรระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุ 1. การให้ยาสองอย่างขึ้นไปอาจมีปฏิกิริยาต่อกันได้ 2. การหยิบยาผิด 3. การทานยาสมุนไพรที่ไม่มีการรับรองมาตรฐาน 4. การเกิดอาการแพ้ยา และ 5. ผลข้างเคียงจากยาซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องระวังทุกครั้งในการให้ยาผู้สูงอายุ

15. ผู้สูงอายุควรกินข้าวเป็นอาหารมื้อหลัก กินผักเป็นอาหารมื้อรองโดยเฉพาะผักสดเพราะจะทำให้ได้คุณค่าทางโภชนาการสูง
16. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วันขึ้นไป ครั้งละ 30 นาทีจะทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ
17. ผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีความจำเป็นต้องออกกำลังกาย เพราะไม่มีประโยชน์
18. ผู้สูงอายุควรแปรงฟันวันละ 2 ครั้งๆละ 2 นาที แปรงสีฟันควรมีขนนุ่ม มีด้ามจับถนัดมือและต้องเปลี่ยนแปรงทุก 3 เดือน
19. การทำความสะอาดฟันเทียมควรแช่ในน้ำเดือดเพื่อฆ่าเชื้อโรค และตากแห้งทุกครั้งหลังทำความสะอาด
20. โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคในกลุ่มสมองเสื่อม ซึ่งส่งผลเกี่ยวกับความทรงจำ ความคิด เข้าวินิจฉัย การใช้เหตุผล และการแก้ไขปัญหา
21. การดูแลผู้สูงอายุนานๆทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสะสมได้ง่ายวิธีที่ดีที่สุดคือ ระบายกับผู้สูงอายุเพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ดูแลมากที่สุด
22. ห้องน้ำไม่ควรอยู่ห่างจากห้องนอนผู้สูงอายุเกิน 9 ฟุต เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภายในห้องน้ำควรมีราวยึดเกาะ ปูด้วยวัสดุพื้นหยาบหรือแผ่นกันลื่น
23. ผู้สูงอายุจะมองเห็นสีเขียว สีม่วง สีส้มได้ดีกว่าสีเหลือง สีส้ม และสีแดง ดังนั้นการจัดห้องและการใช้สีควรเป็นสีที่มองเห็นได้ดีกว่าสีสว่าง เพราะผู้สูงอายุจะมองเห็นได้ดีกว่า
24. กลัวย่น้ำว่ามีคุณสมบัติในการบำรุงและสร้างความแข็งแรงแก่กระเพาะอาหาร ป้องกันท้องผูก ทำให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติ
25. กระเทียมมีคุณสมบัติฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ทำความสะอาดเลือดและระบบลำไส้ ทำให้เส้นเลือดมีความยืดหยุ่นและลดแรงดันโลหิต
26. ผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 53 ระบุว่าผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ
27. เงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุเดือนละ 500 บาท ประกาศใช้เมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2552
28. บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ ผู้ที่ให้การดูแล ช่วยเหลือ ประคับประคอง ให้การสนับสนุน และเป็นผู้ประสานงานเชื่อมโยงในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพและบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน
29. หลักธรรมประจำใจของผู้ดูแลคือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา
30. คุณดอกไม้ เป็นผู้ดูแลคุณยายอัญชลีเป็นผู้สูงอายุ 82 ปี คุณยายชอบร้องจ๊ับจ๊ับ ทำให้คุณดอกไม้มีความเครียดสะสมทุกวัน คุณดอกไม้ถูกบังคับจากญาติของคุณอัญชลีให้ไปวิ่งออกกำลังกายเมื่อเวลาว่าง หรือให้ดูหนัง ฟังเพลง ซึ่งคุณดอกไม้ไม่ชอบ “กิจกรรมออกกำลังกาย ดูหนัง ฟังเพลงดังกล่าวถือเป็นกิจกรรมนันทนาการหรือไม่”

