

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น*

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์* Ph.D (Gerontological Nursing)**

ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ Ph.D (Public Health Nursing)***

ร.อ.หญิง ศิริพันธ์ สาสัตย์ Ph.D (Gerontological Nursing) ****

พรทิพย์ มาลาธรรม Ph.D (Nursing) *****

จิณณ์ลธิธา ฌรงค์ศักดิ์ พย.บ. *****

บทคัดย่อ:วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วม ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ

การออกแบบวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research)

การดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล เครือข่ายชุมชน และบุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ประชุมกลุ่ม (focus group) ในแต่ละกลุ่มประมาณ 8-10 คน เพื่อหาปัญหาและความต้องการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ระบบสนับสนุนและบริการที่มีอยู่

ระยะที่ 2 ประชุมกลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบของระบบบริการ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การตรวจสอบในกลุ่มระหว่างกลุ่ม จนกระทั่งได้รูปแบบบริการ นำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาใน 3 ชุมชน

ผลการวิจัย: การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขไปทดลองใช้ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้สูงขึ้นกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในบริการของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ: ระบบบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้มีประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการร่วมคิด ร่วมทำในกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบบริการนี้ต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29 (3) 104-115

คำสำคัญ : รูปแบบการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ภาวะพึ่งพา

*ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก ทุนงบประมาณแผ่นดินมหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email: virapan.wir@mahidol.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2548 มีจำนวนผู้สูงอายุ 6.7 ล้านคน คาดว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าคือ 14 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 หรือคิดเป็นร้อยละ 10.3 และร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ ทำให้ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ¹ ผลตามมาทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการดูแลจำนวนมาก จากการคาดประมาณสถานะสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 18.8 มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว ร้อยละ 4.7 ต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบริเวณบ้านและที่พักอาศัย ร้อยละ 0.9 ต้องนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกหรือเคลื่อนย้ายได้ และร้อยละ 6.9 ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพลักษณะส่วนตน² เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชนนั้น ประกอบด้วยเครือข่ายเป็นทางการ (formal network) เช่น บริการสุขภาพที่บ้าน (home health care) โดยทีมสหสาขาประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด ซึ่งกำลังดำเนินการริเริ่มในประเทศไทย³ เครือข่ายไม่เป็นทางการ (informal network) เป็นการดูแลในระดับครอบครัวและเครือญาติซึ่งเป็นบรรทัดฐานที่ยึดถือปฏิบัติกันมา แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวยังทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในชุมชน^{4,5}

อย่างไรก็ตามภาวะสังคมในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปโครงสร้างของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงอาชีพด้านการเกษตรไปสู่อุตสาหกรรมมีการขยายตัวของเขตเมืองทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจได้รับการดูแลที่ไม่มีคุณภาพเนื่องจากไม่มีญาติผู้ดูแลหรือญาติผู้ดูแลไม่มีเวลา

เพียงพอเพื่อรองรับปัญหาครอบครัวและเครือญาติที่มีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะต้องพึ่งพา ปัญหาเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ดังนั้นเครือข่ายไม่เป็นทางการจึงมีบทบาทมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ ระดับชุมชน คือ เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะต้องพึ่งพา ลักษณะดังกล่าวเป็นแนวคิดใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) เนื่องจากชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งพาตนเองของประชาชนทำให้เกิดการพึ่งพิงบริการของรัฐลดลง⁶ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ในยุทธศาสตร์ที่ 5.2 คือการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ โดยบทบาทการมีส่วนร่วมของ ภาคี ภาคประชาชน ภาคีรัฐ ภาคเอกชน มาร่วมคิด ร่วมทำ ในการสร้างเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนเชื่อมโยงอย่างบูรณาการ⁶ การศึกษาโดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานจะทำให้เกิดการยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแล⁷ และหาแนวทางช่วยผู้ดูแลโดยการให้ความรู้และการเยี่ยมบ้านเพื่อลดภาวะความเครียดของผู้ดูแล^{8,9} แต่การศึกษาให้ชุมชนมีส่วนร่วมช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะต้องพึ่งพาเพื่อแบ่งเบาภาระญาติผู้ดูแลในเชิงลึกยังมีน้อยมาก

การศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ⁴ เรื่องรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพานั้นยังมีข้อจำกัดมากทั้งบริการสุขภาพและสังคม บทบาทการดูแลหลักยังเป็นครอบครัว แม้ปัจจุบันจะมีอาสาสมัคร

ดูแลผู้สูงอายุบางพื้นที่แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลทั่วไป และขาดหน่วยงานสนับสนุนอาสาสมัคร การบริการยังอยู่ ลักษณะแยกส่วน ขาดการบูรณาการระหว่างเครือข่าย การดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

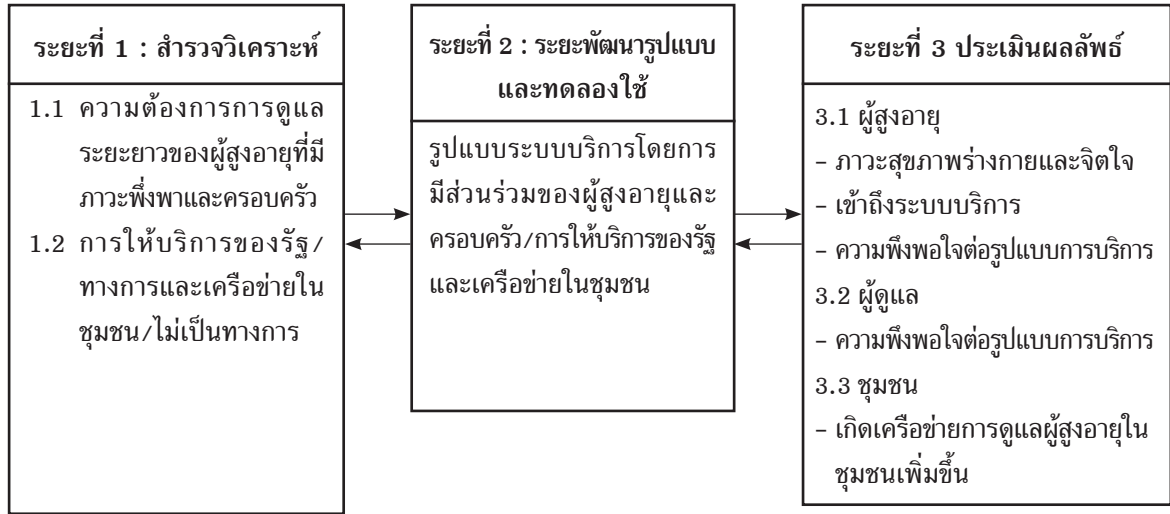
ดังนั้นการพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและต้องพึ่งพาในชุมชนจึงมีความสำคัญที่จะต้องมีศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้ได้รูปแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการร่วมคิดหาแนวทาง ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชนของตนเอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเป็นวิธีการที่เหมาะสมเนื่องจากเป็นกระบวนการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เพื่อแก้ไขปัญหาโดย ประชาชน ชุมชน ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผล ทำให้เกิดการพัฒนาคิดค้นอย่างมีวิจารณ์ญาณ และเป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) กล่าวคือ ผู้สูงอายุ ครอบครัว เครือข่ายการดูแลอย่าง เป็นทางการและไม่เป็นทางการร่วมกันคิดค้น นำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพที่เป็นไปอย่าง มีคุณภาพและเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและเกิดความยั่งยืนในที่สุด¹⁰

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในชุมชนผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพ และต้องพึ่งพามากขึ้น ญาติผู้ดูแลนั้นต้องทำหน้าที่

รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากหน้าที่ประจำที่มีอยู่ สถานการณ์นี้ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดและ ผู้สูงอายุ อาจไม่ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ⁷ แต่ละชุมชนนั้นมีเครือข่ายทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เครือข่ายเหล่านี้ น่าจะเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดระบบบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะต้องพึ่งพา เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น² เนื่องจาก เครือข่ายในชุมชนนั้นมีความเข้าใจปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล อีกทั้งระบบบริการที่จะเกิดขึ้นจากเครือข่ายในชุมชน ผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลได้ร่วมกันคิดและจัดตั้งขึ้นมา จะมีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมนั้นๆ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพนั้น มีความยั่งยืนโดยผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและองค์กรของรัฐมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการและมีความ รับผิดชอบร่วมกัน โดยกระบวนการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1. ระยะสำรวจและวิเคราะห์ ความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมของ 3 ฝ่าย คือ ผู้สูงอายุและครอบครัว เครือข่ายไม่เป็นทางการ เช่น เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน และ เครือข่ายเป็นทางการ เช่น บุคลากร ทีมสุขภาพ สถานบริการของรัฐ 2) ระยะ พัฒนารูปแบบและทดลองใช้โดยการมีส่วนร่วมของ ทั้ง 3 ฝ่ายดังกล่าว และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ ผลลัพธ์ ต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชน¹⁰ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและญาติผู้ดูแลอาศัยอยู่ในชุมชนศิลปะเดช ริมคลองบางค้อ และแม่พระประจักษ์ เป็นพื้นที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์สาธารณสุขที่ 29 ช่วง นุชเนตร

