



โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

Capacity Building of Community Volunteers to be Case Manager
of Community Dwelling Elderly with Disabilities.

โดย

นางวรัญญา	จิตรบรรทัด
นางพิมพ์วรรณ	เรืองพุทธ
นางสุพัตรา	สหายรักษ์
นายวัฒนา	วาระเพียง

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงได้ต้องขอขอบคุณ จิตอาสาในชุมชนนาเคียน ตำบลนาเคียน อำเภอมือ จังหวัดนครศรีธรรมราช ทุกท่านที่ร่วมกันขับเคลื่อนงานดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน ภายใต้โครงการ “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน” ที่ตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างดี

ขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลนาเคียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโหนด และแผนกกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ที่มีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนนาเคียน ซึ่งล้วนเป็นเครือข่ายสำคัญที่ก่อให้เกิดความสะดวกในการดำเนินงาน

ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ นายแพทย์ยุทธนา สุทธิธนากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนบพิตร อำเภอนบพิต จ.นครศรีธรรมราช นางสิทธิพรธณ เรือนจันทร์ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช และนายสยาม เพิ่มเพชร นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาชี้แนะและปรับปรุงหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน” ให้ครอบคลุมทุกมิติในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

ขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งมิตรภาพ และคำแนะนำในการจัดทำโครงการเพื่อคนพิการสูงอายุในชุมชนอย่างดียเยี่ยม หวังว่าโอกาสต่อไปจะได้รับความโอกาสเช่นนี้อีก

ขอบคุณทีมผู้ร่วมวิจัยที่เกื้อกูลกันมาตลอด ขอขอบคุณกำลังใจที่สำคัญของคนในครอบครัวที่เคียงข้างและผลักดันเพื่อหวังให้คนพิการสูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ครอบคลุม และต่อเนื่องและที่ขาดไม่ได้ คือ ขอขอบคุณคนพิการทางการสูงอายุในชุมชนพร้อมทั้งสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือสนับสนุน และเรียกร้อง ทำให้งานวิจัยบรรลุไปได้ด้วยดี

คณะผู้วิจัย
มิถุนายน 2560

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
สารบัญ	ข
บทคัดย่อ	ค
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	24
บทที่ 4 ผลการศึกษา	31
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	53
เอกสารอ้างอิง	59
ภาคผนวก	61

ชื่อเรื่อง การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

ผู้วิจัย	นางวรรณญา	จิตรบรรทัด
	นางพิมพ์พรรณ	เรืองพุทธ
	นางสุพัตรา	สหายรักษ์
	นายวัฒนา	วาระเพียง

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลนาเคียน ให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีของคนพิการสูงอายุ และมีรูปแบบการให้การดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม โดยนำไปสู่การเป็นระบบหรือกลไกในชุมชนที่ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพคนพิการสูงอายุ ที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่ข้างเคียงได้โดยการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (PAR) ของทีมผู้วิจัยกับชุมชนนาเคียน ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช โดยใช้เทคนิค AIC ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความรู้ การสร้างแนวทางการพัฒนา การสร้างแนวปฏิบัติ และการประเมินผล โดยมี อสม.จำนวน 32 คน ร่วมดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน การสัมภาษณ์ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า ระบบและกลไกในการขับเคลื่อน คือ การสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และพัฒนาสมรรถนะให้อสม.สามารถดูแลคนพิการสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอสม.ที่ผ่านการอบรมทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน มากที่สุดในด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ (ร้อยละ 97.34) ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ (ร้อยละ 95.78) สรุปรูปแบบการจัดการได้ดังนี้ 1) รพ.สต.สำรวจคนพิการสูงอายุในความรับผิดชอบ 2) ชี้แจงให้อสม.เข้าใจบทบาทของการเป็นผู้จัดการรายกรณี 3) จัดอบรมหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน” 4) จัดทีมในการลงดูแล ฟันฟู คนพิการสูงอายุในชุมชน 5) บันทึกการลงเยี่ยมส่งทุกเดือน 6) รพ.สต.รวบรวมข้อมูล และกำกับติดตามการปฏิบัติงานของอสม. 7) ประสานหน่วยงานภายนอก ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลคนพิการสูงอายุ

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้จัดการรายกรณี คนพิการสูงอายุ

Title : Capacity Building of Community Volunteers to be Case Manager of Community Dwelling Elderly with Disabilities.

Researchers : Mrs. Waaranya Jitbantad,
Mrs. Pimpawan Ruangput,
Mrs. Supatra Sahairak,
Mr. Wattana Warapeang

Abstracts

This research aims to 1) propel the handicapped elderly care in the community to receive rehabilitation properly. 2.) developments in public health volunteers, a case manager in the care of older people with disabilities in the community effectively 3) Create a list of cases of people with disabilities. The cooperative research (PAR) of the research team with the Nakean community in Nakhon-si-thammarat province using the AIC technique, which has the creation of knowledge, development guidelines, practice and evaluation. The sample are 32 village health volunteers who jointly take care of 50 elderly people with disabilities in the community. The data were collected using pre-post test. Data analysis by content analysis, mean and percentages.

The study found that: The management pattern can be summarized as follows: 1) sub-district health promotion hospital explore elderly with disabilities 2) Clarify the role of case manager with public health volunteers. 3) Training course “Capacity Building of Community Volunteers to be Case Manager of Community Dwelling Elderly with Disabilities.” 4) Organize teams to take care of elderly with disabilities people in the community. 5) Record visit and sent to sub-district health promotion hospitals every month. 6) Sub-district health promotion hospitals monitor the performance of public health volunteers 7) coordinate with external agencies involved in helping and caring for the elderly disabled. Public health volunteers are trained in both theoretical and practical subjects pass 100 percent. After the training they have increased in all aspects. In terms of basic knowledge on the rights of elderly with disabilities people (97.34%), knowledge on health assessment and screening (95.78%).

Thus The Department of Health Service ,Support Local administration and Sub-district Health Promotion Hospital should a role in the health of people in the area. Especially bedside patients and should provide services that facilitate access to older with disabilities people. And should provide training for public health volunteers.

Keywords: Public health volunteers, Case manager, Elderly with disability

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความเป็นมา

คนพิการถือเป็นทรัพยากรส่วนหนึ่งของประเทศ ซึ่งทุกคนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันและควรมีโอกาสได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เท่าเทียมกันด้วย โดยในเบื้องต้นควรเน้นให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิต่างๆได้จริงตามความจำเป็น การส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายจะช่วยให้มีการพัฒนาแบบเชิงระบบ ที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นภาคประชาชน ที่เป็นคนในชุมชน มีส่วนร่วมโดยทำหน้าที่ช่วยการส่งเสริมสุขภาพประชาชน มีความเข้าใจบริบททั้งเชิงภูมิศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรมของพื้นที่ จึงเป็นส่วนสำคัญในการจัดการระบบดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จึงสมควรได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ให้ขึ้นเป็นกลไกที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองทางสุขภาพอย่างยั่งยืนได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพคนพิการ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลสุขภาพคนพิการสูงอายุในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่ท้าทาย

การส่งเสริมให้มีผู้จัดการรายกรณีในการดูแลสุขภาพ ทำให้ได้โดยการเพิ่มพูนขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขให้ดูแลผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเป็นหัวหน้าทีม ติดตามดูแลผู้พิการสามารถประเมินสถานการณ์และสถานะของผู้พิการและครอบครัว สามารถวางแผน ประสานงาน ประสานเชื่อมโยงทรัพยากร ระบบส่งต่อ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการงานให้ลุล่วงได้ตามเป้าหมาย ทั้งนี้โดยมีญาติและคนในชุมชนมีส่วนร่วมด้วย

ตำบลนาเคียนตั้งอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช แบ่งพื้นที่ออกเป็น 9 หมู่บ้าน มีประชากรประมาณ 12,025 คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโนนด มีอาสาสมัครสาธารณสุข 254 คน มีคนพิการรวมทุกประเภท จำนวน 256 คน ในจำนวนนี้ มีผู้พิการสูงอายุจากอุบัติเหตุและจากสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถเดินได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องเป็นภาระกับครอบครัว จำนวนประมาณ 50 คน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช มีนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนให้ทุกคนมีสุขภาพดี ชุมชนมีความเข้มแข็ง และประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพชุมชน โดยมีความร่วมมือกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโนนด ในการดำเนินกิจกรรมโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีพบว่า ชุมชนยังขาดระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพคนพิการสูงอายุ ซึ่งมักเจ็บป่วย นอนติดเตียง ต้องการการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง จากสภาพดังกล่าว จึงเห็นว่ควรมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลสุขภาพคนพิการสูงอายุในชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทของชุมชนเอง

โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลนาเคียน ให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีของคนพิการสูงอายุ และมีรูปแบบการให้การดูแลสุขภาพคนพิการสูงอายุในชุมชนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม โดยนำไปสู่การเป็นระบบหรือกลไกในชุมชนที่ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพคนพิการสูงอายุ ที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่ข้างเคียงได้

ระเบียบวิธีวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้กรอบแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. การค้นหาศักยภาพ การทำความเข้าใจสภาพปัญหาในการดูแลคนพิการสูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อใช้ในการวางแผนให้ความรู้เพิ่มเติม
2. การพัฒนาศักยภาพโดยการให้ความรู้ในประเด็นดังต่อไปนี้
 1. ความรู้ความเข้าใจบริบท ปัจจัยครอบครัวของคนพิการสูงอายุ ศักยภาพและบทบาทการสร้างเสริมการดูแลการเจ็บป่วยของครอบครัว
 2. ความรู้ความเข้าใจในบริบทวัฒนธรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่สัมพันธ์กับการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนนาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
 3. ความรู้ความเข้าใจในเรื่องปัญหาสุขภาพของคนพิการสูงอายุ ในที่นี้อาสาสมัครสาธารณสุขต้องสามารถนำปัญหาสุขภาพของทั้งผู้สูงอายุและผู้พิการ มาเชื่อมโยงกับคนพิการสูงอายุในกรณีของตนโดยครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
 4. ความรู้ความเข้าใจในแนวทางการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนดูแล การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การประสานงาน และการประเมินผลลัพธ์การดูแล
3. การพัฒนาทักษะการวิเคราะห์และกำหนดแนวทางการดูแลผู้พิการสูงอายुरายกรณี ที่อาสาสมัครสาธารณสุขเรียนรู้จากผู้วิจัย โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขต้องทราบข้อมูลของทุกกรณีศึกษา
4. การพัฒนาทักษะการดูแลฟื้นฟูสุขภาพคนพิการสูงอายุในกรณีศึกษาของตน และนำปัญหาอุปสรรค ข้อดี ข้อเสียจากการดูแล มาประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนร่วมกัน เพื่อค้นหาแนวทาง/วิธีการดูแลที่ดีที่สุด แล้วนำมาปรับปรุงการดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้พิการสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยง

การศึกษาใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) โดยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหาความต้องการ วางแผน ดำเนินการ และสรุปบทเรียนร่วมกัน โดยประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัทฮอฟ ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ มีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล และกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค AIC ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความรู้ การสร้างแนวทางการพัฒนาการสร้างแนวปฏิบัติ การประเมินผล โดยผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย

1. ทีมวิจัยหลัก 4 คน
2. ทีมพื้นที่ 32 คน ได้แก่
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งไหนด 2 คน
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล 1 คน
 - ประธานชมรมคนพิการตำบลนาเคียน 1 คน
 - ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน
 - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจาก 9 หมู่บ้าน ๆ ละ 3 คน รวม 27 คน
3. ผู้ดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน 20 คน
4. คนพิการสูงอายุในชุมชน 50 คน

มีขั้นตอนและกระบวนการวิจัย เป็นดังนี้

- ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อม การออกแบบเครื่องมือ และการศึกษาบริบทของชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC
- ระยะที่ 2 วิเคราะห์ วางแนวทางการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุ และจัดอบรมให้ความรู้การทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีให้อาสาสมัครฯ
- ระยะที่ 3 พัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร ด้วยการฝึกปฏิบัติการทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี ดูแลคนพิการสูงอายุ เป็นเวลา 3 เดือน การสะท้อนคิด ค้นข้อมูลให้ชุมชน และการสรุปบทเรียน

ทั้งนี้เครื่องมือ ที่ใช้ในการพัฒนาอาสาสมัครฯ ผู้จัดการรายกรณี ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณี
 - 1) แนวทางการดูแลคนพิการ
 - 2) แนวทางการประสานงานกับเครือข่าย
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร ได้แก่
 - 1) แบบประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลคนพิการ
 - 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของคนพิการสูงอายุ/ญาติต่อการได้รับการดูแล
 - 3) แบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการรายกรณี (สมรรถนะด้านความรู้และทักษะที่จำเป็น และสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ)

ทั้งนี้ในการสร้างเครื่องมือทั้งหมด มีการศึกษาจากทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ แล้วพิจารณาปรับปรุงแก้ไข โดยการเก็บข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณใช้แบบสำรวจ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต แบบมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆในโครงการ

วิธีการเก็บข้อมูลในโครงการวิจัย นี้ ประกอบด้วย

1. Pre-test , Post-test ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน
2. การสำรวจสถานการณ์ภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของคนพิการสูงอายุในตำบลนาเคียน ด้วยการสนทนากลุ่ม ผู้ดูแลคนพิการสูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข
3. ถอดบทเรียนการดูแลสุขภาพที่ผสมผสานกับความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นตามบริบทของชุมชน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก แบบมีโครงสร้าง
4. เก็บข้อมูลกระบวนการพัฒนาด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการ การประชุม ระดมความคิดเห็น การปฏิบัติการดูแลคนพิการสูงอายุ
5. ประเมินความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อกระบวนการและผลลัพธ์ในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แสดงผลด้วย ค่าเฉลี่ย และ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการระดมความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตาม ประเมินผล แล้วจึงสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นวิจัยที่กำหนด และสรุปผลโดยวิธีการพรรณนาความ

การวิจัยนี้ ดำเนินการในขอบเขตเพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เป็นผู้จัดการรายการณ์ในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน ตำบลนาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือน 16 มิถุนายน 2559 ถึง 15 มิถุนายน 2560 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ผลการศึกษา

มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ากระบวนการพัฒนาศักยภาพเป็นผู้จัดการรายการณ์ทั้งสิ้น 32 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.62 มีอายุเฉลี่ย 45 ปี (ต่ำสุด 27 ปี สูงสุด 62 ปี) ร้อยละ 65.63 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 84.37 มีสถานภาพสมรสแล้ว แต่อยู่กับคู่สมรสและบุตร เพียงร้อยละ 68.75 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.25 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.13) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,860.38 บาท (ต่ำสุด 4,500 บาท สูงสุด 15,000 บาท)

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของการมีสมรรถนะในการเป็นผู้จัดการรายการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุข

สมรรถนะ	ก่อน (n=32)		หลัง(n=32)	
	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล
1. ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ	84.06	มาก	97.34	มากที่สุด
2. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ	80.42	มาก	88.28	มาก
3. ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ	73.28	ปานกลาง	95.78	มากที่สุด
4. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ	60.82	น้อย	72.56	ปานกลาง
5. ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ	68.24	น้อย	78.76	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน หลังผ่านกระบวนการ โดยมีสมรรถนะมากที่สุด ในด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ (ร้อยละ 97.34) ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ (ร้อยละ 95.78) ด้านที่มีสมรรถนะมาก คือ ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 88.28) ด้านที่มีสมรรถนะปานกลาง คือ ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ(ร้อยละ 78.76) และด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ(ร้อยละ 72.56) ตามลำดับ

มีจำนวนคนพิการสูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัคร ที่เข้ากระบวนการพัฒนาเป็นผู้จัดการรายการณ์ จำนวน 50 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64 มีอายุเฉลี่ย 77.28 ปี (ต่ำสุด 61 ปี สูงสุด 100 ปี) ร้อยละ 76 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66 มีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 52 อาศัยอยู่กับบุตร มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,230 บาท (ต่ำสุด 2,500 บาท สูงสุด 13,000 บาท)

คนพิการสูงอายุเหล่านี้ ได้รับการคัดกรองและประเมินความสามารถโดยใช้แบบประเมินความสามารถของคนพิการสูงอายุมี 2 ชุด คือ ประเมินความสามารถเบื้องต้น(Activities of Daily Living : ADL) และ ประเมินความสามารถขั้นสูงที่ต้องใช้อุปกรณ์ร่วมด้วย(Instrumental Activities of Daily Living :IADL) ของ WHO ฉบับภาษาไทย. ที่กำหนดไว้ในนโยบายการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งก่อนได้รับการดูแล มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 18 ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ร้อยละ 56 และอยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (พึ่งพา) ร้อยละ 26 (ดูข้อมูลตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานก่อนดูแลและหลังดูแล

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	ก่อนดูแล		หลังดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ช่วยเหลือตัวเองได้	9	18	12	24
2. ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	28	56	31	62
3. ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	13	26	7	14
Mean 2.08 S.D. 0.66			Mean 1.96 S.D. 0.72	

จากตารางที่ 2 พบว่าคนพิการสูงอายุที่ได้รับการดูแลเป็นเวลา 3 เดือน จากผู้จัดการรายกรณีแล้ว มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living : ADL) ดีขึ้น โดยดูจากสัดส่วนคนพิการสูงอายุ ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 24 (จากเดิมร้อยละ 18) ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเพิ่มเป็น ร้อยละ 62 (จากเดิมร้อยละ 56) ในขณะที่สัดส่วนคนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ลดลงเหลือ ร้อยละ 14 (จากเดิมร้อยละ 26) ทั้งนี้ถ้ามองในภาพรวม พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้พิการสูงอายุลดลง จาก 2.08 เป็น 1.96 แสดงให้เห็นว่าในภาพรวมผู้พิการสูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะพึ่งพาก่อนดูแลและหลังดูแล

ภาวะพึ่งพา	ก่อนดูแล		หลังดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.พึ่งพาสมบูรณ์	13	26	10	20
2.พึ่งพารุนแรง	11	22	7	14
3.พึ่งพาปานกลาง	22	44	27	54
4.ไม่เป็นภาระพึ่งพา	4	8	6	12
Mean 2.34 S.D. 0.95			Mean 2.6 S.D. 0.94	

จากตารางที่ 3 พบว่า สัดส่วนคนพิการสูงอายุที่ไม่เป็นภาระพึ่งพาในการใช้ชีวิตในบ้าน (Instrumental Activities of Daily Living : IADL) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 เป็นร้อยละ 12 และ จากต้องพึ่งพาปานกลางจากร้อยละ 44 เพิ่มเป็นร้อยละ 54 ในขณะที่สัดส่วนคนที่ต้องพึ่งพารุนแรง และพึ่งพาสมบูรณ์ ลดลงจากร้อยละ 22 เป็น 14 และ ร้อยละ 26 เป็น 20 ตามลำดับ ทั้งนี้ถ้ามองในภาพรวม พบว่าภาวะพึ่งพาของผู้พิการสูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 2.34 เป็น 2.60 แสดงให้เห็นว่าในภาพรวมผู้พิการสูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ดีขึ้น

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละของความพึงพอใจของคนพิการสูงอายุและญาติต่อการได้รับการดูแล

ความพึงพอใจ	คนพิการสูงอายุ (*n= 35)		ผู้ดูแล (n=50)	
	ร้อยละ	แปรผล	ร้อยละ	แปรผล
1. ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ	80.24	มาก	76.58	ปานกลาง
2. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ	82.52	มาก	85.20	มาก
3. ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ	81.02	มาก	83.52	มาก
4. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ	80.67	มาก	78.24	ปานกลาง
5. ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ	85.27	มาก	92.56	มากที่สุด

* หมายเหตุ คนพิการสูงอายุ จำนวน 15 คน ไม่สามารถให้ข้อมูลด้านความพึงพอใจได้

จากการสอบถามความพึงพอใจของคนพิการสูงอายุที่ได้รับการดูแล โดยอาสาสมัครที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็นผู้จัดการรายกรณี และสามารถตอบคำถามด้วยตัวเองได้ พบว่า มีความพึงพอใจทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนความพึงพอใจที่ประมาณร้อยละ 80-85

ในส่วนของความพึงพอใจของญาติ พบว่า 1.ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 92.96) 2. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 85.20) 3. ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 83.52) 4. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.24) และ 5. ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.58)

นอกจากนั้น ผู้จัดการรายกรณียังพบว่า คนพิการสูงอายุ มีปัญหาในการดูแลสุขภาพเฉพาะประเด็นอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่

1. ปัญหาสุขภาพช่องปาก

สุขภาพช่องปากคนพิการสูงอายุนับเป็นปัญหาพื้นฐานอย่างหนึ่ง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการลงเยี่ยมพบว่า ปัญหาที่แบ่งได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้

- 1.) ใส่ฟันปลอมทั้งปาก มีทั้งที่ใช้งานได้ตามปกติ และสีกหลวมเนื่องจากใช้งานมาหลายปีทำให้เคี้ยวลำบาก ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของคนพิการสูงอายุ
- 2.) มีทั้งฟันปลอมและฟันแท้ ในกรณีนี้พบในคนพิการสูงอายุที่ยังมีฟันบ้าง ส่วนใหญ่เป็นฟันหน้าล่าง และฟันกราม
- 3.) มีฟันแท้ไม่ครบทุกซี่ ส่วนใหญ่จะมี 4-6 ซี่ แต่ไม่ใส่ฟันปลอม เนื่องจากใส่แล้วรู้สึกอึดอัด อาเจียน ใส่แล้วไม่สุขสบายในปาก ทำให้มีผลการเคี้ยวอาหาร

- 4.) มีฟันผุ ต่อฟัน ฟันมีคราบหินปูน หรือฟันที่ไม่ได้รับการดูแลจากทันตกรรม สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการขาดการใส่ใจสุขภาพช่องปากจากผู้ดูแล และไม่สามารถนำคนพิการสูงอายุไปรับบริการทันตกรรมได้

จากการประเมินของอาสาสมัครสาธารณสุข ในฐานะผู้จัดการรายกรณี ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของคนพิการสูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่จะแนะนำเรื่องอาหารอ่อน การแปรงฟันบนเตียง การพบทันตบุคลากร และได้มีการประสานหน่วยทันตกรรม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลงเยี่ยมให้บริการด้วย

2. ภาวะซึมเศร้าของคนพิการสูงอายุ

จากการลงเยี่ยม พบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ซึ่งภาวะนี้มักเกิดกับคนพิการสูงอายุที่คิดว่าตนเองเป็นภาระให้กับครอบครัว กลัวลูกหลานทอดทิ้ง ลูกมีปัญหาส่วนตัวแล้วมาเล่าให้ฟัง ทั้งนี้มักเกิดในครอบครัวที่ลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้าน หรือ ลูกแยกไปมีครอบครัว แม้จะแวะเวียนมาหา ก็ยังไม่เพียงพอกับความรู้สึกของคนพิการสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จากการประเมินบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี พบว่า ร้อยละ 90 สามารถจัดการแก้ไขปัญหานี้ได้ เนื่องจากเป็นคนในชุมชน และมีความสนิทสนมแบบเครือญาติ ทำให้สามารถแนะนำผู้ดูแล ญาติ หรือบุคคลที่คนพิการสูงอายุต้องการให้มาดูแลได้

3. การคิดถึงความตายของคนพิการสูงอายุ

ในมุมมองของทั้งผู้ดูแลและคนพิการสูงอายุ ความตายถือเป็นเรื่องใกล้ตัวมากโดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการสูงอายุที่ติดเตียง ความกตัญญูต่อผู้ให้กำเนิดเป็นปัจจัยหลักที่ถูกกล่าวถึงในการดูแลกลุ่มตัวอย่างด้วยความเต็มใจ เตรียมใจ จากการลงเยี่ยมมีคนพิการสูงอายุที่ดูแลเสียชีวิตจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12 โดยสาเหตุที่เสียชีวิตมาจาก อายุมากและติดเตียงมานาน จำนวน 4 คน ติดเชื้อในปอด 1 คน โรคมะเร็ง 1 คน โดยทีมอาสาสมัครสาธารณสุขได้ช่วยเหลือในการจัดงานศพ ทั้งนี้ญาติผู้เสียชีวิตจะบอกกับคนมาร่วมงานว่ามีอาสาสมัครทีมนี้มาช่วยดูแล ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความตื่นตัวใจมาก ที่ได้มีส่วนช่วยดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ก่อนที่คนพิการสูงอายุจะเสียชีวิต

หลังจากที่ได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนแล้ว พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพคนพิการสูงอายุ ละไม่มีความรู้ในเกี่ยวกับการจัดการรายกรณี ทีมผู้วิจัยได้ร่วมกันวางหลักสูตรการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน และนำเสนอหลักสูตรต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเมื่อได้รับข้อชี้แนะและปรับปรุงแล้ว จึงได้มีการจัดทำหลักสูตรและจัดอบรม โดยรายละเอียดหลักสูตร เป็นดังนี้

หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณี ในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

.....

