

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สิทธิพรพรณ เรือนจันทร์* พย.ม. (การพยาบาลครอบครัวและชุมชน)

พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บทคัดย่อ :

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง จำนวน 49 ราย ผู้ดูแลหลักในครัวเรือน 10 ราย และภาคีเครือข่ายภายในชุมชนจำนวน 25 ราย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง และแบบบันทึกการเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา กระบวนการศึกษา 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนาการมีส่วนร่วมและดำเนินงาน และ 3) ประเมินผลการดำเนินงาน ผลการศึกษาในระยะศึกษาสถานการณ์ พบว่าความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง คือ สนับสนุนการดูแลตนเอง เสริมกำลังใจ อุปกรณ์การดำรงชีวิตและรวมกลุ่มเป็นชมรม ความต้องการของผู้ดูแลหลัก คือ การมีคนเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุ คำปรึกษา และอุปกรณ์การดูแล สำหรับความต้องการของภาคีเครือข่าย คือ พัฒนากระบวนการทำงาน เตรียมความพร้อมของผู้ดูแลและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนในระยะพัฒนาการมีส่วนร่วมและดำเนินงาน พบว่า ภาคีเครือข่ายภายในชุมชนและองค์กรดูแลสุขภาพเตรียมความพร้อมทักษะ ข้อมูลและแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว แลกเปลี่ยนสะท้อนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ส่วนในระยะประเมินผลดำเนินงาน พบว่าผลลัพธ์คือ การเกิดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ นโยบายสาธารณะและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายจนสามารถควบคุมภาวะเรื้อรังได้ โดยมีผู้ดูแลในครอบครัวสนับสนุนและให้กำลังใจ ดังนั้นพยาบาลชุมชนควรให้ความสำคัญกับการประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายภายในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง

คำสำคัญ : ภาวะเรื้อรัง ภาคีเครือข่ายชุมชน ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม

*อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**Corresponding author, อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, E-mail: pikuntip.

kun@gmail.com

วันที่รับบทความ 23 ธันวาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 30 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 5 เมษายน 2565

Development of Network Participation in Caring for Older People with Chronic Conditions in a Community, Nakhon Si Thammarat Province

Sitthiphan Rueanchan M.N.S. (Family and Community Nursing)*

*Pikuntip Kunset** M.N.S. (Community Nurse Practitioner)*

Abstract:

This action research aimed to develop network participation in caring for older people with chronic illnesses in a community, Nakhon Si Thammarat Province. The conceptual framework in this study was based on World Health Organization's Innovative Care for Chronic Conditions Framework. The participants comprised 49 older people with chronic illnesses, 10 primary caregivers, and 25 persons from the community partner network. They were recruited through purposive sampling. Research instruments consisted of interview forms for situational analysis of older people with chronic illnesses, a guide to caring for older people with chronic illnesses, and a follow-up form for visiting older people with chronic illnesses. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and the qualitative data were analyzed using content analysis. The research was conducted in three phases: 1) situational analysis, 2) participative development and implementation, and 3) evaluation. Firstly, the situation analysis phase results revealed that the chronically ill older people's needs included self-care support, encouragement, living aids, and senior clubs. The primary caregivers' needs included assistance in caring for older people, counseling, and living aids for the older people. The needs of the community partner network included the development of work processes, preparedness of caregivers, and activities for older people. For the participative development and implementation phase, the findings showed that the internal community network and healthcare organization were preparing skills, information, and motivation for older people and their families and continuously exchanging and reflecting on the information. Lastly, in the evaluation phase, the outcomes included having volunteers to care for older people, public policies, and a supportive environment for older people to modify their nutritional behaviors and physical activities to control their chronic illnesses with the support and encouragement of primary caregivers. Thus, community nurses should focus on strengthening community network participation.

Keywords: Chronic illness, Community network, Older people, Participation

**Instructor, Department of Community Nursing, School of Nursing, Walailak University*

***Corresponding author, Instructor, Department of Community Nursing, School of Nursing, Walailak University, E-mail: pikuntip.kun@gmail.com*

Received December 23, 2021, Revised March 30, 2022, Accepted April 5, 2022

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติที่ผ่านมาพบว่าทั่วโลกมีผู้สูงอายุร้อยละ 12.50 ของประชากรทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทย มีสถิติผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 16.70 นับเป็นการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aging society)² นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยประเมินความสามารถ การดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน (Barthel Activities of Daily Living: Barthel ADLs) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2537 ถึงปี พ.ศ. 2560 จากร้อยละ 10.70 เป็นร้อยละ 25.30² และจังหวัดนครศรีธรรมราชมีรายงาน สถิติปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.69 ของ ประชากรทั้งหมด³ และผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรัง 4 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.99 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.30 โรค หลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.29 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 1.89⁴ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อ การลดลงของคุณภาพชีวิต (quality of life) จนถึงการสูญเสียชีวิตในผู้สูงอายุ^{5,6} ด้านจิตใจทำให้เกิด ความเครียด อารมณ์เศร้าหมอง กังวล ท้อแท้ และอัตรา ฆ่าตัวตายสูง ร้อยละ 20.98⁸ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลต่อปีสุขภาวะ (disability-adjusted life year: DALY) ประมาณ 4.3 ล้านปี ในปี พ.ศ. 2556 ก่อให้เกิดภาระของครอบครัวด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การพบแพทย์ตามนัด และส่งผลการเพิ่มความ ต้องการใช้บริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น⁹ ทำให้ภาครัฐจำเป็นต้องจัดสรรกำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข งบประมาณ เพิ่มขึ้น ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ลด ความเสี่ยง การรักษา รวมถึงการฟื้นฟูภาวะสุขภาพเพื่อ รองรับผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว¹⁰

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของภาคี ประกอบด้วย องค์กรดูแลด้านสุขภาพ เช่น

โรงพยาบาลชุมชนให้การดูแลเฉพาะโรคด้วยการให้ความรู้ จัดทำคู่มือ ติดตามเยี่ยมบ้าน¹¹⁻¹³ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยพยาบาลร่วมกับ นักวิชาการสาธารณสุขเป็นวิทยากรพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) วางแผนดูแลเยี่ยมบ้าน โดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม^{12,14} ภาควิชาเครือข่ายภายในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะ รวมถึงมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการ^{11,12,15} ร่วมกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดอาสา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และพระสงฆ์ มีบทบาทระดมความคิดเห็นเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแล ร่วมจัดทำ แผนงาน /โครงการ รับการอบรมความรู้และทักษะจาก หน่วยงานด้านสุขภาพ ดูแล ให้กำลังใจ¹⁵ เขียนรายงาน การเยี่ยม^{15,16} นำมาถ่ายทอดแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุ ซึ่งมีความใกล้ชิดและมีวิถีชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังให้คงไว้ซึ่ง สุขภาพตามบริบท^{11,14-16} และสนับสนุนสิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ที่นอนลม รถเข็น เก้าอี้ นั้งถ่าย และงบประมาณช่วยเหลือเบื้องต้น¹⁵ และ สถาบันการศึกษา มีบทบาทให้คำปรึกษาด้านวิชาการ จัด ทำคู่มือพัฒนาศักยภาพ และองค์ความรู้เฉพาะที่ใช้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง นอกจากนั้นยังมีหน่วยงานอื่นที่ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การศึกษานอก โรงเรียน (กศน.) ช่วยสนับสนุนการทำกิจกรรม ด้านกาย และจิต และฝึกอาชีพ¹⁶ จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะเรื้อรังจำเป็นต้องบูรณาการให้มีส่วนร่วมทั้ง องค์กรดูแลสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายภายในชุมชนและ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ที่เกิดทำให้ผู้สูงอายุที่ มีภาวะเรื้อรังและครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพและการ ดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น¹⁴⁻¹⁶ และ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค^{14,17}