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม จำนวนผู้เข้าร่วมกลุ่ม ๆ ละประมาณ 8-12 คน โดยมีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง
- กลุ่มที่ 2 สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 3 ผู้นำชุมชนของแต่ละพื้นที่ ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ประธานชุมชน ประธานกลุ่มต่าง ๆ กรรมการชุมชนและ อ.ส.ส เป็นต้น

กลุ่มที่ 4 บุคลากรที่มสุขภาพที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่น

1.1 การศึกษาจากเอกสารในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลมีภาวะเครียดจากการดูแลเนื่องจากขาดความรู้และบางครั้งมีความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุยังมีน้อย ศูนย์บริการสาธารณสุขอัตรากำลังในการดูแลไม่เพียงพอ^{1,2,4,7}

1.2 การสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึง ปัญหาและความต้องการของกลุ่มต่างๆ ภาพรวมของ ระบบบริการสุขภาพบริการที่ได้รับจากเครือข่ายอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการในปัจจุบัน พบว่า

1.2.1 กลุ่มของผู้สูงอายุ มีความต้องการ การดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องเพราะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมีภาวะเสื่อมถอยและภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนมากมีฐานะยากจน รายได้ไม่พอใช้ ต้องการเบี้ยยังชีพจากทางรัฐบาลและบัตรประกันสุขภาพที่สามารถใช้ได้ทุกสถานบริการโดยไม่ต้องรอ การส่งต่อ ผู้สูงอายุต้องการให้อาสาสมัครและเพื่อนบ้าน ในชุมชนมาช่วยดูแล

1.2.2 กลุ่มผู้ดูแล มีความเครียดเกี่ยวกับการดูแล ขาดความรู้ในการดูแลเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ขาดอุปกรณ์ในการดูแล มีภาระค่าใช้จ่าย ในการดูแลสูง ต้องการให้มีบริการ สายด่วนปรึกษาแพทย์ และพยาบาลโดยตรง แพทย์ไปตรวจเยี่ยมและให้ยาที่บ้าน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลนั้นมีความลำบากมากเมื่อ ต้องไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ทางเข้าออกชุมชนแคบมาก การเคลื่อนย้าย ผู้สูงอายุไม่สะดวกและต้องเสียค่าเดินทาง ผู้ดูแล ต้องการให้หน่วยงานของรัฐช่วยในเรื่องอุปกรณ์ต่างๆ ในการดูแล เช่น ชุดทำแผล สำลี ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไม้เท้า รถเข็น เป็นต้น ทางหน่วยงานของรัฐนั้น ควรมีการให้ความรู้และสร้างเสริมศักยภาพในการดูแล ต้องการให้ ชุมชนหรือเพื่อนบ้านช่วยดูแล เช่น เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ เมื่อไปโรงพยาบาลหรือช่วยอุ้มยกพุงในขณะให้การดูแล

1.2.2 กลุ่มเครือข่ายการดูแลในชุมชนแบบไม่เป็นทางการ ประกอบไปด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุข สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนของกลุ่ม พลมาลีอาสาสมัครคริสตจักรของโบสถ์แม่พระประจักษ์

ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ยากไร้ และตัวแทนของ ชมรมผู้สูงอายุ ให้ความเห็นว่ากลุ่มของตนเองต้องการ ที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุแต่ยังขาดความรู้ในการดูแล การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ และขวัญกำลังใจใน การทำงาน เครือข่ายชุมชนแสดงความคิดเห็นว่า ควรมี การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยเครือข่ายระหว่าง บุคคลากรที่มสุขภาพและชุมชนครอบครัวมีส่วนร่วม แบ่งหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนให้ชัดเจน

