



การพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF LONG TERM CARE MODEL FOR ELDERLY PEOPLE IN NAKHU SUBDISTRICT, NAKHU DISTRICT, KALASIN PROVINCE

Received: January 25, 2024

Revised: March 13, 2024

Accepted: March 15, 2024

สร้อยศรี วรสาร^{1*}

Soisri Warasan^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการพัฒนาการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 85 คน ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าสถิติพรรณนา และ Paired Sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย การพัฒนาการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิก 2) พัฒนาการสนับสนุนการตัดสินใจ 3) พัฒนาระบบบริการ 4) พัฒนาการสนับสนุนการดูแลตนเอง 5) พัฒนาการใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน จากผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มสังคมเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.88 มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 75.29 มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 88.24 ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 85.88 ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มร้อยละ 49.42 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 32.94 และมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้มร้อยละ 17.64 ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมเพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพระยะยาว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

¹ โรงพยาบาลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Nakhu hospital Nakhu district Kalasin province

*Corresponding author E-mail: mysoiploymai@gmail.com



ABSTRACT

This research was action research. To studied development of long term care model for elderly people in Nakhu Subdistrict, Nakhu district, Kalasin province. Materials and Methods: Sample size were 85 elderly people by purposive sampling to the specified qualification. Tools of research were questionnaire and group discussion. Quantitative data were analyzed by descriptive Statistics and Paired Sample t- test. qualitative data analyzed by content analysis.

The results of the research Development of long term care model for elderly people in Nakhu Subdistrict, Nakhu district, Kalasin province. About Clinical information system, Decision support, Delivery system design, self-management support, Community resource and Policy; showed that after developed had Elderly people are socially more by 25.88 percent. Elderly people had normal nutritional 75.29 percent. Elderly people had normal sadness at 88.24 percent. Elderly people are not at risk of dementia: 85.88% are suspected of having dementia, 49.42% of elderly people are at risk of falling. 32.94% and 17.64% had a high risk of falls. And the elderly have an average overall quality of life that has increased in all 4 areas, namely physical and mental aspects. social relations and environmental.

Keywords: elderly, long term care, elderly long term care



บทนำ

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน มีผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care Manager: CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) และมีภาคีเครือข่ายอื่นๆ ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) และวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะราย (Care Plan) รวมถึงการกำหนดหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁽¹⁾ โดยมีเป้าหมายสำคัญของการดูแลระยะยาว คือ การยืดอายุการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้นาน และการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นอิสระได้⁽²⁾

จากข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของ ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรรวมทั้งหมด 3,122 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 775 คน คิดเป็นร้อยละ 28.05 จำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 690 คน คิดเป็นร้อยละ 89.0 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่ม 1 (กลุ่มติดบ้าน) จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 51.76 กลุ่ม 2 (กลุ่มติดบ้านมีภาวะสับสนทางสมอง) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 และกลุ่ม 3 (กลุ่มติดเตียง) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 29.41 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 45.88 รองลงมา คือ โรคสมองเสื่อม 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 8.23 และอื่นๆ ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน⁽³⁾

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีกิจกรรมส่งเสริม และดูแลสุขภาพ โดยการคัดกรองภาวะสุขภาพ การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีปัญหาในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ต้องอาศัยผู้อื่นในการช่วยทำกิจกรรม หรือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและได้รับการวางแผนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุระยะท้าย มีการเยี่ยมบ้านรายบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชนไม่ต่อเนื่อง⁽⁴⁾ องค์กรท้องถิ่นสนับสนุน และภาคีเครือข่ายมีการสนับสนุนไม่เพียงพอ ไม่เชื่อมโยงการข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการติดตามเยี่ยมเป็นการปฏิบัติงานให้เสร็จตามนโยบายตามตัวชี้วัด หรือระยะเวลาที่กำหนดไว้มากกว่าการค้นหาปัญหาหรือความต้องการได้รับบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหรือชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการกำหนดแนวทาง หรือ



กิจกรรมที่ตรงกับความต้องการหรือตามบริบทของชุมชนยังมีน้อย ส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไม่ตรงกับปัญหา⁽⁵⁾ ไม่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และการบูรณาการการประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ในการพัฒนาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพตามองค์ประกอบการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) 2) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) 4) การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community resource and Policy)⁽⁶⁾ เพื่อให้มีการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมีกระบวนการทำงาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) และ 4) การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflection)⁽⁷⁾ นำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือ ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยแบ่งออกเป็นระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชนและความต้องการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาแนวทางการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการพัฒนาแนวบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีระยะเวลาดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม-กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดที่เกี่ยวข้องในการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านละ 2 คน



