

Received: 14 Feb 2020, Revised: 11 Mar 2020

Accepted: 26 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง
ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วารางคณา ศรีภูวงษ์¹ ชาญญูทร ศรีภูวงษ์² สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกมาแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านหรือติดเตียง จำนวน 45 คน และ 2) ตัวแทนภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 1) ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ จำนวน 5 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 คน และ 4) ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน และ 5) เจ้าหน้าที่จากเทศบาล จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 75 คน กระบวนการวิจัย มี 3 ระยะ คือ 1) เตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะปฏิบัติการพัฒนาด้วยวงจร PAOR ถอดบทเรียนและจัดกิจกรรม 2 รอบ และ 3) ระยะสรุปประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การเตรียมการ การตรวจคัดกรองและการจัดทำแผนการดูแล 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 3) กระบวนการจัดระบบบริการ 4) นโยบายและดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง 5) การช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ผลลัพธ์ภายหลังดำเนินกระบวนการพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด การศึกษาชี้ให้เห็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน การมีศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประชุมหารือกันของเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ และการสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลระยะยาว ภาคีเครือข่ายชุมชน

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวขัว

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอุ่ม

³ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: warang3@yahoo.co.th

Original Article

Long Term Care Model Development for the Dependency Elderly in
Thakhonyang Sub-district, Kantharawichai District,
Mahasarakham Province

Warangkana Sriphuwong^{1,*}, Charnyuth Sriphuwong², Surasak Thiabrithi³

Abstract

This Participatory Action Research aimed to study the development of process of long term care (LTC) model for dependency elderly in Thakhonyang Sub-district, Kantharawichai District, Mahasarakham Province. A total 75 participants were selected by purposive sampling consists of 45 elderly with home-bound or bed-bound and 30 representatives of community network parties included; 5 trained care managers, 5 elderly care givers, 12 village health volunteers, 3 community leaders and 5 municipal officers. The research process was divided in to 3 phases included: 1) Preparing and situation analysis phase, 2) Model development phase follows by PAOR cycle and 3) Evaluation phase. Data were collected by 1) the Elderly Physical Health Assessment Questionnaires, 2) Semi-constructed guideline and 3) Satisfaction assessment form. The study was conducted during March 2017 to March 2019. The results found that the process development of LTC model for dependency elderly in community were consists of 5 Ps: 1) Preparation in health screening, care plan and home visit by multi-disciplinary team, 2) Participation of the community network party in project activities, 3) Process: Arrange the continuous service system by coordinate working with all sectors 4) Policy and project activity setting 5) Patronage: supported from community network partners. The health outcomes of the dependency elderly after implementing the LTC model were improved in physical and psychosocial aspects. The home-bound group was developed to more participating in social activities. The dependency elderly and community network partners also have the highest level of satisfaction for the care model. Therefore, the LTC model for elderly could improve quality of health care for dependency elderly. The key success factors included strongly participation of community networks, established of dependency elderly care center and patronage form community networks.

Keywords: Dependency elderly, Long-term health care, Community networks

¹ Huakua Health Promotion Hospital

² Nong-Um Health Promotion Hospital

³ Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

* Corresponding author: warang3@yahoo.co.th

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้หลายประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสังคมที่มีความต้องการการพึ่งพิงจากประชากรโลก 6,070.6 ล้านคนในปี 2543 เป็น 7,851.4 ล้านคนในปี 2568 โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4 ร้อยละ 0.7 ร้อยละ 12.2 และร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2550 2554 และ 2557 ตามลำดับ¹ จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการดูแลเพิ่มขึ้น จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะประสพภาวะทุพพลภาพอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุของการต้องการดูแลระยะยาว ตามนิยามสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2568 โดยมีสัดส่วนและจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรรวมในอีกสิบและสิบสี่ปีข้างหน้าตามลำดับ โดยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี 2583 อายุเฉลี่ยของหญิงไทยอยู่ที่ 78.4 ปี ในขณะที่ชายไทยมีอายุเฉลี่ย 71.6 ปี² ซึ่งจากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คนในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือผู้สูงอายุติดสังคม หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ต้องการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม³ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของภาระโรคที่มาจากรอคติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และมีภาวะทุพพลภาพตามมา ขณะเดียวกันอายุที่มากขึ้นก็ตามมาด้วยการถดถอยของสมรรถนะการทำงานของอวัยวะต่างๆ รวมถึงสมรรถนะทางกายและสมอง ส่งผลให้มีจำนวน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้แต่มีข้อจำกัดเพิ่มมากขึ้น

ตามโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทย พ.ศ. 2557 เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นเดี่ยวจากร้อยละ 28.9 เป็นร้อยละ 31.0 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีอยู่อย่างจำกัด อัตราเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 6.3 ร้อยละ 5.5 และร้อยละ 4.5 ในปีพ.ศ. 2550, 2553, 2554 และ 2557 ตามลำดับ¹ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะอยู่ตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของครอบครัวสังคมไทยโดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความจำเป็นในการเลี้ยงชีพของบุตรหลานทำให้สังคมผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทไม่แตกต่างกันคือ สมาชิกในครอบครัวต้องไปทำงานนอกบ้านหรือย้ายถิ่นฐานเพื่อประกอบอาชีพทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพังมากขึ้น ไม่มีบุตรหลานดูแล ครอบครัวไม่สามารถรับภาระได้ รู้สึกเป็นภาระของบุตรหลานรวมทั้งมีปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกในครอบครัวและการดำเนินชีวิตในสังคม ที่สำคัญคือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย การดูแลฟื้นฟูสุขภาพเพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสม เพื่อให้คงระยะเวลาที่มี สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคมและจิตวิญญาณให้นานเป็นระบบ ด้วยการส่งเสริมสุขภาพและตรวจคัดกรองปัญหาที่พบบ่อยด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความเหมาะสมกับช่วงอายุ⁴ ด้วยเหตุนี้ประเทศไทยจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนอกสถานบริการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลช่วยเหลือและคุ้มครองผู้สูงอายุ โดยการนำแนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนามาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่โดยการบูรณาการระหว่างเครือข่ายและชุมชน