1.2.2 กลุ่มบุคลากรที่มสุขภาพของศูนย์ บริการสุขภาพ พบว่าขาดแคลนบุคลากร บางครอบครัว ไม่ยินยอมให้เข้าเยี่ยมบ้าน ขาดการประสานงานให้ เยี่ยมบ้านในชุมชนที่มีภาวะพึ่งพา บางพื้นที่ไม่มี อสส. หรือ อสส.เข้าไปสำรวจไม่ถึง ขาดแคลนอุปกรณ์ ขาด แพทย์ไปเยี่ยมบ้าน เนื่องจากบัตรประกันสุขภาพใช้ ไม่ได้ ทุกสถานบริการสุขภาพ แม้แพทย์จะไปให้บริการ ตรวจสุขภาพที่บ้าน แต่ไม่สามารถส่งยาให้ได้หาก บัตรประกันสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ใช่ของศูนย์ฯ บริการ ที่ให้กับชุมชนมีดังนี้ เยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขา เดือนละ 1 ครั้ง พยาบาลมีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ จัดหาอุปกรณ์ในการดูแลให้ จัดอบรมผู้ดูแลของสำนัก อนามัยปีละ1ครั้ง จากการศึกษาปัญหาความต้องการ ในระบบการดูแลผู้สูงอายุในการบททวนวรรณกรรมกับ การสนทนากลุ่ม พบว่า ปัญหาหลักมีความคล้ายคลึง กัน แต่การสนทนากลุ่มทำให้ได้รายละเอียดและเป็น ปัญหาและความต้องการในบริบทของชุมชนนั้นอย่าง แท้จริง

1.3 การจัดประชุมกลุ่มทุกกลุ่มโดยใช้แนวทาง เวทีชุมชน เพื่อหามติร่วมกัน โดยทีมผู้วิจัยนำเสนอ รูปแบบที่ ประมวลได้ทั้งจากการสนทนากลุ่ม ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และการร่วมอภิปรายกันของเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพ การวิเคราะห์รูปแบบการบริการสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและความเป็นไปได้ แต่ละกลุ่ม ได้แบ่งบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลดังนี้

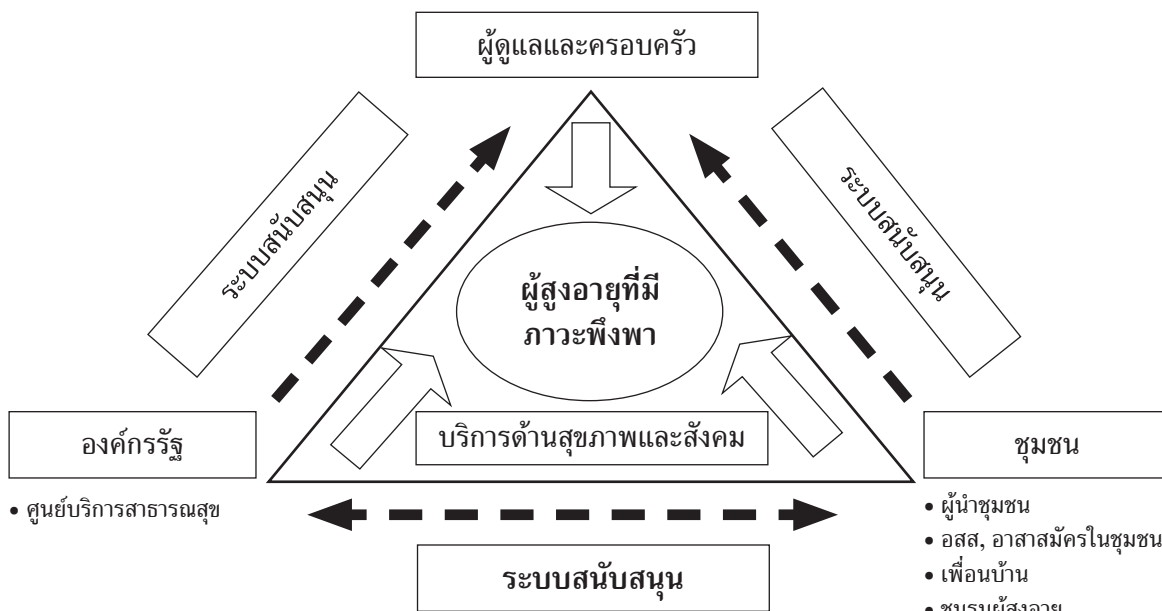
1.3.1 ผู้ดูแลและครอบครัวมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ

1.3.2 เครือข่ายชุมชนมีหน้าที่ในการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสาร ประสานการดูแล และส่งต่อระหว่างชุมชนกับศูนย์บริการสาธารณสุข

1.3.3 บุคลากรที่มสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ แพทย์ออกเยี่ยมบ้าน ตรวจและรักษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลออกเยี่ยมบ้านในรายที่ต้องรับผิดชอบเดือนละ 1 ครั้ง พยาบาลให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลโทรศัพท์ปรึกษาโดยตรง

นักสังคมสงเคราะห์ให้การช่วยและจัดหาอุปกรณ์ในการดูแล นักกายภาพบำบัด ฟันฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ บุคลากรที่มสุขภาพจะเพิ่มศักยภาพของครอบครัวให้เข้มแข็งมากขึ้น

สรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นควรมี 3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวม ทางด้าน ร่างกาย จิต และสังคม ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบการดูแล

ระยะที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่น

บุคลากรที่มสุขภาพและชุมชน ดำเนินการให้บริการสุขภาพตามรูปแบบที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 คน

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาสำรวจ 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนศิลปเดช ริมคลองบางค้อ และแม่พระประจักษ์ เนื่องจากชุมชนศิลปเดชเป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็ง สามารถเป็นที่เลี้ยงให้ชุมชนที่อยู่รอบๆ ได้ มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่ทำงานประสานและร่วมมือกันทั้งทั้ง 3 ชุมชน

สรุปได้จัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครขึ้นมาและให้ชื่อว่า กลุ่ม “ขวัญใจผู้สูงอายุ” ที่ให้บริการในชุมชนร่วมกัน ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มพลมาลี และอาสาสมัครจากชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติจากทีมนักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นกลุ่มอาสาสมัครได้สำรวจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของตนเอง นำผลการสำรวจมาวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการช่วยเหลือโดยมีทีมวิจัยเป็นที่ปรึกษา การออกเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครจะช่วยผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุ พูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุและผู้ดูแล หากผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องการการดูแลพิเศษซึ่งเหนือความสามารถของอาสาสมัคร เช่น ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ แผลกดทับ การติดเชื้อ ข้อติดยึด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อาสาสมัครจะมีการส่งต่อปัญหาให้กับพยาบาล ส่วนทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม อาสาสมัครจะส่งต่อให้กับนักสังคมสงเคราะห์เกี่ยวกับสิทธิต่างๆ ที่ผู้สูงอายุควรได้รับ เช่น เบี้ยยังชีพ การขึ้นทะเบียนคนพิการ การสงเคราะห์อุปการณต่างๆ ที่ใช้เกี่ยวกับการดูแลและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การดูแล เมื่อเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพได้รับการส่งต่อ มีการปรึกษาหารือที่มสหสาขาเพื่อดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุและญาติต่อไป การศึกษานำร่องนี้ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน โดยมีผู้ช่วยนักวิจัยทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจในระบบบริการ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนและหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้ และมีการสะท้อนความคิดเห็นภายหลังดำเนินการให้บริการ 3 เดือน ซึ่งการสะท้อนคิดเพื่อนำมาปรับรูปแบบบริการให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การดูแลอย่างมีคุณภาพในอนาคตต่อไป

แบบสอบถามที่ใช้ประเมินผลก่อนและหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้มีดังนี้

1. แบบวัดภาวะสุขภาพ (The SF-36 Health Survey) ของผู้สูงอายุซึ่งพัฒนาโดย Ware (2000) มีความตรงด้านเนื้อโดยผ่านกระบวนการแปลกลับ (back-translation) จากผู้เชี่ยวชาญด้านสองภาษาจำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเที่ยง 0.85 แบบวัดนี้มีจำนวน 36 ข้อ ระดับของคะแนนจาก 0-100 คะแนนสูงหมายถึงผู้สูงอายุมีสุขภาพดี¹¹