ชุมชนบ้านศาลาดันกระทอน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นพื้นที่ชนบท ประชาชนมี

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

อาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ จากสถิติสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับหนึ่งของตำบลร้อยละ 4.88¹⁸ ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจากการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: Barthel ADLs)¹⁹ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADLs น้อยกว่า 12 คะแนน จาก 20 คะแนน เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยในปี พ.ศ. 2562 พบผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 60.37 และ 16.46²⁰ ตามลำดับ และการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในพื้นที่พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต. มีภาระงานดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ให้บริการด้านการรักษามากกว่าป้องกัน ไม่ได้นำครอบครัวหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล มีอสม. เยี่ยมบ้านให้กำลังใจองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) สนับสนุน งบประมาณโครงการแต่ไม่ครอบคลุมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุ ประกอบกับการทำเวทีประชาคมหมู่บ้านพบว่า ประชาชนให้ความสำคัญกับปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง แต่ผู้สูงอายุและครอบครัวมีข้อจำกัดเรื่องความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการรักษาด้วยยา และเวทีประชาคมมีข้อคิดเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังและครอบครัวควรได้รับการเตรียมความพร้อม ทักษะการดูแลภาวะเรื้อรัง ได้รับข้อมูลข่าวสารโรคเรื้อรัง เน้นการสนับสนุนและเสริมกำลังใจการดูแลตนเอง ได้รับกระตุ้น ติดตามจากผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังมีสุขภาพที่ดี²⁰ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังที่ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีและหน่วยงานมีช่องว่างของการประสานงานและการมี

ส่วนร่วมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดนวัตกรรมดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะเรื้อรังหมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชนเป็นระยะเวลานาน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น โดยการส่งเสริมให้ชุมชนเกิดนโยบายสาธารณะที่ดีต่อสุขภาพ (building health public policy) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ (creative support environment) และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (strengthen community action)²¹ ทำให้เกิดภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง¹⁴⁻¹⁶ ผู้ดูแลในครอบครัวส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ¹⁴⁻¹⁵ เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายภายในชุมชน¹⁶ และองค์กรดูแลสุขภาพมาช่วยหนุนเสริม^{15,16} ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังสามารถปรับพฤติกรรมควบคุมโรค ครอบครัวส่งเสริมการปรับพฤติกรรมร่วมกับอาสาสมัครและภาคีเครือข่ายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต¹⁴⁻¹⁶ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง^{14,17} ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ อุปสรรค การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC) ²¹ ที่บูรณาการองค์ประกอบพื้นฐานของระบบการดูแลสุขภาพ พัฒนาการดูแลภาวะเรื้อรัง มุ่งการป้องกันและดูแลสุขภาพ 3 ระดับ โดย 1) ระดับจุลภาค (micro level) เน้นผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดผลลัพธ์สำคัญคือ ภาวะสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น สนับสนุนการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ เตรียมความพร้อมทักษะการดูแล (prepared) ข้อมูล (informed) กระตุ้นและติดตามเสริมพลังให้เกิดแรงจูงใจ (motivated) 2) ระดับกลาง (meso level) มุ่งเพิ่มศักยภาพของทีม นำใช้ข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของภาคีภายในชุมชนและองค์กรสุขภาพ สร้างความตระหนัก และนำทรัพยากรมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และ 3) ระดับใหญ่ (macro level) เน้นเสริมสร้างนโยบาย โครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อสุขภาพ ใช้มาตรการทางกฎหมาย และจัดสรรกำลังคน ²²

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้องค์ประกอบพื้นฐานการดูแลสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับจุลภาค คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว ได้รับการเตรียมความพร้อม ทักษะการดูแล มีข้อมูลเพียงพอได้รับการกระตุ้นติดตาม และเสริมพลังแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) ระดับกลาง คือ ภาคีเครือข่ายภายในชุมชน ได้แก่ อบต. อสม. กรรมการ

หมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ประชาชน และสถาบันการศึกษา ร่วมกับ องค์กรดูแลสุขภาพ ได้แก่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง แลกเปลี่ยนข้อมูล และสะท้อนกลับผลการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการสนับสนุนงบประมาณ ให้คำปรึกษาสนับสนุนนโยบายและภูมิปัญญาที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ให้การดูแลและปรับพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง และ 3) ระดับใหญ่ คือ ภาคีเครือข่ายภายในชุมชนร่วมจัดทำแผนงาน โครงการ สนับสนุนให้เกิดนโยบายและส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ดังภาพที่ 1 (Figure 1)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง 49 ราย ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น

2. ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 10 ราย ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน และผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุ ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

3. ภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง จำนวน 25 ราย ประกอบด้วย 1) ภาคีเครือข่ายภายในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ อบต. 1 ราย อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ราย กรรมการหมู่บ้าน 2 ราย ชมรมผู้สูงอายุ 5 ราย ประชาชนชุมชน 1 คน และสถาบันการศึกษา 2 ราย และ 2) องค์กรดูแลสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 4 ราย

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง
ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