จังหวัดมหาสารคาม มีพื้นที่ 13 อำเภอ และ 133 ตำบล โดยในปี พ.ศ. 2559 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข สมัครเข้าร่วมเป็นตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวนำร่อง จำนวน 260 ตำบล มีผู้สูงอายุได้รับการดูแลระยะยาว จำนวน 2,486 คน แต่พบปัญหาอุปสรรคคือผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุต้องรับภาระดูแลมากกว่า 100 คน ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานกำหนด คือ 1: 50 คน⁵ ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 ประมาณการผู้สูงอายุ จำนวน 178,500 คน พ.ศ. 2568 ประมาณการผู้สูงอายุ 205,600 คน และ ใน พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 231,200 คน¹ การขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดมหาสารคามเริ่มในช่วง พ.ศ. 2559 โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานด้านสาธารณสุข สมัครเข้าร่วมตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว นำร่อง (Long Term Care) ซึ่งตำบลท่าขอนยาง เป็นตำบลแรกในจังหวัดมหาสารคาม ที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ พ.ศ.2559 แต่ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบและไม่ครอบคลุมสุขภาพแบบองค์รวม อีกทั้งผู้จัดการผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระเกินกำหนด ทำให้ประสิทธิภาพในการดำเนินงานยังไม่ผ่านตามเกณฑ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง⁵

จากการประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของตำบลท่าขอนยาง ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 835 คน พบกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 105 คน (ร้อยละ 12.57) ในจำนวนนี้มีกลุ่มที่ขาดผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 6 คน จากการศึกษาของวิราพรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ⁶ ได้พัฒนาพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพาโดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพานั้นควรมี

3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกาย จิต และสังคม ปัญหาของผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือปัญหาการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อย การติดตามเยี่ยมของทีมสหวิชาชีพไม่ครอบคลุม ผู้จัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรับผิดชอบในการดูแลมากกว่า 1 ต่อ 100 คน มากกว่าเกณฑ์กำหนด และขาดการดูแลองค์รวมที่ชัดเจน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนตลอดจนภาคีเครือข่ายและชุมชน การดำเนินงานรูปแบบเดิมคือการติดตามแก้ปัญหาและขาดการประสานกับภาคีเครือข่าย จากความเป็นมาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะ ประยุกต์แนวคิดการดูแลระยะยาว และใช้องค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ของแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) และกรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis and MC Taggart (1988)⁷ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการประเมินผลสะท้อนผล ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบของเครือข่ายบริการบริการสุขภาพ เพื่อจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุติดบ้านให้มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นกลุ่มติดสังคม สามารถดูแลสุขภาพและช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มติดเตียงกลายเป็นกลุ่มติดบ้านโดยประเมินจาก ADL โดยการศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ในพื้นที่ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยความร่วมมือของชุมชนและ ทีมสาธารณสุข ท้องถิ่นและภาคประชาชนในการ

จัดบริการแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อันจะเป็นประโยชน์ต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทำให้ผู้สูงอายุผู้ดูแลในครอบครัว ตลอดจนครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดการดำเนินงานจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว⁸ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model)⁹ พัฒนารูปแบบโดยนำแนวคิดของ ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ MC Taggart⁷ ซึ่งเป็นเกลียวต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) 4) การสะท้อนผล (Reflection) โดยผู้วิจัยมีบทบาท เป็นที่ปรึกษา ร่วมกันค้นหาปัญหา ทำให้เข้าใจถึง ปัญหาและสาเหตุ และวางแผนการดำเนินงานเพื่อนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ได้ผู้ร่วมวิจัยเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เป็นภาคีเครือข่ายประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน และภาคีบริการสังคม ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องและมีส่วนได้เสียในชุมชน เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 75 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โดยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) 4-11 คะแนน

ได้จำนวน 45 คน และ(2) กลุ่มตัวแทนภาคีหลัก 3 ส่วน จำนวน 30 คน ได้แก่ 1) ภาคีบริการสุขภาพ (Care manager) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) จำนวน 5 คน 2) ภาคีบริการชุมชน เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) 5 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 9 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ 3 คนและ ผู้นำชุมชน 3 คน 3: ภาคีบริการสังคม จากเทศบาลตำบลท่าขนอยจำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

คือ 1) ผู้ร่วมการวิจัยหลัก คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลท่าขนอย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 2) ผู้ร่วมการวิจัยที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเทศบาล กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ 3) สนใจเข้าร่วมวิจัย 4) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ 6) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