1. **ชื่อหลักสูตร :** การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

2. **ปรัชญาของหลักสูตร**

ความพิการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้ผู้พิการไม่สามารถดำรงชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ทำให้ขาดการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตลอดรวมไปถึงการเป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งการที่จะดูแลคนพิการให้ได้ผลดีในระยะยาวนั้นทุกภาคส่วนต้องเห็นความสำคัญและปฏิบัติอย่างจริงจังต่อเนื่อง มีการประสานงานระดับเครือข่ายพื้นที่ และอาศัยความร่วมมือกับชุมชนเป็นสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นภาคประชาชนคนในพื้นที่ของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่มีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนค่อนข้างสูง มีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ และเป็นส่วนสำคัญในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จึงสมควรได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการที่จะเป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองทางสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะคนพิการซึ่งรัฐต้องให้การดูแล ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะอาสาสมัครเป็นประชาชนในชุมชนสามารถที่จะช่วยดูแลผู้พิการในพื้นที่ได้ การส่งเสริมให้มีผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้พิการเพื่อเพิ่มพูนความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขให้ดูแลผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเป็นหัวหน้าทีม ติดตามดูแลผู้พิการที่สามารถประเมินสถานการณ์และสถานะของผู้พิการและครอบครัว สามารถวางแผน ประสานงาน ประสานเชื่อมโยงทรัพยากร ระบบส่งต่อ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการงานให้ลุล่วงได้ตามเป้าหมาย จึงถือเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืนโดยมีญาติและคนในชุมชนมีส่วนร่วม

3. **วัตถุประสงค์ทั่วไปของหลักสูตร**

เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม มีคุณลักษณะและความสามารถ ดังนี้

1. มีความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ
 - 1.1 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาผู้พิการ
 - 1.2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ
2. มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ในเรื่องต่อไปนี้
 - 3.1 การชักประวัติความเจ็บป่วย

- 3.2 วัดสัญญาณชีพ
- 3.3 ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป สุขภาวะส่วนบุคคล
- 3.4 ทดสอบความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ
- 3.5 การประเมินข้อติดแข็ง
- 3.6 การประเมินแผลกดทับ
- 3.7 การประเมินการเคลื่อนไหว
- 3.8 การประเมินภาวะโภชนาการ
- 3.9 การประเมินภาวะสุขภาพจิต
4. มีภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการตนเองและงานที่รับผิดชอบ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนสามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้
5. ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ ในเรื่องต่อไปนี้
 - 5.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อและข้อ
 - 5.2 การเคลื่อนย้าย
 - 5.3 การนอน
 - 5.4 การทำแผล
 - 5.5 การส่งเสริมภาวะโภชนาการ
 - 5.6 การดูแลด้านจิตใจ
6. พัฒนาศักยภาพของคนพิการสูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองตามบริบทและวิถีการดำรงชีวิตได้
7. เลือกใช้แหล่งทรัพยากร และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการปฏิบัติการดูแลคนพิการสูงอายุได้อย่างเหมาะสม

4. โครงสร้างของหลักสูตร

4.1 ระยะเวลาของการอบรม

- ระยะเวลาของการอบรม 14 สัปดาห์ จำนวน 84 ชั่วโมง จำแนกเป็นภาคทฤษฎี 12 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 72 ชั่วโมง
- ภาคทฤษฎี บรรยายและทดลอง ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ๆ ละ 2 วันๆ ละ 3 ชั่วโมง เวลา 13-16 น. (4 วันๆละ 3 ชั่วโมง รวม 12 ชั่วโมง)
- ภาคปฏิบัติ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ๆ ละ 2 วันๆ ละ 3 ชั่วโมง เวลา 13-16 น. (24วันๆละ 3 ชั่วโมง รวม 72 ชั่วโมง)

4.2 จำนวนรายวิชาในหลักสูตร

ภาคทฤษฎี จำนวน 12 ชม.

- | | |
|-------------------------------------|-------|
| 1. พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาผู้พิการ | 1 ชม. |
| 2. พรบ.ผู้สูงอายุ | 1 ชม. |
| 3. ทักษะการสื่อสารในผู้พิการสูงอายุ | 1 ชม. |
| 4. การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ | 3 ชม. |
| 4.1 ชักประวัติความเจ็บป่วย | |

- 4.2 วัดสัญญาณชีพ
- 4.3 ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป สุขภาวะส่วนบุคคล
- 4.4 ทดสอบความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ
- 4.5 การประเมินข้อติดแข็ง
- 4.6 การประเมินแผลกดทับ
- 4.7 การประเมินการเคลื่อนไหว
- 4.8 การประเมินภาวะโภชนาการ
- 4.9 การประเมินภาวะสุขภาพจิต
5. ทักษะการประสานงาน 3 ชม.
 - 5.1 หลักการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 5.2 หลักการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล
 - 5.3 หลักการประสานกับโรงพยาบาล
6. การดูแลช่วยเหลือผู้พิการสูงอายุ 3 ชม. (แบ่งกลุ่มๆละ 8-9 คน)
 - 6.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อและข้อ
 - 6.2 การเคลื่อนย้าย
 - 6.3 การนวด
 - 6.4 การทำแผล
 - 6.5 การส่งเสริมภาวะโภชนาการ
 - 6.6 การดูแลด้านจิตใจ
 - 6.7 การประเมินและดูแลสุขภาพช่องปาก

ภาคปฏิบัติ จำนวน 72 ชม.

- ฝึกปฏิบัติสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 3 ชม. เป็นเวลา 3 เดือน รวม 72 ชม.
- สรุปการเรียนรู้เดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง

5. การประเมินผล

5.1 ผู้เข้ารับการอบรมต้องมีเวลาศึกษาอบรมและฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเวลาที่กำหนด

5.2 ผ่านการประเมินผลของแต่ละรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตามเกณฑ์ประเมิน ดังนี้

- ภาคทฤษฎี ผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
- ภาคปฏิบัติ ผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

4.3 สร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุตามบริบทวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น

จากการจัดทำหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน สามารถสรุปรูปแบบการจัดการได้ดังนี้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำรวจอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีคนพิการสูงอายุอยู่ในความรับผิดชอบ โดยปกติแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบดูแล 10 ครัวเรือน ซึ่งมีทุกกลุ่มวัย ให้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลือกเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีคนพิการสูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบเท่านั้น

2. จัดประชุมชี้แจงให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าใจ และทราบถึงบทบาทของการเป็นผู้จัดการรายกรณีว่ามีบทบาทหน้าที่อย่างไรในการดูแลฟื้นฟูคนพิการสูงอายุ โดยเน้น บทบาทหลัก คือ

- 1) มีความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ
- 2) มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) มีความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม
- 4) มีภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการตนเองและงานที่รับผิดชอบ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนสามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้
- 5) ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

3. จัดอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขตามหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน” โดยมีระยะเวลาของการอบรม 14 สัปดาห์ จำนวน 84 ชั่วโมง จำแนกเป็นภาคทฤษฎี 12 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 72 ชั่วโมง พร้อมทั้งมีการบันทึก การนิเทศติดตาม และการถอดบทเรียนรายกรณี

4. จัดทีมในการลงดูแล ฟื้นฟู คนพิการสูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์แผนไทย ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการจัดตารางวัน-เวลาในการลงเยี่ยมเป็นลายลักษณ์อักษร

5. อาสาสมัครสาธารณสุขบันทึกการลงเยี่ยมใน “สมุดบันทึกการเยี่ยมคนพิการสูงอายุ” ทุกครั้งที่เยี่ยม โดยบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินคัดกรองADL ประเมินสภาวะช่องปาก ประเมินภาวะซึมเศร้า และบันทึกอาการ การดูแล/คำแนะนำ ปัญหา/อุปสรรคในการดูแล/แนะนำ ประเมินผล และปัญหาที่ต้องส่งต่อ/ติดตามต่อไป ส่งที่บันทึกได้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกเดือน เพื่อติดตามอาการวางแผนส่งต่อ หรือประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง

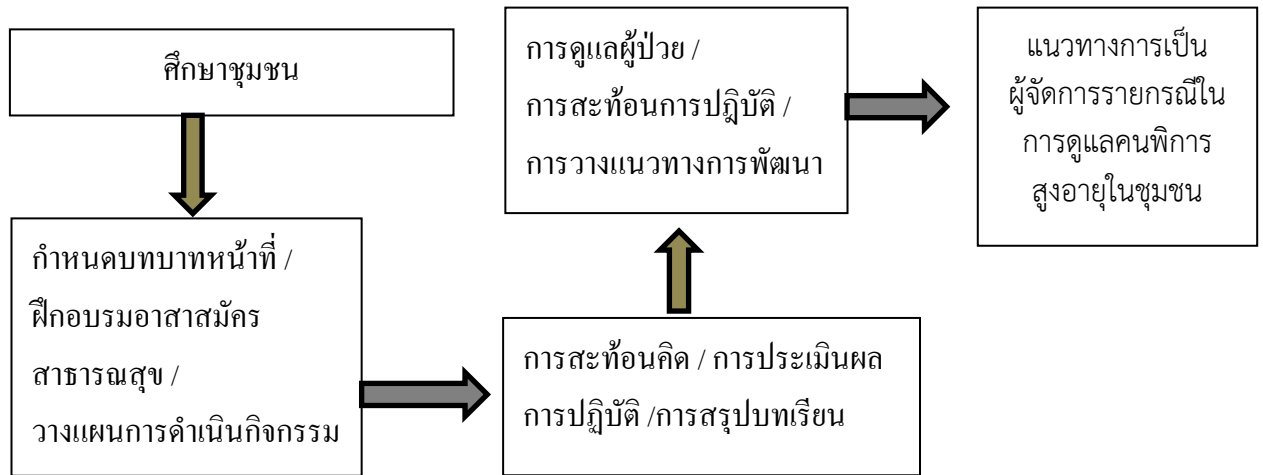
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวบรวมข้อมูล และกำกับติดตามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสานหน่วยงานภายนอก เช่น โรงพยาบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล หรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลคนพิการสูงอายุ

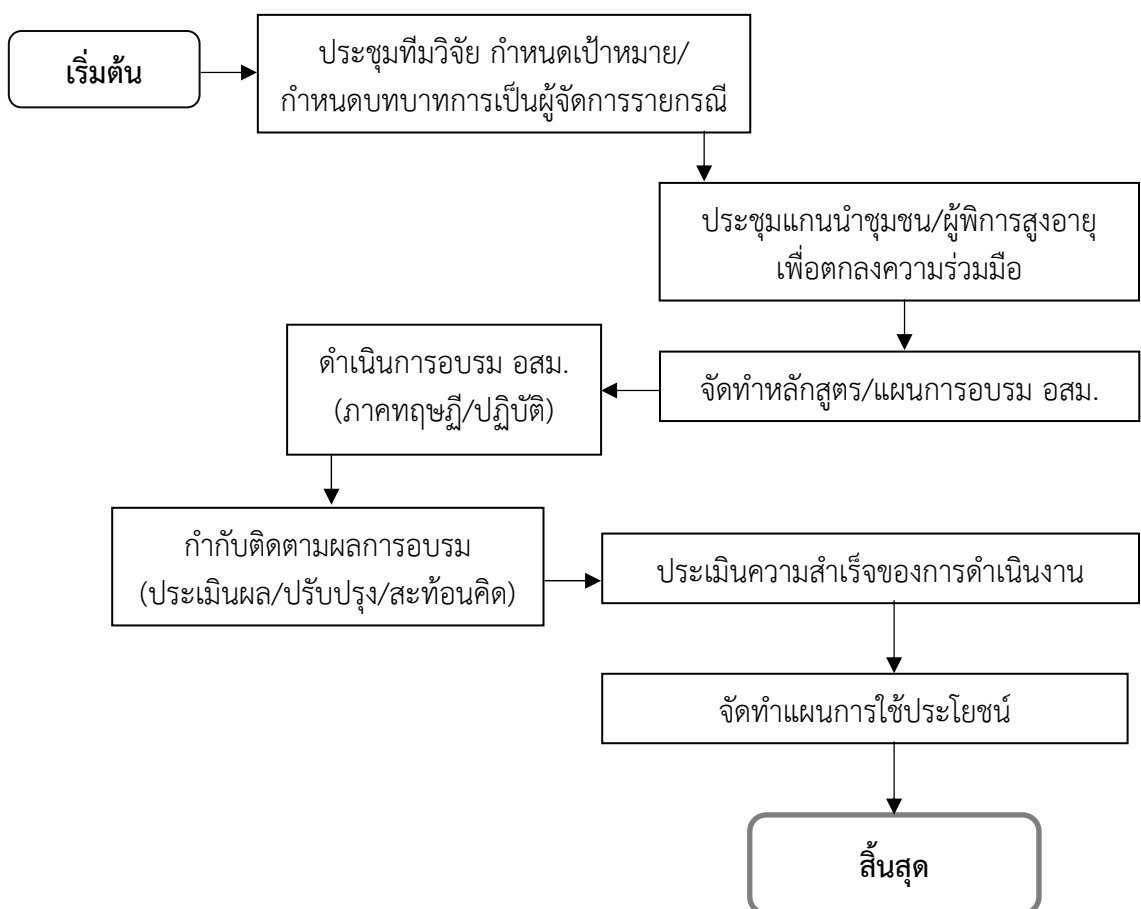
สรุป รูปแบบการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุตามบริบทวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้ดังนี้

สร้างระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง

รูปแบบการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน



ระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น
ผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้ และสมรรถนะในการเป็นผู้จัดการรายกรณี
- 2.) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง และควรจัดบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการสูงอายุ
- 3.) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ควรจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพคนพิการสูงอายุ
- 4.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรติดตามนิเทศการดูแลรายกรณีอย่างใกล้ชิด เพื่อประสานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 5.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน” ไปใช้ เพื่อให้เห็นผลอย่างชัดเจน และยั่งยืน

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การพัฒนาประเทศทั่วโลกในปัจจุบันมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มากกว่าที่จะเป็นการพัฒนาวัตถุ ด้วยเชื่อว่าจะนำไปสู่ความเจริญที่ยั่งยืนถาวร และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากรที่ดีกว่า คนพิการถือเป็นทรัพยากรส่วนหนึ่งของประเทศ มีความสามารถในการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้าเช่นกับบุคคลทั่วไป เพราะมนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันและสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้หากได้รับโอกาส ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ปี พ.ศ.2555-2559 ได้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยเน้นให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิได้เท่าเทียมและอย่างเป็นธรรม มีบริการเพื่อให้คนพิการเข้าถึงสิทธิตามกฎหมาย และตอบสนองความจำเป็นของคนพิการแต่ละประเภท สร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ รวมถึงการสร้างพลังอำนาจให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพและการมีงานทำ รวมถึงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีประสิทธิภาพ และกระจายอำนาจ สู่ท้องถิ่นภาคประชาสังคมและภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านคนพิการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนจัดบริการให้แก่คนพิการได้อย่างมีมาตรฐาน โดยที่กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้นำหลักในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนมาสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน เพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว และชุมชนในการดูแลคนพิการ (สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555)

องค์การอนามัยโลกรายงานเมื่อ ค.ศ. 2001 เสนอให้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) เพื่อเตรียมการสำหรับดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในทศวรรษที่ 21 ซึ่งผู้พิการทางการเคลื่อนไหวก็จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเน้นความเป็นองค์รวมและความเชื่อมโยงอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน ตามแนวคิดของ แวกเนอร์ (Wanger, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

- 1) การบริหารจัดการระดับชุมชน (community : resources and policies)
- 2) การบริหารจัดการระดับหน่วยบริการ (health system : organization of health care)
- 3) การจัดการสุขภาพตนเอง (self management support)
- 4) การออกแบบระบบหน่วยบริการ (delivery system design)
- 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support)
- 6) การจัดระบบข้อมูลสารสนเทศทางคลินิก (clinical information system)

อย่างไรก็ตามการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสถาบัน The Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) มีการพัฒนาหรือปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จากการทบทวนรายงานการวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระบบสุขภาพเพื่อประเมินรูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยเรื้อรังที่ผ่านมา โดยใช้ระยะเวลาดำเนินงานทั้งสิ้น 9 เดือน และในเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2003 คณะกรรมการมีมติให้เพิ่มประเด็นสำคัญอีก 5 ประเด็น ใน 6 องค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ภายใต้ชื่อใหม่ว่า Improving Chronic Illness Care : ICIC ซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้ คือ

- 1) ผู้ป่วยต้องมีความปลอดภัย (Patient safety)
- 2) เน้นองค์ประกอบทางสังคมและวัฒนธรรม (culture competency)
- 3) การเชื่อมโยงระบบการดูแล (care coordination)
- 4) นโยบายด้านชุมชน (community policy)
- 5) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นภาคประชาชน คนในพื้นที่ของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่มีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนค่อนข้างสูง มีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ และเป็นส่วนสำคัญในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จึงสมควรได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการที่จะเป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองทางสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะคนพิการ ซึ่งรัฐต้องให้การดูแล ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะอาสาสมัครเป็นประชาชนในชุมชนสามารถที่จะช่วยดูแลผู้พิการในพื้นที่ได้ การส่งเสริมให้มีผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้พิการเพื่อเพิ่มพูนความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขให้ดูแลผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเป็นหัวหน้าทีม ติดตามดูแลผู้พิการที่สามารถประเมินสถานการณ์และสถานะของผู้พิการและครอบครัว สามารถวางแผน ประสานงาน ประสานเชื่อมโยงทรัพยากร ระบบส่งต่อ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการงานให้ลุล่วงได้ตามเป้าหมาย จึงถือเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืนโดยมีญาติและคนในชุมชนมีส่วนร่วม เนื่องจากความพิการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้ผู้พิการไม่สามารถดำรงชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ทำให้ขาดการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตลอดรวมถึงการเป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งการที่จะดูแลคนพิการให้ได้ผลดีในระยะยาวนั้นทุกภาคส่วนต้องเห็นความสำคัญและปฏิบัติอย่างจริงจังต่อเนื่อง มีการประสานงานระดับเครือข่ายพื้นที่ และอาศัยความร่วมมือกับชุมชนเป็นสำคัญ

ตำบลนาเคียนเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช แบ่งพื้นที่ออกเป็น 9 หมู่บ้านมีประชากรประมาณ 12,025 คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่งคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโนนด มีอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งสิ้นจำนวน 254 คน มีผู้พิการทุกประเภท จำนวน 256 คน ในจำนวนนี้มีผู้พิการสูงอายุจากอุบัติเหตุและจากสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถเดินได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องเป็นภาระกับครอบครัว จำนวนประมาณ 50 คน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช มีนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนให้ทุกคนมีสุขภาพดี ชุมชนมีความเข้มแข็ง และประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพชุมชน โดยมีความร่วมมือกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล และ โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโนนค ในการดำเนินกิจกรรมโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าชุมชนยังขาดระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการดูแลคนพิการสูงอายุซึ่งเจ็บป่วย นอนติดเตียง ต้องการการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง จากสภาพดังกล่าว คณะผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนในรูปแบบของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุ ภายใต้บริบทของชุมชนได้อย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลนาเคียน ให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีของคนพิการสูงอายุ และมีรูปแบบการให้การดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม โดยนำไปสู่การเป็นระบบหรือกลไกในชุมชนที่ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพคนพิการสูงอายุ ที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่ข้างเคียงได้

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. คนพิการสูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
3. อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลนาเคียน มีศักยภาพเพิ่มขึ้นทั้งด้านความรู้และทักษะ มีความเข้าใจกระบวนการจัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุ สามารถปฏิบัติดูแลด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคคลอื่นได้เป็นที่ยอมรับของชุมชน
4. เป็นต้นแบบให้ชุมชนอื่นในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุได้
5. ความร่วมมือระหว่างคนในชุมชนและเครือข่ายชุมชน สามารถสร้างกลไกเข้มแข็งในการพัฒนาชุมชนต่อไป
6. ผลการวิจัยสามารถนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพในการดูแลคนพิการ คนสูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จ. นครศรีธรรมราช
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งโนนคและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหมืองหัวทะเลมีข้อมูลคนพิการสูงอายุและการดูแลที่ชัดเจนนำไปสู่การดูแลสุขภาพในกลุ่มอื่น
8. องค์การบริหารส่วนตำบลนาเคียนมีข้อมูลในการดูแลคนพิการสูงอายุสามารถนำข้อมูลไปใช้และพัฒนาให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

1.4 หน่วยงานผู้ใช้ประโยชน์

- 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
- 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโนนค อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
- 3) องค์การบริหารส่วนตำบลนาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
- 4) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
- 5) สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 11 นครศรีธรรมราช อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2.2 แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี
- 2.3 คนพิการสูงอายุ
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village health volunteer: VHR) ใช้ชื่อย่อว่า อสม. หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขตามกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขและขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด (ราชกิจจานุเบกษา, 2554)

2.1.1 หลักเกณฑ์การคัดเลือกและคุณสมบัติของ อสม. มีดังนี้

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
2. มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็นอสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้
4. สมัยใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานด้านสาธารณสุข
5. ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
6. มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
7. มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง
8. มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาท อสม.

2.1.2 ขั้นตอนและวิธีการคัดเลือก อสม.

1. กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละท้องที่ในสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยหนึ่งคนต่อหลังคาเรือนไม่น้อยกว่า สิบหลังคาเรือน
2. ให้หมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกบุคคลผู้มีคุณสมบัติตามที่ระบุ และแสดงเจตนาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยความเห็นชอบของหัวหน้าครัวเรือนหรือ

ผู้แทนจำนวน ไม่น้อยกว่าสิบหลังคาเรือนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนที่บุคคลนั้นมีชื่อ
ในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่เป็นการประจำไม่น้อยกว่าหกเดือน

3. ให้สถานบริการสุขภาพที่รับผิดชอบชุมชนนั้นเสนอรายชื่อบุคคลนั้นต่อนายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี เพื่อ
เข้ารับการ ฝึกอบรม หากบุคคลที่ได้รับคัดเลือกเคยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านมาก่อน และเว้นการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ติดต่อกันเกินห้าปี บุคคลนั้นต้องเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่
4. ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กร
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการจัดการให้ผู้ได้รับการคัดเลือกเข้ารับ
การฝึกอบรม ตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่
คณะกรรมการกลางกำหนด ณ สถาบันฝึกอบรมและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน
5. ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือในกรณีอาสาสมัคร
สาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและผู้อำนวยการสำนัก
อนามัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ออกใบประกาศนียบัตรให้แก่ผู้ที่ผ่านการ
ฝึกอบรม และผ่านการประเมินความรู้ความสามารถตามหลักสูตร
6. ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร
แล้วแต่กรณี ดำเนินการขึ้นทะเบียนบุคคล เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
พร้อมออกบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามประกาศที่รัฐมนตรี
กำหนด
7. ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กร
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสนับสนุนการจัดการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้
ความสามารถ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือการอบรมความรู้ความ
ชำนาญเฉพาะทาง ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่
น้อยกว่าหนึ่งปี เพื่อยกระดับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านและมาตรฐานงาน
สาธารณสุขมูลฐานตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด ให้นายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ดำเนินการออก
หนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ที่ผ่านการฝึกอบรม

2.1.3 อสม.สิ้นสุดสภาพ

1. ตาย
2. ลาออก
3. เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่
กรณี มีคำสั่งให้พ้นสภาพ

5. ในกรณีที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามหลังคาเรือน ร่วมกัน
ลง

ลายมือชื่อร้องเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายให้
รับผิดชอบดูแล ครัวเรือนของตน ให้ยื่นหนังสือร้องเรียนนั้นต่อนายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักงานมัณฑนกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ให้นายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักงานมัณฑนกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ส่ง
หนังสือร้องเรียนให้คณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป

6. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักงานมัณฑนกรุงเทพมหานคร แล้วแต่
กรณี

อาจมีคำสั่งให้พ้นสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หากปรากฏ
ข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบข้อเท็จจริงของคณะกรรมการระดับจังหวัดอย่าง
หนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่
กระทรวง สาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความ
จำเป็น
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือมีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความ
เสื่อมเสียศักดิ์ศรี ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1.4 บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
 2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูล
ฐาน
 3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือ
บทบัญญัติ ของกฎหมายอื่น ๆ
 4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ
ของท้องถิ่น 5. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนา
คุณภาพชีวิตของชุมชน โดย
- การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น และแหล่งอื่น ๆ
6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข
ของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับ
นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
 7. ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่น
ร้องขอ
 8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

9. ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ของ
หน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น
ๆ ในท้องถิ่น

2.1.5 สิทธิประโยชน์ที่ อสม. ได้รับ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการช่วยเหลือในการ
รักษาพยาบาล ค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษ จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ
สาธารณสุขในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดย
ให้เบิกจ่ายจากเงินรายได้ ของหน่วยบริการสาธารณสุขนั้น ๆ
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ตามบทบาท
หน้าที่และความรับผิดชอบได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของ
กรมบัญชีกลาง
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ ตาม
ประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับการประกาศเกียรติคุณตามที่ กระทรวง
สาธารณสุขกำหนด ดังต่อไปนี้
 - 1) ได้รับการประกาศเกียรติคุณ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น
 - 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผลการปฏิบัติงานดีเด่นมีสิทธิจะได้รับ
การเสนอชื่อ เพื่อขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ตามหลักเกณฑ์การขอพระราชทาน
เครื่องราชอิสริยาภรณ์ อันเป็นที่สรรเสริญยิ่งดิเรกคุณาภรณ์ตามกฎหมายว่าด้วย
เครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่สรรเสริญ ยิ่งดิเรกคุณาภรณ์
5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุตรมีสิทธิได้รับโควตาศึกษา ใน
สถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิที่จะได้รับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้ง กองทุน
ต่างๆ ที่เป็นสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามที่กระทรวง
สาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นจะกำหนด

2.1.6 การอบรมความรู้ อสม.

การอบรม อสม. หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้ อสม. มีการ
เปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถ และปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เนื้อหาความรู้ที่อบรมแบ่งเป็น 2
กลุ่ม คือ

2.1.6.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน ประกอบด้วยวิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะ
อสม. ได้แก่

- 1) บทบาทของ อสม.
- 2) สิทธิของ อสม.
- 3) การถ่ายทอดความรู้ และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน

- 4) การค้นหา วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในท้องถิ่น
- 5) สุขวิทยาส่วนบุคคล
- 6) การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาด้านสาธารณสุข
- 7) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล และการช่วยเหลือเบื้องต้น
- 8) การฟื้นฟูสภาพ
- 9) การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข
- 10) การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงาน และการใช้เครื่องมือต่าง ๆ
- 11) การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนางานสาธารณสุข

ในท้องถิ่น

2.1.6.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ

เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ในนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ในด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนจังหวัดนครราชสีมา ได้คัดเลือกเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ อสม. เช่น เรื่องงานสุขภาพภาคประชาชน องค์กร อสม. ความรู้เกี่ยวกับโรคที่สำคัญสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน เมืองไทยเข้มแข็ง แผนชุมชน และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1.6.3 บทบาทการดูแลคนพิการโดยอาสาสมัคร

ตามบทบาทของอาสาสมัครที่ได้มีการกำหนดไว้ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนพิการนั้นพบว่า บทบาทของการดูแลถือเป็นการจัดบริการโดยอาสาสมัครนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร(อสส.) ที่ว่า “แจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ทำตนเป็นประโยชน์ที่ดี” จึงมีลักษณะการทำงานดังต่อไปนี้

1. ให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้ ซึ่งหลังจากที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการอบรมความรู้ จะเป็นผู้นำความรู้ไปใช้ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ และชักชวน ซึ่งจะทำให้คนพิการได้รับรู้ถึงสิทธิต่างๆ กระตุ้นให้คนพิการและครอบครัวได้มีการพัฒนาตนเองในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

2. การแจ้งข่าวสารอาสาสมัครสาธารณสุข จะเป็นคนที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งจัดให้มีการประชุมประจำเดือนเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อที่จะให้อาสาสมัครได้มีความรู้ใหม่ๆเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและโรคต่างๆ สำหรับด้านคนพิการนั้น ได้มีการให้ความรู้เบื้องต้นเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับคนพิการตลอดจนสิทธิคนพิการ ขั้นตอนการจัดบริการของหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขไปประชาสัมพันธ์ให้คนพิการทราบ และขอรับการช่วยเหลือได้ถูกต้อง

3. การรับข่าวสาร โดยการมีการร่วมค้นปัญหาและความต้องการของคนพิการ ในชุมชนส่งต่อ เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุขให้การช่วยเหลือ และดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการต่อไป

4. การจัดบริการ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นจึงมีความสามารถในการช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกให้กับคนพิการได้เข้าถึงบริการ ด้านต่างๆตลอดจนการให้คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5.การประสานงานเครือข่ายพหุภาคี เพื่อให้การดูแลคนพิการได้เข้าถึงสิทธิที่ควรพึงได้รับอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม อาสาสมัครสาธารณสุขต้องมีความรู้ในการประสานงานเครือข่ายยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าใจขั้นตอน วิธีการ ควรจะดำเนินการอย่างไรเพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิเหล่านั้น

ซึ่งการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ต้องใช้การมีส่วนร่วมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการทำงานใดๆ ก็ตามถ้าทุกคนในชุมชนเห็นความสำคัญ ตระหนักถึงปัญหาร่วมกันโดยเริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินการ ปรับปรุง และพัฒนา ก็จะทำให้เกิดผลงานอย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมมีความจำเป็นอย่างยิ่ง อาสาสมัครต้องทำงานร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข คนพิการ และครอบครัวในการช่วยเหลือร่วมกับครอบครัวตามสภาพปัญหาและความต้องการของคนพิการและการดูแลคนพิการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นเป็นการทำงานโดยสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครที่ดำเนินการปัจจุบัน โดยมีการนำมาปรับการปฏิบัติงานเพื่อให้การช่วยเหลือคนพิการให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) เป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีความร่วมมือกับบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆในทีมสุขภาพ ในการประเมิน วางแผนดำเนินการปฏิบัติ การประสานงาน ติดตาม และประเมินผลการดูแล ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล โดยมีผู้จัดการผู้ป่วย (case manager) เป็นผู้ติดต่อ สื่อสาร ประสานงาน และกำกับการดูแล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ เป้าหมายตามที่วางไว้ และภายในระยะเวลาที่กำหนดโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยที่วางไว้ล่วงหน้าเป็นเครื่องมือในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาต่างๆ

ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่จัดการ ดูแล และประสานให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ประกอบด้วย

- 1) การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผน
- 2) การอำนวยความสะดวก ประสานงานทีมสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้อง
- 3) ค้นหาและจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 4) ประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการดูแล

ผู้จัดการรายกรณีในโรงพยาบาล มักเป็นนักสังคมสงเคราะห์ หรือพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล มีการจัดการวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิผล ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ ได้รับการปกป้องพิทักษ์สิทธิในการได้รับบริการ การวางแผนดูแลทั้งในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยผู้จัดการรายกรณีจะวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแล การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และมีแผนการติดตามผลผู้ป่วยหลังจำหน่ายด้วย ผู้จัดการรายกรณี โดยทั่วไป มักจะติดต่อสื่อสารหรือประสานงานกับผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์ หน่วยงานที่ให้ทุน (ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม หรือ Medicare เป็นต้น) และทรัพยากรในชุมชน ที่ผู้ป่วยอาจจะมีความต้องการ เช่น การอำนวยความสะดวกเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการช่วยจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น

2.2.1 วัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณี

- 1) การทำงานร่วมกับผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ผลักดันให้มีการดำเนินการตามแผนบริการเฉพาะราย และกำกับให้ผู้รับบริการเข้าถึงระบบบริการอย่างมีคุณภาพ

- 2) การจัดระบบบริการหรือระบบงบประมาณที่ซับซ้อน การจัดการระบบทรัพยากรให้เอื้ออำนวยต่อความต้องการของผู้ป่วย และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีคุณภาพ

2.2.2 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้จัดการรายการณ

- 1) การพิทักษ์สิทธิและให้ความรู้ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยว่าจะมีผู้พิทักษ์สิทธิ ในการได้รับการบริการและความรู้ที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพ
- 2) การประสานงาน/อำนวยความสะดวก ในการบริการเชิงคลินิกด้านต่างๆ เพื่อสร้างความมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ
- 3) การส่งต่อและการสร้างความต่อเนื่อง (Continuity/Transition Management) ในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปดูแลในระดับที่เหมาะสม
- 4) การจัดการด้านการเงินและการใช้ทรัพยากร เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามสิทธิ
- 5) การจัดการด้านการดำเนินการและการจัดให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ (Performance and Outcomes Management) เพื่อให้มีการกำกับติดตามผลลัพธ์การดูแล (Monitoring) ตลอดจน หากจำเป็น มีการแทรกแซงเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์
- 6) การจัดการด้านจิตสังคม (Psychosocial Management) เพื่อประเมินและพิจารณาความต้องการด้านจิตสังคม ที่ครอบคลุมทั้งความต้องการของบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม
- 7) การวิจัยและพัฒนาการปฏิบัติงาน (Research and Practice Development) เพื่อกำหนดการปรับปรุงการปฏิบัติงาน และการใช้ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based data) ในการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน

2.2.3 ขอบเขตการทำงานการจัดการรายการณ

- 1) ทำงานในระดับปัจเจกบุคคล (micro level) เป็นผู้จัดการรายการณที่ต้องมีความรู้และสามารถทำความเข้าใจสถานะของบุคคลอย่างครอบคลุม
 - (1) ประเมินสภาวะบุคคล ความสัมพันธ์ในครอบครัว ในสังคม
 - (2) ประเมินฐานทรัพยากร จุดแข็ง จุดอ่อน และหาวิธีการเสริมและลดความเสี่ยงของพฤติกรรม
 - (3) การประสาน จัดหาและสร้างเงื่อนไขให้เด็กและครอบครัว เข้าถึงบริการที่จำเป็น
 - (4) การสร้างความเชื่อมั่นและฐานคิดเชิงบวกในตัวตนของเรา การขยาย มณฑลแห่งพลัง ไปสู่คนใกล้ชิดที่เกี่ยวข้อง
- 2) ทำงานในระดับชุมชน หรือองค์กร (meso level)
 - (1) การประสาน จัดการ การสื่อสารให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบ ระเบียบ ในหน่วยงาน/
องค์การการเชื่อมโยงให้ผู้ใช้บริการ สามารถเข้าถึงบริการ ได้รับบริการตามที่กำหนดไว้ในแผนฯ

- (2) การทำงานกับทีมสหวิชาชีพในการพัฒนาระบบ กลไกการบริการ โดยการแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ ที่ทำให้บริการครอบคลุม มีคุณภาพ
 - (3) การทำงานกับผู้ปฏิบัติงานต่างวิชาชีพ ในสายสุขภาพ การศึกษากฎหมาย พนักงานสอบสวน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. และ/หรือ ผู้ใหญ่ใจดีที่เราได้พบและเชื่อมโยงไว้ด้วยกัน
 - (4) การมีความรู้เรื่องฐานทรัพยากร การจัดทำแผนที่ทรัพยากร (หน่วยงาน/บุคคล) เพื่อประโยชน์ในการสร้างเครือข่ายกลายมิติ
 - (5) การมีความรู้ ความเข้าใจสาระของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 - (6) การทำความเข้าใจกับระบบ/ทางเดินของบริการในแต่ละหน่วยงาน เพื่อเข้าใจกระบวนการในการให้บริการ และสามารถแทรกแซงสถานการณ์ได้ถูกต้องเหมาะสม
- 3) ทำงานในระดับมหภาค (macro level)
- (1) การทำบทบาทเป็นผู้สนับสนุน เข้าร่วม ในการเป็นปากเสียง เป็นผู้พิทักษ์ ผู้คุ้มครอง ผู้ใช้บริการที่เป็นกลุ่มขนาดใหญ่ (client populations)
 - (2) การขยายบทบาทในฐานะ เป็นผู้นำ หรือมีส่วนร่วม ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบาย กฎหมาย มาตรการ
 - (3) การมีส่วนร่วม และสร้างความเข้มแข็งในเครือข่ายงานต่าง ๆ ในระดับชาติ

2.2.4 แนวคิดสำคัญที่ต้องคำนึงถึงของผู้จัดการรายกรณี

ผู้จัดการรายกรณีควรทำความเข้าใจแนวคิดเชิงซ้อนในสถานการณ์จริง ดังนี้

- 1) ประโยชน์ของผู้รับบริการมาก่อน (Client-Based)
 - (1) คำนึงถึงสถานการณ์/ปัญหาที่ผู้ใช้บริการเผชิญ
 - (2) ช่วยให้ผู้ใช้บริการตระหนักรู้ในปัญหาของตนเองและข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น
 - (3) ร่วมกันคิดถึงความสำเร็จ/ความรุนแรงของปัญหา นำไปสู่การประเมินสถานะอย่างมีส่วนร่วม
 - (4) ร่วมกันวางแผน / ทำ Life Plan ร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการที่เป็นจริงของผู้รับบริการ
 - (5) ร่วมกันทบทวนและประเมินทางเลือกเพื่อการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน
- 2) ภารกิจของหน่วยงานเป็นฐาน (Functional-Based)
 - (1) ต้องมีความเข้าใจต่อปรัชญา แนวคิด พันธกิจ และเป้าหมายของหน่วยงานที่ตนสังกัด
 - (2) เข้าใจถึงประโยชน์ ทรัพยากรที่หน่วยงานสามารถให้บริการได้
 - (3) เข้าใจ จรรยาบรรณ กฎระเบียบของหน่วยงานที่เราสังกัดอยู่ รวมถึงต้องขยายความเข้าใจ

ต่อ

- ภารกิจบริการของหน่วยงานอื่น ๆ และทรัพยากร
- (4) เข้าใจแสวงหาทรัพยากรบุคคลอื่นๆที่จะเป็นประโยชน์

- (5) เรียนรู้ระเบียบของหน่วยงานอย่างเข้าใจ และมีความรับผิดชอบ หากผู้จัดการรายกรณีปฏิเสธหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีต่อหน่วยงาน จะทำให้ผู้จัดการรายกรณีกลายเป็นผู้ก่อความขัดแย้งในระบบงานเสียเอง ซึ่งย่อมไม่เป็นผลดีต่อการประสานประโยชน์ของงาน
- (6) ผู้จัดการรายกรณีต้องมีหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ โดยใช้การเจรจาต่อรอง การแลกเปลี่ยนพูดคุยให้เกิดความคล่องตัว ความยืดหยุ่นในระบบบริการ
- (7) ทำหน้าที่ประสานหรือเป็นตัวกลางให้หน่วยงานเข้าใจหรือมองเห็นข้อจำกัดในกฎระเบียบบางด้าน ร่วมกัน แก้ไข สร้างสรรค์ระเบียบข้อบังคับบางด้านใหม่ เพื่อให้ประโยชน์สูงสุดอยู่ที่ผู้รับบริการ และสามารถพัฒนาระบบบริการขององค์กรไปด้วยพร้อมกัน

3) พื้นที่เป็นฐาน (Area-Based)

- (1) มีความรู้ ความเข้าใจในลักษณะของพื้นที่ ท้องถิ่น ทั้งในด้านลักษณะภูมิประเทศ การงาน

อาชีพ ความเป็นอยู่ของผู้คนที่อยู่ในพื้นที่นั้น

- (2) แสวงหาทรัพยากรใหม่ ๆ ในพื้นที่ ทั้งทรัพยากรด้านระบบบริการ และทรัพยากรด้านนามธรรม เช่น ความเกื้อกูล ความร่วมมือร่วมใจ

- (3) ควรร่วมกันทำแผนที่ทรัพยากร (Mapping Resource) ในพื้นที่ เพื่อประเมิน กำลังความ

ร่วมมือจากฐานทรัพยากรในพื้นที่ และนำไปสู่การพัฒนาทรัพยากรในพื้นที่ที่เป็นจริงได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

4) บริบทเป็นฐาน (Context-Based)

- (1) มีความเข้าใจสถานการณ์รอบตัวที่เปลี่ยนแปลงไป ในระดับมหภาค โครงสร้างทางสังคม เช่น

สภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา สภาพวัฒนธรรม เพราะการเข้าใจบริบทแวดล้อม จะช่วยให้ ผู้จัดการรายกรณีเข้าใจว่ามีอะไรเกิดขึ้น และสามารถคาดเดาผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมา

- (2) ตระหนักว่า สภาพสังคมวัฒนธรรมมีลักษณะเป็นพลวัต(dynamic) และผลการเปลี่ยนแปลงนั้นจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการตามมาได้
- (3) ต้องสนใจประเมินสถานการณ์ และปัจจัยใหม่ๆ ที่เพิ่มเข้ามา ทำให้เกิดความเสี่ยงในชุมชนได้
- (4) ผู้จัดการรายกรณีต้องให้ความสำคัญกับความเปลี่ยนแปลงในชุมชนไปพร้อมกัน เพื่อเตรียมคิด

ใน

เชิงป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาใหม่ ๆ ที่จะเกิดตามมา

2.1.2.4 กระบวนการทำงานของผู้จัดการรายกรณี

- 1) การรับทราบสถานการณ์ปัญหา ด้วยการแสวงหาข้อเท็จจริงเบื้องต้น (Intake)

- (1) การแสวงหาข้อเท็จจริงของปัญหา และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
- (2) การรวบรวมข้อมูลส่วนตัวของ client ด้านกาย จิต สังคม
- (3) ความสัมพันธ์ทางสังคมของ cl. กับ ครอบครัว เครือญาติ กลุ่มสังคม
- (4) สถานการณ์ปัญหา ความรุนแรง สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหา

- (5) การหาข้อเท็จจริง มิใช่เพียงการรับรู้สถานการณ์จากคำบอกเล่า ฟังกันต่อ ๆ มาเท่านั้น แต่ต้องมี

การแสวงหาข้อมูล ข้อเท็จจริงในรายละเอียดเพิ่มเติม จากหลายแหล่ง เพื่อนำไปสู่การประเมินความช่วยเหลือขั้นอื่น ๆ ต่อไป

2) การคัดกรองและส่งต่อ (Pre-Screening-> Referral)

(1) กระบวนการส่งต่อในกรณีที่พบความร้ายแรงของปัญหา มีความสำคัญในการทำให้เด็กเข้าสู่บริการที่ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ทันต่อความต้องการ

(2) ผู้จัดการรายกรณีสามารถช่วยให้ข้อมูลในการพิจารณาส่งต่อไปยังบุคคล สถานที่ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความช่วยเหลือทันทีโดยไม่ต้องถูกรับตัวอยู่ในพื้นที่ที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานาน

(3) การส่งต่อ หมายถึง กระบวนการคัดกรองเบื้องต้น เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการเร่งด่วนอย่าง

เป็นระบบต่อไป

3) การประเมินสภาวะร่วมกับสหวิชาชีพและผู้รับบริการ (Assessment)

(1) การประเมินความรุนแรง ความสำคัญเร่งด่วนของปัญหา

(2) ปัญหาที่เผชิญ มีลักษณะที่เป็นภาวะวิกฤตหรือไม่ เพียงไร

(3) การประเมินปัญหา ข้อท้าทาย ที่ผู้รับบริการเผชิญ มีรายละเอียดหลายด้าน ทั้งส่วนตัวผู้รับบริการ

เอง ครอบครัว ญาติพี่น้อง ปัญหาเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย การทำงาน รายได้ ปัญหาทางคดี

(4) การประเมินความสามารถ/ความพร้อมของผู้รับบริการในการเผชิญปัญหา

(5) การประเมินจุดแข็ง ทรัพยากร ตัวช่วย ทั้งในฐานะบุคคล หน่วยงานและชุมชน ที่เป็นหน่วยสนับสนุนให้การแก้ปัญหาบรรลุเป้าหมาย

(6) หลังจากการประเมินปัญหา ผู้จัดการรายกรณีจะพบปัญหาหลายด้าน ทั้งปัญหาในระดับปัจเจก บุคคล ปัญหาระดับชุมชน และ ปัญหาระดับมหภาค โดยปัญหาระดับปัจเจกบุคคล ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สุขภาพ ความสัมพันธ์ของผู้รับบริการกับครอบครัว ความพร้อมและความร่วมมือของครอบครัวในการร่วมแก้ปัญหา ความเข้มแข็งของทรัพยากรแวดล้อมที่จะช่วยให้ผู้รับบริการฟันฝ่าปัญหาได้ ส่วนปัญหาระดับชุมชน หน่วยงาน องค์กร หรือชุมชนใดที่มีทรัพยากรที่จำเป็นและเหมาะสมในการช่วยผู้รับบริการจากปัญหา ขอบเขตเงื่อนไขของการให้ความช่วยเหลือ อุปสรรค ข้อขัดข้องที่อาจได้พบในระบบบริการ ทรัพยากร/ความช่วยเหลือเฉพาะที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหา อยู่ในหน่วยงานหรือบริการใด ส่วนปัญหาระดับมหภาค ควรดูนโยบายใดของรัฐ ที่ก่อผลกระทบต่องานบริการจำนวนมาก และควรมีการเปลี่ยนแปลงความเหมาะสมเป็นไปได้ในการรวมกลุ่มผู้รับบริการเพื่อปกป้องคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตนเอง และวางแผนทางในการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการในระดับกลุ่มใหญ่

4) การจัดทำแผนการบริการ (Care Planning/Service Planning)

(1) การกำหนดเป้าหมายของแผนบริการให้มีความกระจ่าง ชัดเจน

(2) ผู้จัดการรายกรณี สามารถทำแผนร่วมกับผู้รับบริการ โดยกำหนดเป้าหมายที่ต้องการไปถึงในระยะแรก เป้าหมายนั้นควรมีความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ และเจาะจงว่าเป็นประเด็นใดบ้าง

- (3) แผนบริการ ควรมีการกำหนดประเด็นที่เป็นรูปธรรม ในลักษณะ 5W 1H เช่น Who (Whom), What, Where (Which Agency), When, Why และ How
- (4) ผู้จัดการรายกรณี ควรทำงานร่วมกับทีมงานสหวิชาชีพ เพื่อค้นหาข้อมูล(input)ใหม่ ๆ และร่วมกันทบทวนการวางแผนใหม่
- (5) สร้างความเข้าใจกับผู้รับบริการ กลุ่มสหวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ให้เข้าใจแผนที่ร่วมกันวางไว้ และกระตุ้นให้ทุกฝ่ายมีความรับผิดชอบในหน้าที่ที่แต่ละฝ่ายจะทำงานร่วมกัน
- (6) วางแผนการปฏิบัติงานให้ชัดเจน โดยจัดทำแผนภารกิจ (contract plan หรือบางส่วนเรียกว่า task plan) กำหนดระยะเวลางานให้ชัดเจน (time plan) และทบทวนแผนให้ชัดเจน

5) การดำเนินการตามแผน (Implementation)

- (1) การเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ และ/หรือ ครอบครัว ในแผนการที่ร่วมกันคิด และผลักดันให้เข้าถึงฐานทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งโดยตนเองและโดยความร่วมมือของครอบครัว
- (2) การติดต่อ ประสานงาน ให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการต่าง ๆ และร่วมให้คำแนะนำช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในการประสาน เข้าถึงแหล่งทรัพยากร บางครั้งอาจต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์หรือเป็นนายหน้าต่อรองกับแหล่งทรัพยากรที่มีข้อจำกัด
- (3) การจัดหาบริการอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะวิกฤต กรณีที่มีความจำเป็น
- (4) การจัดหาบริการให้การปรึกษาและบริการสนับสนุนอื่น ๆ เพื่อเสริมความมั่นใจและเสริมพลัง

ให้แก่ผู้รับบริการให้มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในบริการ

6) การกำกับ ติดตาม (Monitoring)

- (1) การติดตามดูผลการดำเนินงานตามแผน ทั้งในด้านที่ก้าวหน้าและด้านที่เป็นอุปสรรคต่อการ
ทำงาน

- (2) การกำกับให้ผู้รับบริการได้รับบริการตามแผน ในเวลาที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ
และ

ต้องติดตามหน่วยงานที่ให้บริการด้วยว่าผลของบริการเป็นอย่างไร มีปัญหาใด และมี
แนวทาง

แก้ปัญหานั้นร่วมกันอย่างไร

- (3) แสวงหาแนวทางแก้ปัญหา ผลักดัน ต่อรอง หรือสร้างความยืดหยุ่นให้แกระบบบริการให้
เหมาะสมกับแผนที่กำหนดไว้
- #### 7) การทบทวนและประเมินสถานะซ้ำ (Reassessment)

- (1) ขณะที่กำกับติดตามงานการจัดการรายกรณี ต้องมีการทบทวนความเหมาะสมของแผน และ
ต้องมี

การประเมินสถานะซ้ำใหม่ เมื่อเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไป

- (2) การประเมินสถานะซ้ำ ควรดำเนินการร่วมกันกับผู้รับบริการ ทีมสหวิชาชีพ เพื่อพิจารณาความ

คืบหน้าและความก้าวหน้าของผู้รับบริการที่เปลี่ยนไป

8) การยุติการบริการ (Disengagement)

- (1) การยุติบริการ คือกระบวนการที่ปัญหาได้รับการแก้ไข และสามารถชะลอหรือหยุดยั้งปัญหาในพื้นที่ลงได้ในระดับที่น่าพอใจ แต่หากปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะเป็นการนำกระบวนการเข้าสู่การประเมินสถานะซ้ำใหม่อีกครั้ง เพื่อทบทวนแผนการแก้ปัญหาใหม่และจัดการดำเนินการใหม่ให้เหมาะสม
- (2) ผู้จัดการรายกรณี ควรทบทวนและประเมินความก้าวหน้าของทุกฝ่ายเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีการจัดกระบวนการติดตามผลเป็นระยะ ตามเวลาที่เหมาะสม

2.3 คนพิการสูงอายุ

คนพิการสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด และมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2.3.1 ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2550 ให้กำหนดประเภทความพิการ ดังนี้

- 1) ความพิการทางการเห็น
- 2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- 3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- 4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก
- 5) ความพิการทางสติปัญญา
- 6) ความพิการทางการเรียนรู้

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเห็น ได้แก่

- 1) ตาบอด หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับต่ำกว่า 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต (20/400) ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา
- 2) ตาเห็นเลือนราง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการเห็น เมื่อตรวจวัดการเห็นของสายตาข้างที่ดีกว่า เมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้ว อยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร (3/60) หรือ 20 ส่วน 200 ฟุต (20/400) ไปจนถึงต่ำกว่า 6 ส่วน 18 เมตร (6/18) หรือ 20 ส่วน 700 ฟุต (20/70) หรือมีลานสายตาแคบกว่า 20 องศา

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่

1) หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งผลเป็นมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยินจนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทางทางการได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

2) หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน เมื่อตรวจวัดการได้ยิน โดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิรตซ์ 1,000 เฮิรตซ์ และ 2,000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบล ลงมาจนถึง 40 เดซิเบล

3) ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่

1) ความพิการทางการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา อาจมาจากสาเหตุอัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงาน มือ เท้า แขน ขา

2) ความพิการทางร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และภาพลักษณ์ภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก ได้แก่

1) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ หรือความคิด

2) ความพิการออทิสติก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกติที่นั่นแสดงก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง ทั้งนี้ ให้รวมถึงการวินิจฉัยกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ เช่น แอสเพอร์เกอร์ (Asperger)

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางสติปัญญา ได้แก่

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญหาลดต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกติที่นั่นแสดงก่อนอายุ 18 ปี

หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่

การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะด้านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้าน

การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา

2.3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และอนุบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 คนพิการได้รับสิทธิที่สำคัญอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งครอบคลุมวิถีชีวิตคนพิการ ตั้งแต่ เกิด จนตาย รวมอย่างน้อย 9 ประการ ได้แก่

2.3.2.1. เบี้ยความพิการ – คนพิการทุกคนที่มีสมุด/บัตรประจำตัวคนพิการมีสิทธิลงทะเบียนขอรับ “เบี้ยความพิการ” คนละ 500 บาท/เดือนได้ ซึ่งแต่เดิม เฉพาะคนพิการที่ไม่มีรายได้เท่านั้น จึงจะมีสิทธิได้รับ “เบี้ยยังชีพ” เดือนละ 500 บาท นอกจากนั้น คนพิการที่สูงอายุ หรืออายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับทั้ง “เบี้ยความพิการ” และ “เบี้ยผู้สูงอายุ” รวมเดือนละ 1,000 บาท

2.3.2.2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ รวม 26 รายการ ได้แก่

- 1) การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์
- 2) การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการจัดบริการเป็นรายกรณี
- 3) การให้ยา ผลิตภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และหัตถการพิเศษอื่นๆ เพื่อการบำบัด ฟื้นฟู เช่น การฉีดยาลดเกร็ง การรักษาด้วยไฟฟ้า Hemoencephalography (HEG) เป็นต้น
- 4) การศัลยกรรม
- 5) การบริการพยาบาลเฉพาะทาง เช่น พยาบาลจิตเวช เป็นต้น
- 6) กายภาพบำบัด
- 7) กิจกรรมบำบัด
- 8) การแก้ไขการพูด (อรรถบำบัด)
- 9) พฤติกรรมบำบัด
- 10) จิตบำบัด
- 11) ดนตรีบำบัด
- 12) พลบำบัด
- 13) ศิลปะบำบัด
- 14) การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน
- 15) การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย
- 16) การบริการส่งเสริมพัฒนาการหรือบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม
- 17) การบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น นวดไทย ผังเข็มน เป็นต้น
- 18) การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์ และสังคมบำบัด เช่น กลุ่มสนับสนุนการ เป็นต้น
- 19) การประเมิน และเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพหรือการประกอบอาชีพ
- 20) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว
- 21) การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อในรูปแบบที่เหมาะสมกับความพิการ ซึ่งคนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้
- 22) การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ช่วยคนพิการ

23) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและชุมชน การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการให้บริการเชิงรุก

24) การฝึกทักษะการเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน เช่น การฝึกทักษะชีวิต การฝึกทักษะการดำรงชีวิตสำหรับคนพิการ การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เป็นต้น

25) การบริการทันตกรรม เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น และ

26) การให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ

2.3.2.3. บริการจัดการศึกษา – คนพิการทุกคนมีสิทธิเรียนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งการศึกษาขั้นพื้นฐาน 15 ปี รวมถึงการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ประกาศนียบัตรชั้นสูง และระดับปริญญาตรี

2.3.2.4. บริการจ้างงานคนพิการ – ตามระเบียบใหม่ของกระทรวงแรงงาน ซึ่งเตรียมจะประกาศใช้ กำหนดให้สถานประกอบการของเอกชน และหน่วยงานของรัฐต้องรับคนพิการเข้าทำงาน ในอัตราส่วนจำนวนลูกจ้างทั้งหมด คาดว่า น่าจะเป็น 50 คน ต่อ คนพิการ 1 คน ทั้งนี้ หากสถานประกอบการไม่รับคนพิการเข้าทำงานจะต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือสนับสนุนการประกอบอาชีพอิสระให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ด้วยการให้สัมปทาน จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงาน ฝึกงาน หรือให้การช่วยเหลือคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการอย่างสมเหตุสมผล ส่วนหน่วยงานราชการที่ไม่รับคนพิการเข้าทำงานไปต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนฯ แต่ต้องสนับสนุนการประกอบอาชีพอิสระให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการในลักษณะเดียวกัน

2.3.2.5. บริการสิ่งอำนวยความสะดวก – หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องจัดสิ่งอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการ เช่น บริการในการเดินทาง บริการขนส่งสาธารณะ บริการข้อมูลข่าวสาร และบริการให้สัตว์นำทางเดินทางกับคนพิการ เป็นต้น ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่สถานประกอบการจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการสามารถนำไปลดหย่อนภาษีเงินได้

2.3.2.6. บริการเงินกู้ – คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิขอกู้เงินกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเพื่อการประกอบอาชีพอิสระได้ โดยกู้เป็นรายบุคคล คนละ ไม่เกิน 40,000 บาท หรือกู้เป็นกลุ่มเพื่อช่วยกันประกอบอาชีพ ไม่มีดอกเบี้ย แต่ต้องผ่อนส่งภายใน 5 ปี

2.3.2.7. บริการสวัสดิการสังคม – คนพิการมีสิทธิได้รับสวัสดิการตามความเหมาะสมอย่างสมเหตุสมผล เช่น

1) ผู้ช่วยคนพิการ (สำหรับคนพิการระดับรุนแรง) ซึ่งผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐานของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์แล้ว

2) ค่าใช้จ่ายสำหรับจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกที่บ้าน หรือสถานที่พัก และ

3) สถานที่เลี้ยงดูสำหรับคนพิการไร้ที่พึ่ง เป็นต้น

2.3.2.8. บริการล่ามภาษามือ – คนหูหนวกมีสิทธิขอบริการล่ามภาษามือได้ 5 กรณี ได้แก่

1) การใช้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข

2) การสมัครงานหรือการติดต่อประสานงานด้านการประกอบอาชีพ

3) การร้องทุกข์ การกล่าวโทษ หรือเป็นพยานในชั้นพนักงานสอบสวนหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายอื่น

4) การเข้าร่วมประชุม สัมมนา หรือฝึกอบรม รวมทั้งเป็นผู้บรรยายโดยหน่วยงานภาครัฐ หรือองค์กรภาคเอกชนเป็นผู้จัดซึ่งมีคนพิการทางการได้ยินเข้าร่วมด้วย และ

5) บริการอื่นใดตามที่คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาล่ามภาษามือประกาศกำหนด

2.3.2.9. การลดหย่อนภาษีเงินได้ – คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2553 ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินได้พึงประเมินที่มีเงินได้เป็นค่าบริการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในประเทศไทยและมีอายุไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์ในปีภาษีที่ได้รับเฉพาะส่วนที่ไม่เกิน 190,000 บาทในปีภาษีนั้น ส่วนผู้ดูแลคนพิการที่มีรายได้ และต้องเสียภาษีเงินได้ มีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีเงินได้คนละ 60,000 บาท

2.3.3 ปัญหาของคนพิการสูงอายุ

รายงานประจำปี 2554 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระบุข้อมูลคนพิการที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่ามีจำนวน 1,074,607 คน มีคนพิการเข้ามารับบริการจำนวน 429,532 คน คิดเป็นร้อยละ 39.97 ของคนพิการที่ลงทะเบียน และมีผู้รับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการจำนวน 25,653 คน คิดเป็นร้อยละ 2.39 และจากผลการศึกษาของวัชรารัฐวิบูลย์ และคณะ เกี่ยวกับสถานการณ์คนพิการในสังคมไทย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าวัยสูงอายุเป็นช่วงที่มีความพิการสูงกว่าช่วงอายุอื่น โดยในปี 2550 พบว่า เขตชนบท (ร้อยละ 16.6) มีผู้สูงอายุที่พิการหนาแน่นมากกว่าในเขตเมือง (ร้อยละ 9.2) โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคอีสาน ในขณะที่คนพิการส่วนใหญ่มีความพิการด้านการเคลื่อนไหว รองลงมา เป็นความพิการด้านการมองเห็น และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่พิการ จะมีความพิการซ้ำซ้อน และร้อยละ 94.1 ของผู้สูงอายุที่พิการมีการศึกษาต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่พิการ ทั้งนี้ส่วนใหญ่ทำงานภาคเกษตร และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่พิการมีการใช้เครื่องช่วยความพิการ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่พิการที่ใช้เครื่องช่วยฯ สูงที่สุด นอกจากนี้ผู้พิการ สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่พิการประมาณ 3 เท่า (สู่ความเป็นธรรม ระบบการดูแลคนพิการ, 2555)

สถานการณ์การสูงวัยของประชากรไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 68 ล้านคน โดยเป็นประชากรวัยสูงอายุจำนวน 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2564 จะมีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และร้อยละ 19 อยู่ในสภาวะติดบ้าน มีปัญหาการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านได้สะดวก ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรกคือการเคลื่อนไหวร่างกาย (ร้อยละ 58) รองลงมาได้แก่ ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ร้อยละ 24) ด้านการมองเห็น (ร้อยละ 19) ด้านการเรียนรู้ (ร้อยละ 4) ด้านจิตใจ (ร้อยละ 3) และด้านสติปัญญา (ร้อยละ 2) และยังพบว่า ร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 18 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 9 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

2.3.4 บทบาทผู้จัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการสูงอายุนะยะยาวในชุมชน โดยใช้ อสม.เป็นผู้จัดการรายกรณีในการขับเคลื่อน Management Continuity of Care โดยใช้แนวคิดในการดูแลดังนี้

1. การค้นหา คัดกรองคนพิการสูงอายุ ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย สภาพจิตใจ ความเป็นอยู่ทางครอบครัวและสังคม
2. ประสานการจัดการให้คนพิการสูงอายุเข้าสู่การยืนยันการเป็นคนพิการ คนสูงอายุเพื่อรับสิทธิประโยชน์ของคนพิการ คนสูงอายุ
3. วางแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยร่วมมือกับผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาล

วิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์อื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้ช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม

4. ประสานการประเมินการเข้ารับบริการสุขภาพที่เหมาะสม ในด้านการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ
5. ส่งเสริมให้มีการติดต่อสื่อสาร และประสานความร่วมมือระหว่างสมาชิกทีมในการดูแล ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อลดการแยกส่วนในการดูแล และจัดการให้คนพิการสูงอายุ ครอบครัวและชุมชน มีความสามารถ/มีส่วนร่วมในการดูแลความเจ็บป่วย
6. ให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และติดตามผลลัพธ์ของการดูแล
7. เสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถประเมินสุขภาพและสถานการณ์ของตนเอง แสวงหาทางเลือกในการดูแล และแก้ไขปัญหา
8. สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ และสามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชี้แนะ และเป็นທີ່ปรึกษา

2.3.5 สมรรถนะผู้จัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุ

1. มีความรู้ ความเข้าใจในนโยบายคนพิการสูงอายุ แนวปฏิบัติและสิทธิประโยชน์คนพิการสูงอายุ
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการสูงอายุ แนวทางการดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
3. มีทักษะในการดูแลคนพิการสูงอายุ ได้แก่ การประเมินสภาพ การจัดการหรือควบคุมอาการ การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ การวางแผนล่วงหน้า การให้คำปรึกษา
4. ทักษะในการสอน ให้คำแนะนำ และเสริมพลังอำนาจแก่คนพิการสูงอายุ ครอบครัว และทีมดูแล สามารถสอนคนพิการสูงอายุและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้
5. ทักษะในการติดต่อสื่อสาร และประสานความร่วมมือ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความจริงใจ และมีจิตใจบริการ
6. ทักษะด้านการจัดการ มีความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการ การเจรจาต่อรอง การคิด และการทำงานเชิงระบบ
7. ความสามารถในการประเมินผลลัพธ์ และจัดการผลลัพธ์

2.4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภคพร กอบพิงตน, ชนกพร อุตตมะ, นาฎยา เอื้องไฟโรจน์, ปรีชาติ ชันทรักษ์. (2554) ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าระบบการจัดการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายกรณี ใช้การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม จากโรงพยาบาลถึงหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ระยะเวลานอนเฉลี่ยลดลงจาก 10 วัน เหลือ 6 วัน ค่าใช้จ่ายโดยรวมลดลง อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง จาก ร้อยละ 14.41 เหลือร้อยละ 7.15 และพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก

จากผลการศึกษาของ วัชรกร ภิมาลย์ จุฬารัตน์ และคณะ (2554) เรื่องการพัฒนาแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่าคนพิการ ญาติ ผู้นำชุมชน อสม. และ อบต. คนในชุมชนเห็นความสำคัญ และให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นอย่างดี ทั้งด้านงบประมาณ โอกาส การศึกษา ที่อยู่อาศัย การสร้างอาชีพ คนพิการมีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการ

การทำการวัดประจำวันเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (paired t-test) $p < .01$ และกำลังกล้ามเนื้อแบบ MMT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ $p < 0.5$ คนพิการมีระดับความพึงพอใจร้อยละ 93.41 รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม

รัชณี สรรเสริญและคณะ(2553) ศึกษาการบูรณาการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิ: บทเรียนจากประเทศไทย เพื่ออธิบายสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในประเทศไทย พบว่าหน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่จัดระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานดำเนินการปรับปรุงเครือข่ายการดูแลสุขภาพและการให้บริการส่งต่อทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันความพิการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิริเริ่มดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงการบูรณาการแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพชุมชน เช่นการสนับสนุน การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การระดมคนพิการ ครอบครัวและสมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการของคนพิการเป็นฐาน อย่างไรก็ตามบุคลากรทางสุขภาพยังได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน และความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ตลอดจนการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างจำกัด ส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนมีบทบาทเป็นพันธมิตรและร่วมดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับปานกลาง ดังนั้นเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญและลงทุนทั้งการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย การสร้างความมั่นใจในระบบสนับสนุนการดำเนินงาน การใช้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาความร่วมมืออย่างเป็นหุ้นส่วนระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ชุมชน คนพิการและครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ

อัญมณี บุรณานนท์, วีระชัย วีระนันทะชาติ, สมลักษณ์ ลิ้ม, สโลทร ม่วงเกลี้ยง (2552) ศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในประเทศไทย ให้ข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มี case manager ในอาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ (อพมก) แต่ละตำบล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานของพื้นที่ และเพิ่มพูนความสามารถในการดำเนินงานของ อพมก. จึงควรสนับสนุน อพมก.ผู้มีความรู้ความสามารถให้พัฒนาขึ้นเป็น case manager ในทุกตำบลอย่างน้อยตำบลละ 2 คน เพื่อให้สามารถเป็นเสมือนหัวหน้าทีม เป็นผู้ติดตามดูแลคนพิการที่สามารถประเมินสถานการณ์และสถานะของคนพิการและครอบครัว สามารถวางแผน ประสานงาน รู้จักและประสานเชื่อมโยงทรัพยากร ระบบส่งต่อ รวมทั้งให้สามารถในการจัดการงานให้ลุล่วงตามเป้าหมายและกำหนดเวลาด้วย

เอกรินทร์ โปตะเวช, เรืองยศจันทร์ สามารถ, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และยุภาพร ยุภาศ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคายว่า ควรจัดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง ควรมีการประชาสัมพันธ์งานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการอบรม ให้ความรู้ด้านนโยบายคณะกรรมการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ส่งเสริมบทบาทให้มากยิ่งขึ้นเพื่อ เป็นที่ยอมรับขององค์กรอื่นๆ สถานีอนามัยมีการจัดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเยี่ยมเยียนแนะนำให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน ติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีสถานที่ปฏิบัติงาน

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเอกเทศ และสนับสนุนเครื่องเขียน แบบพิมพ์ เอกสาร สิ่งพิมพ์ ให้เพียงพอในการดำเนินงานคณะกรรมการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ความเป็นธรรมในการปฏิบัติต่อชุมชนรับผิดชอบในการกระทำ และเคารพมติของชุมชน ควรมีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน 3 ปี 5 ปี ให้ชัดเจนในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

สง่า เพียรภายลุน, ธีรวิวัฒน์ จันทระสาธิต, เลิศสุวรรณ มียู่ดี (2553). ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนสี่ด้าน คือด้านการประเมินผล ด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติ และด้านการรับผลประโยชน์

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดในการพัฒนาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน ดังนี้

1. ค้นหาศักยภาพ สภาพปัญหาในการดูแลคนพิการสูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อใช้ในการวางแผนให้ความรู้เพิ่มเติม
2. พัฒนาศักยภาพโดยการให้ความรู้ในประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 ความรู้ความเข้าใจในบริบทครอบครัวของคนพิการสูงอายุ ปัจจัยด้านครอบครัว ศักยภาพของครอบครัว และบทบาทการสร้างเสริมการดูแลการเจ็บป่วย

2.2 ความรู้ความเข้าใจในบริบทวัฒนธรรมภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สัมพันธ์กับการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนนาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช

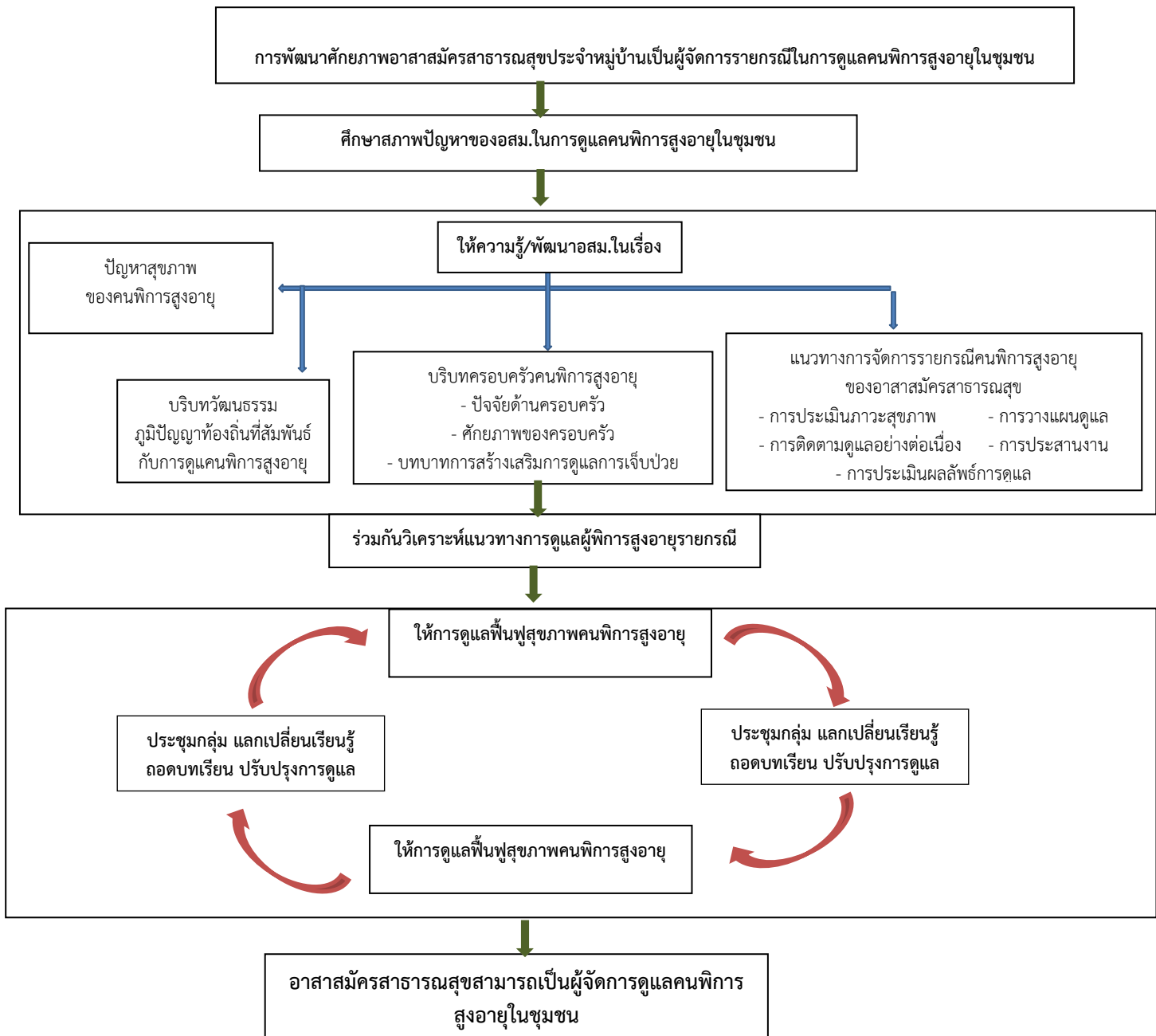
2.3 ความรู้ความเข้าใจในเรื่องปัญหาสุขภาพของคนพิการสูงอายุ ในที่นี้อาสาสมัครสาธารณสุขต้องสามารถนำปัญหาสุขภาพของทั้งผู้สูงอายุและผู้พิการมาเชื่อมโยงกับคนพิการสูงอายุในกรณีของตนโดยครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

2.4 ความรู้ความเข้าใจในแนวทางการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนดูแล การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การประสานงาน และการประเมินผลลัพธ์การดูแล

3. อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้พิการสูงอายुरายกรณี โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขต้องทราบข้อมูลของทุกกรณีศึกษา

4. ให้การดูแลฟื้นฟูสุขภาพคนพิการสูงอายุในกรณีศึกษาของตน และนำปัญหา อุปสรรค ข้อดี ข้อเสียจากการดูมาประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนร่วมกัน เพื่อค้นหาการดูแลที่ดีที่สุด แล้วนำมาปรับปรุงการดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้พิการสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิด



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ การวางแผน การดำเนินการ และการสรุปบทเรียนร่วมกัน โดยประยุกต์แนวความคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮินและอัทซอพ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ มีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล และกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค AIC ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความรู้ การสร้างแนวทางการพัฒนา การสร้างแนวปฏิบัติ การประเมินผล

3.1 การเลือกพื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ในการศึกษานี้ เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selective) ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นชุมชนที่ทีมวิจัยได้วางให้เป็นชุมชนเข้มแข็งด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งเน้นการฟื้นฟูผู้พิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2553 เพราะคนในชุมชนคิดว่าปัญหาในการดูแลและช่วยเหลือผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเป็นปัญหาทางสุขภาพที่ต้องจัดการอย่างเร่งด่วน การวิจัยครั้งนี้จึงเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้จัดการรายการณ์ในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. ทีมวิจัยทั้งหมดมี 36 คน แบ่งเป็น
 - 1.1 ทีมวิจัยหลัก 4 คน
 - 1.2 ทีมพื้นที่ 32 คน ได้แก่
 - 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโหนด 2 คน
 - 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล 1 คน
 - 3) ประธานชมรมคนพิการตำบลนาเคียน 1 คน
 - 4) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน
 - 5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจาก 9 หมู่บ้านละ 3 คน รวม 27 คน
2. ผู้ดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน 20 คน
3. คนพิการสูงอายุในชุมชน 50 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจต่อการเป็นผู้จัดการรายการณ์ในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปในเรื่องของปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข มีข้อความจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และจำนวนครั้งในการฝึกอบรม เป็นข้อความแบบมีตัวเลือกและแบบเว้นให้ตอบรายละเอียดการศึกษาวิจัย Scienสังคมศาสตร์ (วผลผลการตอบแบบสอบถามแก่ประชากรหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความร่วมมือใน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามในการวัดความรู้ความเข้าใจการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ใน 5 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ
2. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ
4. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ
5. ด้านการปฏิบัติดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ

มีข้อความด้านละ 10 ข้อ รวม 50 ข้อ โดยกำหนดค่าของคำตอบออกเป็น ใช่ กับ ไม่ใช่
เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ตอบถูก ให้คะแนนเท่ากับ 1
ตอบผิด ให้คะแนนเท่ากับ 0

เกณฑ์ที่ใช้แปรผลระดับความรู้ ความเข้าใจ

เกณฑ์ที่ใช้แปรผลระดับความรู้ความเข้าใจ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามคะแนนที่ได้

คะแนนรายด้าน 10 คะแนน แบ่งดังนี้

<u>คะแนน</u>	<u>ความหมาย</u>
0-3 คะแนน	มีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำ
4-6 คะแนน	มีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง
7-10 คะแนน	มีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง

คะแนนรวม 50 คะแนน แบ่งดังนี้

<u>คะแนน</u>	<u>ความหมาย</u>
0-16 คะแนน	มีความรู้ความเข้าใจในระดับต่ำ
17-33 คะแนน	มีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง
34-50 คะแนน	มีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง

ส่วนที่ 3 ที่เป็นแบบสอบถามในการวัดระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ใน 5 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ
2. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ
4. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ
5. ด้านการปฏิบัติดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ

โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ระดับที่ 5 หมายถึง มีสมรรถนะระดับสูงมาก

- ระดับที่ 4 หมายถึง มีสมรรถนะระดับสูง
 ระดับที่ 3 หมายถึง มีสมรรถนะระดับปานกลาง
 ระดับที่ 2 หมายถึง มีสมรรถนะระดับน้อย
 ระดับที่ 1 หมายถึง มีสมรรถนะระดับน้อยมาก

เกณฑ์ที่ใช้แปลผลระดับสมรรถนะ แบ่งเป็น 5 ระดับโดยใช้เกณฑ์สัมบูรณ์ (Absolute Criteria) ของเบสท์ (Best, 1981 : 184-185) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	มีสมรรถนะในระดับสูงมาก
3.50-4.49	มีสมรรถนะในระดับสูง
2.50-3.49	มีสมรรถนะในระดับปานกลาง
1.50-2.49	มีสมรรถนะในระดับน้อย
1.00-1.49	มีสมรรถนะในระดับน้อยมาก

ผลของการตรวจวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม มีดังนี้

แบบสอบถามในการวัดความรู้ความเข้าใจการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ใน 5 ด้าน

- (1) ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.894
 - (2) ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.874
 - (3) ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.889
 - (4) ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.849
 - (5) ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.862
- ซึ่งถือว่าเป็นแบบสอบถามที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของคนพิการสูงอายุ/ญาติต่อการได้รับการดูแล

ใน 5 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ
2. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ
4. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ
5. ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ

โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

- ระดับที่ 5 หมายถึง มีสมรรถนะระดับสูงมาก
 ระดับที่ 4 หมายถึง มีสมรรถนะระดับสูง
 ระดับที่ 3 หมายถึง มีสมรรถนะระดับปานกลาง
 ระดับที่ 2 หมายถึง มีสมรรถนะระดับน้อย
 ระดับที่ 1 หมายถึง มีสมรรถนะระดับน้อยมาก

เกณฑ์ที่ใช้แปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับโดยใช้เกณฑ์สัมบูรณ์ (Absolute Criteria) ของเบสท์ (Best, 1981 : 184-185) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก
3.50-4.49	มีความพึงพอใจในระดับสูง
2.50-3.49	มีความพึงพอใจในระดับปานกลางมีความพึงพอใจใน
ระดับ	
1.50-2.49	มีความพึงพอใจในระดับน้อย
1.00-1.49	มีความพึงพอใจในระดับน้อยมาก

ผลของการตรวจวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

แบบสอบถามในการวัดความรู้ความเข้าใจการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ใน 5 ด้าน วิเคราะห์ได้ดังนี้

- (1) ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.784
- (2) ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.802
- (3) ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.789
- (4) ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.827
- (5) ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.843

ซึ่งถือว่าเป็นแบบสอบถามที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประกอบไปด้วยการประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน 10 ด้าน ดังนี้

1. feeding การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมอาหารไว้ให้เรียบร้อยแล้ว
2. transfer การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
3. grooming การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด
4. toilet use การใช้ห้องน้ำ
5. bathing การอาบน้ำ
6. mobility การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
7. stairs การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
8. dressing การสวมใส่เสื้อผ้า
9. bowel การกลั้นอุจจาระ
10. bladder การกลั้นปัสสาวะ

คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน แปลผลดังนี้

- 0-20 คะแนน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อยมาก
- 25-45 คะแนน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย
- 50-70 คะแนน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง

75-95 คะแนน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก

100 คะแนน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปกติ

4. แบบประเมินการช่วยเหลือตนเองขั้นสูงในกิจวัตรประจำวันโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง เพื่อประเมินภาวะพึ่งพาขององค์กรอนามัยโลก (WHO) ประกอบไปด้วยการประเมินการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย 8 ด้าน ดังนี้

- 1.การใช้โทรศัพท์
- 2.การเลือกซื้อของ
- 3.การประกอบอาหาร
- 4.การทำความสะอาดบ้าน
- 5.การซักผ้า
- 6.การใช้น้ำ
- 7.การจัดยา
- 8.การใช้จ่ายเงิน

คะแนนรวมทั้งหมด 17 คะแนน แปลผลดังนี้

0-3	คะแนน	พึ่งพาสมบูรณ์
4-8	คะแนน	พึ่งพารุนแรง
9-13	คะแนน	พึ่งพาปานกลาง
14-17	คะแนน	ไม่เป็นภาระพึ่งพา

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือทั้งหมดมีการศึกษาจากทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาปรับปรุงแก้ไข การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสำรวจ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการ ดำเนินกิจกรรมต่างๆในโครงการ

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. จากการสัมภาษณ์เชิงลึก(In depth Interviews) สัมภาษณ์แบบกลุ่ม(focus group) และการถอดบทเรียนในการดูแล
2. สังเกตพฤติกรรมความกระตือรือร้นและการมีส่วนร่วม
3. สัมภาษณ์/สังเกต พฤติกรรมความพึงพอใจของผู้ดูแลที่บ้าน
4. สัมภาษณ์/สังเกต พฤติกรรมของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. Pre-test , Post-test ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นผู้จัดการรายการณ์ในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน
2. การสำรวจสถานการณ์ภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของคนพิการสูงอายุในตำบลนาเคียน
3. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ดูแลคนพิการสูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ถอดบทเรียนการดูแลสุขภาพที่ผสมผสานกับความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นตามบริบทของชุมชน
4. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก แบบมีโครงสร้าง

5. การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการ การประชุมระดมความคิดเห็น การปฏิบัติการดูแลคนพิการสูงอายุ
6. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แสดงผลด้วย ค่าเฉลี่ย และ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การระดมความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามประเมินผล การสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นวิจัยที่กำหนด สรุปผลโดยวิธีการพรรณนาความ

3.5 ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน ตำบลนาเคียน อ.เมือง จ. นครศรีธรรมราช โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนนาเคียน

3.6 ระยะเวลาในการดำเนินงาน

ตั้งแต่เดือน 16 มิถุนายน 2559 ถึง 15 มิถุนายน 2560 รวมระยะเวลา 12 เดือน

3.7 แผนการดำเนินงาน (Action plan)

แผนการดำเนินงานมี 3 ระยะ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ดังนี้

- 1) ประชุมเตรียมความพร้อมทีม ทบทวนวรรณกรรม ออกแบบเครื่องมือ
- 2) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน Focus Group กลุ่ม อสม.และผู้ดูแลคนพิการ
- 3) จัดทำแนวทางการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุ
- 4) จัดอบรมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีดูแลคนพิการสูงอายุ
- 5) ดำเนินการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน
- 6) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประชุมกลุ่มและติดตามการดำเนินงาน
- 7) สรุปการเรียนรู้ ถอดบทเรียน และรูปแบบการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุ
- 8) สรุปผลการศึกษาค้นข้อมูลแก่ชุมชน และจัดทำรายงานสรุปผลการวิจัย
- 9) เผยแพร่รูปแบบการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุ นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการ

3.3 ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อม

- 1) ประชุมเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจต่อวัตถุประสงค์โครงการและกำหนดบทบาทหน้าที่นักวิจัย
- 2) ประชุมเครือข่ายชุมชน รพ.สต.บ้านทุ่งไหนด รพ.สต.บ้านเหมืองหัวทะเล และแกนนำชุมชนชี้แจงโครงการกับชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 3) ประชุมทีมออกแบบเครื่องมือ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4) ศึกษาบริบทของชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของคนพิการสูงอายุในตำบลนาเคียน

5) สันทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ดูแลคนพิการสูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข วิเคราะห์สภาพปัญหา และการจัดการสุขภาพของคนในชุมชนโดยใช้กระบวนการ AIC ถอดบทเรียนการดูแล สุขภาพที่ผสมผสานกับความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นตามบริบทของชุมชน

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ วางแนวทางการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุ

1) ประชุมทีมวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำแนวทางการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุสำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุข

2) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นผู้จัดการรายกรณี

3) ประชุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจตกลงร่วมกันในการวางแผนลงพื้นที่ กำหนด เป้าหมาย กำหนดกิจกรรม กำหนดผู้รับผิดชอบ

ระยะที่ 3 ปฏิบัติการดูแลคนพิการสูงอายุ เป็นเวลา 3 เดือน

1) ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขผู้จัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุปฏิบัติการดูแลคนพิการสูงอายุใน ชุมชน

2) จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของทีม นำผลการเรียนรู้ไปปรับปรุงกระบวนการดูแล

3) ประชุมกลุ่ม ติดตามการดำเนินงานตามโครงการ

4) ประชุมกลุ่ม สะท้อนคิด ถอดบทเรียน

5) สรุปผลการศึกษา ค้นข้อมูลแก่ชุมชน

6) นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้พิการสูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้จัดการรายกรณี

7) สรุปบทเรียนการเรียนรู้

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การดำเนินงานวิจัยในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน เป็นการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (PAR) ของทีมผู้วิจัยกับชุมชนนาเคียน ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลนาเคียน ให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีของคนพิการสูงอายุ และมีรูปแบบการให้การดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม โดยนำไปสู่การเป็นระบบหรือกลไกในชุมชนที่ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพคนพิการสูงอายุ ที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่ข้างเคียงได้จากการประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อวางแผนการดำเนินงานในช่วงแรกได้กำหนดทิศทางและคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีจิตอาสาเป็นอันดับแรก จึงประกาศรับสมัครอาสาสมัครที่มีจิตอาสาในการดูแลคนพิการสูงอายุที่บ้าน และจากการคัดเลือกของพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีอาสาสมัครสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งไหนด 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล 1 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมวิจัยในชุมชนกับทีมวิจัยหลัก ประธานชมรมคนพิการตำบลนาเคียน 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ละอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจาก 9 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 3 คน รวมทีมวิจัยหลัก 4 คน ทีมวิจัยในพื้นที่ทั้งหมด 32 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน

จากนั้นจึงมีการประชุมพูดคุย สัมภาษณ์ ถึงสถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชนของคนพิการสูงอายุ ในการดำเนินงานได้มีการแบ่งกลุ่มสัมภาษณ์ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้พิการในชุมชน 2) กลุ่มผู้ดูแลคนพิการสูงอายุ และ 3) กลุ่มผู้นำชุมชน ได้สรุปถอดเนื้อหาประวัติชุมชนและสถานการณ์สุขภาพของคนพิการในชุมชน ดังนี้

4.1 สถานการณ์ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของคนพิการสูงอายุตามบริบทของชุมชน

4.1.1 ประวัติความเป็นมาของชุมชนนาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช

ตำบลนาเคียน เป็นตำบลที่ถูกก่อตั้งขึ้นในสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 3 แห่งราชวงศ์จักรี โดยมีนายออรัง มาลาญ ปาตานี สายบุรี ลังกาวิ ซึ่งเป็นชาวมลายูที่ถูกกวาดต้อนมาหลังเสร็จสงคราม เดิมทีประชาชนของตำบลนาเคียนเป็นเชลยศึกที่มาจากเมืองปัตตานี สายบุรี ลังกาวิ โดยเชลยศึกเหล่านี้จะถูกกวาดต้อนจากปัตตานีไปยังกองทัพของกรุงสยาม โดยจะถูกกวาดต้อนไปยังกองทัพสยามที่เมืองนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง ซึ่งเชลยศึกเหล่านี้ได้เข้ามาตั้งถิ่นฐานอยู่ตามเขตชายฝั่งทะเล นอกเขตเมืองและบางส่วนของกรุงสยาม เชลยศึกที่อยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชส่วนหนึ่ง ได้ทำการบุกเบิกป่านาเคียน ซึ่งเป็นป่ากร้างที่ปกคลุมด้วยต้นตะเคียน เพื่อทำแปลงนาปลูกข้าวส่งให้กับกองทัพนครศรีธรรมราช ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 5 ได้มีการประกาศเลิกทาส และให้ที่ดินที่นาแก่ประชาชนเพื่อประกอบอาชีพทางการเกษตร โดยคนในสมัยนั้นได้ทำการปลูกข้าวครั้งแรกเรียกว่า “นาหยาบ” ซึ่งทำได้ไม่กี่ปี สภาพพื้นที่ที่ไม่เอื้ออำนวยทำให้ขาดทุน และต่อมาก็ได้ทำเป็น “นาปี” ด้วยความที่ชาวบ้านให้ความสำคัญกับธรรมชาติ จึงตั้งชื่อหมู่บ้านตามภูมิศาสตร์และลักษณะของพื้นที่หมู่บ้านว่า “บ้านนาตะเคียน” หลายปีผ่านไปชาวบ้านจึงเรียกว่า “บ้านนาเคียน” และได้เรียกติดปากกันมาจนถึงปัจจุบันนี้

ตำบลนาเคียนเป็นตำบลหนึ่งในจำนวนตำบลของอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช องค์การบริหารส่วนตำบลนาเคียน ได้จัดตั้งตามประกาศ ลงวันที่ 19 มกราคม 2539

1) ที่ตั้งและอาณาเขต

ตำบลนาเคียน ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ระยะห่างจากที่ว่าการอำเภอเมืองนครศรีธรรมราชถึงที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลนาเคียน ประมาณ 7 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ข้างเคียง ดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	ตำบลนาทราย อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช
ทิศใต้	ติดต่อกับ	เทศบาลตำบลโพธิ์เสด็จและเทศบาลนครนครศรีธรรมราช อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	เทศบาลเมืองปากพูนและเทศบาลนครนครศรีธรรมราช อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	เทศบาลตำบลโพธิ์เสด็จและตำบลนาทราย อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

ตำบลนาเคียนมีพื้นที่ทั้งหมด ประมาณ 28.98 ตารางกิโลเมตร หรือ 18,112 ไร่

2) ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพพื้นที่โดยทั่วไปของตำบลนาเคียนเป็นพื้นที่ราบลูกคลื่นทั่วเขตพื้นที่ และบางพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม สมรรถนะดินที่พบส่วนใหญ่เป็นดินโลว์ ฮิวมิค กลี ซึ่งมีเนื้อดินละเอียด เหมาะสำหรับเกษตรกรรม โดยมีทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 4103 (นครศรีฯ-ท่าแพ) ตัดผ่านพื้นที่ ซึ่งเป็นเส้นทางขวางทางน้ำที่ส่งผลกระทบทำให้เกิดน้ำท่วมในพื้นที่

3) การตั้งถิ่นฐาน

ตำบลนาเคียนถือเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เพราะพื้นที่เป็นเขตต่อกับเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช การปลูกสร้างบ้านเรือนกระจายอยู่ทั่วไป โดยส่วนใหญ่จะยึดแนวถนนสายหลักภายในชุมชน และจะตั้งอยู่ใกล้กับแหล่งสาธารณูปการภายในชุมชน เช่น โรงเรียน วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ตลาดนัด เป็นต้น บ้างก็อยู่กันเป็นกลุ่มบ้านและมีบ้านจัดสรรในบางหมู่บ้าน สำหรับชุมชนที่ใหญ่ที่สุด ได้แก่ หมู่ที่ 5 (บ้านนาเคียนเหนือ) มีประชากรประมาณ 2,387 คน ส่วนชุมชนที่เล็กที่สุด คือ หมู่ที่ 2 (บ้านหัวทะเล) มีประชากรประมาณ 780 คน ประชาชนมีความเป็นอยู่ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน มีวัดและมัสยิดเป็นศูนย์รวมของชุมชน โดยมีผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เป็นแกนหลัก

4) สภาพทางเศรษฐกิจ

ตำบลนาเคียนประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตร ได้แก่ ทำสวนผลไม้, ทำสวนยางพารา, ทำนา, เลี้ยงสัตว์, ปลูกพืชผัก เป็นอาชีพหลัก ส่วนอาชีพรอง คือ อาชีพรับจ้าง, ค้าขาย, หัตถกรรม และรับราชการ

5) เขตการปกครองและประชากร

จำนวนประชากรในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาเคียน มีจำนวน 12,717 คน หรือประมาณร้อยละ 8.22 ของประชากรอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช แยกเป็นชายจำนวน 6,310 คน หญิงจำนวน 6,407 คน มีความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ย 425 คน/ตารางกิโลเมตร นับถือศาสนาอิสลาม 97% ศาสนาพุทธ 3% ส่วนใหญ่จะเป็นประชากรในพื้นที่ จะมีประชากรแฝงเพียงส่วนน้อยเท่านั้น โดยจะเป็นพวกแรงงานรับจ้าง

รายได้เฉลี่ยของประชากรปี 2559 จำนวน 61,451.- บาท/ปี

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนประชากร			จำนวน ครัวเรือน	ผู้นำท้องที่
		ชาย	หญิง	รวม		
1	บ้านปากสระ	701	691	1,392	344	นายปรีชา ดารามัน (ผู้ใหญ่บ้าน)
2	บ้านหัวทะเล	365	415	780	182	นายรอเสด วัฒนารถ (ผู้ใหญ่บ้าน)
3	บ้านทุ่งโหนด	1,062	1,029	2,091	764	นายสฤทธ์ สุทธิการ (กำนัน)
4	บ้านคลองดิน	693	702	1,395	403	นายรสหลี อาดีลี (ผู้ใหญ่บ้าน)
5	บ้านนาเคียนเหนือ	1,174	1,213	2,387	632	นายอดุลย์ ชลธาร (ผู้ใหญ่บ้าน)
6	บ้านนาเคียนใต้	751	818	1,569	403	นายอัปดุลลือ คำวิจิตร(ผู้ใหญ่บ้าน)
7	บ้านใหม่	491	492	983	240	นายสมาน อาดสามารถ(ผู้ใหญ่บ้าน)
8	บ้านโคกม่วง	656	628	1,284	275	นายบาราเหม คำวิจิตร (ผู้ใหญ่บ้าน)
9	บ้านทวดเหนือ	417	419	836	432	นายวรรณะ ยาทรัพย์ (ผู้ใหญ่บ้าน)
รวม		6,310	6,407	12,717	3,675	

*ข้อมูลจากสำนักทะเบียนอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ณ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559

6) การสาธารณสุข ตำบลนาเคียนมีสถานที่ให้บริการด้านสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

มีสถานบริการสาธารณสุขในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโหนด (รพ.สต.) ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล (รพ.สต.) ตั้งอยู่หมู่ที่ 5

7) สถานการณ์ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของคนพิการสูงอายุตามบริบทของชุมชน

จำนวนผู้พิการทุกประเภทมีทั้งหมด 305 คน มีผู้พิการสูงอายุ จำนวน 50 คน ดังตาราง

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนผู้พิการ		สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
		ทุกประเภท	สูงอายุ	
1	บ้านปากสระ	14	6	บ้านทุ่งโหนด
2	บ้านหัวทะเล	19	6	บ้านทุ่งโหนด
3	บ้านทุ่งโหนด	38	9	บ้านทุ่งโหนด
4	บ้านคลองดิน	16	7	บ้านทุ่งโหนด
5	บ้านนาเคียนเหนือ	90	8	บ้านเหมืองหัวทะเล
6	บ้านนาเคียนใต้	44	6	บ้านเหมืองหัวทะเล
7	บ้านใหม่	30	3	บ้านเหมืองหัวทะเล
8	บ้านโคกม่วง	34	3	บ้านเหมืองหัวทะเล
9	บ้านทวดเหนือ	20	2	บ้านทุ่งโหนด
รวม		305	50	

* ข้อมูลจากสำนักทะเบียนอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ณ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559

7.1) สภาวะสุขภาพคนพิการสูงอายุในชุมชน

ในปี 2553 มีโครงการการดูแลสุขภาพผู้พิการในชุมชนนาเคียน ที่ดำเนินการโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช และได้รับความร่วมมือจากทีมกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผลจากการดำเนินโครงการนั้นทำให้ชุมชนมีการตื่นตัวเรื่องสิทธิที่ผู้พิการที่จะได้รับ เกิดการค้นหา คัดกรอง และลงทะเบียนผู้พิการในชุมชน โดยทีมอาสาสมัครสาธารณสุข สำหรับผู้พิการติดเตียงที่ไม่สามารถเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาลได้จะมีทีมแพทย์ลงเยี่ยมบ้านและออกใบรับรองแพทย์ให้เพื่อนำไปใช้ประกอบการลงทะเบียนผู้พิการ ทำให้ผู้พิการในชุมชนได้รับการลงทะเบียนผู้พิการ อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขได้ดำเนินการต่อเนื่องในรูปแบบ จิตอาสาดูแลสุขภาพผู้พิการ เพื่อช่วยเหลือผู้พิการรายใหม่ในการลงทะเบียนผู้พิการ รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้พิการทั้งรายใหม่และรายเก่า กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้พิการในชุมชนได้ดำเนินการมาต่อเนื่องจนปัจจุบัน

ชมรมจิตอาสาดูแลสุขภาพผู้พิการ ได้จัดทำขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม มีสมาชิกในชมรมทั้งหมด 45 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้พิการในชุมชน
2. สร้างจิตสำนึกด้านความรัก การช่วยเหลือ เอื้ออาทรกันในชุมชน
3. เป็นพลังขับเคลื่อนให้เกิดโครงการ/กิจกรรมในการพัฒนาผู้พิการชุมชน

บทบาทหน้าที่ของชมรม

1. เยี่ยมดูแลสุขภาพผู้พิการอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง
2. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพขั้นตอนและเอกสารการจดทะเบียนคนพิการ
3. จัดทำข้อมูลทะเบียนคนพิการในชุมชน
4. นำคนพิการไปจดทะเบียนคนพิการและเบิกกายอุปกรณ์
5. ประสานงาน อบต.ให้คนพิการได้รับเบี้ยยังชีพ
6. สนับสนุนให้คนพิการได้ฝึกอาชีพที่ถนัดเพื่อสร้างรายได้
7. จัดกิจกรรมหาทุนเพื่อจัดบริการให้คนพิการ
8. ประสานงานทีมสุขภาพอนามัยเข้าไปดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน
9. ประสานงานให้เด็กพิการเข้าเรียน
10. ติดตามประเมินผลการช่วยเหลือคนพิการ

7.2) จากการสัมภาษณ์สมาชิกจากชมรมจิตอาสาดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชน พบ 4 ประเด็น

1. ด้านความรู้

ควรมีการจัดอบรมพัฒนาทีมจิตอาสาและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี เพื่อจะได้มีความรู้ที่เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งกับอาการของผู้ป่วย และวิธีการที่ดูแล ให้สามารถตัดสินใจเลือกการนำความรู้ไปใช้กับคนพิการได้ตรงตามอาการ และจะได้พัฒนาศักยภาพการดูแล ควรมีการสนับสนุนด้านข่าวสารแก่ผู้พิการ ข้อมูลที่มาจากแหล่งเดียวกันเพื่อให้สื่อสารและเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน ควรมีคู่มือในการดูแลคนพิการโดยเฉพาะผู้พิการที่ติดเตียง หรือที่ต้องทำกายภาพบำบัด และควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมาให้คำแนะนำว่าคนพิการแต่ละรายสามารถทำงานประกอบอาชีพได้หรือไม่เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้ดำเนินการต่อ

2. ด้านการปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเข้มแข็ง เกี่ยวกับการดูแลคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จัดทำเครื่องมือสำหรับคนพิการและควรจัดให้อาสาสมัคร 2 คนดูแลคนพิการ 1 คน ในคนพิการที่ช่วยเหลือไม่ได้ หรือคนพิการที่ได้รับการดูแลเป็นพิเศษและบ่อยครั้ง จัดให้อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คนรับผิดชอบ 10 ครอบครัว โดยที่ไม่ทำงานซ้ำซ้อนเขตรับผิดชอบซึ่งกันและกัน ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ เพื่อให้คนพิการได้ฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ดีขึ้น และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกด้านไม่เฉพาะด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว

3. ด้านงบประมาณ

องค์การบริหารส่วนตำบลควรจัดงบประมาณในการช่วยเหลือคนพิการในการศึกษาด้านอาชีพที่เหมาะสมกับคนพิการ และจัดหางานหรืออาชีพเสริม เช่น การทำสินค้าโอท็อปจำหน่าย เพื่อสร้างรายได้ให้คนพิการ ให้สามารถอยู่รอดในสังคมได้ นอกจากนี้ควรสนับสนุนคนพิการในด้านความเป็นอยู่ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการยังชีพ และควรจัดรถจักรยานยนต์ประจำหมู่บ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขหรือทีมจิตอาสาสามารถนำไปใช้ในการติดต่อประสานงานหรือดูแลช่วยเหลือคนพิการ

ผู้นำชุมชนควรจัดกิจกรรมในโอกาสต่างๆที่คนพิการสามารถเข้าร่วม เพื่อคนพิการจะได้ลดความรู้สึกละเลยจากชุมชน หน่วยงานต่างๆและผู้นำชุมชน ควรให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และดูแลคนพิการมากกว่าที่เป็นอยู่ และควรจัดรถรับส่งคนพิการในการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

7.3) จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน พบ 3 ประเด็น

1. ความรู้ในการดูแลคนพิการสูงอายุ

สำหรับคนพิการสูงอายุในชุมชนที่ติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแลที่บ้านอย่างน้อย 1 คน ผู้ดูแลนี้เป็นลูกหรือหลานของคนพิการ บทบาทหลักคือการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน มีอาสาสมัครสาธารณสุขไปสอบถามสารทุกข์ดิบข้างเป็นบางครั้ง สิ่งที่ยังขาดคือ การกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง จากการพูดคุยกับผู้ดูแลหลักที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลไม่แน่ใจว่าอาหารที่ให้ครบตามความต้องการหรือไม่ กายภาพบำบัดต้องทำอะไรถึงจะเหมาะสม ทำให้คนพิการสูงอายุหลายๆคน มีกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง บางรายมีแผลกดทับจากการที่ไม่ได้พลิกตะแคงตัว บางรายเจาะคอต้องดูดเสมหะ บางรายต้องให้อาหารทางสายยาง ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลคือ ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นถูกต้องหรือไม่ อาสาสมัครสาธารณสุขก็ไปเยี่ยมเป็นครั้งคราว ทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนพิการสูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

2. ความสัมพันธ์เชิงเครือญาติในชุมชน

ลักษณะเด่นของชุมชน คือ มีความผูกพันฉันท์เครือญาติ ทำให้มีการไปมาหาสู่ เยี่ยมเยียนคนพิการสูงอายุ ส่งผลต่อสภาพจิตใจ คนพิการสูงอายุโดยมาก มีสีหน้ายิ้มแย้ม สดชื่น แต่มีบางส่วนที่คิดว่าเป็นภาระครอบครัวโดยเฉพาะคนที่เป็หน้าหน้าครอบครัวมาก่อน ทำให้รู้สึกอายไม่อยากพบปะคนอื่น

3. การส่งเสริมด้านสถานที่ละสิ่งแวดล้อม

การพาคนพิการสูงอายุออกไปเที่ยวนอกบ้านเป็นเรื่องยากมากสำหรับคนดูแล เนื่องจากสภาพถนนไม่เอื้ออำนวยต่อการใช้รถเข็น ส่วนใหญ่เคลื่อนย้ายจากในบ้านมานั่งหรือนอนหน้าบ้านหรือหลังบ้านซึ่งจะมีแค่ตั้งไว้เพื่อให้คนพิการได้เปลี่ยนบรรยากาศ สำหรับคนพิการสูงอายุบางคนก็ไม่ได้ออกไปไหนเพราะการเคลื่อนย้ายเป็นการยากสำหรับคนดูแล สำหรับสถานที่ในบ้านก็มีการดัดแปลงให้เหมาะกับผู้สูงอายุที่พิการ เช่น ห้องน้ำต้องเป็นชักโครก ทางต่างระดับถือเป็นปัญหาเหมือนกัน แก้ไขโดยการลาดเป็นสะพานเพื่อให้สามารถเข็นรถไปมาได้สะดวกขึ้น

7.4) จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน พบ 3 ประเด็น

1. ด้านบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณ

งบประมาณของชุมชนโดยส่วนมากมาจากงบการบริหารส่วนตำบลนาเคียน ซึ่งในแต่ละปีจะมีการประชุมแต่ละหมู่บ้านว่าหมู่บ้านไหนต้องการอะไรก่อนจัดสรรงบประมาณ ซึ่งงบประมาณของกิจกรรมด้านสาธารณสุขจะมีอยู่ส่วนหนึ่ง รวมไปถึงประชาชนสามารถเขียนของไปทึ่สปสข.เขตได้ด้วย สำหรับงบประมาณของผู้สูงอายุและผู้พิการจะมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลผู้พิการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้พิการในชุมชน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าในการประชามนั้นคนในหมู่บ้านอยากให้แก้ปัญหาส่วนไหนเป็นพิเศษ ส่วนนั้นจะหยิบยกมาเป็นวาระพิจารณา ทำให้บางครั้งการจัดสรรงบประมาณไม่ได้ทั่วถึงทุกกลุ่มของประชากร แต่ถึงอย่างไรถ้ามีโครงการเกี่ยวกับสุขภาพต่างๆเขียนเข้ามา ทางอบต.จะตัดตั้งทีมคณะกรรมการจัดทำโครงการส่งไปทึ่สปสข.เขต และทางอบต.จะสมทบงบตามที่กำหนด เพื่อให้เกิดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน

สำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยเรื้อรัง ทางชุมชนมีมาตรการการช่วยเหลือ โดยการจัดเลี้ยงน้ำชาหารายได้ช่วยเหลือเป็นรายบุคคล โดยทางมัสยิด ผู้ใหญ่ กำนัน หรือ อบต.รับเป็นเจ้าภาพ โดยเชิญทุกคนในชุมชนมาช่วยและร่วมทำบุญคนละเล็กละน้อย เพื่อช่วยเหลือเป็นรายๆไป

2. ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน

สิ่งแวดล้อมในชุมชนยังไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการมากนัก แต่ทางหน่วยงานสาธารณสุขในหมู่บ้านก็พยายามผลักดัน เช่นการสร้างห้องน้ำสำหรับผู้พิการ หรือการสร้างศูนย์ดูแลผู้พิการในการฝึกกายภาพบำบัด การสร้างถนนสายหลักในหมู่บ้านที่มีแสงส่องสว่าง แต่ทั้งนี้จากพื้นฐานเดิมของชุมชนเป็นชุมชนเกษตรการตั้งบ้านเรือนในช่วงแรกตั้งในพื้นที่ของตนเอง ทำให้การจัดสรรพื้นที่สาธารณสุขประโยชน์ยังไม่เป็นรูปธรรม

8) การสำรวจการช่วยเหลือตัวเอง ภาวะพึ่งพา และสภาพสิ่งแวดล้อม ของคนพิการสูงอายุ

จากการประเมินผู้ที่มีปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรังที่ต้องการพึ่งพาในตำบลนาเคียน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ Activities of Daily Living : ADL และ Instrumental Activities of Daily Living : IADL

ADL	1 ช่วยเหลือตัวเองได้	2 ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
IADL	1 พึ่งพาสมบูรณ์	2 พึ่งพารุนแรง	3 พึ่งพาปานกลาง
			4 ไม่เป็นภาระพึ่งพา

หมู่/ จำนวน	ลำดับ	อายุ	ADL	IDL	ความเจ็บป่วย	สิ่งแวดล้อมที่บ้าน
1/6	1	89	2	1	ตามองไม่เห็น นั่งได้ เดินไม่ได้	บ้านชั้นเดียว ไม่สะอาด
	2	80	2	1	ตาไม่เห็น เดินไม่ได้ เข้าติด	บ้านใต้ถุนสูง สะอาด
	3	77	2	3	นั่งได้ เดินไม่ได้	ปลอดโปร่ง อากาศดี
	4	75	2	3	นั่งได้ เดินไม่ได้	ปลอดโปร่ง อากาศดี
	5	84	2	3	นั่งได้ เดินไม่ได้	ไม่สะอาด อากาศไม่ดี
	6	80	2	3	นั่งได้ เดินไม่ได้	บ้านกำลังสร้างใหม่
2/6	7	89	2	2	ปวดเข่า เดินได้ HT	บ้านชั้นเดียว สะอาด

หมู่/ จำนวน	ลำดับ	อายุ	ADL	IDL	ความเจ็บป่วย	สิ่งแวดล้อมที่บ้าน
	8	81	1	4	หูหนวก เดินได้	บ้านชั้นเดียว ร่มรื่น
	9	86	2	2	ปวดเข่า เดินได้	บ้านสองชั้นเดียว สะอาด
	10	75	1	3	อุบัติเหตุทางสมอง เดินได้ ติด สุรา	บ้านชั้นเดียว ร่มรื่น
	11	83	2	3	ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง เดินไม่ได้	บ้านชั้นเดียว ร่มรื่น
	12	76	2	3	ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง	บ้านชั้นเดียว โลง
3/9	13	74	2	3	ซีกซ้ายอ่อนแรง พกช่วยตัวเองได้	บ้านชั้นเดียว สะอาด
	14	83	1	3	เดินไม่คล่อง	บ้านชั้นเดียว มีดทับ
	15	74	1	3	เดินไม่สะดวก นั่งรถเข็น	บ้านชั้นเดียว ไม่สะอาด
	16	61	2	3	เดินไม่สะดวก เดินใช้ไม้เท้า	บ้านชั้นเดียว ไม่สะอาด
	17	83	2	3	ตาบอด	สะอาดปานกลาง
	18	76	1	1	นอนที่	มีที่พักเป็นสัดส่วน สะอาด
	19	68	2	3	แขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้	มีที่พักเป็นสัดส่วน สะอาด
	20	76	2	2	นอนที่ ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	บ้านชั้นเดียว สะอาด
	21	87	2	3	การเคลื่อนไหวต้องช่วยพยุง	บ้านชั้นเดียว สะอาด
4/7	22	81	2	2	ขาอ่อนแรง เดินไม่ได้	บ้านไม้ยกสูง มีบันได
	23	80	2	2	ขาอ่อนแรง เดินไม่ได้	บ้านชั้นเดียว สะอาด
	24	77	1	1	นั่งไม่ได้ ช่วยตัวเองไม่ได้ ติดเตียง	บ้านชั้นเดียว สะอาด
	25	90	1	1	นั่งไม่ได้ ช่วยตัวเองไม่ได้ ติดเตียง	บ้านชั้นเดียวครึ่ง สะอาด
	26	61	2	3	แขนอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้บ้าง	บ้านชั้นเดียว สะอาด
	27	81	2	3	แขนอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้บ้าง	บ้านชั้นเดียว สะอาด
	28	100	2	2	เดินไม่ได้ นั่งได้	บ้านชั้นเดียว สะอาด
5/8	29	71	2	2	พิการ อ่อนแรง	บ้านชั้นเดียว สะอาด
	30	73	1	4	ต่อกระดูก ช่วยเหลือตัวเองได้	บ้านชั้นเดียว ร่มรื่น
	31	62	1	4	ช่วยตัวเองได้ เท้าบวมปวดเมื่อย	บ้านสองชั้นเดียว สะอาด
	32	63	1	4	พิการตาบอด	บ้านชั้นเดียว ร่มรื่น
	33	66	2	1	ขาอ่อนแรง	บ้านชั้นเดียว ร่มรื่น
	34	71	3	2	Old CVA ต้องช่วยเหลือ	มีที่พักเป็นสัดส่วน สะอาด
	35	68	3	2	Old CVA	บ้านชั้นเดียว สะอาด
	36	83	3	3	Old CVA/HT เข้าติด อ่อนแรง นอนที่	บ้านชั้นเดียว สะอาด
6/6	37	80	2	2	กลืนลำบาก น้ำลายไหล เดินมา ไม่ได้	บ้านไม้ยกสูง มีบันได
	38	74	2	3	อ่อนแรง แขนขาข้อติด ใช้ไม้เท้า	บ้านชั้นเดียว สะอาด
	39	67	3	2	เดินไม่ได้ อ่อนแรง	บ้านชั้นเดียว สะอาด

หมู่/ จำนวน	ลำดับ	อายุ	ADL	IDL	ความเจ็บป่วย	สิ่งแวดล้อมที่บ้าน
	40	69	1	3	แขนขาซ้ายอ่อนแรง เดินใช้ walker	บ้านชั้นเดียวครึ่ง สะอาด
	41	82	3	1	นอนติดเตียงไม่มีแผล	บ้านไม้ยกสูง มีบันได
	42	69	2	2	แขนขาซ้ายอ่อนแรง ข้อติด ยืนไม่ได้	บ้านชั้นเดียว สะอาด
7/3	43	66	2	2	พิการสาวยตา มองไม่เห็น	บ้านชั้นเดียว สะอาด
	44	85	3	1	นอนติดเตียง ไม่มีแผล	บ้านชั้นเดียวครึ่ง สะอาด
	45	76	1	3	Old CVA/DM ช่วยตัวเองได้	บ้านชั้นเดียว มีดทับ
8/3	46	70	3	1	DM/Obesity นอนติดที่	บ้านชั้นเดียว ไม่สะอาด
	47	95	3	1	นอนติดที่	บ้านชั้นเดียว ไม่สะอาด
	48	82	1	3	DM/BK ใส่ขาเทียม มี walker	บ้านชั้นเดียว สะอาด
9/2	49	84	2	3	HT ริดสีดวงทวาร ลูกเดินลำบาก	บ้านไม้ 2 ชั้น สะอาด
	50	81	2	3	DM HT ตามองไม่เห็น	ภายในบ้านมืด ทึบ

หลังจากที่ได้ข้อมูลแล้วทีมผู้วิจัยจึงได้ประชุมแชร์สถานการณ์และจัดแบ่งพื้นที่การดูแลตามพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และจำนวนคนพิการสูงอายุ ดังนี้

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวน		อสม.ผู้ประสานงาน และช่วยดูแลเพิ่ม	ผู้วิจัยหลักที่รับผิดชอบ
		คนพิการ สูงอายุ	อสม.		
1	บ้านปากสระ	6	3		พิมพ์วรรณ
2	บ้านหัวทะเล	6	3	1	พิมพ์วรรณ
3	บ้านทุ่งโนนด	9	3	1	วัฒนา
4	บ้านคลองดิน	7	3	1	วัฒนา
5	บ้านนาเคียนเหนือ	8	3	1	สุพัตรา
6	บ้านนาเคียนใต้	6	3	1	วรัญญา
7	บ้านใหม่	3	3		วรัญญา
8	บ้านโคกม่วง	3	3		สุพัตรา
9	บ้านทวดเหนือ	2	3		วัฒนา
รวม		50	27	5	4

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (32 คน)	ร้อยละ
<u>เพศ</u>		
ชาย	3	9.38
หญิง	29	90.62
<u>อายุ (ปี)</u>		
≤ 30	4	12.50
31-40	7	21.82
41-50	8	25.00
51-60	12	37.50
> 60	1	3.13
เฉลี่ย 44.81 ปี ต่ำสุด 27 ปี สูงสุด 62 ปี		
<u>ระดับการศึกษา</u>		
ประถมศึกษา	6	18.74
มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตร	21	65.63
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	5	15.63
ไม่ได้เรียน	-	
<u>สถานภาพสมรส</u>		
โสด	2	6.25
สมรส	27	84.37
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	3	9.38
<u>อาชีพ</u>		
เกษตรกร	18	56.25
รับจ้าง	3	9.38
ค้าขาย	6	18.75
ธุรกิจส่วนตัว	4	12.50
ไม่มีอาชีพ	1	3.12
<u>ลักษณะการอยู่อาศัยในครัวเรือน</u>		
คู่สมรส	5	15.62
บุตร	3	9.38
คู่สมรสกับบุตร	22	68.75
พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ	2	6.25
<u>ภาวะสุขภาพ</u>		
ไม่มีโรค หรืออาการเจ็บป่วย	25	78.13
มีโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดัน เก๊าท์) .	7	21.87

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (32 คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน(บาท)		
≤ 5,000	6	18.75
5,001-10,000	9	28.12
> 10,000	17	53.13
เฉลี่ย 7,860.38 บาท ต่ำสุด 4,500 บาท สูงสุด 15,000 บาท		

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.62) อายุเฉลี่ย 45 ปี (ต่ำสุด 27 ปี สูงสุด 62 ปี) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 65.63) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 84.37) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 56.25) อยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 68.75) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.13) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,860.38 บาท (ต่ำสุด 4,500 บาท สูงสุด 15,000 บาท)

ในช่วงแรกผู้วิจัยได้จัดประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นผู้จัดการรายกรณี และเปิดรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่สนใจเข้าร่วมแบบจิตอาสา เพราะอยากได้คนที่พร้อมและตั้งใจที่จะเข้าร่วมตลอดงานวิจัย และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พร้อมดำเนินงานในช่วงบ่าย และขอเยี่ยมแบบทิม คือ ในแต่ละหมู่บ้านจะตกลงกันว่าจะเยี่ยมคนพิการสูงอายุนั้นไหน เพราะถ้าเยี่ยมแบบหมู่จะคุ้มพลังและเป็นการร่วมแรงร่วมใจกันมากกว่าเยี่ยมคนเดียว ทั้งนี้ขอให้ผู้วิจัยช่วยพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนลงเยี่ยม

4.2 จัดทำหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

หลังจากที่ได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนแล้ว พบว่าในชุมชนนั้นมีการพื้นฐานเดิมในการดูแลผู้พิการอยู่แล้ว แต่เมื่อลงดูแลผู้พิการไม่ได้ต้องการแค่การทำกายภาพแต่ต้องการความเชื่อเหลือ หรือข้อมูลด้านอื่นๆด้วย ดังที่อาสาสมัครสาธารณสุขท่านหนึ่งให้ข้อมูลว่า “พอเราไปดูแลเรื่องการทำกายภาพเค้าบอกว่าพอทำได้ แต่อยากรู้ว่าอาหารควรกินแบบไหนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ถ้าต้องการกายอุปกรณ์สามารถขอฟรีได้มั้ย” ซึ่งบางเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขก็สามารถตอบได้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างเห็นร่วมกันว่าควรมีการสอนหรืออบรมที่สามารถดูแลผู้พิการได้อย่างครอบคลุมตามความต้องการจริงๆ เมื่อผู้พิการมีปัญหาก็สามารถให้คำแนะนำหรือส่งต่อได้ การช่วยเหลือดูแลก็จะทำได้อย่างชัดเจนขึ้น ทีมผู้วิจัยได้ร่วมกันวางแผนหลักสูตรที่เน้นการดูแลคนพิการสูงอายุอย่างเป็นองค์รวมทั้งกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องจึงอยากให้กลุ่มตัวอย่างดูแลตามรายกรณี ทีมผู้วิจัยจึงจัดทำหลักสูตร “การเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน” และนำเสนอหลักสูตรต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ

1. นายแพทย์ยุทธนา สุทธิธนากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนบพิตำ อำเภอนบพิต จ. นครศรีธรรมราช
2. นางสิทธิพรรณ เรือนจันทร์ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
3. นายสยาม เพิ่มเพชร นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เมื่อได้รับข้อชี้แนะและปรับปรุงแล้วจึงได้มีการจัดทำหลักสูตรและจัดอบรม โดยหลักสูตรฝึกอบรมจะเน้นการส่งเสริมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการสูงอายุจะสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงตามความต้องการของคนพิการสูงอายุแต่ละราย ดังนี้

ชื่อหลักสูตร : การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม มี

1. มีความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ
2. มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม
4. มีภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการตนเองและงานที่ได้รับมอบหมาย สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น

ตลอดจนสามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

5. ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูคนพิการสูงอายุได้อย่างเหมาะสม 6. พัฒนาศักยภาพของคนพิการสูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองตามบริบทและวิถีการดำรงชีวิตได้

6. เลือกใช้แหล่งทรัพยากร และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการปฏิบัติการดูแลคนพิการสูงอายุได้อย่างเหมาะสม

ระยะเวลาของการอบรมภาคทฤษฎี 12 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 72 ชั่วโมง

หลังจากจัดทำหลักสูตรเสร็จแล้วมีการดำเนินการ ดังนี้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำรวจอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีคนพิการสูงอายุอยู่ในความรับผิดชอบ โดยปกติแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบดูแล 10 ครอบครัว ซึ่งมีทุกกลุ่มวัย ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลือกเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีคนพิการสูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบเท่านั้น

2. จัดประชุมชี้แจงให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าใจ และทราบถึงบทบาทของการเป็นผู้จัดการรายกรณีว่ามีบทบาทหน้าที่อย่างไรในการดูแลฟื้นฟูคนพิการสูงอายุ โดยเน้น บทบาทหลัก คือ

- 1) มีความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ
- 2) มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) มีความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม
- 4) มีภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการตนเองและงานที่ได้รับมอบหมาย สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนสามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้
- 5) ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

3. จัดอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขตามหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน” โดยมี

ระยะเวลาของการอบรม 14 สัปดาห์ จำนวน 84 ชั่วโมง จำแนกเป็นภาคทฤษฎี 12 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 72 ชั่วโมง พร้อมทั้งมีการบันทึก การนิเทศติดตาม และการถอดบทเรียนรายกรณี

4. จัดทีมในการลงดูแล ฟันฟู คนพิการสูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์แผนไทยประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการจัดตารางวัน-เวลาในการลงเยี่ยมเป็นลายลักษณ์อักษร

5. อาสาสมัครสาธารณสุขบันทึกการลงเยี่ยมใน “สมุดบันทึกการเยี่ยมคนพิการสูงอายุ” ทุกครั้งที่เยี่ยม โดยบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินคัดกรองADL ประเมินสภาวะช่องปาก ประเมินสภาวะซึมเศร้า และบันทึกอาการ การดูแล/คำแนะนำ ปัญหา/อุปสรรคในการดูแล/แนะนำ ประเมินผล และปัญหาที่ต้องส่งต่อ/ติดตามต่อไป ส่งที่บันทึกให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกเดือน เพื่อติดตามอาการ วางแผนส่งต่อ หรือประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง

6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวบรวมข้อมูล และกำกับติดตามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสานหน่วยงานภายนอก เช่น โรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนตำบล หรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลคนพิการสูงอายุ

4.3 กำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

การลงพื้นที่เยี่ยมคนพิการสูงอายุนั้น ในครั้งแรกนั้นแต่ละหมู่จะลงเยี่ยมพร้อมกันเพื่อทำความรู้จักกับคนพิการสูงอายุ ร่วมประเมินความสามารถของคนพิการสูงอายุ และแนวทางการฟื้นฟูสภาพเป็นรายคน จัดทำแฟ้มประเมินคนพิการสูงอายุนั้น กำหนดวันเยี่ยม จากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละหมู่จะมาพร้อมพูดคุยแนวทางการดูแล ร่วมกำหนดการติดตามการดำเนินงาน ร่วมวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา ความต้องการ ความพร้อม ความมั่นใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และร่วมกันเสนอความเห็น ข้อเสนอแนะ ปรับปรุง แก้ไข เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้พิการสูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเฉพาะในด้านความรู้ที่จะต้องนำมาใช้ในการดูแลผู้พิการคนพิการสูงอายุรายกรณี มีการกำหนดวันลงเยี่ยมให้แต่ละหมู่กำหนดวันตามความสะดวก โดยลงดูแลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ให้ผู้ประสานงาน และผู้วิจัยลงด้วยทุกครั้ง จากการลงเยี่ยมเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ถอดบทเรียนได้ดังนี้

4.3.1 รูปแบบ/ระบบและกลไกการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการจัดทำหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน สามารถสรุปรูปแบบ ระบบและกลไกการจัดการได้ดังนี้

1) ศึกษาชุมชน การศึกษาชุมชนเป็นหัวใจหลักในการดำเนินงานในชุมชน เพราะทำให้สามารถเข้าถึงบริบทของชุมชน ปัญหาที่แท้จริง วิธีคิดและการจัดการในชุมชน ผ่านผู้นำชุมชน ทั้งผู้นำด้านการปกครอง และผู้นำด้านจิตวิญญาณ อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา เจ้าหน้าที่ของรัฐในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครูและนักเรียนในชุมชน ตลอดจนคนพิการสูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขผ่านมโนทัศน์ของทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปปัญหาที่แท้จริงของ

ชุมชนในการดูแลคนพิการสูงอายุได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ซึ่งในตำบลนาเคียนพบว่า มีการดำเนินงานด้านการดูแลคนพิการสูงมาต่อเนื่อง ดังนี้

1. โดยการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนตำบลนาเคียน เห็นได้จากการจัดโครงการการดูแลผู้สูงในวัยใน ปีงบประมาณ2558-2560 พบว่ามีโครงการที่ดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การดูแลคนพิการโดยทีมจิตอาสาในการอำนวยความสะดวกในเรื่องการขึ้นทะเบียนคนพิการ2.โดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เห็นได้จากรายงานการเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยติดเตียง รายงานการดูแลประชาชนในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำเดือน

3. โดยกลุ่มผู้สูงอายุของตำบลนาเคียน ซึ่งจะจัดกิจกรรมการออกกำลังกายทุกเช้าวันอังคาร-พุธ-ศุกร์-เสาร์-อาทิตย์ เวลา 9.00-10.00 น.ด้วยไม้พลอง และตาราง9ช่อง สมาชิกที่มาออกกำลังกายไม่จำกัดเพศวัย แต่ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุช่วงต้น ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

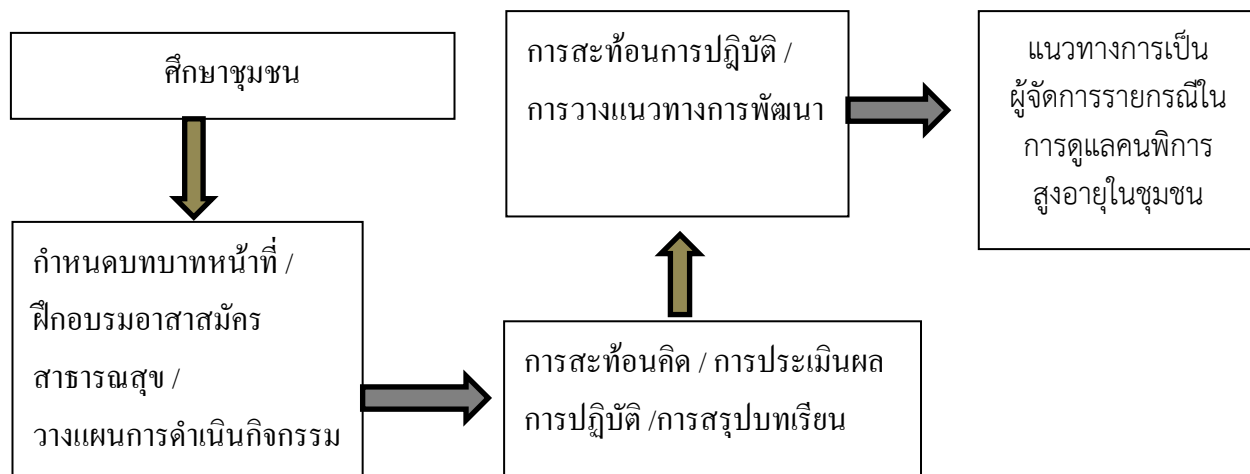
ทั้งนี้เห็นช่องว่างในการดูแลคนพิการสูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ด้วยตัวเอง แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขลงเยี่ยมเมื่อสอบถามถึงวิธีเยี่ยมแล้วพบว่าส่วนใหญ่จะสอบถามอาการความเป็นอยู่เพื่อบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้าน และส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้าพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพเพื่อให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ลงเยี่ยม โดยที่ขาดความครอบคลุมในการดูแลและฟื้นฟูที่เหมาะสมกับสภาพของคนพิการสูงอายุนั้น โดยอาสาสมัครสาธารณสุขบอกว่า ไม่มั่นใจในการดูแลฟื้นฟู และไม่รู้ว่าการดูแลที่ครอบคลุมนั้นต้องดูแลในประเด็นใดบ้าง

2) เมื่อผู้วิจัยทราบข้อมูลเบื้องต้นและปัญหาในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนแล้ว จึงมาวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาจึงเกิดแนวคิดในการสร้างหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้จัดการรายกรณี เข้าร่วมฝึกอบรมตามหลักสูตรที่วางไว้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และมีส่วนร่วมวางแผนการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขเห็นปัญหาและแนวทางแก้ไข ลดช่องว่างระหว่างทีมวิจัย สามารถเข้าถึงและแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง

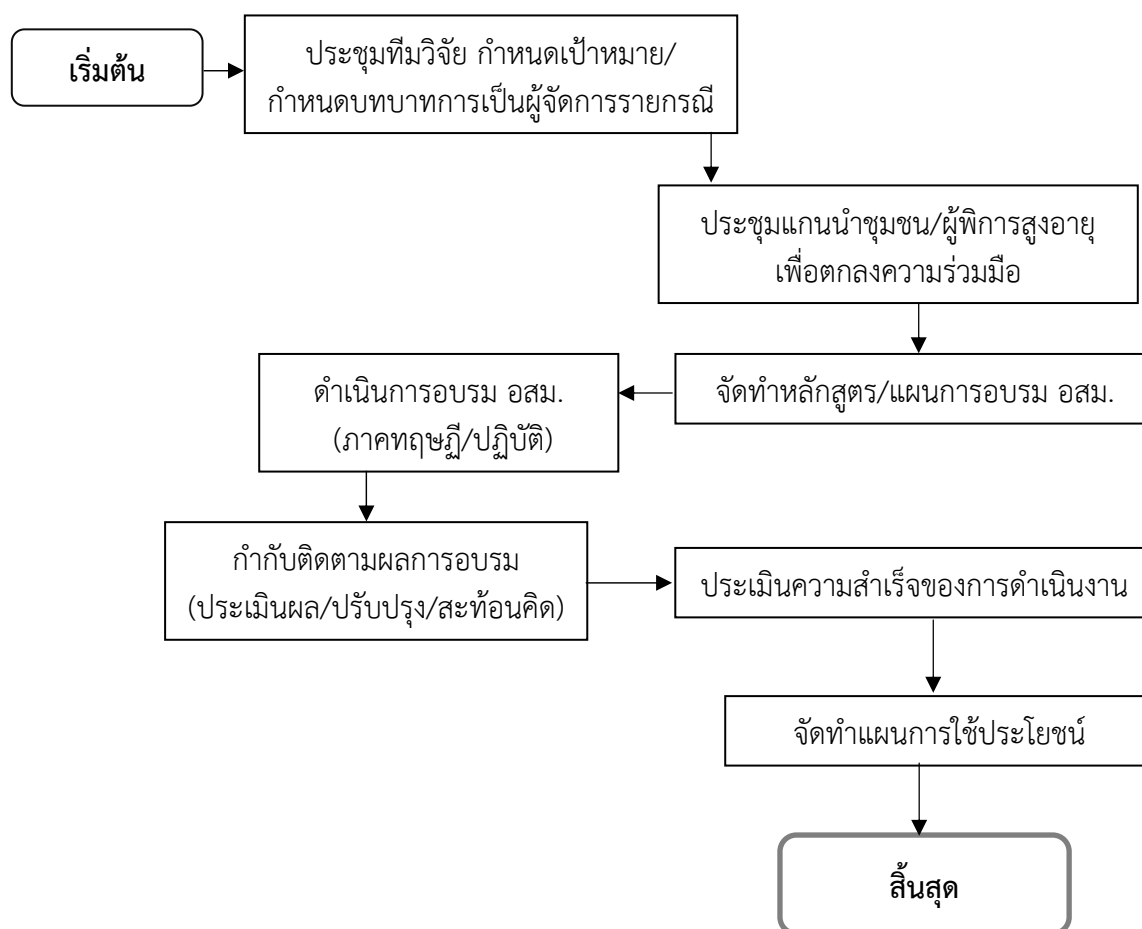
3) มีการสะท้อนคิด การประเมินผลการปฏิบัติ และการสรุปบทเรียนภายหลังการลงเยี่ยมดูแลฟื้นฟูคนพิการสูงอายุเดือนละครั้ง เพื่อใช้ระบบรากลุ่มในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาจากการดำเนินการรวมทั้งสรุปแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

4) จากการสะท้อนคิด การสะท้อนการปฏิบัติ และการสรุปบทเรียนในแต่ละเดือน จะนำไปสู่การวางแผนการพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถเป็นผู้จัดการรายกรณีได้ โดยพบว่าสิ่งที่เป็นปัญหากับอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด คือ การทากายภาพบำบัดที่ถูกต้อง การแนะนำเรื่องโภชนาการบำบัด เพราะต้องสอดคล้องกับโรคประจำตัวของคนพิการสูงอายุด้วย การจดบันทึกพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขของทำมากกว่าชอบเขียน ทำให้บางครั้งข้อมูลคลาดเคลื่อนไม่ครบถ้วน และการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก โดยให้เหตุผลว่าไม่มั่นใจ ทีมวิจัยจึงแก้ปัญหาโดยการกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทในการประสานกับหน่วยงานภายนอกภายใต้การให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

รูปแบบการจัดการรายการณิคนิการสูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน



ระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น ผู้จัดการรายการณิคนิการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน



จากการดำเนินการ พบว่า สมรรถนะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังอบรมเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 2

4.3.2 สมรรถนะในการเป็นผู้จัดการรายกรณีของอาสาสมัครสาธารณสุข

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละด้านสมรรถนะในการเป็นผู้จัดการรายกรณีของอาสาสมัครสาธารณสุข

สมรรถนะ	ก่อน (n=32)		หลัง(n=32)	
	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล
1. ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ	84.06	มาก	97.34	มากที่สุด
2. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ	80.42	มาก	88.28	มาก
3. ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ	73.28	ปานกลาง	95.78	มากที่สุด
4. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ	60.82	น้อย	72.56	ปานกลาง
5. ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ	68.24	น้อย	78.76	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ภายหลังจากอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยมีสมรรถนะมากที่สุด ในด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ (ร้อยละ 97.34) ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ (ร้อยละ 95.78) ด้านที่มีสมรรถนะมาก คือ ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 88.28) ด้านที่มีสมรรถนะปานกลาง คือ ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ(ร้อยละ 78.76) และด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ(ร้อยละ 72.56) ตามลำดับ

4.3.3 เปรียบเทียบก่อนดูแลและหลังดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

จากการประเมินคนพิการสูงอายุโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ (Activities of Daily Living : ADL) และภาวะพึ่งพา (Instrumental Activities of Daily Living :IADL)

ADL 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

IADL 1 พึ่งพาสมบูรณ์ 2 พึ่งพารุนแรง 3 พึ่งพานานกลาง 4 ไม่เป็นภาระพึ่งพา

หมู่	ลำดับ	อายุ	ก่อนดูแล		หลังดูแล		ปัญหาช่องปาก	สภาพจิตใจ	คำแนะนำ/ส่งต่อ
			ADL	IDL	ADL	IDL			
1	1	89	3	1	3	1	มีรากฟันผุ	ซึมเศร้า	ส่งพบทันตแพทย์ กายภาพ พุดคุยทำ ความเข้าใจกับญาติเพื่อ ดูแลด้านจิตใจ
	2	80	2	1	2	2	ไม่มีฟัน	ปกติ	ทำกายภาพ แนะนำ อาหารอ่อน

หมู่	ลำดับ	อายุ	ก่อนดูแล		หลังดูแล		ปัญหา ช่องปาก	สภาพ จิตใจ	คำแนะนำ/ส่งต่อ
			ADL	IDL	ADL	IDL			
	3	77	2	3	2	3	ฟันปลอม ทั้งปาก	ปกติ	ฝึกควบคุมการขับถ่าย
	4	75	2	3	2	3	ฟันโยก 2 ซี่	ปกติ	ส่งพบทันตแพทย์ กายภาพ
	5	84	2	3	2	3	ไม่มี ปัญหา	ปกติ	กายภาพ
	6	80	2	3	2	3	ไม่มีฟัน	ปกติ	กายภาพ แนะนำอาหาร
	7	89	2	2	2	2	ไม่มีฟัน	ปกติ	เสียชีวิตระหว่างดูแล
2	8	81	1	4	1	4	ฟันปลอม ทั้งปาก	ปกติ	พิษของแอลกอฮอล์ การรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง
	9	86	2	2	1	3	ฟันปลอม ทั้งปาก	ปกติ	กายภาพ อาหาร ควบคุมเบาหวาน
	10	75	1	3	1	4	ไม่มี ปัญหา	ปกติ	การบริหารข้อเข่า
	11	83	2	3	2	3	ไม่มีฟัน	ปกติ	กายภาพ
	12	76	2	3	1	4	ใส่ฟัน ปลอม ด้านบน	ปกติ	หัดเดินด้วยwalker การบริหารแขนขา
	13	74	2	3	2	3	ฟันปลอม ทั้งปาก	ปกติ	กายภาพ ฝึกควบคุม การขับถ่าย
3	14	83	1	3	1	3	ไม่มีฟัน	ปกติ	บริหารข้อเข่า อาหาร อ่อน
	15	74	1	3	1	3	มีตอฟัน 2 ซี่ล่าง	ปกติ	กายภาพ พบทันต แพทย์
	16	61	2	3	1	3	ฟันโยก 2 ซี่ ล่าง มีตอ ฟัน 2 ซี่ บน	ปกติ	กายภาพ พบทันต แพทย์
	17	83	2	3	2	3	ไม่มีฟัน	ปกติ	สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับ คนตาบอด
	18	76	3	1	3	1	ฟันผุ 1 ซี่ ตอฟัน 2 ซี่	ปกติ	กายภาพ พลิกตะแคง การดูแลช่องปาก
	19	68	2	3	1	3	ฟันปลอม	ปกติ	กายภาพ
	20	76	2	2	2	2	ไม่มีฟัน	ปกติ	กายภาพ อาหารอ่อน

หมู่	ลำดับ	อายุ	ก่อนดูแล		หลังดูแล		ปัญหา ช่องปาก	สภาพ จิตใจ	คำแนะนำ/ส่งต่อ
			ADL	IDL	ADL	IDL			
	21	87	2	3	2	3	ไม่มีฟัน	ปกติ	กายภาพ หัดเดินด้วย walker
4	22	81	2	2	2	3	ฟันปลอม	ปกติ	กายภาพ การป้องกัน แผลกดทับ
	23	80	2	2	2	3	มีฟัน 5 ซี่	ปกติ	กายภาพ การจัดวาง สิ่งของให้หยิบจับง่าย
	24	77	3	1	3	1	ไม่มีฟัน	ปกติ	กายภาพ การพลิก ตะแคง การเช็ดตัวสระ ผมบนเตียง
	25	90	3	1	3	1	ไม่มีฟัน	ปกติ	กายภาพ การพลิก ตะแคง การเช็ดตัวสระ ผมบนเตียง
	26	61	2	3	3	3	ฟันปกติ	ปกติ	กายภาพ หัดเดินด้วย walker
	27	81	2	3	2	3	ไม่มีฟัน	ปกติ	กายภาพ อาหารอ่อน
	28	100	2	2	2	2	ไม่มีฟัน	ปกติ	เสียชีวิตระหว่างดูแล
5	29	71	2	2	2	3	ฟันบน 4 ซี่	ปกติ	กายภาพ อาหารลดมัน
	30	73	1	4	1	4	ไม่มีฟัน	ปกติ	การจัดสิ่งของให้เป็น ระเบียบ
	31	62	1	4	1	4	ฟันปลอม	ปกติ	กายภาพ หัดเดินด้วยไม้ เท้า
	32	63	1	4	1	4	ฟันปลอม	ปกติ	การจัดวางสิ่งของให้ เป็นระเบียบ ผูกเดินโดย ใช้ไม้เท้า
	33	66	2	1	2	1	ฟันมี คราบ ไม่ได้ แปรงฟัน	ซึมเศร้า	เสียชีวิตระหว่างดูแล
	34	71	3	1	3	2	ฟันโยก	ปกติ	พบทันตแพทย์ กายภาพ
	35	68	3	2	3	1	มีตอฟัน 2 ซี่ล่าง	ปกติ	กายภาพ การพลิก ตะแคง การเช็ดตัวสระ ผมบนเตียง
	36	83	2	3	2	3	ไม่มีฟัน	ปกติ	กายภาพ

หมู่	ลำดับ	อายุ	ก่อนดูแล		หลังดูแล		ปัญหา ช่องปาก	สภาพ จิตใจ	คำแนะนำ/ส่งต่อ
			ADL	IDL	ADL	IDL			
6	37	80	3	1	3	1	ไม่มีฟัน	ปกติ	เสียชีวิตระหว่างดูแล
	38	74	2	3	1	3	ฟันปลอม	ซึมเศร้า	กายภาพ การดูแลด้าน จิตใจ
	39	67	3	2	2	2	ฟันปลอม	ปกติ	เสียชีวิตระหว่างดูแล
	40	69	1	3	1	4	ไม่มีฟัน	ปกติ	กายภาพ อาหารอ่อน
	41	82	3	1	3	2	ไม่มีฟัน	ปกติ	เสียชีวิตระหว่างดูแล
	42	69	2	2	2	3	มีฟัน 8 ซี่	ปกติ	กายภาพ หัดเดินด้วย walker
7	43	66	2	2	2	3	มีฟัน 4 ซี่	ปกติ	การจัดบ้านให้เป็น ระเบียบ
	44	85	3	1	3	1	ไม่มีฟัน	ปกติ	กายภาพ การพลิก ตะแคง การเช็ดตัวสระ ผมบนเตียง
	45	76	3	1	3	1	ฟันปลอม	ปกติ	กายภาพ การพลิก ตะแคง การเช็ดตัวสระ ผมบนเตียง
8	46	70	3	1	2	2	ฟันโยก 2 ซี่	ปกติ	พบทันตแพทย์ กายภาพ การพลิก ตะแคง การเช็ดตัวสระ ผมบนเตียง
	47	95	3	1	2	2	ไม่มีฟัน	ซึมเศร้า	แนะนำลูกหลานดูแล ด้านจิตใจ กายภาพ การพลิกตะแคง การ เช็ดตัวสระผมบนเตียง
	48	82	1	3	1	3	ไม่มีฟัน	ปกติ	กายภาพ อาหารลดเค็ม
9	49	84	2	3	3	3	ฟันปลอม	ปกติ	หัดเดินด้วย walker กายภาพ อาหารลดเค็ม
	50	81	2	3	2	3	ฟันปลอม	ซึมเศร้า	อาหารลดเค็มลดหวาน แนะนำญาติดูแลด้าน จิตใจ

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของคนพิการสูงอายุ

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (50 คน)	ร้อยละ
<u>เพศ</u>		
ชาย	18	36
หญิง	32	64
<u>อายุ (ปี)</u>		
60-70	12	24
71-80	18	36
81-90	18	36
91-100	2	4
เฉลี่ย 77.28 ปี ต่ำสุด 61 ปี สูงสุด 100 ปี		
<u>ระดับการศึกษา</u>		
ประถมศึกษา	38	76
มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตร	5	10
ไม่ได้เรียน	7	14
<u>สถานภาพสมรส</u>		
โสด	7	14
สมรส	10	20
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	33	66
<u>อาชีพ</u>		
เกษตรกร	12	24
รับจ้าง	3	6
ค้าขาย	6	12
ธุรกิจส่วนตัว	4	8
ไม่มีอาชีพ	25	50
<u>ลักษณะการอยู่อาศัยในครัวเรือน</u>		
คู่สมรส	8	16
บุตร	26	52
คู่สมรสกับบุตร	11	22
พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ	5	10
<u>รายได้ต่อเดือน</u>		
≤ 5,000	16	32
5,001-10,000	22	44
> 10,000	12	24
เฉลี่ย 6,230 บาท ต่ำสุด 2,500 บาท สูงสุด 13,000 บาท		

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (50 คน)	ร้อยละ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living : ADL)		
1 ช่วยเหลือตัวเองได้	9	18
2 ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	28	56
3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	13	26
เฉลี่ย 2.08 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 3		
ภาวะพึ่งพา (Instrumental Activities of Daily Living :IADL)		
1 พึ่งพาสมบูรณ์	13	26
2 พึ่งพารุนแรง	11	22
3 พึ่งพาปานกลาง	22	44
4 ไม่เป็นภาระพึ่งพา	4	8
เฉลี่ย 2.34 ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 4		

คนพิการสูงอายุที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64) อายุเฉลี่ย 77.28 ปี (ต่ำสุด 61 ปี สูงสุด 100 ปี) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76) สถานภาพหม้าย (ร้อยละ 66) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 50) อยู่กับบุตร (ร้อยละ 52) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เฉลี่ย 6,230 บาท (ต่ำสุด 2,500 บาท สูงสุด 13,000 บาท) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เฉลี่ย 2.08 อยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ร้อยละ 56 ภาวะพึ่งพา เฉลี่ย 2.34 อยู่ในระดับพึ่งพาปานกลาง (ร้อยละ 44)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานก่อนดูแลและหลังดูแล

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	ก่อนดูแล		หลังดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ช่วยเหลือตัวเองได้	9	18	12	24
2.ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	28	56	31	62
3.ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	13	26	7	14
Mean 2.08		S.D. 0.66	Mean 1.96	S.D. 0.72

จากตารางที่ 4 พบว่าคนพิการสูงอายุมี ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ (Activities of Daily Living : ADL) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 2.08 เป็น 1.96 แสดงว่าคนพิการสูงอายุที่ได้รับการดูแลสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มขึ้น และพบว่าส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (ร้อยละ 62)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบภาวะพึ่งพิวก่อนดูแลและหลังดูแล

ภาวะพึ่งพา	ก่อนดูแล		หลังดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.พึ่งพาสมบูรณ์	13	26	10	20
2.พึ่งพารุนแรง	11	22	7	14
3.พึ่งพาปานกลาง	22	44	27	54
4.ไม่เป็นภาระพึ่งพา	4	8	6	12
Mean 2.34 S.D. 0.95			Mean 2.6 S.D. 0.94	

จากตารางที่ 5 พบว่าคนพิการสูงอายุมีภาวะพึ่งพา (Instrumental Activities of Daily Living :IADL) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 2.34 เป็น 2.60 แสดงให้เห็นว่าคนพิการสูงอายุที่ได้รับการดูแลมีภาวะพึ่งพาน้อยลง และพบว่าโดยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพาปานกลาง (ร้อยละ 54)

จากการประเมินอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ในช่วงก่อนการอบรมการลงเยี่ยมส่วนมากคือ การพูดคุย และทำกายภาพแขนขาแต่ไม่ได้แนะนำผู้ดูแลเนื่องจากยังขาดความมั่นใจ เมื่อได้รับการอบรมร่วมกับมีการประสานนักกายภาพบำบัดลงเยี่ยมร่วมด้วย ทำให้มีความมั่นใจและสามารถถ่ายทอดการทำกายภาพบำบัดได้อย่างเหมาะสมกับลักษณะความพิการ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และการใช้กายอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย

4.3.4 ความพึงพอใจของคนพิการสูงอายุ/ญาติต่อการได้รับการดูแล

ตารางที่ 6 แสดงร้อยละของความพึงพอใจของคนพิการสูงอายุและญาติต่อการได้รับการดูแล

ความพึงพอใจ	คนพิการสูงอายุ (*n= 35)		ผู้ดูแล (n=50)	
	ร้อยละ	แปรผล	ร้อยละ	แปรผล
1. ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ	80.24	มาก	76.58	ปานกลาง
2. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ	82.52	มาก	85.20	มาก
3. ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ	81.02	มาก	83.52	มาก
4. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ	80.67	มาก	78.24	ปานกลาง
5. ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ	85.27	มาก	92.56	มากที่สุด

* หมายเหตุ คนพิการสูงอายุ จำนวน 15 คน ไม่สามารถให้ข้อมูลด้านความพึงพอใจได้

จากการสอบถามความพึงพอใจของคนพิการสูงอายุที่สามารถตอบคำถามได้ พบว่า ความพึงพอใจทุกด้านอยู่ในระดับมากเรียงลำดับได้ดังนี้ 1. ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ (ร้อยละ 85.27) 2. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 82.52) 3. ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ (ร้อยละ 81.02) 4. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ (ร้อยละ 80.67) และ 5. ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ (ร้อยละ 80.24) ในส่วนของความพึงพอใจของญาติ

พบว่า 1.ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 92.96) 2. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 85.20) 3. ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 83.52) 4. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.24) และ 5. ด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.58)

4.3.5 สุขภาพช่องปากของคนพิการสูงอายุ

ช่องปากคนพิการสูงอายุนับเป็นปัญหาหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการลงเยี่ยมพบว่า ช่องปากของคนพิการสูงอายุ มี 4 กลุ่มดังนี้

- 1) ใส่ฟันปลอมทั้งปาก มีทั้งที่ใช้งานได้ตามปกติ และสึกหลวมเนื่องจากใช้งานมาหลายปีทำให้เคี้ยวลำบาก ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของคนพิการสูงอายุ
 - 2) มีทั้งฟันปลอมและฟันแท้ ในกรณีนี้พบในคนพิการสูงอายุที่ยังมีฟันบ้าง ส่วนใหญ่เป็นฟันหน้าล่าง และฟันกราม
 - 3) มีฟันแท้ไม่ครบทุกซี่ ส่วนใหญ่จะมี 4-6 ซี่ แต่ไม่ใส่ฟันปลอม เนื่องจากใส่แล้วรู้สึกอึดอัด อาเจียน ใส่แล้วไม่สุขสบายในปาก ทำให้มีผลการเคี้ยวอาหาร
 - 4) มีฟันผุ ต่อฟัน ฟันมีคราบหินปูน หรือฟันที่ไม่ได้รับการดูแลจากทันตกรรม สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการขาดการใส่ใจสุขภาพช่องปากจากผู้ดูแล และไม่สามารถนำคนพิการสูงอายุไปรับบริการทันตกรรมได้
- จากการประเมินอาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่องการดูแลช่องปากของคนพิการสูงอายุ พบว่า โดยส่วนใหญ่จะแนะนำเรื่องอาหารอ่อน การแปรงฟันบดเคี้ยว การพบทันตแพทย์ ทั้งนี้ได้มีการประสานหน่วยทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงเยี่ยมเพื่อให้ข้อมูลด้วย

4.3.5 ภาวะซึมเศร้าของคนพิการสูงอายุ

จากการลงเยี่ยมพบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10 พบว่าภาวะซึมเศร้ามาจากการที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองเป็นภาระให้กับครอบครัว กลัวลูกหลานทอดทิ้ง ลูกมีปัญหาส่วนตัวแล้วมาเล่าให้ฟัง ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าที่พบในกลุ่มตัวอย่างมักเกิดในครอบครัวที่ลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้าน หรือ ลูกแยกไปมีครอบครัว แม้จะแวะเวียนมาหาก็ยังไม่เพียงพอกับความรู้สึกของคนพิการสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทั้งนี้จากการประเมินบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 90 สามารถจัดการแก้ไขปัญหานี้ได้ เนื่องจากเป็นคนในชุมชน และมีความสนิทสนมแบบเครือญาติ ทำให้สามารถแนะนำผู้ดูแล ญาติ หรือบุคคลที่คนพิการสูงอายุต้องการให้มาดูแลได้

4.3.6 ความตายของคนพิการสูงอายุ

ในมุมมองของผู้ดูแลและกลุ่มตัวอย่าง ความตายถือเป็นเรื่องใกล้ตัวมากโดยเฉพาะในกลุ่มคนพิการสูงอายุที่ติดเตียง ความกตัญญูต่อผู้ให้กำเนิดเป็นปัจจัยหลักที่ถูกกล่าวถึงในการดูแลกลุ่มตัวอย่างด้วยความเต็มใจ เคารพใจ จากการลงเยี่ยมมีกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12 โดยสาเหตุที่เสียชีวิตมาจาก อายุมากและติดเตียงมานาน จำนวน 4 คน ติดเชื้อในปอด 1 คน โรคมะเร็ง 1 คน โดยทีมอาสาสมัครสาธารณสุขได้ช่วยเหลือในการจัดงานศพ ทั้งนี้ญาติผู้เสียชีวิตจะบอกกับคนมาร่วางานว่ามีอาสาสมัครทีมนี้มาช่วยดูแล ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความตื่นตัวใจมากที่ได้มีส่วนช่วยเหลืออย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ก่อนที่คนพิการสูงอายุจะเสียชีวิต

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานวิจัยในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน เป็นการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (PAR) ของทีมผู้วิจัยกับชุมชนนาเคียน ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลนาเคียน ให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีของคนพิการสูงอายุ และมีรูปแบบการให้การดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม โดยนำไปสู่การเป็นระบบหรือกลไกในชุมชนที่ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพคนพิการสูงอายุ ที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่ข้างเคียงได้สรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

1) ระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง

เพื่อให้การดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนมีความต่อเนื่องและยั่งยืน สิ่งที่ต้องดำเนินการ คือ การศึกษาสภาพชุมชนในทุกมิติ ค้นหาศักยภาพชุมชน และดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทั้งนี้จากการศึกษาชุมชนนาเคียน พบว่า ทางชุมชนมีต้นทุนในเรื่องชมชมรมจิตอาสาในการดูแลผู้พิการทั้งรายเก่า รายใหม่ โดยเน้นการประสานกับหน่วยงานภาครัฐเพื่อให้ผู้พิการได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้ และมีความยินดีที่จะจัดทำโครงการดูแลคนพิการสูงอายุ เนื่องจากจากลักษณะชุมชนเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีลักษณะแบบเครือญาติ รู้จักใกล้ชิดกัน การจัดทำโครงการจึงเปรียบเสมือนได้ดูแลญาติพี่น้องตัวเอง อีกทั้งการให้อาสาสมัครสาธารณสุขดูแลจะเข้าใจ เข้าถึง มากกว่า แต่ทั้งนี้ต้องผ่านการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะที่จะสามารถเป็นที่ไว้วางใจได้ ทีมผู้วิจัยจึง เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องและมั่นคง โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแกนหลักในการดูแล

รูปแบบการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

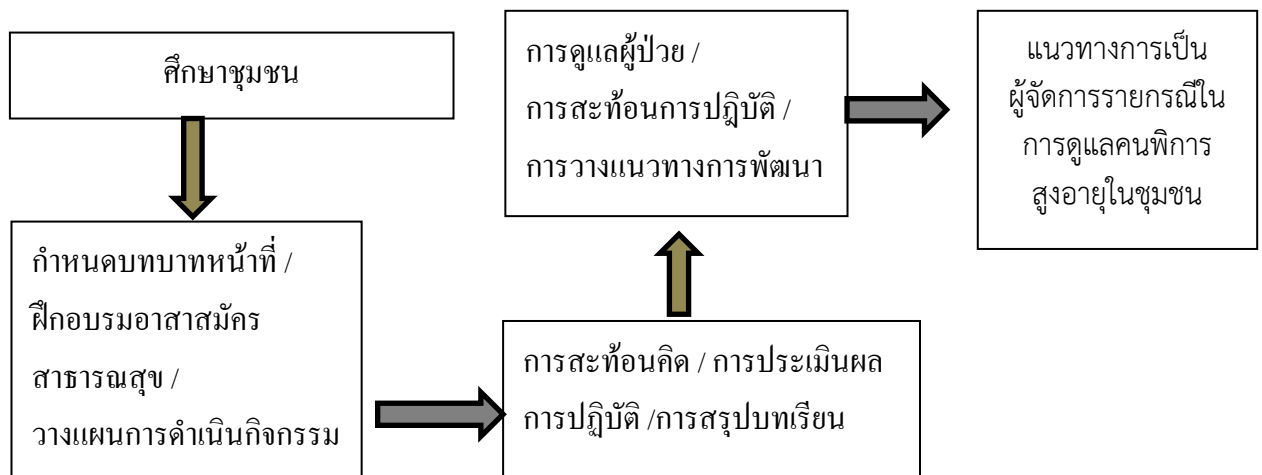
1) ศึกษาชุมชน การศึกษาชุมชนเป็นหัวใจหลักในการดำเนินงานในชุมชน เพราะทำให้สามารถเข้าถึงบริบทของชุมชน ปัญหาที่แท้จริง วิธีคิดและการจัดการในชุมชน ผ่านผู้นำชุมชน ทั้งผู้นำด้านการปกครอง และผู้นำด้านจิตวิญญาณ อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา เจ้าหน้าที่ของรัฐในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครูและนักเรียนในชุมชน ตลอดจนคนพิการสูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขผ่านมโนทัศน์ของทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปปัญหาที่แท้จริงของชุมชนในการดูแลคนพิการสูงอายุได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ซึ่งในตำบลนาเคียนพบว่า มีการดำเนินงานด้านการดูแลคนพิการสูงมาต่อเนื่อง

2) นำข้อมูลมาวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาจึงเกิดแนวคิดในการสร้างหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขเห็นปัญหาและแนวทางแก้ไข ลดช่องว่างระหว่างทีมวิจัย สามารถเข้าถึงและแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง

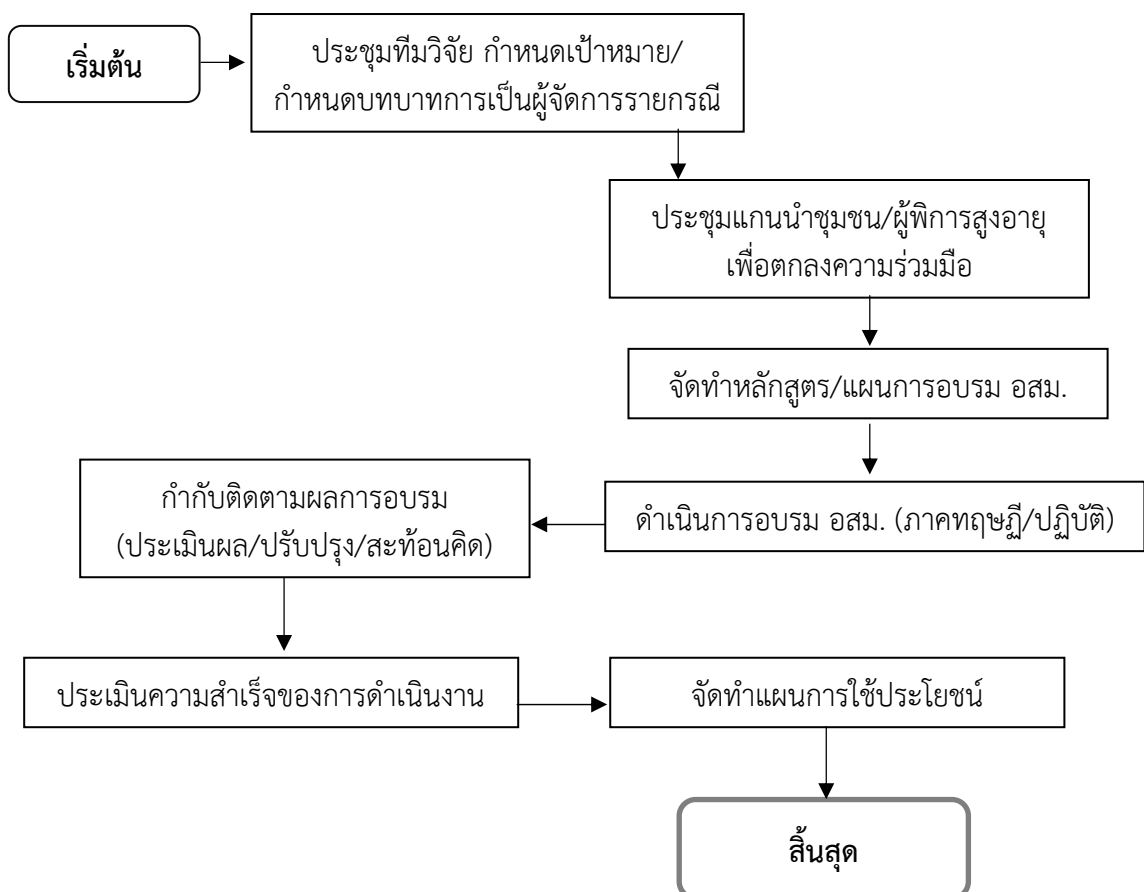
3) มีการสะท้อนคิด การประเมินผลการปฏิบัติ และการสรุปทบทเรียนภายหลังการลงเยี่ยมดูแลฟื้นฟูคนพิการสูงอายุเดือนละครั้ง เพื่อใช้ระบวนารกลุ่มในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาจากการดำเนินการรวมทั้งสรุปแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

4) จากการสะท้อนคิด การสะท้อนการปฏิบัติ และการสรุปทบทเรียนในแต่ละเดือน จะนำไปสู่การวางแนวทางการพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถเป็นผู้จัดการรายการได้

สรุปแนวทางการดำเนินงานได้ดังนี้



ระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายการในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน



2) พัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทีมผู้วิจัยได้ร่วมกันวางหลักสูตรการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน และนำเสนอหลักสูตรต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเมื่อได้รับข้อชี้แนะและปรับปรุงแล้ว จึงได้มีการจัดทำหลักสูตรและจัดอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย

1. จัดประชุมชี้แจงให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าใจ และทราบถึงบทบาทของการเป็นผู้จัดการรายกรณีว่ามีบทบาทหน้าที่อย่างไรในการดูแลฟื้นฟูคนพิการสูงอายุ โดยเน้น บทบาทหลัก คือ

- 1) มีความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ
- 2) มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) มีความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม
- 4) มีภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการตนเองและงานที่ได้รับมอบหมาย สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนสามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้
- 5) ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

2. จัดอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขตามหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน” โดยมีระยะเวลาของการอบรม 14 สัปดาห์ จำนวน 84 ชั่วโมง จำแนกเป็นภาคทฤษฎี 12 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 72 ชั่วโมง พร้อมทั้งมีการบันทึก การนิเทศติดตาม และการถอดบทเรียนรายกรณี

อาสาสมัครสาธารณสุขผ่านการอบรมทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ คิดเป็น ร้อยละ 100 โดยภายหลังการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยมีสมรรถนะมากที่สุด ในด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ ด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ ด้านที่มีสมรรถนะมาก คือ ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพด้านที่มีสมรรถนะปานกลาง คือ ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ และด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ ตามลำดับ

3) สร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุตามบริบทวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น

จากการจัดทำหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน สามารถสรุปรูปแบบการจัดการได้ดังนี้

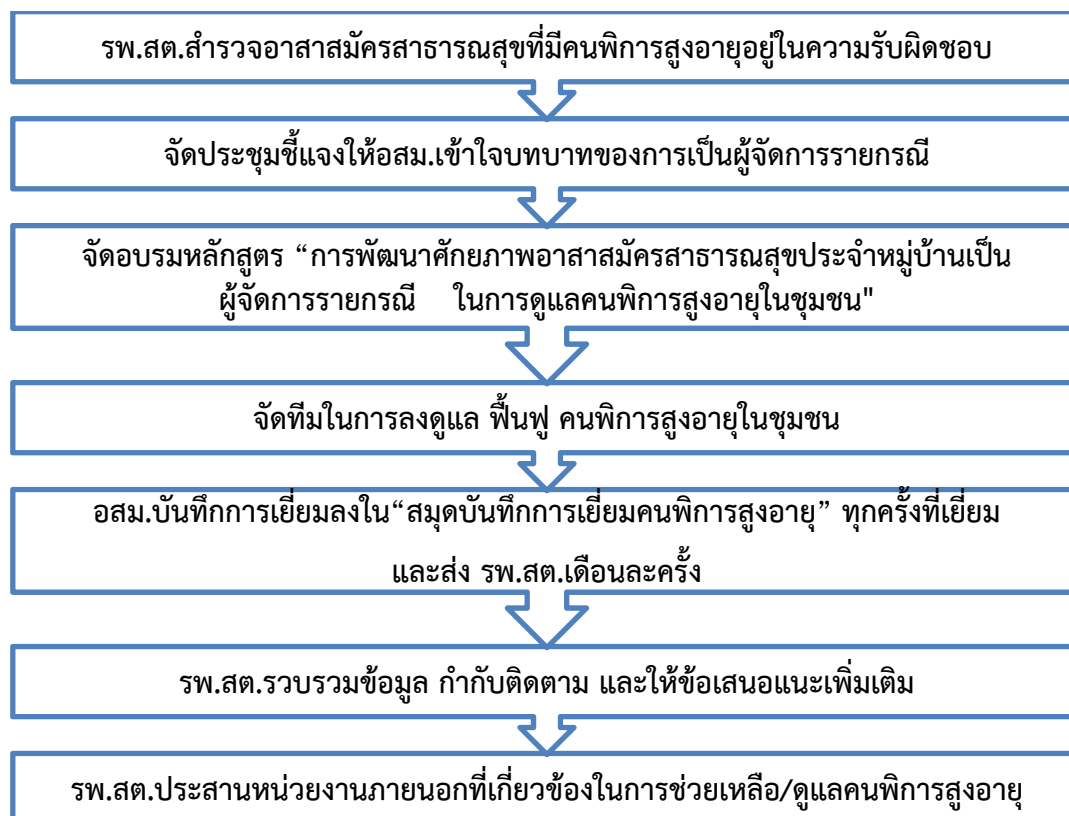
1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำรวจอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีคนพิการสูงอายุอยู่ในความรับผิดชอบ โดยปกติแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบดูแล 10 ครัวเรือน ซึ่งมีทุกกลุ่มวัยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลือกเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีคนพิการสูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบเท่านั้น

2. จัดประชุมชี้แจงให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าใจ และทราบถึงบทบาทของการเป็นผู้จัดการรายกรณีว่ามีบทบาทหน้าที่อย่างไรในการดูแลฟื้นฟูคนพิการสูงอายุ โดยเน้น บทบาทหลัก คือ

- 1) มีความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ

- 2) มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 3) มีความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้
อย่างเหมาะสม
 - 4) มีภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการตนเองและงานที่รับผิดชอบ สามารถทำงาน
ร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนสามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้
 - 5) ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
3. จัดอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขตามหลักสูตร “การพัฒนา
ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน” โดย
มีระยะเวลาของการอบรม 14 สัปดาห์ จำนวน 84 ชั่วโมง จำแนกเป็นภาคทฤษฎี 12 ชั่วโมง และ
ภาคปฏิบัติ 72 ชั่วโมง พร้อมทั้งมีการบันทึก การนิเทศติดตาม และการถอดบทเรียนรายกรณี
4. จัดทีมในการลงดูแล พี่นุ่ คนพิการสูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัคร
สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์แผน
ไทยประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการจัดตารางวัน-เวลาในการลงเยี่ยมเป็นลายลักษณ์อักษร
5. อาสาสมัครสาธารณสุขบันทึกการลงเยี่ยมใน “สมุดบันทึกการเยี่ยมคนพิการสูงอายุ”
ทุกครั้งที่เยี่ยม โดยบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินคัดกรองADL ประเมินสภาวะช่องปาก ประเมินภาวะซึมเศร้า
และบันทึกอาการ การดูแล/คำแนะนำ ปัญหา/อุปสรรคในการดูแล/แนะนำ ประเมินผล และปัญหาที่ต้องส่ง
ต่อ/ติดตามต่อไป ส่งที่บันทึกได้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกเดือน เพื่อติดตามอาการ วางแผนส่ง
ต่อ หรือประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวบรวมข้อมูล และกำกับติดตามการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุข และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสานหน่วยงานภายนอก เช่น โรงพยาบาล
องค์การบริหารส่วนตำบล หรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ/ดูแลคนพิการสูงอายุ

สรุป รูปแบบการจัดการรายกรณีคนพิการสูงอายุตามบริบทวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้ดังนี้



5.2 อภิปรายผล

เป็นที่ทราบกันดีว่าสิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลคนพิการสูงอายุ หรือผู้ป่วยติดเตียง คือ การฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งเมื่ออยู่ในชุมชนบุคคลเหล่านี้จะอยู่ภายใต้การดูแลของสมาชิกในครอบครัว อสม. และรพ.สต. ส่งผลให้บุคคลเหล่านี้ได้รับการฟื้นฟูสภาพน้อย ผู้ดูแลและ อสม. ขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแล ดังนั้นการส่งเสริมสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นผู้จัดการรายกรณีจะส่งผลต่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และได้รับการดูแลในทุกด้าน รวมถึงการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยงานภายนอก ก่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการที่หลากหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ และด้านสังคม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และชุมชนมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะนุช (2557) ที่พบว่าผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย รวมทั้ง ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และสุขภาพของผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวนา, วิรัตน์, และอนุพันธ์ (2555) ที่พบว่า ความรู้ที่ผู้ดูแลต้องการมากที่สุดคือ ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วย และ อสม. ต้องการฝึกทักษะในการทำกายภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พรณและวรัญญา (2556) ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลผู้พิการการรับรู้ข่าวสารและการดูแลผู้พิการแบบองค์รวมในระดับปานกลาง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และด้านการประสานงานเครือข่ายพหุภาคีอยู่ในระดับน้อย

สำหรับการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นผู้จัดการรายกรณี มีข้อดี คือ เป็นการดำเนินงานเชิงรุกที่เน้นสมาชิกในชุมชนดูแลกันเอง ผ่านความสัมพันธ์ทางเครือญาติ ความใกล้ชิด บ้านใกล้เรือนเคียง รู้เข้าถึงสภาพของผู้พิการสูงอายุเป็นอย่างดี ทำให้สามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ ทั้งนี้ต้องผ่านการให้ความรู้ในการดูแล และแนวทางการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก ทั้งนี้พบข้อจำกัด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถประเมินได้ว่าการดูแลแบบองค์รวมของแต่ละกรณีนั้นเป็นอย่างไร เพราะผู้พิการสูงอายุถึงแม้จะมีความต้องการขั้นพื้นฐานเหมือนกัน และในบริบทครอบครัวที่แตกต่างกัน หรือการมีโรคประจำตัว ก็จะทำให้แนวทางการดูแลเป็นผู้จัดการรายกรณีจะแตกต่างกัน ซึ่งจุดนี้สามารถแก้ไขได้โดยการลงเยี่ยมเป็นทีม คล้ายๆทีมหมอครอบครัว แต่เบื้องต้นอาจเป็นทีมวิชาชีพที่มีในรพ.สต. เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา แพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดการรายกรณี และตัวแทนด้านส่งเสริมสุขภาพจากองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้การดูแลผู้พิการสูงอายุเป็นไปอย่างครอบคลุม

5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และองค์กรชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีนโยบายในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน และร่วมกันจัดทำแผนงาน โครงการ แนวทางในการดูแลช่วยเหลือ และรวมถึง การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพแก่ผู้พิการสูงอายุในชุมชนอย่างครอบคลุม และควรจัดบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการสูงอายุ
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดให้ส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นผู้รับผิดชอบ และดำเนินการตามนโยบายและแผนงาน โดยมีส่วนร่วมในการจัดทีมติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการสูงอายุกับทีมอาสาสมัครสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแล และส่งเสริมสุขภาพคนพิการสูงอายุ
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรเป็นเจ้าภาพนำหลักสูตรไปจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้และสมรรถนะในการเป็นผู้จัดการรายกรณี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบอย่างทั่วถึง
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน” ไปใช้ เพื่อให้เห็นผลอย่างชัดเจน และยั่งยืน และควรติดตามนิเทศการดูแลรายกรณีอย่างใกล้ชิด เพื่อประสานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

- กฤษดา จนวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, และบุญจง แซ่จิ่ง. (2557). การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 20(1) 80-94.
- ณัฐพร เพชรสวัสดิ์. (2552). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน อ.ท่าช้าง จ.เพชรบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และศิรินาถ ตงศิริ. (2556). การใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 6(3) 6-10.
- ปิยนุช ภิญโญ และคณะ. (2557). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 35(2) พฤษภาคม-สิงหาคม: 93-112.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2556. (2556, มีนาคม 20). ราชกิจจานุเบกษา, 6-12.
- พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ และวรัญญา จิตรบรรทัด. (2556). ความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้พิการในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนนาเคียน ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(2), พฤษภาคม-สิงหาคม: 32-43.
- ภคพร กอบพิงตัน, ชนกพร อุดตมะ, นาฏยา เอื้องไพโรจน์, ปรีชาตี ชันทรักษ์. (2554). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ 34 (2) : 22-31.
- ภาวนา โสภากี, วิรัตน์ ปานศิลา, และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. (2555). ผลการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ, 5(1), มีนาคม-มิถุนายน: 79-86.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. เข้าถึง 6/4/59 จาก <http://thaitgri.org/?p=36746>
- รัชนี สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, วรณรัตน์ ลาวัง และคณะ. (2553). การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิ: บทเรียนจากประเทศไทย. การพยาบาลและการศึกษา, 3(2), 99-113.
- ราชกิจจานุเบกษา, 2554 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง หน้า 1-10 เข้าถึง 6/4/59 จาก <http://www.klongchanak.go.th/2011/upfile/law/rulehealt54.pdf>

- วัชร ก้อนแก้ว, ดวงจิตร์ สมทธีธราเศรษฐ์, อนุวัฒน์ ยัมพรม และคณะ. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จ.ราชบุรี. กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จ.ราชบุรี
- วัชรกร ภิมาลย์ จุฬารัตน์ สุริยาทัย ญัฐนิช ไชยสลิ พจนพร พลแดง กิตติยา ชันแปง (2554) การพัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน เข้าถึง 6/4/59 จาก <file:///C:/Users/Sony/Downloads/development%20model%20of%20community%20based%20rehabilitation.pdf>
- ศิริवंต์ ยัมเลี้ยง, อารม ธรรมกวินวงศ์, ช้องมาศ จักรวิเชียร, นพรัตน์ เรืองศรี. (2554). การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้ระบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลพิจิตร. วารสารกองการพยาบาล, 38(1)52-65.
- สุมาลี รอนวล. (2551). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน. สารนิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สู่ความเป็นธรรม ระบบการดูแลคนพิการ. (2555). HSRI Forum ปีที่ 1 (7) ธันวาคม 2555 เข้าถึง 6/4/59 จาก <http://old.hsri.or.th/sites/default/files/hsri-forum7-website.pdf>
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2554). คู่มือสิทธิของคนพิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เข้าถึง 6/4/59 จาก http://www.pwdsthai.com/files/disabilities_manual.pdf
- อนัญญา เจียนรัมย์. (2557). ความต้องการได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสนามชัย อ.บางไทร จ.พระนครศรีอยุธยา. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 25(1) 63-70.
- อภิญา เวชชัย. (2556). เอกสารประกอบการบรรยาย Case Management กับบทบาทของ Case Manager. ณ ห้องประชุมชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อ 30 เมษายน 2556 งานสวัสดิการสังคม ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ โรงพยาบาลราชวิถี. สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย เข้าถึง 6/4/59 จาก <http://www.medsocthai.org/index.php/2013-03-14-07-14-45/18-case-management-case-manager>
- อัญญา สาครจันทร์ และน้อมจิตต์ นวลเนตร. (2554). การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ของคนพิการ กรณีศึกษาตำบลหนองบอน อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 23(3) 274-283.
- อัญมณี บุรณการนนท์, วีระชัย วีระฉันทะชาติ, สมลักษณ์ ลิ้ม และสโรทร ม่วงเกลี้ยง. (2552) โครงการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ออนอาร์ตครีเอชั่น.
- Khasnabis, C & Motsch, K.H. (2010). Toward Community-Based Inclusive Development. Malta: World Health Organization.
- WHO. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland: WHO.

ภาคผนวก

หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

.....

1. **ชื่อหลักสูตร :** การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน

2. **ปรัชญาของหลักสูตร**

ความพิการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้ผู้พิการไม่สามารถดำรงชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ทำให้ขาดการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตลอดรวมถึงการเป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งการที่จะดูแลคนพิการให้ได้ผลดีในระยะยาวนั้นทุกภาคส่วนต้องเห็นความสำคัญและปฏิบัติอย่างจริงจังต่อเนื่อง มีการประสานงานระดับเครือข่ายพื้นที่ และอาศัยความร่วมมือกับชุมชนเป็นสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นภาคประชาชนคนในพื้นที่ของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่มีความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนค่อนข้างสูง มีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ และเป็นส่วนสำคัญในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จึงสมควรได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการที่จะเป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองทางสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะคนพิการซึ่งรัฐต้องให้การดูแล ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะอาสาสมัครเป็นประชาชนในชุมชนสามารถที่จะช่วยดูแลผู้พิการในพื้นที่ได้ การส่งเสริมให้มีผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้พิการเพื่อเพิ่มพูนความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขให้ดูแลผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเป็นหัวหน้าที่ติดตามดูแลผู้พิการที่สามารถประเมินสถานการณ์และสถานะของผู้พิการและครอบครัว สามารถวางแผน ประสานงาน ประสานเชื่อมโยงทรัพยากร ระบบส่งต่อ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการงานให้ลุล่วงได้ตามเป้าหมาย จึงถือเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างยั่งยืนโดยมีญาติและคนในชุมชนมีส่วนร่วม

3. **วัตถุประสงค์ทั่วไปของหลักสูตร**

เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม มีคุณลักษณะและความสามารถ ดังนี้

1. มีความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ
 - 1.1 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาผู้พิการ
 - 1.2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ
2. มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม ในเรื่องต่อไปนี้
 - 3.1 การชักประวัติความเจ็บป่วย
 - 3.2 วัดสัญญาณชีพ

- 3.3 ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป สุขภาวะส่วนบุคคล
- 3.4 ทดสอบความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ
- 3.5 การประเมินข้อติดแข็ง
- 3.6 การประเมินแผลกดทับ
- 3.7 การประเมินการเคลื่อนไหว
- 3.8 การประเมินภาวะโภชนาการ
- 3.9 การประเมินภาวะสุขภาพจิต
4. มีภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการตนเองและงานที่รับผิดชอบ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนสามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้
5. ปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือคนพิการสูงอายุ ในเรื่องต่อไปนี้
 - 5.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อและข้อ
 - 5.2 การเคลื่อนย้าย
 - 5.3 การนวด
 - 5.4 การทำแผล
 - 5.5 การส่งเสริมภาวะโภชนาการ
 - 5.6 การดูแลด้านจิตใจ
6. พัฒนาศักยภาพของคนพิการสูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองตามบริบทและวิถีการดำรงชีวิตได้
7. เลือกใช้แหล่งทรัพยากร และภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการปฏิบัติการดูแลคนพิการสูงอายุได้อย่างเหมาะสม

4. โครงสร้างของหลักสูตร

4.1 ระยะเวลาของการอบรม

- ระยะเวลาของการอบรม 14 สัปดาห์ จำนวน 84 ชั่วโมง จำแนกเป็นภาคทฤษฎี 12 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 72 ชั่วโมง
- ภาคทฤษฎี บรรยายและทดลอง ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ๆ ละ 2 วันๆ ละ 3 ชั่วโมง เวลา 13-16 น. (4 วันๆละ 3 ชั่วโมง รวม 12 ชั่วโมง)
- ภาคปฏิบัติ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ๆ ละ 2 วันๆ ละ 3 ชั่วโมง เวลา 13-16 น. (24วันๆละ 3 ชั่วโมง รวม 72 ชั่วโมง)

4.2 จำนวนรายวิชาในหลักสูตร

ภาคทฤษฎี จำนวน 12 ชม.

- | | |
|-------------------------------------|-------|
| 1. พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาผู้พิการ | 1 ชม. |
| 2. พรบ.ผู้สูงอายุ | 1 ชม. |
| 3. ทักษะการสื่อสารในผู้พิการสูงอายุ | 1 ชม. |
| 4. การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ | 3 ชม. |

- 4.1 ชักประวัติความเจ็บป่วย
- 4.2 วัดสัญญาณชีพ
- 4.3 ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป สุขภาวะส่วนบุคคล
- 4.4 ทดสอบความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ
- 4.5 การประเมินข้อติดแข็ง
- 4.6 การประเมินแผลกดทับ
- 4.7 การประเมินการเคลื่อนไหว
- 4.8 การประเมินภาวะโภชนาการ
- 4.9 การประเมินภาวะสุขภาพจิต
5. ทักษะการประสานงาน 3 ชม.
 - 5.1 หลักการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 5.2 หลักการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล
 - 5.3 หลักการประสานกับโรงพยาบาล
6. การดูแลช่วยเหลือผู้พิการสูงอายุ 3 ชม. (แบ่งกลุ่มๆละ 8-9 คน)
 - 6.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อและข้อ
 - 6.2 การเคลื่อนย้าย
 - 6.3 การนวด
 - 6.4 การทำแผล
 - 6.5 การส่งเสริมภาวะโภชนาการ
 - 6.6 การดูแลด้านจิตใจ
 - 6.7 การประเมินและดูแลสุขภาพช่องปาก

ภาคปฏิบัติ จำนวน 72 ชม.

- ฝึกปฏิบัติในชุมชนสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 3 ชม. เป็นเวลา 3 เดือน รวม 72 ชม.
- สรุปการเรียนรู้เดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง

5. การประเมินผล

- 5.1 ผู้เข้ารับการอบรมต้องมีเวลาศึกษาอบรมและฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเวลาที่กำหนด
- 5.2 ผ่านการประเมินผลของแต่ละรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตามเกณฑ์ประเมิน ดังนี้
 - ภาคทฤษฎี ผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
 - ภาคปฏิบัติ ผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

สมุดบันทึกการเยี่ยมคนพิการสูงอายุ

ชื่อ.....สกุล.....
ที่อยู่.....



ผู้รับผิดชอบ.....
หัวหน้าทีม.....
ผู้ประสานงาน.....

1.แบบประเมินคัดกรอง ADL

แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(Barthel Activities of Daily Living :ADL)

คำจำกัดความ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและ

ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

- ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)
มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
- ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)
มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน
- ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)
มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน

ความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน	ครั้งที่/วัน/เดือน/ปี					
	1	2	3	4	5	6
.....						
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ๆไว้ล่วงหน้า 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ						
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 0. ต้องการความช่วยเหลือ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)						
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้						

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	ครั้งที่/วัน/เดือน/ปี					
	1	2	3	4	5	6
.....						
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3. ทำได้เอง						
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)						
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง						
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)						

ความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน	ครั้งที่/วัน/เดือน/ปี					
	1	2	3	4	5	6
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0. ไม่สามารถทำได้ 1. ต้องการคนช่วย 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)						
8. Bathing (การอาบน้ำ) 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1. อาบน้ำเองได้						
9. Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวน อุจจาระอยู่เสมอ 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2. กลั้นได้เป็นปกติ						
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวัน ละ 1 ครั้ง) 2. กลั้นได้เป็นปกติ						
รวมคะแนน						

แบบบันทึกสภาวะช่องปากคนพิการสูงอายุ

วัน/เดือน/ปี ที่บันทึก.....

การตรวจฟันแท้

จำนวนฟันหน้าบน

ซี่

ซี่

ซี่

จำนวนฟันหน้าล่าง

ซี่

ซี่

ซี่

จำนวนฟันหลังบน

ซี่

ซี่

ซี่

จำนวนฟันหลังล่าง

ซี่

ซี่

ซี่

กรณีที่มีฟันเทียมชนิดถอดได้

เป็นชนิด

ทั้งปาก

ครึ่งปาก

บางส่วน ฟันบน ซี่

บางส่วน ฟันล่าง ซี่

ใช้มาแล้ว

ปี

การใช้เคี้ยวอาหาร

ใช้ได้

ใช้ไม่ได้

1. สังเกตดู ช่องปากของคนพิการสูงอายุ

มีจำนวนคู่สบฟันหลัง ทั้งฟันแท้และฟันปลอม น้อยกว่า 4 คู่สบ หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(ให้ผู้สูงอายุกัดฟัน แล้วนับฟันคู่สบต่อจากฟันเขี้ยว ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา รวมกัน)

ข้อ 2 – ข้อ 9 ถามคนพิการสูงอายุ หรือสังเกตดูในช่องปาก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐

2. ท่านมีฟันโยก เคี้ยวไม่ได้ หรือไม่?

☐

ใช่

ไม่ใช่

3. ท่านมีรากฟันผุ (ตอฟัน) ค้างอยู่ในปาก หรือไม่?

☐

ใช่

ไม่ใช่

4. ท่านมีเลือดออก เวลาแปรงฟัน หรือไม่?

☐

ใช่

ไม่ใช่

5. ท่านมีปัญหาในการใช้ฟันปลอมบดเคี้ยวอาหาร หรือไม่?

☐

ใช่

ไม่ใช่

6. ท่านมีรอยโรคในช่องปาก ดังต่อไปนี้ หรือไม่?

- มีตุ่มหนอง ที่เหงือก หรือในช่องปาก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - มีแผลในปาก เรื้อรังไม่หาย ภายใน 2 อาทิตย์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - เนื้อเยื่อในช่องปาก บวมเป็นก้อน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 - มีแผ่นฝ้าสีขาว สีแดง หรือสีขาวปนแดง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- ที่เนื้อเยื่อในช่องปาก (เช่น ที่ลิ้น ใต้ลิ้น ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก ฯลฯ)
7. ท่านสูบบุหรี่ มากกว่า 10 มวนต่อวัน หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8. ท่านดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นประจำ หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
9. ท่าน กินหรือเคี้ยวหมาก เป็นประจำ หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สรุป ใช่.....ข้อ ได้แก่ข้อ.....

สรุปการคัดกรองสุขภาพช่องปาก

ข้อ 1 ถึง ข้อ 6 ถ้าตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่ง ควรส่งต่อไปตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากร

ข้อ 7 ถึง ข้อ 9 ถ้าตอบ “ใช่” ควรให้คำแนะนำ เพื่อลดความเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก

บันทึกสุขภาพช่องปากที่พบ

วัน/เดือน/ปี ที่คัดกรอง	ปัญหาที่พบจากการคัดกรองสุขภาพช่องปากคนพิการสูงอายุ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

แนวทางการคัดกรองโรคซึมเศร้าในคนพิการสูงอายุด้วย 2 คำถาม (2Q) เพื่อค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

คำถาม	ครั้งที่/วัน/เดือน/ปี					
	1	2	3	4	5	6
						
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่ (ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ก่อน จนถึงวันนี้ เดี๋ยวรู้สึก เศร้า ใจมันหดหู่ ม่าย หรือหมดหวัง มั่งม่าย) มี หรือ ไม่มี						
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ (ตั้งแต่ 2 อาทิตย์ก่อนจนถึงวันนี้ เดี๋ยวรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไร ทำไรก็ไม่สนุกมั่งม่าย) มี หรือ ไม่มี						

เมื่อได้คำตอบแล้วให้แปลผลดังนี้

- 1) ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม
หมายถึง ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้าในขณะนี้
- 2) ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2)
หมายถึง มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

บันทึกการเยี่ยมและดูแลคนพิการสูงอายุ

ครั้งที่.....วัน/เดือน/ปี.....

อาการ/ความเป็นอยู่ จากการสังเกตและประเมิน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การดูแล หรือ คำแนะนำที่ให้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปัญหา/อุปสรรคในการดูแล หรือ แนะนำ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ประเมินผล (เมื่อเทียบกับการเยี่ยมครั้งก่อน)

.....

.....

.....

.....

.....

ปัญหาที่ต้องส่งต่อ/ติดตามครั้งต่อไป

.....

.....

.....