แบบสอบถามด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ

คำแนะนำ : ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนี้อย่างไร กรุณาตอบแบบสอบถามโดยเลือกคำตอบตามลำดับความสำคัญที่ตรงกับความเห็นของท่าน

รายการ	ความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	5	4	3	2	1
1. ผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่า เป็นปูชนียบุคคลทางสังคม					
2. การอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุมีประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัว					
3. การดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่น่าเบื่อหน่าย					
4. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใจสู้ ขี้บ่น น่ารำคาญ ยากแก่การดูแล					
5. การดูแลผู้สูงอายุเป็นอาชีพที่ดี มีเกียรติ มีรายได้					
6. การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุทำให้มีเพื่อนมีสังคม					
7. ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจ จำเป็นต้องให้ความรักความใส่ใจในการดูแล					
8. ผู้สูงอายุที่ถ่ายปัสสาวะเรี่ยราดต้องลงโทษว่ากล่าวเพราะเป็นสิ่งที่ไม่ดี					
9. ผู้สูงอายุชอบหลงลืม การอาบน้ำทำความสะอาดไม่จำเป็นต้องทำทุกวันก็ได้					
10. การโอบกอดหรือการสัมผัสผู้สูงอายุเพื่อถ่ายทอดความรู้สึกที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ					

แบบสอบถามผู้สูงอายุชุดที่.....วันที่เก็บข้อมูล.....

ผลตรวจน้ำตาลในเลือด (DTX)..... ความดันโลหิต.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ในโครงการวิจัย

เรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง
(กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง)

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐

1. เพศ.....ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ.....
2. ที่อยู่.....
3. อายุ ปี ศาสนา
4. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า / แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา / ปวช.
☐ อนุปริญญา / ปวส. ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพปัจจุบัน.....
7. รายได้เฉลี่ยทั้งหมดของครอบครัว บาท / เดือน
8. แหล่งที่มาของรายได้ของท่าน
☐ คู่สมรส ☐ บุตรหลาน ☐ เงินบำนาญ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
9. ความเพียงพอของรายได้ของท่าน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
10. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยูในบ้านเดียวกัน ณ ปัจจุบัน (รวมผู้สูงอายุ) คน
11. น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม. หมู่เลือด.....
12. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
13. ประวัติการผ่าตัด
14. โรคประจำตัว
15. ยาที่รับประทานประจำ
16. ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร
17. การสูบบุหรี่ / ยาเส้น ☐ ไม่สูบ ☐ สูบบ้าง ☐ สูบประจำ
☐ เคยสูบ แต่เลิกสูบมาแล้ว.....ปี
18. การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาโด่งเหล้า)
☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่บบ้าง ☐ ดื่มประจำ
☐ เคยดื่ม แต่เลิกดื่มมาแล้ว.....ปี
19. ครั้งสุดท้ายที่เข้านอนรักษาในโรงพยาบาล.....
นอนโรงพยาบาลด้วยโรค.....จำนวนวันทีนอน.....
20. ต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง จากใคร อย่างไร ในการดูแลท่าน.....

หมายเหตุ การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามจากคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพช่องปาก การคัดกรองสุขภาพทางตา การทดสอบสภาพสมอง (การรู้คิด) การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) การคัดกรองโรคข้อเสื่อมการคัดกรองภาวะหกล้ม การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ การประเมินปัญหาการนอน และการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) สำหรับคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

แบบสอบถามผู้ดูแลสูงอายุชุดที่.....วันที่เก็บข้อมูล.....