คือ 1) มีโรคประจำตัวที่แสดงอาการเจ็บป่วยรุนแรงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดจนกระทั่งเสร็จสิ้นการวิจัย เช่น ผู้ที่มีฐานะหรือมีความจำเป็นต้องเดินทางออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และจาก 3 ภาคีบริการ ดังต่อไปนี้

1. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย (1) แบบประเมิน/คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ของกรมการแพทย์¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย ประเด็นการคัดกรองปัญหาที่พบบ่อย กลุ่ม Geriatric Syndrome ได้แก่ ภาพทางสมอง ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อมภาวะหกล้ม (Time Up

and Go Test: TUG: TUGT) สภาพทางสายตา การกลืนปัสสาวะ ภาวะโภชนาการและปัญหาการนอนกรน โรคหลอดเลือดในสมอง และการประเมิน ADL สำหรับคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth Interview) แนวทางการสังเกต (observation) และแนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยจะกล่าวรายละเอียดไว้ในขั้นตอนดำเนินการวิจัยและ ซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับ การรับรู้สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน การให้ความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมของตำบลท่าขอนยาง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation method) โดยการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลในด้านเวลา สถานที่ และบุคคล¹¹

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และผู้ใช้รูปแบบ ด้านระบบ/ขั้นตอนการบริการ ด้านเจ้าหน้าที่และจริยธรรมในการให้บริการ และด้านคุณภาพการบริการ

คุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำร่างเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบ จากนั้นทำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าประสิทธิผลแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

Alpha-Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม รวมทั้งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบวัดความพึงพอใจและแบบสรุปลักษณะ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพื้นฐาน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ และการสังเกตจากสภาพจริง หลังจากนั้นการถอดบทเรียนการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างครอบคลุมประเด็น ดังนี้

1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเทศบาลตำบลท่าขอนยาง ได้แก่ รูปแบบ/ลักษณะการดำเนินงาน การประสานงาน/การบูรณาการการทำงานกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่ จุดเด่น/ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคในการทำงาน

2) ระบบข้อมูลสารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ รูปแบบ/ลักษณะการดำเนินงาน การเชื่อมโยงระบบกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การนำไปต่อยอดเพื่อใช้ประโยชน์ในพื้นที่อื่น จุดเด่น/ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคในการทำงาน

3) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จุดเด่น /ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหา/อุปสรรคในการทำงาน

4) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลท่าขอนยาง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตจากสภาพจริง หลังจากนั้นถอดบทเรียนการศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและแนวทางการสนทนากลุ่มครอบคลุม ประเด็นดังนี้ แนวทางการ

จัดตั้งและวิธีการบริหารจัดการภายในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ แนวทางการจัดการสภาพแวดล้อมและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ แนวทางการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง แนวทางการสร้างเครือข่ายการทำงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกิจกรรมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ/อุปสรรค/ปัญหา/ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน และการเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดและติดเตียง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ EC7/2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยยึดหลักการเคารพในตัวบุคคล การตัดสินใจให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยใช้ใบยินยอมในการเก็บข้อมูล รวมถึงหลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียด การเก็บรักษาความลับ ใช้รหัสแทนกลุ่มศึกษา โดยขออนุญาตทุกครั้งที่มีการบันทึกภาพและเสียง สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่าง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560 – เดือนมีนาคม พ.ศ.2562

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เทศบาลตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีผู้สูงอายุ จำนวน 835 คน คิดเป็นร้อยละ 20.09 ของประชากรทั้งหมด เป็นตำบลนำร่องในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 โดยจัดกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ซึ่งเป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วนของหน่วยงาน ต่างคนต่างจัดกิจกรรม โดยไม่

มีการประสานงานกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ดูแล และ ศูนย์กลางการประสานงาน ซึ่งใช้เทศบาลตำบลเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน มีการจัดการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ แต่มีจำนวนที่ไม่เพียงพอส่วนมากจะลาออก จึงมีการวางแผนพัฒนาเครือข่ายในการดูแลเพิ่มขึ้นให้มีสัดส่วนที่เพียงพอหรือการบูรณาการเครือข่ายอื่น ๆ ร่วมด้วย จากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่า ไม่มีระบบการทำงานที่ชัดเจนและเป็นสัดส่วน มีการปฏิบัติงานซ้ำซ้อน ใช้งบประมาณที่ไม่คุ้มค่าและที่สำคัญคือขาดการประเมินกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละบุคคลและองค์รวม การศึกษาครั้งนี้ช่วยให้เกิดการร่วมมือกันของระบบการดูแลที่มีการประสานงานกันของหน่วยงาน ชุมชนและผู้สูงอายุ โดยมีตัวประสาน และวางแผนการจัดกิจกรรมการพัฒนา ผ่านกิจกรรมซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลทุกปี

ผลการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุ ในเขตตำบลท่าขอนยาง มีผู้สูงอายุ จำนวน 835 คน จากการประเมินจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม 692 คน (ร้อยละ 82.87) กลุ่มผู้สูงอายุที่พบกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิง จำนวน 143 คน ร้อยละ 17.13 เป็นกลุ่มติดบ้านกลุ่มที่1และ2 จำนวน 138 คน และกลุ่มติดเตียงกลุ่ม3และ4 จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุพึ่งพิงที่ยินดีเข้าร่วมจนสิ้นสุดการศึกษาวิจัย จำนวน 45 คน เป็นเพศชาย 20 คน (ร้อยละ44.44) เพศหญิง 25 คน(ร้อยละ55.56) อายุเฉลี่ย 65 ปี จากผลประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียง¹⁰ พบว่าบางส่วนมีปัญหา ดังนี้ 1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย มีดัชนีมวลกายเกินปกติ มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ฟันผุ เหงือกอักเสบไม่มีฟันขบเคี้ยวทำให้มีปัญหาในการ