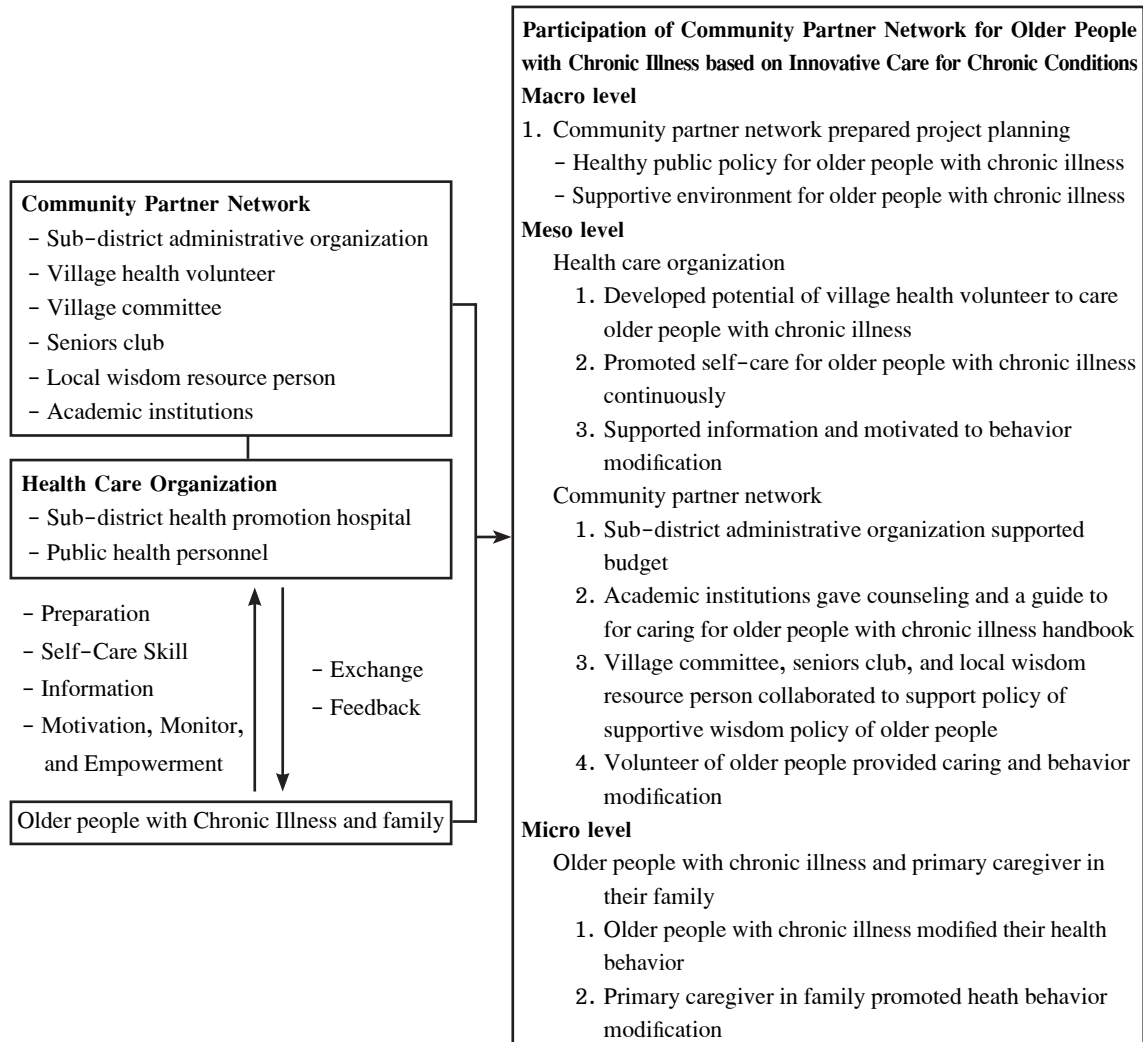


Figure 1 Conceptual Framework

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการ
อุปสรรคการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง
1.1 จัดประชุมนักวิจัยพื้นที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. เพื่อสร้างความเข้าใจ ชี้แจง
กระบวนการวิจัย
1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 1)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง 49 ราย และผู้ดูแลหลักใน
ครอบครัว 10 ราย สัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาและความ
ต้องการ 2) อสม. จำนวน 10 ราย สัมภาษณ์เกี่ยวกับ
ความต้องการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง
3) บุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน
4 ราย ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาล นักวิชาการ
สาธารณสุข และแพทย์แผนไทย และปลัดองค์การ

บริหารส่วนตำบล จำนวน 1 ราย สัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแล ปัญหา อุปสรรคการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง รวมทั้งหมด 74 ราย

ระยะที่ 2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมและดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง

2.1 การวางแผนและพัฒนาแผนการดำเนินงานโดยประชุมผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กรรมการหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ประชาชนผู้สูงอายุ ผู้นำที่ รพ.สต. อบต. และสถาบันการศึกษา ทั้งหมด จำนวน 25 ราย เพื่อค้นหาข้อมูลปัญหาและระดมสมองจัดทำแผนงาน กิจกรรม กำหนดผู้รับผิดชอบ และพัฒนาแผนดำเนินงาน 2 เรื่อง คือ 1) แผนพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพื่อปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง และ 2) แผนพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน

2.2 การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กรรมการหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ประชาชนผู้สูงอายุ ผู้นำที่ รพ.สต. อบต. และสถาบันการศึกษา ทั้งหมด จำนวน 25 ราย

2.2.1 ระยะเตรียมการโดย 1) กรรมการหมู่บ้านจัดประชุม สร้างความเข้าใจ เพื่อนำแผนงานนโยบายประกาศให้ประชาชนรับทราบ 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเขียนโครงการขอสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ 3) รับสมัครอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง และ 4) พยาบาล รพ.สต. พัฒนาคู่มือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังร่วมกับสถาบันการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง

2.2.2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย 1) พยาบาลพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 10 รายครอบคลุมการประเมินสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ อาการเจ็บป่วย ยา ภาวะโภชนาการ การทรงตัว การมองเห็น การได้ยิน แผลกดทับ การประเมินด้านสุขภาพจิต

ได้แก่ สภาวะทางจิต ภาวะสับสน ซึมเศร้า การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และการประเมินความสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการทำกิจวัตรประจำที่ต้องใช้อุปกรณ์ 2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเยี่ยมครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง และบันทึกผลการเยี่ยมในแบบบันทึก 3) กรรมการหมู่บ้านสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ 4) พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านและประชุม เดือนละ 4 ครั้ง เพื่อปรึกษา ติดตาม และเสนอแนะการเยี่ยมผู้สูงอายุของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 5) อบต. อนุมัติงบประมาณและสนับสนุนอุปกรณ์จำเป็นในการดูแล และ 6) สถาบันการศึกษาเสนอแนะแนวทางปรับปรุงคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังแบบองค์รวม

ระยะที่ 3 การประเมินผลการดำเนินงาน โดยผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กรรมการหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ประชาชนผู้สูงอายุ ผู้นำที่ รพ.สต. อบต. และสถาบันการศึกษา ทั้งหมด จำนวน 25 ราย จัดเวทีประชาคมเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อสะท้อนการดำเนินงานร่วมกับกลุ่มวิจัย ภาคีเครือข่ายในชุมชนและ รพ.สต. ปรับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ประเมินผลลัพธ์ และสรุปการดำเนินงานการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 1 ชุด เพื่อใช้สัมภาษณ์เชิงลึก ระยะเวลาสัมภาษณ์ 45 นาที แบ่งเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 ปัญหา อุปสรรคแนวทางการจัดการกับปัญหาอุปสรรค ความต้องการสนับสนุนการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังและผู้ดูแลหลักในครอบครัว ประเด็นที่ 2 ปัญหาอุปสรรคการดูแล แนวทางการจัดการกับปัญหาอุปสรรค และความต้องการพัฒนาศักยภาพเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุข และประเด็นที่ 3 แผนงาน

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

นโยบาย กิจกรรม ปัญหา อุปสรรคการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และคณะกรรมการหมู่บ้าน ตัวอย่างคำถามหลัก “การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาของ รพ.สต.เป็นอย่างไร” คำถามรอง “ท่านได้ดำเนินการจัดการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังอย่างไร” “การดำเนินงานที่ผ่านมามีปัญหา อุปสรรคอะไรบ้าง และมีแนวทางการแก้ปัญหาอย่างไร” “ท่านต้องการพัฒนาแผนงานหรือนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังประเด็นใดบ้าง อย่างไร”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ความเห็น ปรับปรุงให้ข้อคำถามเข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

2. เครื่องมือดำเนินการ สำหรับระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ประกอบด้วย

1) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังแบบองค์รวม ประกอบด้วย 1) เนื้อหาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สิ่งแวดล้อม และโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และ 2) แบบประเมินผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities daily living: ADLs) และการทำกิจวัตรประจำที่ใช้อุปกรณ์ (Instrumental activities of daily living: IADLs) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment: MNA) และแบบประเมินการทรงตัว (Timed Up and Go Test: TUGT) แบบคัดกรองตา การได้ยิน แบบประเมินแผลกดทับ แบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) และแบบประเมินด้านสังคมสิ่งแวดล้อม เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในหน่วยบริการสุขภาพ

2) แบบบันทึกการเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เพื่อบันทึกรายละเอียดภาวะสุขภาพ การดูแลด้านร่างกาย สุขภาพจิต สังคมและสิ่งแวดล้อม และความสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการทำกิจวัตรประจำที่ต้องใช้อุปกรณ์

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่เอกสารรับรอง WUEC 19-131-01 รหัสโครงการ WU-EC-AH-2-120-62 ผู้วิจัยข้แจงการพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความเข้าใจ แล้วลงลายมือชื่อให้ความยินยอม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยในครั้งนี้ได้โดยไม่มีข้อผูกมัด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)²³ โดยนักวิจัย 2 ท่าน นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาแยกกันอ่านเพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล นำข้อมูลมาแยกหมวดหมู่ (categories) ได้ประเด็นหลัก ประเด็นย่อยจึงนำมาสรุปตีความแล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจนได้ข้อสรุปตรงกัน

ผลการวิจัย

สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และอุปสรรค การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง

ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง จำนวน 49 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.22 อายุระหว่าง 60 - 91 ปี เฉลี่ย 72.12 ปี (SD = 8.10) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.94 รองลงมาไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.78 มีรายได้เฉลี่ย 4,489.79 บาทต่อเดือน (SD = 1,838.50) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อายุระหว่าง 44-75 ปี เฉลี่ย 62.20 ปี (SD = 11.76) ความเกี่ยวข้องเป็นคู่สมรส ร้อยละ 32.65 และบุตรสาว ร้อยละ 30.61

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบ่งกลุ่มตามความสามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADLs) พบว่า คะแนน ≥ 12 คะแนน 42 ราย (ร้อยละ 85.71) คะแนน ADLs 5-11 คะแนน 5 ราย (ร้อยละ 10.20) และคะแนน ADLs ≤ 4 คะแนน 2 ราย (ร้อยละ 4.08) ดัชนีมวลกาย ระดับต่ำ (23.00-24.99 กก./ตร.ม.) 18 ราย (ร้อยละ 36.73) และน้ำหนักน้อย (< 18.50 กก./ตร.ม.) 9 ราย (ร้อยละ 36.73) โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 30.61, 22.45, 16.33, 12.24 และ 4.08 ตามลำดับ และแผลกดทับ 2 ราย (ร้อยละ 4.08) ภาวะข้อเข่าเสื่อม 5 ราย (ร้อยละ 10.20) ด้านสุขภาพจิต พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) 2 ราย (ร้อยละ 4.08)

ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ประกอบด้วย ความต้องการส่วนบุคคลในการดูแลตนเองและกำลังใจ อุปสรรคที่ช่วยสนับสนุนการดำรงชีวิต และการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1) ต้องการการสนับสนุนการดูแลตนเองให้มีคน

พาไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เนื่องจากเดินไม่สะดวก รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ตามที่พยาบาลแนะนำ แต่บุตรไม่ได้ซื้อมาปรุงให้รับประทาน ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุท่านหนึ่งว่า “...ไม่ได้ไปรำไม้พลองที่อนามัยเลย อยากไปร่วมงานกะเขาบ้าง เดินไปไม่ไหว ลูกก็ไม่ว่างไปส่ง หาทมอที่ไรบอกให้กินผักกินปลา ลูกมันไม่ซื้อมาทำให้กิน ก็ซื้อจรรยาขาย ทำไรให้กินก็กิน กินได้บ้างไม่ได้บ้าง...” (S05)

2) ต้องการกำลังใจ เช่น การเยี่ยมจาก อสม. และหน่วยงานเพื่อเป็นเพื่อนคุยตอนกลางวัน ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุโรคเบาหวานว่า “...สามเฒ่าเมื่อต้นปี ลูกสาวก็ไปทำงานตั้งแต่ตี 7 กลับค่ำอยากให้อสม. หรืออนามัยมาเยี่ยมคุยบ่อย ๆ อด.ก็ได้ ได้มีเพื่อน มาตรวจมาเยี่ยมบ่อย ๆ มันเหงาเนาะนี่ ๆ นอน ๆ ไปวัน ๆ...” (S11)

3) ต้องการอุปกรณ์ดำรงชีวิต ได้แก่ เครื่องช่วยฟังเพื่อช่วยในการสื่อสาร ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ว่า “...ไม่ได้ยินเสียงใครเลย มา 5-6 ปีแล้วอยากคุยกะลูก กะคนมาเยี่ยม เวลาใครมาหลงด้วยก็ไม่วู้เรื่อง คนมาหลงด้วยก็ต้อตะโกน ฉันทได้แต่มองปากเขาเวลาเขาพูดด้วย...” (S11)

4) ต้องการให้มีกิจกรรมรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมประเพณี วัฒนธรรมของหมู่บ้านตนเอง ดังคำพูดของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ว่า “...บุญสารทเดือนสิบ สงกรานต์ แต่ละปี อยากให้ผู้ใหญ่บ้าน อด. จัดงาน ในหมู่บ้านเราเอง ลูกหลานได้ไม่ลืมประเพณี มีโครงการรวมกลุ่มคนแก่ในหมู่บ้าน เป็นชมรมก็ได้ ไปเจอกันเดือนละสองสามวันก็ยังดี...” (S06)

ความต้องการของผู้ดูแลหลักในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนจากผู้อื่นมาช่วยดูแล ค่าปรึกษาในการดูแลภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการสนับสนุนของใช้ส่วนตัวของผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง
ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1) ต้องการคนอื่นมาช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จากความเหนื่อยล้าที่ต้องดูแลเพียงคนเดียว ไม่มีผู้อื่นมาทดแทน ดังคำพูดผู้ดูแลว่า “...ดูแลคนเดียวทั้งกลางวัน กลางคืน ไม่มีใครมาเปลี่ยน ไม่ได้ไปไหน เพราะลูกคนอื่นทำงานกันไกล สอนใครก็ไม่ทำตาม พยายามให้เดินบอกเหนื่อยไม่ยั้งตัวทำอะไร นั่งแต่บนเตียง...” (C12)

2) ต้องการที่ปรึกษาหรือสามารถเข้ามาดูแลขณะที่ผู้สูงอายุมีภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากไม่สามารถแก้ปัญหาภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ ดังคำพูดผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและถุงลมโป่งพองว่า “...แกลใส่ ออกซิเจนหลอดวันหลอดคืน กลัวเหนื่อยตาย ฉันก็ไม่กล้าเอาออกเหมือนกัน ไม่กล้าทำไรมากกว่านั้น แยกบอก ว่าหอบตลอดทั้งวัน ถึงออกซิเจนนี้ขาดไม่ได้ ถ้าแกลเป็นไรขึ้นมากก็ไม่รู้จะทำพรีอดี...” (C 2)