จำนวน 12 คน, หมอสาธารณสุข คือ พยาบาลวิชาชีพประจำหมู่บ้านรับผิดชอบ จำนวน 6 คน, หมอครอบครัว คือ แพทย์ประจำเครือข่ายบริการสุขภาพชุมชน (node) จำนวน 1 คน, ผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน อปท.จำนวน 2 คน และญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 30 คน กลุ่ม 2 ญาติ/ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 85 คน กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 85 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่มตามประเด็นหลักในการศึกษา แบบบันทึกสังเกตการปฏิบัติงานใช้ในการสังเกตการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน และสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมประชุมของการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) 2) แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (MNA) 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (TGDS) 4) การประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE) 5) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Fall risk assessment tool: Morse) 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (WHOQOL-BREF-THAI)⁽⁸⁾ จำนวน 85 คน แบ่งเป็น 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ส่วนที่ 3 การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ส่วนที่ 4 การประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ส่วนที่ 5 การประเมินภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ส่วนที่ 6 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ส่วนที่ 7 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยใช้แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามคู่มือการคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel Activity of Daily Living: ADL) ในการประเมินกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2) แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment: MNA) 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) 4) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ (Thai Mental State Examination:



TMSE) 5) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุ (Fall risk assessment tool: Morse) และ 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต (WHOQOL-BREF-THAI)⁽⁹⁾

การดำเนินการวิจัย

กระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ (Kemmis, 1988) ซึ่งมีกระบวนการทำงาน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) และ 4) การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflection)⁽¹⁰⁾ ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตตอบแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 3) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้กับกลุ่มตัวอย่างหรือญาติผู้ดูแล และจัดเก็บด้วยตนเองก่อนการสนทนากลุ่ม 4) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่มผู้วิจัยดำเนินการโดยประสานงานล่วงหน้า และก่อนการเก็บข้อมูลได้ขออนุญาตก่อนทุกครั้งถ้ามีการบันทึกเสียง และภาพในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การประเมินความซึมเศร้าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การประเมินภาวะสมองเสื่อม การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และใช้สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired sample T-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 186/2566 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2566



ผลการวิจัย

กระบวนการดำเนินงานพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ (Kemmis, 1988) ซึ่งมีกระบวนการทำงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning)

องค์การบริหารส่วนตำบลนาคู ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วมโรงพยาบาลนาคู 6 หมู่บ้าน ประชากรรวมทั้งหมด 3,122 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 775 คน คิดเป็นร้อยละ 28.05 ผู้สูงอายุ จำนวน 775 คน คิดเป็นร้อยละ 28.05 ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 690 คน คิดเป็นร้อยละ 89.0 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 (กลุ่มติดบ้าน) จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 51.76 กลุ่ม 2 (กลุ่มติดบ้านมีภาวะสับสนทางสมอง) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 และกลุ่ม 3 (กลุ่มติดเตียง) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 29.41 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 25.80 รองลงมา คือ โรคสมองเสื่อม 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.80 และอื่นๆ ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังขาดระบบการดูแลระยะยาว ขาดองค์กรท้องถิ่นสนับสนุน และภาคีเครือข่ายการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ขาดบริการด้านสุขภาพและสังคมที่เชื่อมโยงการดำเนินงานซึ่งกิจกรรมการดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการติดตามเยี่ยมเป็นการปฏิบัติงานให้เสร็จตามนโยบายตามตัวชี้วัด หรือระยะเวลาที่กำหนดไว้มากกว่าการค้นหาปัญหาหรือความต้องการได้รับบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือชุมชน ขาดความต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแนวทาง หรือกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการหรือตามบริบทของชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไม่ตรงกับปัญหา ไม่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นที่ดำเนินการต่อเนื่องขึ้นวางแผนโดยการนำแผนสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ดังนี้

2.1 พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system) โดยพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จัดกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบในชุมชน วางแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) และติดตามประเมินการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ (CM) ที่รับผิดชอบรายหมู่บ้าน

2.2 พัฒนาการสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) โดยการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างกิจกรรม