เคี้ยวกลืนอาหาร ทูตติงได้ยินไม่ชัดเจน มองเห็นไม่ชัด มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ (ปวดเอว ปวดหลัง) มีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระ (ท้องผูก) และมีปัญหาเกี่ยวกับการ ขับถ่าย 2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ มีภาวะ ซึมเศร้าจากโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ปัญหาต่างๆ ในครอบครัว และเป็นห่วงลูกหลาน และ 3) ภาวะสุขภาพด้านสังคม ได้แก่ การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ จากสภาพปัญหาจึงเป็นที่มาของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงผ่านกิจกรรมโครงการและแนวทางต่าง ๆ

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของตำบลท่าขอนยาง นำไปสู่วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) การปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ได้กระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของตำบลท่าขอนยาง ตามแนวทางการมีส่วนร่วมของ 3 ภาคีหลัก ประกอบด้วย ภาคีบริการสุขภาพ ชุมชนและสังคม ร่วมกับชุมชนและผู้สูงอายุพึ่งพิงในตำบลท่าขอนยาง จัดกิจกรรมพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกิจกรรมโครงการดังต่อไปนี้

1. จัดอบรมให้ความรู้ในการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน อสม. และผู้ดูแลหลักและเพื่อนบ้านใกล้เคียง สามารถแก้ไขปัญหาคาดความรู้และทักษะ รวมทั้งการขาดแคลนบุคลากรได้

2. การคัดกรองและตรวจประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ปีละครั้ง จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุและปัญหาารายบุคคล ได้แก่ กลุ่ม Geriatric Syndrome ได้แก่ ภาพทางสมอง

ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อมภาวะหกล้ม (Time Up and Go Test: TUG: TUGT) สภาพทางสายตา การกลืนปัสสาวะ ภาวะโภชนาการและปัญหาการนอนกรน โรคหลอดเลือดในสมอง และการประเมิน ADL โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านติดเตียง รวมทั้งมีการลงพื้นที่เชิงรุกของภาคีบริการ เพื่อช่วยประเมินภาวะสุขภาพและแก้ไขปัญหารายบุคคล

3. จัดกิจกรรมโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดี ฟันสวย สายตาแจ่ม สุขภาพจิตดีชีวีสดใสปลอดภัยจากโรคเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมในลักษณะของมีเพื่อนช่วยเพื่อนและวิถีวัฒนธรรมอีสาน ดำเนินการด้วยบุคลากรทางการแพทย์ จักษุแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ ดูแลสุขภาพทุกระบบ รวมทั้งการแก้ไขส่งต่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงการบริการและพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาและได้รับการแก้ไข เข้าถึงการรับบริการบริการที่ครอบคลุม

4. เยี่ยมบ้าน INHOMESSS แบบบูรณาการชุมชนและทีม 3 ภาคีบริการ โดยการติดตามโดยทั่วถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุรับผิดชอบ 1 คน: ผู้สูงอายุพึ่งพิง 10 คน ขยายเครือข่ายให้ อสม. เป็นทีมเพื่อดูแลผู้สูงอายุให้ อสม. 1 คน รับผิดชอบผู้สูงอายุในละแวกบ้าน 12 หลังคาเรือน ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด สร้างกลุ่มสื่อสารในกลุ่มภาคีหลัก 3 ภาคีเพื่อการประสานได้ทันทั่วทั้งที่กรณีเร่งด่วน และติดตามเยี่ยมทุกอาทิตย์ด้วย Care giver และ Care manager ตาม care plan แก้ไขปัญหาองค์กรต่าง ๆ ด้วยทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานภาคีหลัก 3 ภาคีบริการ

5. ติดตามฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุตามสาเหตุและส่งต่อผู้สูงอายุเข้าสู่สังคม โดยเริ่มจากการเข้าสู่งานวิถีอีสาน เช่น รดน้ำดำหัว งานบุญประเพณีต่าง ๆ และเริ่มเข้าสู่โรงเรียนผู้สูงอายุของตำบลท่าขอนยาง และทีมติดตามประเมินสุขภาพ

ต่อเนืองในโรงเรียนผู้สูงอายุ บูรณาการกับกลุ่มสูงอายุติดสังคมทั่วไป

6. จัดทำนวัตกรรมและอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูสุขภาพเช่น ราวไม้ไผ่หัดเดินที่บ้าน เชือกชักรอก เมล็ดมะคาคลายเคี้ยว ถาดมะกรูดนวดเท้า ไม้หนีบคลายปวดเมื่อย การฝึกสมาธิบำบัด ฝึกสมอง ด้วยการนับนิ้ว ฯลฯ