3) ต้องการของใช้ส่วนตัวของผู้สูงอายุ อาหารทางการแพทย์ อุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ค่าออกซิเจน ค่าเดินทางหรือขณะนอนพักที่โรงพยาบาล ดังคำพูดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองว่า “...อยากให้ออนามัย กับ ออบต. ให้แอมเพิร์ส บางวันต้องใช้ 3-4 ชิ้น บางช่วงไม่มีตั้งคักจำเป็นต้องให้แกลใส่วันละฝืน ถ้าออบต. มีรถพาไปหาหมอที่โรงพยาบาล และให้ค่ากินค่าอยู่บ้าง เวลานอนโรงพยาบาลหลาย ๆ วัน เพราะลูกก็ต้องหยุดงานไปเฝ้าเลยไม่มีตั้งค่าใช้จ่าย...” (C5)

ความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรรมการหมู่บ้านและผู้นำท้องถิ่น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรรมการหมู่บ้านและผู้นำท้องถิ่นที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการด้านการพัฒนากระบวนการทำงานที่เน้นให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่บ้าน ดังนี้

1) กระบวนการทำงานที่ดีขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังคำพูดของ ผอ.รพ. สต. ว่า “...การทำงานที่ผ่านมาแก้ปัญหาตลอด ให้

บริการในคลินิกก็ทำไม่ค่อยทัน ไม่ได้ตามที่บ้านเลยว่าที่เขารับปากว่าจะทำ ได้ทำไหม จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุควบคุมความดันและน้ำตาลไม่ได้มีอยู่มาก...”

2) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อเหตุที่บ้าน ดังคำพูดของพยาบาลว่า “...ให้ความรู้กับ อสม. และญาติที่พาคนไข้มาในคลินิกแต่ก็รีบทำเร็ว ๆ ยังไม่เคยนำข้อมูลหรือผลการดูแลมาคุยกันอย่างจริงจัง...”

3) กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ดังคำพูดของผู้ใหญ่บ้านว่า “...มีคนแกลที่แข็งแรงอยู่บ้านเฉย ๆ มารวมตัวกัน เป็นกลุ่มก็ได้ ชมรมก็ได้ จะได้ไม่เบื่อ เหงาอยู่ที่บ้าน...”

การพัฒนาการมีส่วนร่วมและดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง

ข้อมูลทั่วไป ภาคีเครือข่ายภายในชุมชน ได้แก่ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล อสม. กรรมการหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ประชาชนชุมชนและสถาบันการศึกษา จำนวน 21 ราย ร้อยละ 76.19 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55.09 ปี (SD = 12.68) และองค์การดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผอ.รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย จำนวน 4 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 38.75 ปี (SD = 13.07)

2.1 ภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ 1) ออบต. โดย ปลัดออบต. ร่วมประชุมรับทราบข้อมูล เสนอแนะ แลกเปลี่ยน สะท้อนผลการทำงานกับพยาบาล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเดือนละ 4 ครั้ง และอนุมัติงบประมาณโครงการที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ได้แก่ โครงการสนับสนุนพันธุ์ไก่พื้นบ้านให้ครอบครัวผู้สูงอายุครัวเรือนละ 5 คู่ เป็นแหล่งอาหารโปรตีน โครงการปลูกผักกินเอง สนับสนุนงบประมาณและสถานที่จัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุตามความต้องการของสมาชิกชมรม 2) สถาบันการศึกษาให้คำปรึกษาด้านวิชาการด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเสนอแนะคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังแบบองค์รวม ร่วมประชุมแลกเปลี่ยน สะท้อนผล

สิทธิพรณ เรือนจันทร์ และพิกุลทิพย์ ชุนเศรษฐ

การทำงานร่วมกับพยาบาล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เดือนละ 4 ครั้ง และ 3) กรรมการหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ประชาชนชุมชน ประชุมเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อสร้างความเข้าใจ ประกาศให้ประชาชนรับทราบสถานการณ์ปัญหา แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน จัดทำแผนงาน โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เผยแพร่ สนับสนุนภูมิปัญญาเรื่องการปลูกผัก สนับสนุนเมล็ดพันธุ์ผัก และผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง

2.2 องค์การดูแลสุขภาพคือรพ.สต. โดยพยาบาล พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เปิดรับสมัครอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็น อสม.จำนวน 10 ราย อายุเฉลี่ย 48.22 ปี (SD = 8.54) ดำเนินการ ดังนี้ 1) จัดอบรม 1 วันที่ รพ.สต. เกี่ยวกับการประเมินอาการเจ็บป่วย ยา ภาวะโภชนาการ การทรงตัว การมองเห็น การได้ยิน แผลกดทับ การประเมินด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์และกิจกรรมทางกาย 2) มอบหมายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เลือกครอบครัวเยี่ยมตามความสมัครใจ ชี้แจงบทบาทหน้าที่การดูแล ดังนี้ หน้าที่ต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ดูแลให้กำลังใจอยู่เป็นเพื่อน รวมถึงประสานส่งต่อมายัง รพ.สต. หน้าที่ต่อผู้ดูแลหลักในครอบครัว ได้แก่ สอนทักษะการดูแลตามปัญหาของผู้สูงอายุ เช่น อาหารที่เหมาะสม ส่งเสริมกิจกรรมทางกายด้วยอุปกรณ์ภายในบ้าน แก้ปัญหาที่เกิดจากความเสื่อม ฟันฟูภาวะสุขภาพ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และอยู่เป็นเพื่อน กำหนดความถี่ในการเยี่ยมดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADLs ≥ 12 คะแนน ADLs 5- 11 คะแนน และ ADLs < 4 คะแนน เดือนละ 1, 2, และ 4 ครั้งตามลำดับ หลังการเยี่ยมลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก 3) คัดกรองภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง 4) ประชุม สะท้อนผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุผ่านแบบ

บันทึกการเยี่ยม เดือนละ 4 ครั้ง 5) สนับสนุนข้อมูลให้ชมรมผู้สูงอายุเขียนโครงการรณรงค์ประมาณจาก อบต. และ 6) ให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง

2.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังที่บ้านได้รับการดูแลจาก

1) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเยี่ยมบ้าน เพื่อ 1) ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงขั้นต้นของโรคเรื้อรัง 2) ดูแลแผลกดทับให้ดีขึ้น และป้องกันการติดเชื้อ 3) ส่งเสริมการบริโภคได้แก่ปรับเปลี่ยนเมนู ชนิดอาหาร เพิ่มมื้ออาหาร และกระตุ้นดื่มน้ำเพิ่มขึ้น 4) ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ภายในบ้านมา ส่งเสริมกิจกรรมทางกายบนเตียงและภายในบ้าน ไปห้องน้ำด้วยตนเอง 5) ป้องกันปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น จัดบ้าน ทำราวจับเดิน ภายในบ้านและบริเวณบันได และ 6) ให้กำลังใจ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ เป็นเพื่อน และที่ปรึกษา ดังคำพูดของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ว่า

“...ปรับอาหารให้กิน 3 มื้อ ตรงเวลา มีไข่ ปลาทุกวัน บอกลูกว่าคนแก่ควรกินอาหารนุ่ม ๆ เปื่อย ๆ สักนิด มีนมเสริมวัน 1-2 กล่อง ดื่มน้ำให้มากขึ้น พุงแก่เย็น ให้มัน ให้กำลังใจแก่ ชูสองนิ้วบ้าง ปรบมือ ชื่นชมแกบ้าง พาเดินรอบเตียง ต่อมาเดินได้ราวอยู่ในบ้าน ตอนนี้ลูกเดินไปที่ห้องน้ำแล้ว...” (C5)

2) พยาบาลดำเนินการ ดังนี้ 1) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง 2) ให้คำปรึกษาแก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 3) รับการส่งต่อผู้สูงอายุที่เกิดภาวะฉุกเฉิน 4) ประชุมสรุปผลการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเดือนละ 4 ครั้ง และ 5) ติดตามการทำงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ดังคำพูดของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุว่า

“...เป้าหมายเหนื่อยหอบ นับหายใจ 32 ครั้งต่อ นาที โทรหาพยาบาลบอกให้พ่นยา 2 ครั้ง ปกติขึ้นไม่ต้อง

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง
ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ไปโรงพยาบาล บางที่ถ่ายรูปเข้าบวมส่งให้ทางไลน์ บอก
ว่าให้พัก ประคบเย็น กินยาที่แพทย์ให้ หยุดบริหารเข้า
1 อาทิตย์ เข้ายวบวม ทุกวันศุกร์เรียกประชุม ฉันทาม
ข้อสงสัย ความรู้เพิ่มขึ้นหลายเรื่อง เช่น คนไข้ยืนได้
กลัมน้ำอัสโซก ขาดต้องแข็งแรง กินโปรตีนเพิ่มเสริม
กลัมน้ำอัสโซ...” (C2)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน รวมกลุ่มทำ
กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เดือนละ 4 ครั้ง ปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหาร รวมกลุ่มกัน
เดินออกกำลังกายทุกเช้า มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น จาก
การมีนโยบายให้ปลูกผักทุกวันเสาร์ และให้เลี้ยงไก่ที่บ้าน

“...ฉันเปลี่ยนตัวเอง เช่น กินไข่อาทิตย์ละ 4 วัน
กินผักและเดินทุกวัน ทุกวันศุกร์ไปอนามัย ทำกลุ่ม คุย
กัน เรื่องยา ตรวจตา ตรวจเท้าเบาหวาน ทุกเดือนมีหมอ
(พยาบาล) สอนบริหารเท้า บริหารเข้า ...” (S40)

3) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ได้แก่ ภรรยา สามี
บุตร และญาติผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจ รู้สึกมีที่พึ่ง
อยู่เป็นเพื่อน มีคนให้คำปรึกษา และลดความเหน็ดเหนื่อย
จากการที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุไปเยี่ยมที่บ้าน
สม่ำเสมอ

“...แม่คือทำให้ฉันเหนื่อย อาสาสมัครมาดูแล
เข้าใจคนแก่มา ทุกอาทิตย์ อยู่แทนฉัน 1-2 ชั่วโมง
ฉันได้ไปตลาด ซื้อของกิน ของใช้ 4 เดือนมานี้
ความเครียดจากการดูแลแม่ลดลงมากเลย..” (F10)

ผลลัพธ์ของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง

ผลลัพธ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับจุลภาค คือ ระดับครอบครัว

1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง จำนวน 49 ราย
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและกิจกรรมทาง
กายส่งผลให้สามารถดูแลภาวะสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น
ดังนี้ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 22 ราย (ร้อยละ 78.57)

บริโภคผักเพิ่มขึ้นทุกคน และบริโภคไข่ทุกวัน 35 ราย
(ร้อยละ 71.00) และควบคุมภาวะโรคเรื้อรัง ดังนี้
ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงควบคุมความดัน
โลหิตได้ (ระดับความดันโลหิต < 139/79 mmHg)
15 ราย (ร้อยละ 68.18) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีระดับ
น้ำตาลในเลือดสูงควบคุมได้ในระยะ 5 เดือน (ระดับ
น้ำตาลในเลือด 80-120 mg%) 15 ราย (ร้อยละ
83.33) ดังคำพูดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานว่า

“...แรกก่อนน้ำตาลขึ้น ๆ ลง ๆ 160 ถึง 200 กว่า
แต่ 4 เดือนนี้เดินรอบบ้านทุกเช้า กินผักเพิ่มขึ้น ไปร่วม
ชมรมผู้สูงอายุเจอคนรุ่น ๆ เรา สบายใจ เจาะเลือด
น้ำตาลน้อยกว่า 110 มาตลอดเลย ดีใจมาก...” (S27)

2) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีความรู้ เข้าใจการ
ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่
ผู้สูงอายุ ADLs 5-11 คะแนนทั้งหมด 5 ราย เดินเพิ่ม
ขึ้นภายในบ้านและบริหารร่างกายแขนขาวันละ 30-60
นาที ความเสี่ยงต่อการหกล้มลดลง 3 ราย ผู้สูงอายุ น้ำ
หนักน้อย 9 ราย มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 5 ราย (ร้อยละ
55.55) และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 2
ราย กลับมาไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ADLs < 5
คะแนนได้รับการทำกายภาพจากผู้ดูแลหลักใน
ครอบครัวทุกวัน ผู้สูงอายุมีแผลกดทับ 2 ราย แผลหาย
1 ราย ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานว่า

“...แรกก่อนกินวัน 2 มื้อกินได้ที่ชนิด ลูกสาว
เปลี่ยนกับข้าวมีไข่ สลับปลาหนึ่งทุกวัน ผักหวาน ตำลึง
มะเขือปลุกข้างบ้านเอามาต้มบ้าง เลียงบ้าง กินวันละ
4-5 มื้อ รู้สึกมีกำลังเดินมากขึ้นกว่าเก่ามาก...” (S05)

2. ระดับกลาง คือ ภาคีเครือข่ายภายในชุมชน
โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีจิตใจเอื้ออาทร 10 ราย
มีความรู้ ศักยภาพช่วยเหลือ ประสานส่งต่อให้แก่
พยาบาลได้ และได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว
ผู้สูงอายุ ดังคำพูดของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ว่า

“...มีความสุขที่เห็นแกลูกเดินเกาะราวเข้าเย็น แกเหมือนญาติ แข็งแรงขึ้น เราบายใจถ้าไม่ทำตามก็ไปหาพูดแล้วจับแขน ขาแกยกขึ้นลงและบอกว่าถ้าไม่ทำตามวันหลังไม่มาคุยเป็นเพื่อนอีก...” (C9)

ตั้งคำพูดของผู้ดูแลหลักในครอบครัวว่า

“...อสม.ที่มายเยี่ยมเขาให้คำแนะนำ สอนเป็นเหตุเป็นผล แม้ปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้นจริง อสม.เก่งกว่าเมื่อก่อนที่ม่วัดแต่ความดันแล้วก็กลับ ตอนนี้อสม.บอกว่ถ้ากินปลาทุกวัน และเดินบ่อย ๆ กล้ามเนื้อขาแข็งแรง ต่อไปก็เดินได้เองไม่ต้องพุง ฉันเลยเชื่อถือเขา และคิดว่าดีถ้าทำแบบนี้สม่ำเสมอต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ...” (F04)

3. ระดับใหญ่ พบว่า ภาคีเครือข่ายภายในชุมชนได้จัดทำแผนงานโครงการที่เอื้อต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังที่ส่งเสริมให้เกิดนโยบายและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อภาวะสุขภาพ ดังนี้

1) เกิดนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ได้แก่ 1) ครว้เรือนปลูกผักกินเอง ส่งผลให้ครว้เรือนปลูกผัก 27 ครว้เรือน (ร้อยละ 55.10) 2) ครว้เรือนเลี้ยงไก่พื้นบ้าน ส่งผลให้ครว้เรือนเลี้ยงไก่ 15 ครอบครัว (ร้อยละ 30.61) 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังต้องออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำให้เกิดกลุ่มออกกำลังกายเดินตอนเช้า 30 ราย (ร้อยละ 61.22) และ 4) ผู้สูงอายุที่มีค่า ADLs > 5 คะแนน เดินและมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอภายในบ้านทุกคน

2) เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ได้แก่ ครว้เรือนผู้สูงอายุมีผักและไขบริโภคทุกวัน จากการปลูกผักเลี้ยงไก่พื้นบ้าน และสมาชิกในครอบครัวจัดบ้าน ปรับปรุงบ้าน ทำราวเกาะเดินราวบันไดในบ้าน ให้ผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ไม่มี

ฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศช่วยลดไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ (low-density lipoprotein cholesterol: LDL-cholesterol) และช่วยเพิ่มไขมันชนิดความหนาแน่นสูง (high-density lipoprotein cholesterol: HDL-cholesterol) ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดโรคเรื้อรังได้แก่ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะไขมันในเลือดสูง²⁴ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด¹¹ สำหรับผู้ดูแลหลักจะเป็นคู่สมรสอยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกัน รองลงมาคือบุตร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตร^{25,26}

สถานการณ์ปัญหา และความต้องการด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังนั้น พบว่า ต้องการให้ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเยี่ยมเยียนที่บ้านเพื่อให้กำลังใจ²⁵ รวมทั้งต้องการให้มีคนพาออกไปทำกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของทศพร คำผลศิริและคณะ²⁷ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีปัญหาการเดินทางและการมองเห็น จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อทำกิจกรรมนอกบ้าน และผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียวต้องการเพื่อนพูดคุยคลายเหงา สำหรับผู้ดูแลหลักในครอบครัว พบว่า อยากมีคนมาทดแทน ผลัดเปลี่ยน มีที่ปรึกษา สามารถช่วยดูแลในขณะมีภาวะฉุกเฉินเพื่อลดความเหนื่อยล้าที่ต้องดูแลคนเดียวต่อเนืองยาวนาน สอดคล้องกับการศึกษาของสาริกซ์ พรหมมารัตน์²⁸ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุต้องใช้เวลาดูแลมากกว่า 18 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีใครมา สลับหน้าที่หรือรับภาระแทน²⁸ ยิ่งไปกว่านั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังเป็นการดูแลหลายด้านมีความสลับซับซ้อน²⁹ และบางครั้งผู้ดูแลไม่สามารถแก้ปัญหาอาการที่เกิดจากภาวะเรื้อรังของผู้สูงอายุได้ สำหรับบุคลากรทีมสุขภาพที่มีภาระงานมากต้องการให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมมือกัน เตรียมความพร้อมด้านความรู้ รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ เสริมแรงใจในการปรับเปลี่ยน

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง
ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

พฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของปริญา ทุนต้า³⁰ ที่สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนร่วมกันดูแลช่วยเหลือตามภาวะสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ประยุกต์ใช้ในระดับจุลภาค (micro level) ระดับกลาง (meso level) และระดับใหญ่ (macro level) เน้นการเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่ายภายในชุมชน และองค์กรดูแลสุขภาพ ดูแลจัดการภาวะสุขภาพเรื้อรัง²² แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังเกิดจากกระบวนการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายภายในชุมชนและองค์กรดูแลสุขภาพ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ ดังนี้

1. ระดับจุลภาค มีประเด็นที่สำคัญคือ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังและผู้ดูแลหลักในครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อม ทักษะดูแลสุขภาพตนเองโดยได้รับข้อมูลที่เพียงพอ เสริมแรงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ รอดชื่นเมือง และธัญญา แสนสระดี¹³ และจันทร์เพ็ญ ประโยงค์และคณะ¹⁵ จึงพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสาผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกาย จิตใจ ป้องกันปัจจัยเสี่ยง และเมื่อพบอาการเริ่มต้นของภาวะแทรกซ้อน อากาศฉุกเฉิน สามารถประสาน ส่งต่อให้แก่เจ้าหน้าที่สุขภาพได้ 2) การให้ความสำคัญกับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ดูแล เอาใจใส่ที่บ้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความสุข ลดความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังช่วยให้ครอบครัวลดความกังวล ความเครียด และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹¹

2. ระดับกลางมีประเด็นสำคัญคือ การสร้างความตระหนักการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชน ให้กรรมการหมู่บ้านหันมาสนใจ ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน¹⁵ เพราะเมื่อชุมชนรับทราบสถานการณ์ เข้าใจในปัญหา จะร่วมกันแสดงบทบาทเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน องค์กรดูแลสุขภาพโดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญประสานสร้างความร่วมมือภาคีอื่น ๆ ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านการศึกษา มาดูแลผู้สูงอายุทั้งระดับครอบครัว และชุมชน เช่น ทำให้เกิดอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่บ้าน¹⁵ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้ดี พยาบาลเชื่อมโยงกับชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมพบปะกลุ่มคนอายุเดียวกัน¹⁷ ประสาน อบต. เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณมาจัดกิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ ไกรอ่อนและสาริณี วอนแก่น้อย¹⁷ และวารุณี เรืองมี และเนตรนภา คู่พันธ์วิ¹² เนื่องจากการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับการมีงบประมาณสนับสนุนทำให้เกิดการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. ระดับใหญ่ ภาคีเครือข่ายภายในชุมชนร่วมจัดประชุมทบทวนแผนงาน และการดำเนินโครงการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อแก่สุขภาพผู้สูงอายุและการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของบกนิษฐ ชาติกิจอนันต์ และคณะ³¹ พบว่าการทำงานในรูปแบบเครือข่ายมีการนำผลการดำเนินงานและปัญหาที่เกิดขึ้นมาร่วมกันปรึกษาและแก้ไขร่วมกันทำให้นโยบายประสบความสำเร็จมากขึ้น

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังมีการควบคุมโรคได้ดีขึ้นเนื่องจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และกิจกรรมทางกาย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ดูแลด้านจิตใจ สอดคล้องกับการพิสมัย บุญเลิศ และคณะ¹⁴ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโดยองค์การสุขภาพและอาสาสมัคร ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขพึงพอใจและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น¹³ และจากวัฒนธรรมการเกื้อกูลกันภายในชุมชน พบว่า อาสาสมัครดูแล

ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากญาติ กล้าที่จะเข้าไปดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมั่นใจ เกิดนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ 3 ประเด็น คือ 1) ส่งเสริมการปลูกผักไว้บริโภค 2) เลี้ยงไก่พื้นบ้านเพื่อบริโภคใช้เป็นแหล่งอาหารโปรตีนหลักของผู้สูงอายุและครอบครัว และ 3) ส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุตามสภาพร่างกายของบุคคลนั้น ๆ จนทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของปริญดา ทุนคำ³⁰ และการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมให้ผู้สูงอายุได้ร่วมทำกิจกรรมเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดี ลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสุขกายจิตใจ และมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลชุมชน ควรให้ความสำคัญการเตรียมความพร้อม ให้ข้อมูลทางสุขภาพที่เพียงพอ เสริมแรงจูงใจ กระตุ้นภาคีเครือข่ายภายในชุมชน ได้แก่ อบต. สถาบันการศึกษา ผู้ดูแลหลักในครอบครัว กรรมการหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ประชาชน ชุมชน ให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง นำไปสู่การเกิดนโยบายสาธารณะ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง

2. พยาบาลชุมชน ควรพัฒนาภาคีเครือข่ายภายในชุมชน โดยเฉพาะพัฒนาศักยภาพของ อสม. อาสาสมัครอื่นๆ และผู้ดูแลในครอบครัวให้มีความเข้าใจ ทักษะการดูแล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับงบประมาณการวิจัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ WU-IRG-60-002 และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยในชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่าย และ รศ.ดร.นัยนา หนูนิล ที่ได้ให้คำปรึกษาการวิจัยในครั้งนี้ตลอดทุกกระบวนการ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social and Affairs, Population Division. World population prospects: the 2015 revision, key finding and advance tables. 2015 [cited 2020 January 3]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-2015-revision.html>
2. National Health Security Office. Annual report. Bangkok: Sahamit Printing & Publishing; 2018. (in Thai)
3. Health Data Center. Classified population by gender and age. 2020 [cited 2020 June 5]. Available from: https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4e1bddb23d6130746d62d2538fd0 (in Thai)
4. Health Data Center. Morbidity rate with non-communicable diseases: health service area 11 Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province. 2020 [cited 2020 May 5]. Available from: https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11 (in Thai)
5. Kongdaeng W. Estimating medical costs of out-patients among diabetes mellitus patients in community Hospital. Thai Journal of Public Health and Health Sciences. 2019;2(2):54-61. (in Thai)
6. Thangkratok P, Petchsuk R, Keinwong T, Trainattawan W, Thatdee P, Boonpradit P. Care management model for older adults with chronic diseases in the community. Royal Thai Navy Medical Journal. 2020;47(1):234-48. (in Thai)

**การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง
ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช**

7. Srimongnam V. Factors association with the quality on life of the elderly with chronic disease in moo 10 community of Rai Noi Sub-District, Ubon Ratchatani District, Ubon Ratchatani Province. In Ratchatani University Conference 2018 “Disruptive innovation”; May 25 2018; Ubonratchatani: Ratchatani University; 2018. (in Thai)
8. Department of Mental Health. Suicide report. 2020 [cited 2020 January 15]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/viewg1.asp?id=28> (in Thai)
9. Intarates M, Leesmidt V, Dhipayom T, Upakdee N. Equity in health in Thai elderly under universal coverage scheme 2019: a systematic Review. Journal of Health Systems Research. 2019;13(2):157-74. (in Thai)
10. Jumneansuk A, Detboon P, Mingmai K, Phophak S, Phoha S, Phanitcharoen S. Quality of life among elderly who are Living with chronic diseases, Srichomphu District, Khon Khan province. Ratchaphruek Journal. 2017;15(2):16-26. (in Thai)
11. Wongcharoe N, Ratchatathanarat T, Somngam P. Development of continuity of care model for stroke patients. Academic Journal of Community Public Health. 2020;6(4):61-71. (in Thai)
12. Ruangmee W, Khupantavee N. Health care situation of stroke patients in community of Khao-Ya Subdistrict, Sribunpot District, Phatthalung Province. Academic Service Journal Prince of Songkla University. 2016;27(3):64-72. (in Thai)
13. Rodkhunmueang S, Saensaradee T. Improvement of a continuing care model of the home-bound and bed-bound stroke’s patients in Nonghan Hospital Udon Thani Province. Nursing Health and Education Journal. 2019;2(3):55-63. (in Thai)
14. Boonles P, Proarak T, Thaewpia S. Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen. 2016;23(2):79-87. (in Thai)
15. Prayong C, Chaipasop P, Munjaiwong D. Development of care model for patients with chronic disease by community participation in Banthi District Lamphun Province. Journal of Health Science. 2020;29(5):803-12. (in Thai)
16. Suanrueang P, Wannasri A, Srithamrongsawat S. Community care by caregivers to dependent elderly under the community-based long-term care policy. Journal of Health Systems Research. 2020;12(3):437-51. (in Thai)
17. Kraioon S, Vonkaonoy S. The development network system of intervention for older persons with hypertension from hospital to community. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2015;21(1):41-53. (in Thai)
18. Health Data Center. Morbidity rate with non - communicable diseases: Health Service Area 11 Thasala District Nakhonsrithammarat Province. 2020 [cited 2020 May 5]. Available from: https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cf e0155e11
19. Department of medical service. Elderly Screening/ Assessment Manual. Bangkok: Thai war veterans organization; 2015. (in Thai)
20. Village committee. Village monthly meeting report in August 2019. Tonkratorn monthly meeting; 2019 August 16; 2019. (in Thai)
21. World Health Organization. Innovative care for chronic condition: building block for action: global report. 2002 [cited 2021 June 11]. Available from: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccglobalreport.pdf?ua=1>
22. Praditsathaporn C, Chaoonsak Y, Kosalwat S. Application of the WHO’s innovative care for chronic conditions framework for diabetes prevention according to the role of professional nurses in primary health care system. Journal of Ratchathani Innovation Health Science. 2018;2(4):1-8. (in Thai)
23. Chirawatkul S. Qualitative study in nursing: Research methodology and case study. Bangkok: Witthayaphat; 2012. (in Thai)
24. Assantachai P. Common health problems in the elderly and prevention. Bangkok: Unioncreation; 2013. (in Thai)
25. Jongrat K, Ridchuayrod S, Wongmek N, Rattanakhot N. Health status and quality of life of dependent elderly in Thungsong Municipality, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Health Science. 2019;28(6):1013-20. (in Thai)

- 26 Sunsern R, Rattanaareethakul S, Lawang W, Tassanatanachai A, Viriya C, Sorujthamakul T, et al. Evidence, problems, and health care needs for hypertension patients at Baan-bung district, Chon-Buri province. *Journal of Nursing Education*. 2011;4(1):2-16. (in Thai)
- 27 Khampolsiria T, Chintanawat R, Suwankruhasn N. Exploration of community capacity, Thasala Sub -district, Chiang Mai Province, in caring of dependent older people. *The Public Health Journal of Burapha University*. 2020;15(2):86-98. (in Thai)
- 28 Promarat S. Factors affecting burden of caregivers for the elderly bed-bound in Banhong District, Lamphun. *Lanna Public Health Journal*. 2016;12(1):57-64. (in Thai)
- 29 Krairak L, Prapaipanich W, Monkong S. Fatigue and fatigue management of family caregivers caring for older adults with heart failure post discharge. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2016;27(2):17-30. (in Thai)
- 30 Thunkham P. Process of district health board development for elderly health promotion in Uttaradit Province. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Province Office*. 2020;6(2):112-26. (in Thai)
- 31 Chatkitanan A, Auemaneekul N, Chandanasotthi P, Rawiworrakul T. Effectiveness of the application of innovative care for chronic condition framework for diabetic at risk group. *Journal of Public Health Nursing*. 2014;28(3):113-28. (in Thai)