ทางกาย 2) การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 3) การแนะนำการสื่อสาร 4) การดูแลโภชนาการ 5) การจัดการสิ่งแวดล้อม 6) การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว 7) การกำหนดเป้าหมายการดูแล 8) กิจกรรมสร้างสุข 9) การดูแลการเจ็บป่วย 10) ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม 11) การบริหารจัดการทรัพยากรการดูแลระยะยาว 12) สร้างเครือข่ายระบบการดูแลสุขภาพร่วมกันในชุมชน

2.3 พัฒนาระบบบริการ (delivery system design) โดยการเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในลักษณะของ (Team base approach) ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Planned care visit) เพื่อจัดการดูแลรายกรณีระดับกลุ่ม หรือลักษณะอาการของการเจ็บป่วย (Case management หรือ Care Plan) ติดตามประเมินผลต่อเนื่องทุกเดือน

2.4 พัฒนาการสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยการใช้แผนการเยี่ยมบ้านรายบุคคล (Care Plan) ให้คำแนะนำการดูแลกับผู้ดูแลในครอบครัว และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งเสริมสุขภาพ ฟันสุขภาพ และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสม

2.5 พัฒนาการใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community resource and Policy) โดยส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน เช่น อสม., อสค., อบท., ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ หน่วยบริการปฐมภูมิ และองค์กรร่วมโรงพยาบาลนาคู การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ การจัดตั้งกองทุนกายอุปกรณ์ และวัสดุจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

3. ขึ้นสังเกตการพัฒนา (Observation) ผลลัพธ์หลังการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการติดตามดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องในชุมชน ดังนี้

3.1 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนการดำเนินงาน พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 51.77 กลุ่ม 2 จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 และกลุ่ม 3 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 29.41 หลังการดำเนินงาน พบว่า กลุ่ม 1 จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 30.58 มีจำนวนลดลง กลุ่ม 2 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 14.42 มีจำนวนลดลง ส่วนกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุติดเตียง ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ มีจำนวน 25 คน ร้อยละ 29.41 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และไปเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 22 คน ร้อยละ 25.88 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผู้สูงอายุ ตามระดับADL	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มติดสังคม	-	-	22	25.88
กลุ่ม 1 กลุ่มติดบ้าน	44	51.77	26	30.59
กลุ่ม 2 กลุ่มติดบ้านมีภาวะสับสน	16	18.82	12	14.12
กลุ่ม 3 กลุ่มติดเตียง	25	29.41	25	29.41

3.2 การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน(MNA) ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 61.18 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 32.94 และมีภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 และหลังการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 75.29 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 21.18 และมีภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3.53 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ภาวะโภชนาการ (MNA)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโภชนาการปกติ	52	61.18	64	75.29
เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	28	32.94	18	21.18
ภาวะทุพโภชนาการ	5	5.88	3	3.53

3.3 การประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน(TGDS) ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุปกติจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 78.82 มีความเศร้าเล็กน้อยจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 14.12 และมีความเศร้าปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06 และหลังการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุปกติจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 88.24 มีความเศร้าเล็กน้อยจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 9.41 และมีความเศร้าปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.35 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ภาวะซึมเศร้า (TGDS)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปกติ	67	78.82	75	88.24
ระดับเศร้าเล็กน้อย	12	14.12	8	9.41
ระดับความเศร้าปานกลาง	6	7.06	2	2.35

3.4 การประเมินภาวะสมองเสื่อม(TMSE) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 81.17 สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมให้คำแนะนำ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 11.77 และมีภาวะสมองเสื่อมส่งต่อไปรักษา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06 และหลังการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 85.88 สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมให้คำแนะนำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06 และมีภาวะสมองเสื่อมส่งต่อไปรักษา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลประเมินภาวะสมองเสื่อม(TGDS) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ภาวะสมองเสื่อม (TGDS)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม	69	81.17	73	85.88
สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม	10	11.77	6	7.06
มีภาวะสมองเสื่อม	6	7.06	6	7.06

3.5 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม(Morse) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 31.77 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 37.65 และมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 30.58 และหลังการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 49.42 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 32.94 และมีมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 17.64 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ผลการประเมินภาวะสมองเสื่อม(Morse) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	27	31.77	42	49.42
มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	32	37.65	28	32.94
มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม	26	30.58	15	17.64