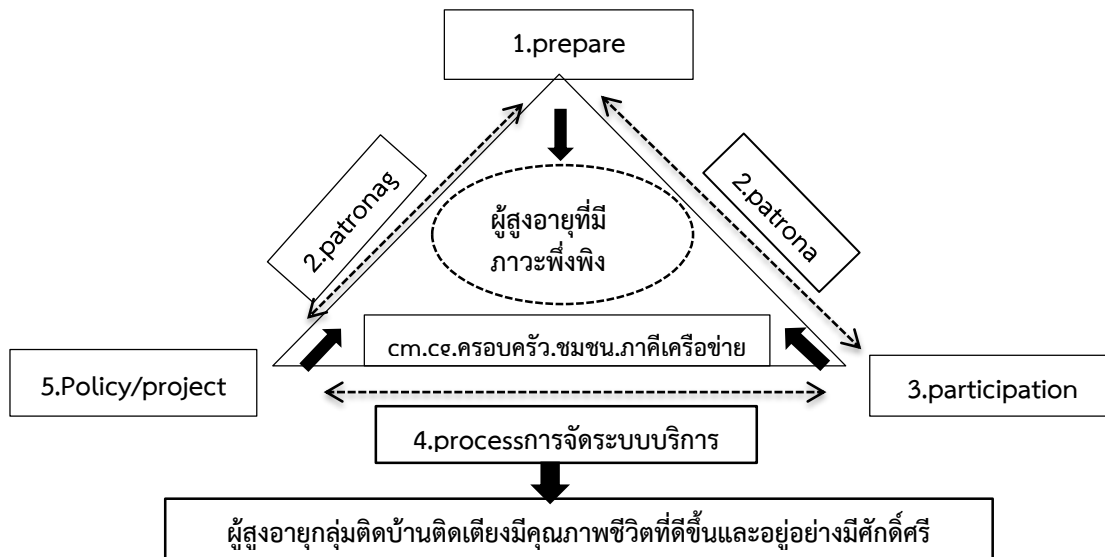
7. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนดึงมือจากบ้านมา ร่วมงานสังคม และจัดกิจกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุ ต้นแบบอายุยืน

ผลจากการถอดบทเรียนสรุปปัญหา อุปสรรคและประเมินผลการใช้รูปแบบและความพึงพอใจจากผู้ใช้งบแบบ พบว่าผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจากเดินไม่สะดวกข้อเข่าเสื่อม ก็ได้รับการช่วยเหลือกายภาพบำบัดและหัดกายบริการด้วยราวชักรอก ราวหัดเดินไม้ไผ่ การออกสู่ชุมชนมีภาคีบริการชุมชนมารับส่ง ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ สามารถโดยภาคีบริการ ในการช่วยกายภาพบำบัด จัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ภาคีบริการสังคม จัดหารถรับ-ส่ง ภาคีบริการสังคมประสานเพื่อนผู้สูงอายุมาช่วยเหลือและชวนออกนอกบ้าน จัดทำนวัตกรรมโดยใช้วัสดุในท้องถิ่นตามปัญหาที่พบ เช่น ใช้ล้อเข็นช่วยในการเดิน ใช้ไม้ค้ำพยุงไม่ให้ล้ม เมื่อออกสู่สังคมมีโอกาสเข้าถึงการบริการ เฉพาะด้านจากบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ในการตรวจสุขภาพตา ปากและฟัน ได้รับการแก้ไขปัญหาระดับกับปัญหา จากการประเมินผลโดยการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีพัฒนาการไปในทางที่ดีขึ้น จัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพเพิ่มโอกาสการเข้าถึงในทุกกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงที่สามารถพัฒนามาเป็นกลุ่มติดบ้านได้ การสรุปประเมินผลการจัด

กิจกรรมต่าง ๆ และบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนสรุปแลกเปลี่ยนและเสนอแนวทาง ถอดมาเป็นบทเรียนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่จะสามารถแก้ไขปัญหามีความยั่งยืนจากชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนจะต้องมีองค์ประกอบดังนี้

การเตรียมการ (Prepare) หรือวางแผนที่ดีจะทำให้ประสบผลสำเร็จได้ในทรัพยากรที่จำกัด และการช่วยเหลือโดยชุมชน สังคม (Participation) มีส่วนได้ส่วนเสียและรับประโยชน์ร่วมกันทำให้ใส่ใจกันมากขึ้น การปรับปรุงกระบวนการ (Process) ผ่านการจัดกิจกรรมซ้ำ ๆ และแก้ไขทำให้ระบบมีการพัฒนาดีขึ้น ความสอดคล้องกับนโยบาย Policy/Project จะได้รับแรงสนับสนุนและงบประมาณมากขึ้นในการจัดกิจกรรมโครงการ และการดำเนินงานที่เป็นระบบมีการปรับกระบวนการและนำไปใช้และพัฒนาแก้ไขจากการประเมินผลทั้งผู้ใช้และผู้รับผลประโยชน์จึงเป็นที่มา ของ 5 P Model นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาวรอบที่ 2 และ 3 และขยายผลไปในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอกันทรวิชัย ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (District Health Board) ซึ่งคณะกรรมการเสนอเป็นประเด็นหลักในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีการดำเนินงานที่เป็นระบบทุกตำบล

ผลการพัฒนาการดำเนินงานผ่านการจัดกิจกรรมโครงการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีด้วยรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยรูปแบบ 5 P Model ดังนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 P Model

; ประยุกต์แนวคิด The chronic care model ซึ่งพัฒนาโดย The Mac Coll Institute.