2. แบบวัดการเข้าถึงบริการ คณะวิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีลักษณะ ความสะดวกในการรับบริการ ใช้เวลาไม่นาน การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนบริการ และการได้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว นำไปหาความตรงด้านเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและมีค่าความเที่ยง 0.75 แบบวัดนี้มีจำนวน 5 ข้อ มี 5 ระดับ คะแนนจาก 0-20 คะแนนสูงหมายถึงผู้รับบริการมีการเข้าถึงบริการได้มาก

3. แบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ คณะวิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยด้านคุณภาพการบริการและคุณภาพของด้านบริการอื่นๆ นำไปหาความตรงด้านเนื้อหากับผู้ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าความเที่ยง 0.75 มีจำนวน 9 ข้อ มี 5 ระดับ คะแนนจาก 0-36 คะแนนสูงหมายถึงผู้รับบริการมีความพึงพอใจมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลเลขที่ 00082.51 จากคณะกรรมการกถันกรองจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร คณะผู้วิจัยแนะนำโครงการและอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

พร้อมเซ็นใบยินยอมที่ระบุการพิทักษ์สิทธิ์ ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และจะทำลายข้อมูลเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการทบทวนวรรณกรรม และการสนทนากลุ่ม ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลแยกประเภท

2. การทดสอบรูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นโดยวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลและผู้สูงอายุต่อระบบบริการ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และการเข้าถึงระบบบริการก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ โดยการใช้สถิติที่ (Paired t-test)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและก่อนและหลังการให้บริการโดยใช้ สถิติ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ผู้สูงอายุ:						
ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย	23.11	19.15	22.56	19.86	0.159	0.875
ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ	38.08	20.79	40.35	14.48	-0.549	0.587
การเข้าถึงบริการ	60.33	10.90	70.33	14.62	3.372	0.002*
ความพึงพอใจในบริการ	61.85	14.66	74.20	13.71	-3.551	0.001*
ผู้ดูแล:						
การเข้าถึงบริการ	57.67	10.81	67.83	17.80	-2.758	0.010*
ความพึงพอใจในบริการ	62.13	14.92	67.69	19.46	-1.463	0.154

* p < .01

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 72.40 (SD=9.56) ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นหม้ายร้อยละ 46.6 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 73.3 ผู้สูงอายุทั้งหมดไม่ได้ทำงาน รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 4,083.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอใช้ร้อยละ 70.0 เคยไปรับบริการที่ศูนย์สาธารณสุข 29 คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระยะทางจากบ้านผู้สูงอายุถึงศูนย์สาธารณสุข 29 เฉลี่ย 2 กิโลเมตร และใช้เวลาเดินทาง โดยเฉลี่ย 24 นาที

หลังให้บริการพบว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังให้บริการไม่มีความแตกต่างกัน การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ผู้ดูแลรายงานว่าเข้าถึงบริการได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) แต่ความพึงพอใจในบริการไม่เพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาได้ โดยกระบวนการวิจัยแบบ PAR ได้สร้างความตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน กระบวนการวิจัยได้ผ่านการร่วมกันคิด ร่วมวางแผน ลงมือปฏิบัติจริง และติดตามประเมินผลร่วมกันขององค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุและครอบครัว เครือข่ายชุมชนและองค์กรของรัฐ มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กลุ่มขวัญใจผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่สำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชนและให้การช่วยเหลือ ตลอดจนมีการส่งต่อการรักษาให้กับศูนย์บริการสาธารณสุข ให้ดำเนินการต่อหากผู้สูงอายุมีปัญหาที่ซับซ้อนและกลุ่มไม่สามารถแก้ปัญหาเองได้

จากการทดลองนำรูปแบบไปทดลองใช้ใน 3 ชุมชน พบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการและมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบบริการนี้มีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชนส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับบริการจากเครือข่ายชุมชนและศูนย์บริการสุขภาพที่ทำงานประสานงานกันมาก่อน บางครั้งผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจจะถูกกละเลยในการดูแล การพัฒนาระบบให้บริการทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้บริการอย่างเต็มที่ที่มีความสะดวกทำให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ดีขึ้นนั้น อาจจะเป็นเพราะเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะสุขภาพอาจจะไม่มีความไวเพียงพอที่จะแยกการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้น ๆ ได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะทุพพลภาพการคงไว้ซึ่งสุขภาพไม่ให้มีการทรุดลงกว่าเดิม ยังแสดงถึงการดูแลที่ดี¹²

ผู้ดูแลรายงานว่ารูปแบบบริการสุขภาพนี้ทำให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น แต่ความพึงพอใจในบริการนั้นไม่เพิ่มขึ้น อาจเกิดจากการทดลองใช้รูปแบบระบบบริการสุขภาพนี้อยู่ในช่วงสั้นประมาณ 3 เดือน ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือ แก้ปัญหาให้ผู้ดูแลได้หมดทุกอย่างยกตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลไม่ได้เข้าอบรมศักยภาพผู้ดูแลเนื่องจากสำนักอนามัยจัดปีละ 1 ครั้ง ซึ่งไม่ตรงกับระยะเวลาที่ทดลองใช้รูปแบบ ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุตามที่ต้องการได้

การศึกษาครั้งนี้ได้นำกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมมาใช้ ทำให้เห็นปรากฏการณ์ของการเคลื่อนไหวของสังคม (social movement) เกิดการเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาร่วมกันของทุกภาคส่วนและเป็นการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุและครอบครัว เครือข่ายของชุมชนต่อการให้บริการจากภาครัฐ เกิดการสร้างความสัมพันธ์แนวราบ และการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ

การพัฒนากระบวนการระบบบริการสุขภาพนี้ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในบริการถือได้ว่าเป็นบริการที่ควรจะได้รับการพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับกลุ่มเครือข่ายในชุมชนที่เกิดขึ้นแล้ว คือ กลุ่มขวัญใจผู้สูงอายุ ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเป็นที่เรียบร้อยเพื่อให้เกิดความยั่งยืน นักวิจัยควรทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลืออีกระยะหนึ่งเมื่อเห็นว่ากลุ่มมีความเข้มแข็งมากขึ้น นักวิจัยจึงถอนตัวจากชุมชนอย่างถาวร รูปแบบระบบบริการนี้มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและครอบครัวเนื่องจากทำให้มีการเข้าถึงบริการมากได้ขึ้น ผู้สูงอายุภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น และมีความพึงพอใจในรูปแบบของบริการ ส่วนรูปแบบระบบบริการนี้ไม่มีผลต่อการภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจนั้น

อาจเป็นเพราะการทดลองให้บริการนั้นอยู่ในช่วงสั้น ระยะเวลาประมาณ 3 เดือนผู้สูงอายุมีภาวะพิการอยู่ แล้วจึงมีความยากลำบากที่จะให้การดูแลแล้วกลับมา มีอาการดีขึ้นกว่าเดิม

บทเรียนรู้อันทำให้การ การขับเคลื่อนรูปแบบ บริการสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้นนั้น ต้องมีเจ้าภาพ ในชุมชนโดยมีการจัดตั้งกลุ่มหัวใจผู้สูงอายุเพื่อสำรวจ และเยี่ยมบ้าน สมาชิกกลุ่มประกอบด้วย อาสาสมัคร สาธารณสุข อาสาสมัครในชุมชน และสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุ การได้รับการฝึกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พังพาโดยใช้คู่มือ และแบบประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะ พังพาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ และ มีการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนกับเจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล และ นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพังพาได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบ บริการสุขภาพที่ได้จากการวิจัยนี้ไปปรับใช้ให้เหมาะกับ บริบทและต้นทุนทางสังคมเพื่อช่วยให้บริการผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพังพาและญาติผู้ดูแลได้เข้าถึงบริการและมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

2. ศูนย์บริการสาธารณสุขควรมีการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพังพาและการให้บริการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัคร ควรมีการบูรณาการการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและ ด้านสังคมไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้การปฏิบัติงานมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. พยาบาลชุมชนควรมองหาโอกาสที่จะพัฒนา ศักยภาพของกลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ ในชุมชนให้มีส่วน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพังพา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการปรับปรุง รูปแบบระบบบริการ สุขภาพนี้โดยนำไปทดลองใช้เพื่อหาประสิทธิภาพ ของโครงการ จากนั้นนำไปขยายผลในชุมชนอื่น ๆต่อไป