3.6 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (WHOQOL-BREF-THAI) พบว่า หลังดำเนินการกับผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ด้านร่างกาย	1.68	0.40	2.65	0.49	2.42	0.001***
2. ด้านจิตใจ	1.76	0.48	2.57	0.40	2.37	0.001***
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	1.23	0.68	2.31	0.65	2.28	0.001***
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	1.45	0.73	2.28	0.77	2.26	0.032*
รวม	1.37	0.84	2.24	0.62	2.18	0.001***

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) **มีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.01$)

*** มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

4. การสะท้อนกลับผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflection) ผู้วิจัยได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และคืนข้อมูล ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบโดยผู้วิจัยได้ให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์จุดอ่อนในการพัฒนาเรียนรู้ร่วมกัน และร่วมปรึกษาหารือในประเด็นปัญหาอุปสรรค ประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อไป กิจกรรมการพัฒนาที่ผ่านมา พบว่า กิจกรรมที่ดำเนินการเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่สามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้นมีภาวะพึ่งพิงลดลง ผู้สูงอายุและญาติเกิดความพึงพอใจในชีวิต สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน



สรุปผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนาการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน นำไปสู่การผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้

1. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) จากการคัดกรองผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเรื้อรัง การขับถ่าย หลงลืม แผลกดทับ ปวดเข่า และเสี่ยงต่อการหกล้ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแล ส่งเสริมช่วยเหลือสนับสนุนให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล และการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ลดการพึ่งพาบุคคลอื่น ในส่วนของผู้ดูแลหลักควรได้รับการส่งเสริมความรู้ การพัฒนาทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งควรได้รับการช่วยเหลือด้านทรัพยากรจากบุคคลหรือภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพ

2. ภาควิชาการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ทีมหมอบรรเทา (Family Care Team) ด้วย Chronic Care Model คือ ระบบขององค์กรสุขภาพ (Health System Organization) ซึ่งได้แก่ นโยบาย แผนงาน โครงการ ภาวะผู้นำขององค์กรกำหนดแนวทางการดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) รวมทั้งมีการบริหารและการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม และการออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ร่วมกับทีมหมอบรรเทา (Family Care Team) ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพ ทำหน้าที่ในลักษณะของการเชื่อมโยงประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะของการจัดบริการและการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Plan care visit)

3. ภาควิชาการด้านสังคม ได้แก่ วัด โรงเรียน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรเอกชน การจัดบริการ การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์กร เช่น วัด เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นศูนย์รวมจิตใจ นอกจากนี้ ยังมีส่วนสำคัญในเรื่องของการบริการด้านจิตวิญญาณของ การดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายอีกด้วย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทสำคัญในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนด้านการ จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ การจัดหางบประมาณดูแลผู้สูงอายุยากไร้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินแผนงาน โครงการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมีวิสัยทัศน์และภาวะความเป็นผู้นำขององค์กร องค์กรเอกชนใน ชุมชนมีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นหรือการสนับสนุนการจัดกิจกรรมหรือการ ช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน



4. ภาวการณ์ชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำในชุมชน (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.), แพทย์ประจำตำบล, ประธานชมรมผู้สูงอายุ), อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.), ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver), ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา ซึ่งเป็นภาวการณ์เครือข่ายที่มีความสำคัญ เนื่องจากอยู่ในชุมชน และเป็นผู้นำในชุมชนที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) บทบาทหน้าที่ของการประสานงาน และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การคัดกรองภาวะสุขภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพ การติดตามเยี่ยมปฏิบัติงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง และการมีสัมพันธภาพระหว่างกันกับผู้สูงอายุในชุมชน

5. ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี (Management Information System and Technology) ประกอบด้วยการนำระบบฐานข้อมูล HosXP, COC, HDC (Health data center) และการนำเทคโนโลยี เช่น Computer Smartphone Line Application หรืออื่นๆ เพื่อให้ภาคีหลัก 3 ภาคี สามารถเข้าถึงการนำข้อมูลของผู้สูงอายุ รวมถึงการติดตามและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงและผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว นอกจากนี้ การใช้ Application line group ยังช่วยในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการ ส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และมีคุณภาพ