1) การเตรียมการที่ดี (Prepare) ตรวจสอบคัดกรองการประเมินสภาพผู้สูงอายุ จัดกลุ่มตาม Care plan, การพัฒนาศักยภาพบุคลากร, ผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย โดยมีศูนย์ประสานงานที่มีระบบและมีประสิทธิภาพมีกลุ่มไลน์ในการสื่อสารและประสานการทำงานที่รวดเร็ว

2.) การมีส่วนร่วม (Participation) การช่วยเหลือโดยชุมชนสังคม มีส่วนได้ส่วนเสียและรับประโยชน์ร่วมกันทำให้ใส่ใจกันมากขึ้น จึงเกิดอาสาเพื่อนช่วยเพื่อน

3) กระบวนการ (Process) การบริการต่อเนื่องและประสานงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายจิตอาสา หน่วยงานสนับสนุนและสถานบริการในการดูแลต่อเนื่อง

4) นโยบายการจัดกิจกรรมโครงการและนวัตกรรม (Policy/Project) เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5) การดูแลสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น (Patronage) ในการจัดการที่รอบด้านและองค์รวม

ผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ในการพัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ด้วยรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องเป็นพลวัตร มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีการสนับสนุนดูแล พัฒนาช่องทางการส่งและเชื่อมโยงกับเครือข่ายผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ได้บรรลุตามเป้าหมายคือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและชุมชนต่อไปได้ ภาคีหลัก 3 ภาคี ได้แก่ ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน และภาคีบริการสังคม ทุกส่วนมีบทบาทในการร่วมกำหนดรูปแบบ เอื้อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ส่งเสริมการเรียนรู้ในการปรับตัว เตรียมชุมชนและผู้ดูแลให้มีความเข้าใจรู้คุณค่าผู้สูงวัย ส่งเสริมให้เกิดศูนย์

ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และระดมความช่วยเหลือ
ทรัพยากร ส่วนภาคีบริการสุขภาพ มีบทบาทใน
การเป็นผู้ให้รวมทั้งจัดบริการและเชื่อมโยง
ประสานแต่ละภาคีให้เป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะ ฟัง ฟิง ของ ตำบลท่าขอนยาง

ให้มีศักยภาพส่งเสริมศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุน
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่ม
ติดเตียง และผู้ดูแล ให้มีประสิทธิภาพขึ้น ส่งผลให้
ผู้สูงอายุมีสุขภาวะร่างกายที่สมดุลดำรงชีวิตได้
อย่างมีศักดิ์ศรีตามวัย⁸ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจคัดกรองประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะฟังฟิงติดบ้านติดเตียง

รายการข้อมูล	ระยะวงรอบ 1(n=45)				ระยะวงรอบ 2 (n=45)			
	มีปัญหา		ไม่มีปัญหา		มีปัญหา		ไม่มีปัญหา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.สุขภาพช่องปากและฟัน	27	60.00	18	40.00	10	22.22	35	77.78
2.การคัดกรองสภาวะทางตา	20	44.44	25	55.56	8	17.78	37	82.22
3.การทดสอบการรับรู้	15	33.33	30	66.67	5	11.11	40	88.89
4.ประเมินภาวะซึมเศร้า	7	15.56	38	84.44	2	4.44	43	95.56
5.ภาวะข้อเข่าเสื่อม	15	33.33	30	66.67	8	17.78	37	82.22
6.ภาวะเสียงหกล้ม	34	75.56	11	24.44	10	22.22	35	77.78
7.ปัญหาคลื่นไส้สภาวะ	15	33.33	30	66.67	10	22.22	35	77.78
8.ภาวะทุพโภชนาการ	17	37.78	28	62.22	8	17.78	37	82.22
9.การนอนกรน	30	66.67	15	33.33	12	26.67	33	73.33
10.ความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด	27	60.00	18	40.00	11	24.44	34	75.56

จากการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะฟังฟิงก่อนและหลังการเข้าร่วมการดำเนินงาน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มฟังฟิง ได้รับการแก้ไขปัญหาในแต่ละด้าน ให้สามารถระดับประกอบกิจดำรงชีวิตและช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ ลดปัญหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลกระทบต่อกิจดำรงชีวิตประจำวัน จนทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านที่ประเมิน ADL แล้ว ยกกระดับสภาวะสุขภาพ จากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมได้ 12 คน (ร้อยละ 26.67)

จากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการใช้รูปแบบในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะฟังฟิงระยะยาว พบว่ามีความพึงพอใจหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.86,

SD = 0.21) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านระบบ/ขั้นตอนการให้บริการ มากที่สุด (Mean = 2.97, SD = 0.12) และด้านคุณภาพการให้บริการ น้อยที่สุด (Mean = 2.73, SD = 0.18) แสดงดังตารางที่ 2

สำหรับผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟิงระยะยาว พบว่ามีความพึงพอใจหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.86, SD = 0.21) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านระบบ/ขั้นตอนการให้บริการ มากที่สุด (Mean = 2.97, SD = 0.12) และด้านคุณภาพการให้บริการ น้อยที่สุด (Mean = 2.73, SD = 0.18) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 P Model ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินการ(n=45)			หลังดำเนินการ (n=45)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1.ด้านระบบ/ขั้นตอนการบริการ	2.06	0.64	ปานกลาง	2.97	0.12	มาก
2.ด้านเจ้าหน้าที่และจริยธรรมในการให้บริการ	2.04	0.63	ปานกลาง	2.84	0.32	มาก
3.ด้านคุณภาพการให้บริการ	1.89	0.63	ปานกลาง	2.73	0.18	มาก
รวม	1.99	0.63	ปานกลาง	2.86	0.21	มาก