2. ติดตามประเมินการทำงานของกลุ่ม “หัวใจ ผู้สูงอายุ” และถอดบทเรียน ปัญหาและอุปสรรค ปัจจัย แห่งความสำเร็จและความยั่งยืนของโครงการนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิว พี จำกัด; 2550. หน้า 1-28.
2. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุใน : หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาพฤกษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชา อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541. หน้า 233-42.
3. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ ศิริพันธุ์ สาสัติย์. การดูแลระยะยาว บทบาทของอาสาสมัครต่างประเทศ. การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2550 สมาคมพฤกษศาสตร์และ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย; 2550 พฤศจิกายน 21-23; กรุงเทพฯ.โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550. หน้า 35-67.
4. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ ศิริพันธุ์ สาสัติย์ขวัญใจ อำนจาสัตย์ชื่อ. รูปแบบการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน. วารสารระบบบริการ ปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2552; 1(2): 22-31.
5. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร อังไฉน สุทธิชัย และคณะ. ผู้สูงอายุ ในประเทศไทย : รายงานการทบทวนองค์ความรู้และ ประสิทธิภาพในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบาย และการศึกษาวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สาขาวิชาเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2545. หน้า 100-25.

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) [อ้าง 2550 กันยายน28][6หน้า]. จาก:URL:<http://plan.phatthalung1.go.th/plandata/policy/policy06.pdf>
7. ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม. การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. งามธิบดีพยาบาลสาร 2548; 9(2):156-65.
8. สุดธิดา รัตนสมหาร.การพัฒนาารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์) สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2542. 149 หน้า.
9. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน. นนทบุรี; 2549. หน้า 14-34.
10. อุทัยทิพย์ เจ็ยวิวรรธน์กุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วม: แนวคิด หลักการและบทเรียน. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง;2553.
11. Wirojratana V. Development of the Family Care Inventory. (Dissertation) Portland, Oregon: Oregon Health & Science University; 2002. 135 p.
12. Madigan EA, Tullai-McGuinness S, Neff DF. Home care services research. In: Fitzpatrick JJ, Archbold PG, Stewart BJ, editors. Annual Review of Nursing. New York: Springer publishing company, 2002.

Improvement of Healthcare Services for Dependent Elders*

Virapun Wirojratana, Ph.D (Gerontological Nursing)**

Kwanjai Amnatsatsue, Ph.D Ph.D (Public Health Nursing)***

Siriphan Sasat, Ph.D (Gerontological Nursing)****

Porntip Malathum, Ph.D (Nursing)*****

Jinsita Narongsak, RN*****

Abstract: Objective: To improve healthcare services for dependent elders, through promotion of mutual cooperation from the families, communities and state agencies.

Design: Participatory action research.

Implementation: The subjects were three groups of people at one of Bangkok's public health centres: the elders, the elder caregivers and the healthcare personnel. This study was conducted in two phases.

Phase 1: The subjects were put into focus groups, each with 8 to 10 members. From them information regarding dependent elders' problems and needs and regarding existing supporting and service systems was elicited.

Phase 2: Group meetings took place to discuss how the service systems could be improved. Data were analysed and compared within each group and between groups, after which a service model was developed and experimented with dependent elders in three communities.

Results: The application of this community-based dependent-elder care model, in which volunteers facilitated cooperation between the elders, their families, their communities and the public health centres, showed that the elders' satisfaction increased significantly, by $p < 0.05$. Besides, a significantly larger number of elders and their caregivers had access to healthcare services ($p < 0.05$). There was no significant change, however, in the elders' health conditions and in the caregivers' satisfaction with the services.

Recommendations: This healthcare service model could be used to provide integrative care for elderly people in a community, as it engages all stakeholders in mutual learning, brainstorming and practising. More studies are suggested to examine the model's effectiveness.

Thai Journal of Nursing Council 2014; 29(3) 104-115

Keywords: healthcare services; dependent elders; chronic diseases; dependence

* This study was founded by Mahidol University.

**Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Email:virapan.wir@mahidol.ac.th

***Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*****Assistant Professor, Faculty of Medicine Ramathibodi hospital, Mahidol University

*****Registered Nurse, Health Care Center 29 Health Department, Bangkok Metropolitan Administration