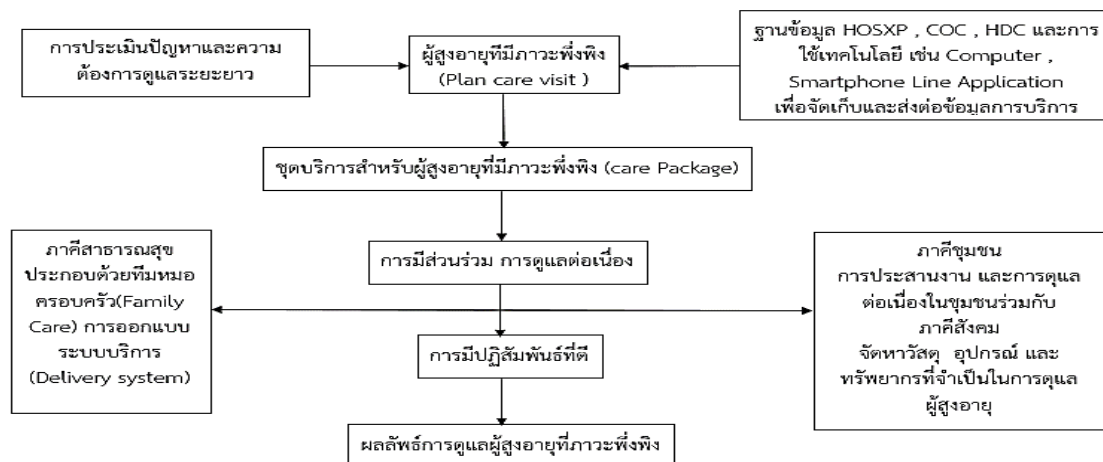
6. ปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ (Productive Interaction) และการสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) เป็นการสร้างการมีปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (Two Way) ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลหลักกับภาคีหลัก 3 ภาคี เพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจต่อการดูแลผู้สูงอายุ

7. การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (Community resource and Policy) เป็นการกำหนด และการมีข้อตกลงร่วมกันของภาคีหลัก 3 ภาคีในการใช้ และการจัดสรรทรัพยากรร่วมกัน (บุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ) เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงาน เชื่อมโยงประสานกัน ลดการทำงานซ้ำซ้อน เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือองค์กร เพื่อให้มีประสิทธิภาพ เท่าเทียมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รายละเอียดดังภาพที่ 1



การพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์



ภาพที่ 1 การพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาที่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว การปรับทัศนคติของผู้ป่วยในชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจ และการสื่อสารที่ถูกต้องตรงกัน การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในครอบครัวที่ดีขึ้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุแห่งปัญหา ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญหา มีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและรับผิดชอบอย่างเป็นธรรมในกิจกรรมนั้นๆ มีส่วนร่วมในการประเมินผลที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่บทเรียนการเรียนรู้ร่วมกัน และปรับปรุงพัฒนา การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการริเริ่มการดำเนินงาน วางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมตัดสินใจในการจัดการ และการติดตามประเมินผลรวมทั้งรับผิดชอบต่อประโยชน์ที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมีบทบาท สำคัญในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่ การคัดกรองและการประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินปัญหาและการวิเคราะห์ความต้องการ การวางแผนการดูแล การปฏิบัติงานตามแผนและการประเมินผล โดยในแต่ละกระบวนการมีสะท้อน ปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน^(11,12) ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของครอบครัว/ชุมชน ดำเนินการพัฒนาตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้น จนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุด การมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ในการจัดทำแผนการระดมสมอง วางแผน และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน



ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การติดตามประเมินผลระหว่างทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทราบถึงปัญหารายบุคคล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกันในชุมชน มีแนวทางแก้ไขปัญหасุภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนร่วมกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559.
2. กิรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการบริการสุขภาพ 2561; 36(4): 15-24.
3. โรงพยาบาลนาคู. รายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ ประจำปี2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ksn.hdc.moph.go.th>
4. ไพจิตร ลือสกุลทอง. การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
5. สังวาล จ่างโพธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา 2564; 7(2): 165-183.
6. อารี ชิวเกษมสุข, นารีรัตน์ จิตรมณตรี, สมจินดา ชมพูนุท, ประครอง อินทรสมบัติ และคณะ. การพยาบาลผู้สูงอายุและการฝึกปฏิบัติการพยาบาล. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2566.
7. Kemmis, & McTaggart, R. The Action research planner, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia; 1988.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: บริษัท ฌันดา ตรีเอช จำกัด; 2564.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2545.
10. Kemmis, & McTaggart, R. The Action research planner, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia; 1988.
11. ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร และวิไลวรรณ วัฒนานนท์. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารการพยาบาลและสาธารณสุข 2560; 2(1): 52-65.
12. สุปราณี บุญมี และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(4): 38-49.