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5 P Model ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินการ(n=30)			หลังดำเนินการ (n=30)		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1.ด้านระบบ/ขั้นตอนการบริการ	2.07	0.62	ปานกลาง	2.97	0.12	มาก
2.ด้านเจ้าหน้าที่และจริยธรรมในการให้บริการ	2.05	0.61	ปานกลาง	2.84	0.32	มาก
3.ด้านคุณภาพการให้บริการ	1.99	0.61	ปานกลาง	2.73	0.18	มาก
รวม	2.03	0.61	ปานกลาง	2.85	0.20	มาก

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ส่งผลต่อกระบวนการ

โดยการประชุมระดมสมองของภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน พบปัจจัยแห่งความสำเร็จดังนี้

- 1) ความร่วมมือของภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน และภาคีบริการสังคม
- 2) มีศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการประสานกันในกลุ่มแก้ไขปัญหาค้นพบว่า
- 3) มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานสม่ำเสมอ และทุกส่วนเข้ามามีส่วนในการเสนอแนะและพัฒนาแบบที่มีความต่อเนื่องและมีการปรับปรุงแก้ไขด้วยแนวคิดข้อเสนอจากทุกกลุ่ม
- 4) การมีต้นทุนทางสังคมให้การสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้องและชุมชนร่วมรับประโยชน์

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวกลุ่มติดบ้านและติดเตียงของตำบลท่าขอนยาง ที่มีการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสถานการณ์มาสะท้อนในกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนและลงมือปฏิบัติ สังเกตสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาค้นพบว่าในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ช่องทางด่วนนี้ได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมวิจัยทุกคนสามารถให้คำปรึกษาแนะนำกันในแต่ละด้าน และมีการประสานงานอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติตามแผน กรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และมีสรุปผลการดำเนินงานเพื่อสะท้อนข้อมูลกลับและ

ประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรถัดไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการปรับปรุงช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวงจรปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีการหมุนครบรอบ 3 วงจร และจะมีการหมุนเพื่อพัฒนาวงจรถัดไปอย่างต่อเนื่อง ไปข้างหน้าเรื่อย ๆ ตามบริบทและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อยกระดับมาตรฐานคุณภาพให้สูงขึ้นในแต่ละรอบของวงจร เพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลท่าขอนยาง

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานด้วยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มพึ่งพิง 5 P Model: (P:Prepare P:Participation P:Process P:Policy/project และ P:Patronage) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตประจำวันที่เป็นปกติเหมาะสมกับสภาวะร่างกาย ได้รับการช่วยเหลือที่ครอบคลุมสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้แม้ในยามเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้รับการรักษาฟื้นฟูบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลระยะยาวที่มีความ สอดคล้องกับระบบค่านิยมวัฒนธรรมของพื้นที่หรือชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงเข้าสู่วิธีการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว¹² เป็นบทบาทหน้าที่ของทุกคนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพด้านร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุและการเจ็บป่วย รวมถึงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและบริบทแวดล้อม ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุในชุมชน โดยการดูแลที่ครอบคลุมทั้งการจัดให้บริการ สิ่งแวดล้อมและส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตำบลท่าขอนยาง ที่เกิด 5 P Model ที่เกิดจากแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผลจากการปฏิบัติทำให้ทราบปัญหาและสิ่งที่ต้องการและคาดหวัง การประสานและบูรณาการกับภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดความร่วมมือและความเข้าใจ การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและมีรูปแบบที่ผ่านการทดลองใช้และปรับปรุง วางแผนพัฒนาระบบกระบวนการภายใต้สภาพแวดล้อมวัฒนธรรมประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ความเชื่อและความศรัทธาและสภาพการเปลี่ยนแปลงเพราะชีวิตที่ต้องดำเนินต่อความเสื่อมถอยของร่างกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบ เป็นธรรมชาติที่ดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง รูปแบบจึงต้องดำเนินงานจึงต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหา จึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ เช่นเดียวกับกับวิโรจวรรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ⁶ ที่ได้พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชนและองค์กรรัฐ ซึ่งต้องมี 3 ส่วนที่สนับสนุนประสานงานกันแบบบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน ให้มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และการจัดระบบการส่งต่อและประสานกับสถานบริการ โดยทุกกลุ่มมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางในการประชุมวางแผนซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการสร้างพลังอำนาจของ (Gibson 1991)¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจินต์ เพชรพันธุ์และคณะ¹⁴ พบว่า การให้บริการผู้สูงอายุต้องเป็นการให้บริการแบบองค์รวมที่มีการผสมผสานการบริการ สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุโดยทุกภาคส่วนต้องกำหนดกลยุทธ์ 6 ด้าน และปัจจัยแห่งความสำเร็จ 10 ประการ เพื่อ

สนับสนุนการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สิ่งสำคัญ คือ คนในครอบครัวของผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ ต้องมีจิตอาสาและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ แพรววิภา รัตนศรี¹⁵ ที่อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานกระบวนการ ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ¹⁶ เกิดจากการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชนผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จนทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง จุดเด่นของรูปแบบ 5 P คือ การดูแลบริการที่ต่อเนื่องครอบคลุมและมีภาคีบริการสุขภาพ ชุมชนและสังคมร่วมมือกันภายใต้ฐานหลักของครอบครัวและชุมชน ทำให้เห็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน แก้ไขปัญหาเป็นรายบุคคล ทำให้ลดช่องว่างของปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นการประเมินผลจากสังคมที่เห็นคุณค่าของกิจกรรมรูปแบบต่าง ๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ออกสู่สังคมเข้าสู่ชุมชนได้อย่างมีความสุขและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