แบบสอบถามส่วนบุคคล (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)

เรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง
(กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง)

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐

1. เพศ.....ชื่อ.....นามสกุล.....
2. อายุ.....ปี
3. ☐ อยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้ป่วย ☐ ไม่อยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้ป่วย (โปรดระบุที่อยู่)
4. สถานภาพ ☐ โสด ☐ คู่/สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง/แยกกันอยู่
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่าน จำนวน.....คน
6. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้หรือไม่ (นอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุ)
☐ ไม่ทำ ☐ ทำ (ระบุอาชีพ).....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน (รวมทุกที่มาของรายได้).....บาท / เดือน
☐ ไม่เพียงพอ ☐ เพียงพอ
8. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา/ปวช.
☐ อนุปริญญา/ปวส. ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
9. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้สูงอายุที่ท่านดูแลในขณะนี้ ผู้สูงอายุเป็น.....
10. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคนปัจจุบัน.....ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.
11. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้เจ็บป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่
☐ ไม่เคย
☐ เคย.....คน (โปรดระบุความสัมพันธ์กับท่าน ลักษณะการเจ็บป่วย และระยะเวลาที่ท่านดูแล)

12. ผู้ดูแลคนอื่นนอกเหนือจากท่านที่ช่วยท่านดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงในปัจจุบัน
☐ ไม่มี ☐ มี.....คน (โปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และลักษณะการดูแล)
 คนที่ 1 ผู้สูงอายุเป็น.....ลักษณะการดูแล.....
 คนที่ 2 ผู้สูงอายุเป็น.....ลักษณะการดูแล.....
13. ขณะนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงคนอื่นหรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ท่านต้องดูแลหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี.....คน (โปรดระบุความสัมพันธ์กับท่าน และลักษณะการดูแล)
14. โรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยก่อนเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน
15. การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน
16. ยาที่รับประทานประจำ
17. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึงพิงหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย (ระบุเรื่อง).....
18. ท่านต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึงพิงหรือไม่
☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ (ระบุเรื่อง).....
19. ใน 1 วัน ตั้งแต่เช้าถึงเข้านอน ท่านดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงอย่างไรบ้าง
20. ใน 1 วัน ตั้งแต่เช้าถึงเข้านอน ท่านได้พักหรือละจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงบ้างหรือไม่ ☐ ได้พัก ☐ ไม่ได้พัก
21. ลักษณะการพักหรือละจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงของท่านเป็นอย่างไร (ตอบ 1 ข้อ)
☐ ประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังแล้วจึงกลับมาดูแล เหตุผล.....
☐ ประมาณครึ่งวัน (4-6 ชั่วโมง) โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังแล้วจึงกลับมาดูแล เหตุผล.....
☐ ไปทั้งวันตั้งแต่เช้าถึงเย็น โดยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังแล้วจึงกลับมาดูแล เหตุผล.....
☐ ประมาณ 1-2 ชั่วโมง แต่มีคนอื่นช่วยดูแลในช่วงที่ไม่อยู่ เหตุผล.....
☐ ประมาณครึ่งวัน (4-6 ชั่วโมง) แต่มีคนอื่นช่วยดูแลในช่วงที่ไม่อยู่ เหตุผล.....
☐ ไปทั้งวันตั้งแต่เช้าถึงเย็น แต่มีคนอื่นช่วยดูแลในช่วงที่ไม่อยู่ เหตุผล.....
☐ ไม่ได้พักเลย / อยู่กับผู้สูงอายุตลอดเวลา / ทำงานอื่นอยู่ใกล้ๆ เมื่อผู้ป่วยพักหรือหลับ
22. หน่วยงานหรือแหล่งช่วยเหลือหรือใครที่มีส่วนช่วยท่านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงที่ท่านดูแลอยู่ขณะนี้.....
23. ท่านต้องการความช่วยเหลือจากใครบ้าง อย่างไร ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง
24. ท่านพอใจการดูแลของท่านที่ให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงที่ท่านดูแลอยู่ขณะนี้เพียงใด
☐ ไม่พอใจเลย ☐ พอใจเล็กน้อย ☐ พอใจปานกลาง ☐ พอใจมาก ☐ พอใจมากที่สุด
25. แบบประเมินความเครียด (ST - 5) รายบุคคล
26. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)
27. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

การศึกษาข้อมูลโครงการวิจัยฯ ประเด็นเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ
ระบบข้อมูลสารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ (Thai COC)
ณ โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

1. ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลสุรินทร์

- รูปแบบ/ลักษณะการดำเนินงาน
- การประสานงาน/การบูรณาการการทำงานกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่
- จุดเด่น/ปัจจัยของความสำเร็จ
- ปัญหา-อุปสรรคในการทำงาน

2. ระบบข้อมูลสารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ (Thai COC)

- รูปแบบ/ลักษณะการดำเนินงาน
- การเชื่อมโยงระบบกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การนำไปต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ในพื้นที่อื่น
- จุดเด่น/ปัจจัยของความสำเร็จ
- ปัญหา-อุปสรรคในการทำงาน

3. การบูรณาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน รพ.สต.

- การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
- ระบบข้อมูลสารสนเทศ
- จุดเด่น/ปัจจัยของความสำเร็จ
- ปัญหา-อุปสรรคในการทำงาน

แนวทางการศึกษาข้อมูลจากการศึกษาดูงาน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ หนองตองพัฒนา
อ.หางดง จ.เชียงใหม่ และ โรงพยาบาลตำบลชุมชนดอนแก้ว อ.แมริม จ.เชียงใหม่

1. กลุ่มผู้บริหาร : ประเด็นการสัมภาษณ์/เก็บรวบรวมข้อมูล

1. แนวทางการจัดตั้งศูนย์ และวิธีการบริหารจัดการภายในศูนย์ฯ
2. แนวทางการจัดการสภาพแวดล้อม และความปลอดภัยภายในศูนย์ฯ สำหรับผู้สูงอายุ
3. แนวทางการจัดหางบประมาณ และกองทุนสนับสนุนต่างๆ
4. แนวทางการจัดสวัสดิการ การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง
5. แนวทางการสร้างเครือข่ายการทำงานของศูนย์ฯ กับหน่วยงานต่างๆ
6. อุปสรรค และปัญหาในการดำเนินงานของศูนย์ฯ
7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของศูนย์ฯ

2. กลุ่มผู้ดูแล : ประเด็นการสัมภาษณ์/เก็บรวบรวมข้อมูล

1. มีประสบการณ์การเป็น CG มานานเท่าใด
2. เหตุผล/สาเหตุที่เข้ามาทำงานเป็น CG
3. การอบรม CG (ระยะเวลาการอบรมนานเท่าใด ใครเป็นผู้จัดการอบรม วิธีการอบรมเป็นแบบใด)
4. หลังจากอบรมแล้วนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อย่างไรบ้าง
5. มีใคร กลุ่มคน หรือหน่วยงานใดบ้าง ที่เข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อยากได้รับการสนับสนุนอะไรเพิ่มเติมบ้าง
6. วัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เพียงพอหรือไม่
7. CG ได้รับค่าตอบแทนจากไหน อย่างไร
8. รู้สึกอย่างไรกับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง
9. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง
10. อะไรที่เป็นสิ่งส่งเสริมให้งานของ CG ประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับจากคนอื่นๆ ในชุมชน

3. กลุ่ม อสม. : ประเด็นการสัมภาษณ์/เก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในบทบาทที่เป็น อสม. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกิจกรรมของศูนย์ฯ อย่างไร
2. ในบทบาทที่เป็น อสม. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อย่างไร
3. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง
4. มีใคร กลุ่มคน หรือหน่วยงานใดบ้าง ที่เข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อยากได้รับการสนับสนุนอะไรเพิ่มเติมบ้าง
5. วัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เพียงพอหรือไม่
6. รู้สึกอย่างไรกับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

4. กลุ่ม กศน. พม. : ประเด็นการสัมภาษณ์/เก็บรวบรวมข้อมูล

1. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกิจกรรมของศูนย์ฯ อย่างไร
2. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อย่างไร
3. มีใคร กลุ่มคน หรือหน่วยงานใดบ้าง ที่เข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อยากได้รับการสนับสนุนอะไรเพิ่มเติมบ้าง
4. ท่านคิดเห็นว่ารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ควรเป็นอย่างไร

5. กลุ่มทีมสุขภาพ :

1. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกิจกรรมของศูนย์ฯ อย่างไร
2. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อย่างไร
3. มีใคร กลุ่มคน หรือหน่วยงานใดบ้าง ที่เข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อยากได้รับการสนับสนุนอะไรเพิ่มเติมบ้าง
4. ท่านคิดเห็นว่ารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ควรเป็นอย่างไร

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่มสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลในโครงการวิจัย
เรื่องการพัฒนาาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง
(กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ พร้อมทั้งเติมข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบ
 แบบสอบถามมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ อายุ.....ปีเต็ม
3. ระดับการศึกษา

☐ 1. มัธยมศึกษาตอนปลาย	☐ 3. สูงกว่าปริญญาตรี
☐ 2. ปริญญาตรี	☐ 4. อื่นๆ (โปรดระบุ)
4. การประกอบอาชีพ

☐ 1. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	☐ 2. อื่นๆ โปรดระบุ.....
--	---
5. ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน (ถ้ามี)
 (โปรดระบุตำแหน่งที่รับผิดชอบ).....
6. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

☐ ต่ำกว่า 1 ปี	☐ 1 – 5 ปี
☐ 6 – 10 ปี	☐ 11 – 15 ปี
☐ 16 – 20 ปี	☐ มากกว่า 20 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการทำงานและความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1. บทบาทหน้าที่ของท่านเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่าน และในชุมชน เป็นอย่างไร
2. ข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรค ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่าน และในชุมชน
3. ท่านคิดเห็นว่าการเชื่อมโยงในระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคท้องถิ่น (อปท.) ควรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร
4. ท่านทราบหรือไม่ว่าแหล่งงบประมาณที่จะช่วยสนับสนุน เพื่อให้เกิดระบบการเชื่อมโยงในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมาจากที่ใดบ้าง

แนวทางการประชุมระดมความคิดเห็น (ภาคีบริการสังคม และ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น)
เรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง
ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้อยท่า

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ พร้อมทั้งเติมข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบ
แบบสอบถามมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ อายุ.....ปีเต็ม
3. ระดับการศึกษา

☐ 1. ประถมศึกษา	☐ 4. ปริญญาตรี
☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ 5. สูงกว่าปริญญาตรี
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย	☐ 6. อื่นๆ (โปรดระบุ)
4. การประกอบอาชีพ

☐ 1. เกษตรกร	☐ 4. พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม/บริษัทเอกชน
☐ 2. รับจ้างทั่วไป	☐ 5. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	☐ 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน (ถ้ามี) (โปรดระบุตำแหน่งที่รับผิดชอบ).....
6. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

☐ ต่ำกว่า 1 ปี	☐ 1 – 5 ปี
☐ 6 – 10 ปี	☐ 11 – 15 ปี
☐ 16 – 20 ปี	☐ มากกว่า 20 ปี

ประเด็นการประชุมและการสัมภาษณ์

1. ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ท่านได้ทำอะไรบ้างเพื่อให้การดูแล/ ให้การช่วยเหลือ/ มีจิตอาสา หรือทำตาม บทบาทและหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งได้อยู่อาศัยที่บ้าน ในครอบครัว หรือในชุมชนของท่านแบบใด
2. ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ท่านได้รับความช่วยเหลือ/ ความร่วมมือ/ การสนับสนุน จากบุคคลในครอบครัว ญาติ หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชน หรือองค์กรอิสระ ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้อยู่อาศัยที่บ้าน ใน ครอบครัว หรือในชุมชนของท่านอย่างไร
3. หากท่านสามารถพัฒนางานดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ ท่านอยากให้หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชน หรือ องค์กรอิสระ รวมทั้งการพัฒนางานดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในครอบครัว หรือในชุมชนของท่านอย่างไร
4. ท่านคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุ มีปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ทำให้การทำงานไม่ประสบผลสำเร็จอย่างเต็มที่
5. ท่านคิดว่าควรมีสิ่งสนับสนุนใดเป็นพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในครอบครัว หรือในชุมชน

โครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ่องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง)

กำหนดการเสวนาค้นข้อมูลการวิจัยและเสวนาร่วมกับพื้นที่
(ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการสังคม ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น)
ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลน้ำโจ้ ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

- | | | |
|------|---------------------|---|
| เวลา | 08.00 น. – 08.45 น. | - ลงทะเบียน |
| เวลา | 08.45 น. – 09.00 น. | - เปิดการเสวนา โดย.....นายอำเภอแม่ทะ |
| เวลา | 09.00 น. – 09.15 น. | - นำเสนอข้อมูลวิจัยเบื้องต้นที่ได้จากภาคี 3 ภาคีหลัก ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ่องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง โดย..... หัวหน้าทีมวิจัย |
| เวลา | 09.15 น. – 12.00 น. | <p>- เสวนารูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยความร่วมมือของภาคี 3 ภาคีหลัก โดยทีมวิทยากร.....</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลน้ำโจ้ อ.แม่ทะ 2. รองนายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลน้ำโจ้ อ.แม่ทะ 3. หัวหน้าทีมหมอครอบครัว รพ.แม่ทะ 4. หัวหน้าศูนย์ดูแลต่อเนื่อง รพ.ลำปาง 5. ผอ.รพ.สต.ฮ่องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 6. ผอ.รพ.สต.ศรีหมวดเกล้า อ.เมือง จ.ลำปาง 7. CG ในพื้นที่ รพ.สต.ศรีหมวดเกล้า <p>ดำเนินการเสวนาโดย.....หัวหน้าทีมวิจัย</p> |
| เวลา | 12.00 น. – 13.00 น. | - พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| เวลา | 13.00 น. – 16.00 น. | - ทีมวิจัยสรุปประเด็น ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากการเสวนา |

ภาคผนวก ข : ประวัติผู้วิจัย

1. นางสาวสมิตรา วิชา

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ระดับการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลงานวิจัยที่เผยแพร่

1. หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง ลักษณะการละเลยจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติ ผู้ดูแล: กรณีศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปาง (ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2551) แหล่งทุน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

2. หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์ศักยภาพชุมชนการวิเคราะห์ศักยภาพการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาตำบลบ้านออน อำเภองาว จังหวัดลำปาง (Promote of Understanding and Participation in Community Health Development Project: Capacity Assessment of Tambon Ban On, Ngao District, Lampang Province.) (Poster Presentation at 5th Hong Kong International Nursing Forum, 3-4 June 2011) แหล่งทุน: สภาการพยาบาล

3. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพชุมชนบ้านทุ่งในการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน (ตีพิมพ์ในวารสาร ปี 2554) แหล่งทุน: สกอ.

4. หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า (Oral Presentation ในการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 5, 2-4 ธันวาคม 2556) แหล่งทุน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง และสภาการพยาบาล

5. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง เรื่อง การศึกษาผลการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ในชุมชนเทศบาลนครลำปาง (นำเสนอในการประชุมวิชาการเครือข่ายบริหารการวิจัยภาคเหนือตอนบน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2558) แหล่งทุน : เครือข่ายบริหารการวิจัยภาคเหนือตอนบน

2. นางณัชพันธ์ มานพ

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
เทศบาลตำบลน้ำโจ้

ระดับการศึกษา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลงานวิจัยที่เผยแพร่

1. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า (Oral Presentation ในการประชุมวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ ครั้งที่ 5, 2-4 ธันวาคม 2556) **แหล่งทุน:** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง และสภาการพยาบาล

3. นางสาวสุภา ศรีรุ่งเรือง

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า

ระดับการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

ผลงานวิจัยที่เผยแพร่

1. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า (Oral Presentation ในการประชุมวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ ครั้งที่ 5, 2-4 ธันวาคม 2556) **แหล่งทุน:** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง และสภาการพยาบาล

4. นาง เบญจพร เสาวภา

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ระดับการศึกษา พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA)

ผลงานวิจัยที่เผยแพร่

1. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัยวิจัย : การประเมินผลการเรียนการสอนวิชา แนวโน้มและพัฒนาการของวิชาชีพการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปี 3 รุ่น 27 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ปีที่พิมพ์: 2550

2. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัยวิจัย : การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการใส่วัสดุยึดตรึงจากภายนอกปีที่พิมพ์: 2552 **แหล่งทุน :** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง โรงพยาบาลลำปาง และมหาวิทยาลัยลาโทรป ประเทศออสเตรเลีย

3. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง เรื่อง การศึกษาผลการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ในชุมชนเทศบาลนครลำปาง (นำเสนอในการประชุมวิชาการเครือข่ายบริหารการวิจัยภาคเหนือตอนบน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2558) แหล่งทุน : เครือข่ายบริหารการวิจัยภาคเหนือตอนบน

5. นางศิริรัตน์ ศรีภักธราษฎร์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ระดับการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลงานวิจัยที่เผยแพร่

1. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง สายตัวแทบขาด: การดูแลพ่อแม่ที่อยู่ในวัยชรา (Oral Presentation ในการประชุมนานาชาติ R2R “Knowledge Management in Health for the Development of quality of life 2007” แหล่งทุน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

2. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์ศักยภาพชุมชนการวิเคราะห์ศักยภาพการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาตำบลบ้านอ้อน อำเภองาว จังหวัดลำปาง (Promote of Understanding and Participation in Community Health Development Project: Capacity Assessment of Tambon Ban On, Ngao District, Lampang Province.) (Poster Presentation at 5th Hong Kong International Nursing Forum, 3-4 June 2011) แหล่งทุน: สภาการพยาบาล

3. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพชุมชนบ้านทุ่งในการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน (ตีพิมพ์ในวารสาร ปี 2554) แหล่งทุน: สกอ.

4. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า (Oral Presentation ในการประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 5, 2-4 ธันวาคม 2556) แหล่งทุน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง และสภาการพยาบาล

5. หัวหน้าทีมโครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาผลการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ในชุมชนเทศบาลนครลำปาง (นำเสนอในการประชุมวิชาการเครือข่ายบริหารการวิจัยภาคเหนือตอนบน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2558) แหล่งทุน : เครือข่ายบริหารการวิจัยภาคเหนือตอนบน

6. นางสาวณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลแม่ทะ

ระดับการศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต อ.ว.เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน)

ผลงานวิจัยที่เผยแพร่

1. เรื่อง ระบาดวิทยาและปัญหาของแผลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

7. นายธนกฤช หมั่นก้อนแก้ว

ตำแหน่ง อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเนชั่น

ระดับการศึกษา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (โภชนาการศึกษาศาสตร์ศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลงานวิจัยที่เผยแพร่

1. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง การมีส่วนร่วมในการบูรณาการองค์ความรู้ด้านการใช้สมุนไพรไทย ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและศาสตร์การสาธารณสุข : กรณีศึกษาบ้านต้นฮ้างพัฒนา ตำบลบ้านคำ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (นำเสนอแบบปากเปล่า ปี 2556) แหล่งทุน : สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)

2. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า (Oral Presentation ในการประชุมวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ ครั้งที่ 5, 2-4 ธันวาคม 2556) แหล่งทุน: วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครลำปาง และสภาการพยาบาล

8. นางธนัชพร มณีวรรณ

ตำแหน่ง ข้าราชการบำนาญ
ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ระดับการศึกษา ศิลปศาสตรบัณฑิต

ผลงานวิจัยที่เผยแพร่

1. ผู้ร่วมทีมโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ้องห้า (Oral Presentation ในการประชุมวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ ครั้งที่ 5, 2-4 ธันวาคม 2556) แหล่งทุน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง และสภาการพยาบาล