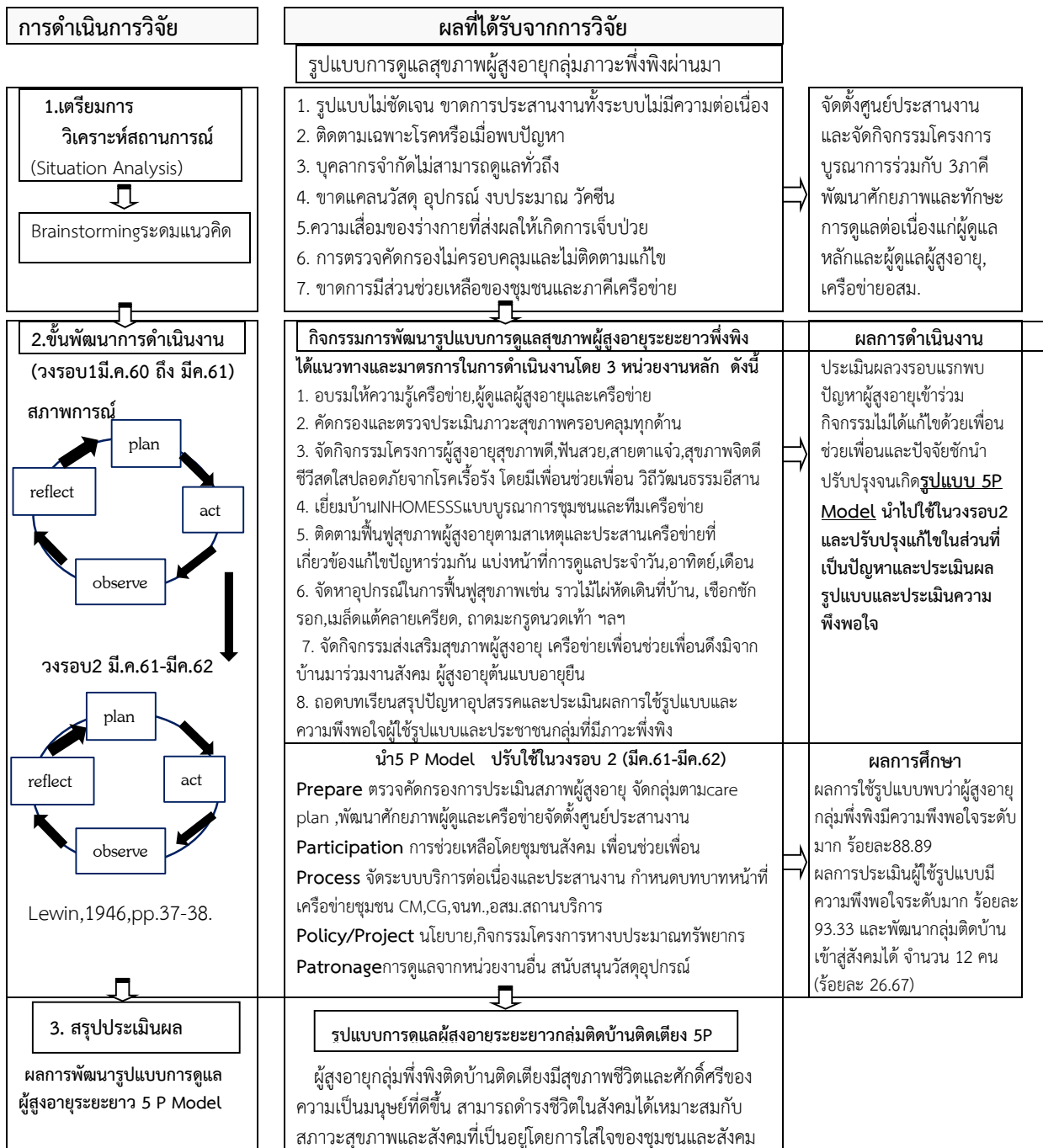
กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2560-2563 เป็นจำนวนเงิน 113,920 บาทขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2557.
3. มูลนิธิสถาบันการวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2558.
4. งานผู้สูงอายุ กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือแนวทางการประเมินตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care). ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่; 2556.
5. ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ. รายงานผลความก้าวหน้าโครงการวิจัยรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะ กองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.
6. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล, 2557; 29(3): 104-115.
7. Kemmis, S., MaTaggart, R The Action Research Planner (3rd ed.) Geelong, Australia: Deakin University; 1988.

8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2558.
9. Wagner H. Improving chronic illness: translating evidence into action. *Health Affairs*, 2011; 20(6): 64-78.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2558.
11. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: วิจัยพัฒน; 2553.
12. ประเวศ วะสี และคณะ. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน เวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (สพช.) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
13. Gibson Cs. A concept analysis of empowerment *J Adv Nur*, 1991; 16(20): 345-61.
14. สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 2557; 12(3): 31-47.
15. แพรววิภา รัตนศรี. รูปแบบการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2560.
16. พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*. 2559; 23(2): 79- 87.



ภาพที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง