บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย Sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563

The Developing HOMESUK center Model for Disabled Elderly and Sub – acute Patients with Mobility – Difculties, Kalasin province 2020

สม นาสอ้าน[*] โชคชัย มงคลสินธุ์[**] สุรศักดิ์ ติลการยทรัพย์[***] และสมคิด เพื่อนรัมย์[****]

Som nasaarn[*] Chokchai mongkolsin[**] Surasak Tilakarayasup[***] and Somkid puenrum[****]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์*’ **’ ***’ ****

Kalasin Provincial Public Health Office*’ **’ ***’ ****

เบอร์โทรศัพท์ : 09-7993-9989; E-mail : somnasaarn@mail.com*

วันที่รับ 5 ม.ค. 2564; วันที่แก้ไข 21 ม.ค. 2564 ; วันที่ตอบรับ 26 ม.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย (sub – acute) ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็น ศูนย์โฮมสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 56 แห่ง ใช้กระบวนการกลุ่มสนทนา และการสัมภาษณ์เจาะลึกในขั้นตอนการศึกษาและพัฒนารูปแบบในการพัฒนาศูนย์โฮมสุข และกำหนดแบบประเมินผลในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Analysis of covariance (ANCOVA)

ผลการศึกษา ตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน พบว่า มีรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข โดยการกำหนด และประเมินผล (1) องค์ประกอบของมาตรฐานพื้นฐานการจัดตั้งศูนย์โฮมสุข มี 6 หมวด 33 ประเด็น ผลประเมิน พบว่า ส่วนใหญ่ศูนย์โฮมสุขมีองค์ประกอบในระดับดีมาก (2) มีคุณลักษณะสำคัญของศูนย์โฮมสุขที่เป็นอัตลักษณ์สำคัญเฉพาะ 7 หมวด ประกอบด้วย “H-O-M-E-S-U-K” ผลประเมิน พบว่า ศูนย์โฮมสุขส่วนใหญ่ มีมาตรฐานเกรด A คือ มีศักยภาพในระดับดี (3) มีการประเมินเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม ก่อน-หลัง รับบริการ ผลพบว่าหลังรับบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 (4) มีการประเมินความสมดุลของร่างกายพิการ ผู้สูงอายุ และแนวโน้มในการหกล้มได้ตามแบบสอบถาม Berg Balance Scale (BBS) ผลพบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมาก และ (5) มีประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการของศูนย์โฮมสุขในภาพรวม ผลอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ คือ อาสาสมัครศูนย์โฮมสุข อยู่ในระดับมากที่สุด จากการมีรูปแบบในการพัฒนาศูนย์โฮมสุขให้มีคุณภาพมีมาตรฐาน และมีการประเมินผลการดำเนินงานที่สามารถสะท้อนประสิทธิภาพ สามารถสร้างความเชื่อถือ ทั้งทางด้านบริการ ด้านวิชาการ

คำสำคัญ : ศูนย์โฮมสุข; ผู้พิการ; ผู้สูงอายุ; กลุ่มผู้ป่วย sub – acute; ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

Abstract

Aim This action research studied a model; HOMESUK, used for development of the center for disabled/elderly and Sub – acute patients with mobility-difculties. Sample size 56 centers in Kalasin, Thailand. Method By applying community-based rehabilitation (CBR) in 56 centers, using focus group discussion and in-depth interviews as study tools. Questionnaire was used to collect quantitative data. Content analysis was used to analyse qualitative data. Quantitative data included descriptive statistics. Analysis of covariance (ANCOVA) was used for inferential statistics.

Development of the HOMESUK center operation model consisted of 6 categories concentrating in 33 issues. The overall composition of all health care centers was good, with some renovation needed to be done in building categories, to better suit the needs of disabled/elderly with mobility-difculty. The unique core of this model lied on 7 categories namely "H-O-M-E-S-U-K". Overall assessment of these centers, category H (Health) was graded "A" (good standard), providing rehabilitation services, health promotion and prevention, with treatment service receiving the highest average score. The category with the lowest average score was E (Empowerment), to empower the community using a network of local partners, who shared the same feeling in working for the community, and to raise their awareness in taking care of themselves. In the post-service assessment, there was a statistically signicant reduction in the mean score of working decient/ activity coping difcult, with the p-value <0.001. Based on the Berg balance scale (BBS), disabled/elderly had a high risk to fall. The overall satisfaction of patients towards service providers was high.

Keywords : HOMESUK Center; Disabled; Elderly; Sub – acute; Mobility-Difculties

บทนำ

การพัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยที่หายจากโรคแต่ยังไม่สามารถ กลับมาทำกิจกรรมได้เป็นปกติ (sub – acute) ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในชุมชนถือเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute อย่างยั่งยืน โดยมีญาติและคนในชุมชนมีส่วนร่วมดูแลให้ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ให้สามารถดำรงชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ สามารถเข้าถึงระบบบริการ และสิทธิประโยชน์ด้านต่าง ๆ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พัฒนาการทางกาย ใจ สังคม อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ซึ่งสถานการณ์ผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub–acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2561 มีจำนวน ทั้งสิ้น 8,298 คน คิดเป็นร้อยละ 13.11 จึงเกิดแนวคิดในการจัดตั้งศูนย์โฮมสุข[1] ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางระบบสุขภาพที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดกาฬสินธุ์โดยการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และร่วมกับ ภาคีเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงาน

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยประยุกต์ใช้การฟื้นฟู สมรรถภาพในชุมชนตามแนวคิด: community base rehabilitation (CBR) มีการบูรณาการดำเนินงานเพื่อ ฟื้นฟูสุขภาพของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ตามแนวคิดการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐานแบบผสมผสานการศึกษารูปแบบในการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผลการศึกษาปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่ช่วยส่งเสริม ค้ำยันการดำเนินงาน CBR ให้สำเร็จ คือ การมีคณะทำงานและมีแผนแม่บทด้านการช่วยเหลือที่ชัดเจน ความไม่พร้อมในด้านทักษะ ความรู้ของชุมชนในการทำงาน CBR รวมถึงความเชื่อถือระหว่างกันของคนในชุมชน[2] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขเพื่อการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จึงมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพพัฒนาการทางกาย ใจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

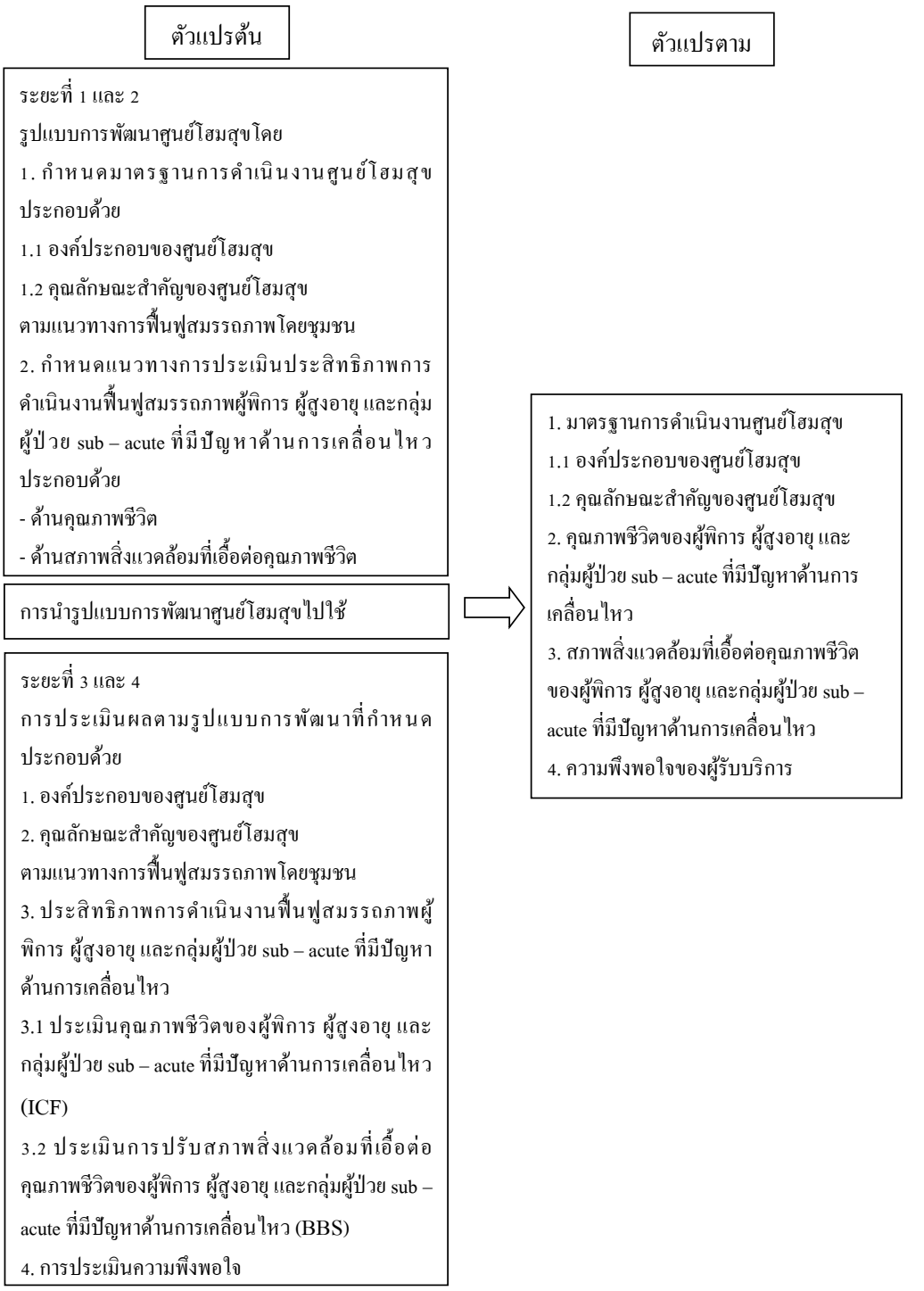
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานศูนย์โฮมสุขเพื่อการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลผลการนำรูปแบบในการพัฒนาศูนย์โฮมสุขไปใช้ในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์

ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2562 ถึง เดือน มีนาคม 2563 ประชาการและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ศูนย์โฮมสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 56 แห่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 : การวางแผน (planning)

1.1 การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดำเนินงาน โดยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) สำหรับผู้เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์โดยตรง ประกอบด้วย บริบทในการดำเนินงาน รูปแบบในการดำเนินงาน สภาพปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1.2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (focus group discussion) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.2.1. มาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข

1.2.2. คุณลักษณะของศูนย์โฮมสุข องค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข

1.2.3. กำหนดแนวทางและเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย

1.2.3.1 ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มี ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายสุขภาพในมิติการทำงานของร่างกาย โครงสร้าง กิจกรรมและการมีส่วนร่วม (international classication of functioning disability and health : ICF)

1.2.3.2 ประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยใช้เครื่องมือทดสอบความสามารถด้านการทรงตัว (berg balance scale : BBS)

1.2.3.3 ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผน (action)

ผู้ศึกษา พัฒนารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย การสื่อสารถ่ายทอดมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข แนวทางและเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ของจังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (observation)

ทำการติดตามผลการนำรูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

3.1 สนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุและองค์ความรู้ในการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในพื้นที่

3.2 การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขประกอบด้วย คุณลักษณะ องค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข

และประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

3.2.1 มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข

3.2.2 คุณลักษณะของศูนย์โฮมสุข องค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข

3.2.3 ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มี ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายสุขภาพในมิติการทำงานของร่างกาย โครงสร้าง กิจกรรม และการมีส่วนร่วม

3.2.4.ประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยใช้เครื่องมือทดสอบความสามารถด้านการทรงตัว

3.2.5.ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (reection)

การสะท้อนผลจากการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้รับผิดชอบ เพื่อเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ศูนย์โฮมสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนทั้งสิ้น 62 แห่ง

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ศูนย์โฮมสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 56 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ กระบวนการกลุ่มสนทนา และการสัมภาษณ์เจาะลึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข

2.2 แบบประเมินคุณลักษณะของศูนย์โฮมสุข

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

2.4 แบบประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการคำนวณค่า IOC (index of item objective congruence) เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ในแบบประเมิน แบบประเมินองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข เท่ากับ .78 แบบประเมินคุณลักษณะของศูนย์โฮมสุขเท่ากับ .85 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเท่ากับ .84 แบบประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ เท่ากับ .89 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเท่ากับ .85 แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่ม

ตัวอย่าง เพื่อทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach alpha coefcient) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ = .95

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์และพิจารณาเชิงเหตุผลพร้อมทั้งสรุปประเด็นตามกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงใน การดำเนินงาน ซึ่งจะมีการสรุปผลการดำเนินงาน และนำผลการวิเคราะห์คืนสู่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

2. ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางประชากร คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ด้วยสถิติ Analysis of covariance (ANCOVA)

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (planning)

บริบทและสภาพปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

กำลังคนจากชุมชนอาสามาร่วมเป็นอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข จำนวน 620 คน (10 คน/ศูนย์) ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน และขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข มีหน้าที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในชุมชน มีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้กำกับ คัดเลือกมอบหมาย กำกับติดตาม case ใน การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายไม่น้อยกว่า 45 นาที ต่อ case งบดำเนินงาน 10,000 บาท ต่อเดือน ต่อศูนย์ ใช้งบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์งบประมาณสมทบกันระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 จังหวัดขอนแก่น สนับสนุนงบประมาณปีละ 10 ล้านบาทอย่างต่อเนื่อง ติดต่อกันมา 3 ปี อุปกรณ์ประยุกต์ใช้ในศูนย์โฮมสุขจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ 9 รายการ 16 ชิ้น และใช้อุปกรณ์ประยุกต์ที่ทำขึ้นโดยศูนย์โฮมสุข รถสามล้อโยก ที่ผู้สูงอายุ คนพิการที่จำเป็นต้องใช้ เบิกจ่ายจากโรงพยาบาล และบางส่วนได้รับบริจาคจากอุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุ คนพิการใช้จนชำรุด หรือไม่ได้ใช้แล้ว มีการซ่อมแซมโดยศูนย์โฮมสุข เพื่อเป็นคลังหมุนเวียนจ่ายให้แก่คนในชุมชนกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute รวมจำนวนทั้งสิ้น 63,285 คน แบ่งเป็น คนพิการ 11,055 คน (17.47 %) ส่วนมากจะเป็นคนพิการประเภทที่ 3 (ทางกายหรือการเคลื่อนไหว) จำนวน 5,124 คน (46.35 %) ผู้สูงอายุ 50,515 คน (79.82 %) ด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่วนมากมีสุขภาวะติดสังคม 46,880 คน (92.80 %) ติดบ้าน 3,218 คน (6.37 %) และติดเตียง 417 คน (0.83 %) และกลุ่มผู้ป่วย Sub-Acute 1,715 คน (2.71 %) สาเหตุ ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู ได้แก่ โรคสมองและระบบประสาท เช่น stroke, brain dysfunction ฯลฯ จำนวน 578 ราย ร้อยละ 33.70 อุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ จำนวน 1,105 ราย ร้อยละ 64.43 และเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ จำนวน 32 ราย ร้อยละ 1.87 โดยมีเป้าหมายในการให้บริการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการเคลื่อนไหวในภาพรวม จำนวน 8,298 คน คิดเป็นร้อยละ 13.11 ของเป้าหมายทั้งหมด มีการคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหา

ด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายสุขภาพในมิติการทำงานของร่างกาย โครงสร้าง กิจกรรม และการมีส่วนร่วม จากการดำเนินงานของหมอโฮมสุขในการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยมีผู้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 1,134 ราย ผลดีขึ้น 969 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.45 แต่ไม่สามารถบ่งบอกได้ว่าดีขึ้นมากน้อยหรือแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข จำนวนอาสาสมัครหมอโฮมสุขมีจำนวนน้อยในการดูแลกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก งบประมาณที่สนับสนุนกิจกรรมของศูนย์โฮมสุขค่อนข้างน้อยไม่เพียงพอ กลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะทุพพลภาพมีค่าใช้จ่ายและต้องการคนดูแลตลอดเวลา ขาดแคลนอุปกรณ์ เช่น รถวิลแชร์ และแบบโยก เครื่องช่วยหายใจ เครื่องวัดความดันโลหิต รถซาเล้งที่ใช้เป็นพาหนะเดินทางรวมถึงน้ำมันเชื้อเพลิง ขาดการกำหนดคุณลักษณะมาตรฐานพื้นฐานในการจัดตั้งที่เป็นอัตลักษณ์สำคัญเฉพาะของศูนย์โฮมสุข และการกำหนดมาตรฐานใน การดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข เพื่อใช้ประเมินยกระดับศูนย์โฮมสุขให้มีมาตรฐาน ขาด การประเมินคุณภาพการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และคุณภาพชีวิตด้าน อื่น ๆ จากการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขที่สะท้อนผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมมิติสำคัญ

การพัฒนารูปแบบในการดูแลคนพิการและผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว โดยศูนย์โฮมสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษาบริบทในการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคสำคัญ นำไปสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขให้มีคุณภาพมาตรฐาน มีอัตลักษณ์สำคัญเฉพาะ และสามารถสะท้อนประสิทธิภาพการดำเนินงานเพื่อการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิต ของกลุ่มเป้าหมายได้ ดังนี้

1. การกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข

จากการประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วยเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้พิการผู้สูงอายุ จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1 คนคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 7 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1 คน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 จำนวน 1 คน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 คน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 คน โดยใช้กระบวนการอภิปรายกลุ่ม เพื่อกำหนดองค์ประกอบของมาตรฐานพื้นฐานในการจัดตั้งศูนย์โฮมสุข และใช้เป็นกรอบแนวทางในการประเมินระดับมาตรฐานของศูนย์โอมสุขที่จัดตั้งขึ้น มีองค์ประกอบทั้งสิ้น 6 หมวด 33 ประเด็น

1. หมวดอาคาร มี 8 ประเด็น
2. หมวดบริหารจัดการ มี 6 ประเด็น
3. หมวดฐานข้อมูล มี 9 ประเด็น
4. หมวดอุปกรณ์ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ มี 2 ประเด็น
5. หมวดอาสาสมัครตระหนักรู้ มี 4 ประเด็น
6. หมวดชุมชนสำนึกร่วม มี 4 ประเด็น

2. การกำหนดคุณลักษณะของศูนย์โฮมสุข

โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปถอดบทเรียน สร้างแสวงหาองค์ความรู้ที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ และใช้เป็นกรอบแนวทางในการประเมินศักยภาพในการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขที่ตั้งขึ้น มีบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้างานของหน่วยบริการและผู้ทรงคุณวุฒิทางวิชาการ จำนวน 36 คน ประกอบด้วยตัวแทนเครือข่ายวิชาชีพทางกายภาพบำบัด ตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 7 จังหวัดขอนแก่น และผู้ทรงคุณวุฒิ จากคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัย มหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เกี่ยวกับคุณลักษณะสำคัญของศูนย์โฮมสุข เพื่อสร้างแสวงหาองค์ความรู้ที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะของ ศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ ได้ตามตัวอักษรของชื่อ HOME SUK ซึ่งนำไปสู่กระบวนการกำหนดแบบประเมินมาตรฐานตามคุณลักษณะ และองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ ดังนี้

คุณลักษณะสำคัญของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์

หมวด H – Health มี 5 ประเด็นคำถาม

หมวด O – Organization มี 3 ประเด็นคำถาม

หมวด M – Mind มี 2 ประเด็นคำถาม

หมวด E – Empowerment มี 1 ประเด็นคำถาม

หมวด S – Social มี 1 ประเด็นคำถาม

หมวด U – Unity มี 1 ประเด็นคำถาม

หมวด K – Knowledge มี 3 ประเด็นคำถาม

3. กำหนดแนวทางและเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงาน

ในการกำหนดแนวทางและเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟู สมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย

3.1 การประเมินคุณภาพชีวิตตามเครื่องมือบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายสุขภาพในมิติการทำงานของร่างกายโครงสร้าง กิจกรรม และการมีส่วนร่วม

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือ ICF ผู้วิจัยและคณะทำงานที่เป็นแกนนำมาจากตัวแทนเครือข่ายวิชาชีพทางกายภาพบำบัด จำนวน 3 คน ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการใช้เครื่องมือ และการวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลโดยใช้ข้อมูลที่มีการจัดเก็บมารวบรวมวิเคราะห์ เพื่อการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ของศูนย์โฮมสุข ซึ่งจากสภาพปัญหาขาดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ใน เชิงคุณภาพที่สามารถยืนยันผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพที่จะใช้เป็นสารสนเทศทางวิชาการ โดยสามารถบ่งบอกได้ว่ากลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพโดยหมอโฮมสุข อย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน มีความเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพดีขึ้นมากน้อยเพียงใด และมีความแตกต่างกันอย่างไรหรือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ สรุปวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ (ICF) โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ANCOVA

3.2 ประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือทดสอบความสามารถด้านการทรงตัว

ในการประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ผู้วิจัย ร่วมกับตัวแทนเครือข่ายวิชาชีพทางกายภาพบำบัด จำนวน 3 คน และบุคลากรจากคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จำนวน 4 คน ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการใช้เครื่องมือ และการวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูล เพื่อการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟู สมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของศูนย์โฮมสุข โดยกำหนดและใช้เครื่องมือทดสอบความสามารถด้านการทรงตัวเป็นแบบสอบถามเพื่อนำมาประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว หลังปรับสภาพบ้าน 3 เดือน มี 14 ข้อ (56 คะแนน) คำตอบจะเป็นลักษณะเป็นลำดับขั้น (rating scale) ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน วิเคราะห์ผลเป็นร้อยละ แปลผลจากค่าคะแนนเพื่อจัดระดับความเสี่ยงต่อการหกล้ม

3.3 การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการของศูนย์โฮมสุข โดยใช้แบบสอบถามมาตรวัดแบบ rating scale 5 ระดับ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ (อาสาสมัครหมอโฮมสุข) ความพึงพอใจต่อสถานที่ และความพึงพอใจในภาพรวม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (action)

โดยการนำรูปแบบการดำเนินงานที่ได้จากการพัฒนาไปดำเนินการในพื้นที่ โดยการสื่อสารถ่ายทอดให้พี่เลี้ยงศูนย์โฮมสุขในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทราบถึงรูปแบบการพัฒนาและประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข ตามมาตรฐานที่กำหนด ประกอบด้วย องค์ประกอบการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข คุณลักษณะสำคัญของศูนย์โฮมสุข การประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงาน ด้านคุณภาพชีวิต และด้านสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (observation)

การติดตามผลการนำรูปแบบการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานโดยกระบวนการประกอบด้วย สังเกต ติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงาน ด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลักษณะของเครื่องมือประเมินผล ซึ่งมีผลการประเมินสรุปได้ดังนี้

1. การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข

1.1 ผลการประเมินองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข

การประเมินผลองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ เพื่อประเมินถึงความพร้อมในการให้บริการ แก่ประชาชนเป้าหมาย ประกอบด้วย 6 หมวด รวมทั้งหมด 33 ประเด็น โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข และหรือคณะกรรมการบริหารฯ ผลประเมินของศูนย์โฮมสุข จำนวน 56 แห่ง พบว่า

ส่วนมากศูนย์โฮมสุขมีองค์ประกอบในระดับดีมาก (คะแนน 27-33) จำนวน 55 ศูนย์ (98.21 %) และระดับดี (คะแนน 20-26) จำนวน 1 ศูนย์ (1.79 %)

สรุปผลการประเมินองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุขจำแนกเป็นรายหมวด พบว่า

หมวด 1 หมวดอาคาร ศูนย์โฮมสุข จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.43 ไม่มีห้องน้ำ/ห้องสุขา ที่เหมาะสมกับคนพิการ/ผู้สูงอายุ เช่น ทางเดินเข้าไปใช้บริการและประตูต้องรองรับรถเข็น การติดราวจับ, โถสุขภัณฑ์ที่เหมาะสม รองลงมาไม่มีทางเดินที่เหมาะสมกับคนพิการ/ผู้สูงอายุ หรือไม่เช่น ทางขึ้น-ลง, ทางเข้า-ออกศูนย์ทางเดินภายในตัวอาคาร จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.39

หมวด 2 หมวดบริหารจัดการ ศูนย์โฮมสุข จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.93 ไม่มี การประชุมคณะกรรมการศูนย์โฮมสุขอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง พร้อมบันทึกรายงานการประชุมทุกครั้ง

หมวด 3 หมวดฐานข้อมูล ศูนย์โฮมสุข จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 32.14 ยังไม่มีข้อมูลจำนวนประชากรทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

หมวด 4 หมวดอุปกรณ์ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 32.14 ขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นที่ได้รับการสนับสนุนจาก หน่วยงานอื่น ๆ เช่น จาก อบจ. พมจ. สสจ. เทศบาล/อบต. จังหวัด อื่น ๆ

หมวด 5 หมวดอาสาสมัครตระหนักรู้ มีคะแนนผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง 100 %

หมวด 6 หมวดชุมชนสำนึกร่วม มีศูนย์โฮมสุข จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.07 ไม่มีการสมทบเงินหรือทรัพยากรอื่น เช่น แรงงาน วัสดุอุปกรณ์ ช่างเทคนิค ฯลฯ จากภาคีเครือข่ายเช่น ประชาชน ภาคเอกชน ภาครัฐและกองทุนต่าง ๆ

1.2 ผลการประเมินคุณลักษณะสำคัญของศูนย์โฮมสุข

การประเมินคุณลักษณะของศูนย์โฮมสุขทั้ง 56 แห่ง ตามคุณลักษณะ ตามตัวอักษรของชื่อ HOME SUK ประกอบด้วย 7 หมวด "H-O-M-E-S-U-K" พบว่า ศูนย์โฮมสุขส่วนใหญ่ มีมาตรฐานเกรด A คือ มีศักยภาพในระดับดี จำนวน 32 ศูนย์ (57.14 %) รองลงมาเป็นศูนย์ที่มีมาตรฐานเกรด A+ คือมีศักยภาพในระดับสูง (A+) มีจำนวน 14 ศูนย์ (25.00 %) ศูนย์โฮมสุขที่มีมาตรฐานเกรด B คือมีศักยภาพปานกลาง (B) จำนวน 8 ศูนย์ (14.29 %) และศูนย์โฮมสุขที่มีมาตรฐานเกรด C คือมีศักยภาพพอใช้ (C) 2 ศูนย์ (3.57 %) ไม่มีศูนย์โฮมสุขที่ยังขาดความพร้อมที่ต้องเร่งพัฒนา

สรุปคะแนนประเมินคุณลักษณะของศูนย์โฮมสุข จำแนกเป็นรายหมวด พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยทุกหมวด ร้อยละ 85.46 หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ หมวด H : Health : มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย โดยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 97.53 และหมวด ที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ หมวด E – Empowerment มีการสร้างพลังชุมชน โดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้มีความรู้สึกร่วมในการทำงานเพื่อคนในชุมชน และเพื่อให้คนในชุมชนมีความตระหนักในการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเพียงร้อยละ 70.73

2. คุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย Sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มี ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือบัญชีสากล เพื่อใช้อธิบาย

สุขภาพในมิติการทำงานของร่างกายโครงสร้าง กิจกรรมและการมีส่วนร่วม ซึ่งประเมินโดยนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง เมื่อแรกรับเข้ารับบริการ และครั้งที่ 2 หลังรับบริการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพโดยหมอโฮมสุขในชุมชนอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน 6 เดือน มีจำนวนทั้งสิ้น 969 ราย วิเคราะห์ข้อมูลที่มีความเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ (ICF) ว่า "ดีขึ้น" เป็นอย่างไรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (ANCOVA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 668 (68.94%) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 64.85±14.47 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี จำนวน 270 (27.86%)

ก่อนรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุขกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน ความลำบากในการทำกิจกรรมในภาพรวม ร้อยละ 25.92±11.37 ซึ่งมีความยากลำบากอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความบกพร่องใน การทำงาน ความลำบากในการทำกิจกรรม เรื่องการเดินมากที่สุด รองลงมาคือการเคลื่อนย้ายตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

หลังรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุข กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากในการทำกิจกรรมในภาพรวม ร้อยละ 13.69±9.67 ซึ่งมีความยากลำบากอยู่ในระดับน้อย เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่าการเดิน มีคะแนนความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม รองลงมาคือนันทนาการและกิจกรรมยามว่าง

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม ก่อน-หลัง รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุขโดยคำนึงถึงตัวแปรอื่นร่วมด้วย วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ analysis of covariance (ANCOVA) พบว่าความบกพร่องในการทำงาน และความลำบากในการทำกิจกรรมหลังรับบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.00

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม ก่อน-หลัง รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุข (n=969)

ความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (Adjusted)	95%CI	p-value
ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย				
ก่อนรับบริการ	25.92 (11.37)	กลุ่มอ้างอิง	กลุ่มอ้างอิง	
หลังรับบริการ	13.69 (9.67)	12.23	11.29 ถึง 13.17	< 0.001

* ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยที่ปรับแล้ว (Adjusted mean difference): ค่าเฉลี่ยความแตกต่างที่ได้จาก ANCOVA โดยเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงาน ก่อน – หลัง โดยพิจารณาจากการปรับตัวแปรร่วม เพศ และอายุ

3. สภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

สรุปผลในการประเมินความสมดุลของร่างกายพิการ ผู้สูงอายุ และแนวโน้มในการหกล้มได้ แบบสอบถาม Berg Balance Scale (BBS) จำนวนคนพิการเป้าหมายที่ต้องได้รับการตรวจเยี่ยมเพื่อการประเมินความสมดุลของร่างกายพิการ ผู้สูงอายุ และแนวโน้มในการหกล้มได้ แบบสอบถาม Berg Balance Scale (BBS) หลังปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน 57 คน คณะกรรมการได้ทำการประเมิน 53 คน เนื่องจากมีผู้เสียชีวิต 3 คน และอีกแห่งไม่ขอรับการประเมิน ผลพบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมาก ถึงร้อยละ 41.51 ประเด็นที่น่าสนใจ คือ การยืนขาเดียว เป็นประเด็นที่ทำไม่ได้เลยมากที่สุด ร้อยละ 49.06 การเอื้อมหยิบของที่พื้นจากท่ายืนตรง 23 คน (43.40 %) การยืนโดยไม่มีการพยุงหรือช่วยเหลือโดยให้เท้าทั้ง 2 ข้างชิดกัน 20 คน (37.74 %) และการหันหลังเหลียวไปมองข้างหลังผ่านไหล่ข้างซ้ายและขวาจากท่ายืนตรง 20 คน (37.74 %) ส่วนในประเด็นกิจกรรมที่ทำได้ดี ได้แก่ นั่งโดยไม่ให้หลังพิง แต่ให้เท้าแตะพื้นหรือวางบนม้านั่ง รองเท้า 24 คน (45.28 %) การยื่นแขนตรงไปข้างหน้าขณะยืน 22 คน (41.51 %) และการยืนโดยไม่มีการช่วยเหลือ 18 คน (33.96 %)

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการศูนย์โฮมสุขในชุมชน ทั้ง 56 แห่ง จำนวน 2,689 ราย พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.28 0.50 และมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ (อาสาสมัครหมอโฮมสุข) 4.36 0.53 มากที่สุด รองลงมามีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการ 4.25±0.54ความพึงพอใจต่อ คุณภาพบริการ 4.25±0.55 และความพึงพอใจต่อสถานที่ 4.24±0.58 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (reection) โดยการสะท้อนผลจากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยการจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้รับผิดชอบ เพื่อเสนอผลการดำเนินงาน ทบทวนแนวทาง การวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหา

ผลจากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายนักกายภาพบำบัดผู้รับผิดชอบและเป็นพี่เลี้ยงการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข ได้ข้อสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหา อุปสรรคสำคัญในการดำเนินงาน โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกของหมอโฮมสุข ทั้ง 56 ศูนย์ พบว่า มีปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญ คือการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เป็นประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 64.29 รองลงมาได้แก่ประเด็นความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข ร้อยละ 60.71 การทำงานด้วยจิตอาสาของอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข ร้อยละ 46.43

ปัญหา อุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข ในอันดับแรกเป็นเรื่องงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานค่อนข้างน้อยไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 69.64 เรื่องรองลงมาเป็นความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณจาก กองทุนฯ ร้อยละ 42.86 กำลังคนมาร่วมดำเนินงานและความเชื่อมั่นในการให้บริการของหมอโฮมสุข ร้อยละ 41.07 การมีเครื่องมือ อุปกรณ์ ยานพาหนะที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 37.50 ตามลำดับ

สรุปอภิปรายผล

ในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานศูนย์โฮมสุขเพื่อการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นนวัตกรรมที่ริเริ่มขึ้นใหม่ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดยการใช้ชุมชนเป็นฐานมาใช้ในการออกแบบพัฒนารูปแบบกระบวนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งการเกิดเจตคติทางบวกต่อกันของคนในชุมชน และชุมชนคือทุนทางสังคม การให้คุณค่ากับการมองเห็นความทุกข์ยากของคนอื่นเป็นสิ่งที่ต้องช่วยกันแก้ไข มีความเป็นสาธารณะและร่วมรับผิดชอบ ถือเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมค้ำยันการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดยการใช้ชุมชนเป็นฐาน[2] เพื่อให้คนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถ อยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างเสมอภาค มี ศักดิ์ศรีเท่าเทียมคนทั่วไปอย่างปกติสุข[3] การดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข มีการใช้กำลังคนจากชุมชนอาสามาร่วมเป็นอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน จะช่วยลดปัจจัย เงื่อนไขที่ท้าทายที่เป็นปัญหาอุปสรรค ต่อการทำให้งาน CBR ล้มเหลว คือความไม่พร้อมในด้านทักษะ ความรู้ของชุมชนใน การทำงาน CBR รวมถึงความเชื่อถือระหว่างกันของคนในชุมชน การกำหนดองค์ประกอบ และคุณลักษณะมาตรฐานพื้นฐานในการจัดตั้งที่เป็น อัตลักษณ์สำคัญเฉพาะของศูนย์โฮมสุข และ การประเมินคุณภาพการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และคุณภาพชีวิตด้าน อื่น ๆ ที่สะท้อนผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมมิติสำคัญ ที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมใน การออกแบบร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องโดยตรงและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการอย่างเป็นระบบ มีความน่าเชื่อถือ และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นประเด็นที่ต้องนำมาเป็นรูปแบบในการพัฒนาเพื่อใช้ในการพัฒนาและประเมินยกระดับศูนย์โฮมสุขให้มีการจัดระบบบริการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยชุมชนเป็นฐาน ตามแนวคิด CBR ให้มีคุณภาพมาตรฐาน สร้างความเชื่อถือ ทั้งทางด้านบริการ ด้านวิชาการ และมีกระบวนการพัฒนาให้ดียิ่ง ๆ ขึ้น

ผลการนำรูปแบบในการพัฒนาศูนย์โฮมสุขมาใช้ในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์

1. การประเมินผลองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 6 หมวด 33 ประเด็น ส่วนใหญ่มีองค์ประกอบในระดับดีมาก แต่ยังมีในบางหมวด บางประเด็นที่ต้องได้รับการปรับปรุง เช่น หมวด 1 หมวดอาคารสถานที่ยังมีบางส่วนที่ต้องได้รับการปรับปรุง ให้เหมาะกับคนพิการ/ผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ ทางเดินเข้าไปใช้บริการ,การติดราวจับ, และประตูต้องรองรับรถเข็น,โถสุขภัณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการในที่สาธารณะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ [4-5] หมวด 2 หมวดบริหารจัดการศูนย์โฮมสุข ได้แก่ การดำเนินงานของคณะกรรมการศูนย์โฮมสุข ต้องมีความต่อเนื่องและมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ[2] ที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่ช่วยส่งเสริม ค้ำยันการดำเนินงาน CBR ให้สำเร็จ คือการมีคณะทำงานและมีแผนแม่บทด้านการช่วยเหลือที่ชัดเจน หมวด 6 หมวดชุมชนสำนึกร่วม มีศูนย์โฮมสุข

ร้อยละ 16.07 ไม่มีการสมทบเงินหรือทรัพยากรอื่น เช่น แรงงาน วัสดุอุปกรณ์ ช่างเทคนิค ฯลฯ จากภาคีเครือข่ายเช่น ประชาชน ภาคเอกชน ภาครัฐและกองทุน ต่าง ๆ ซึ่งการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อาศัยชุมชนมีความสำนึกร่วมอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องได้รับการสนับสนุน ทรัพยากรจากหน่วยงาน องค์กรที่ทำงานอยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ[6] ที่พบว่าการปรับปรุงการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญและลงทุนทั้งการ ส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย การสร้างความมั่นใจในระบบสนับสนุนการดำเนินงานการใช้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาความร่วมมืออย่างเป็นหุ้นส่วนระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ชุมชน คนพิการและครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นการส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ ในหมวด 5 หมวดอาสาสมัครตระหนักรู้ ศูนย์โฮมสุขทุกแห่งมีคะแนนผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง 100 เปอร์เซนต์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลของกระบวนการพัฒนาอาสาสมัครศูนย์โฮมสุขที่มีประสิทธิภาพ สร้างให้อาสาสมัครตระหนักรู้ มีจิตสำนึกอาสาทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนในชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน สร้างให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับ[7] ที่ศึกษา พบว่า การรับสมัครจิตอาสาเพื่อให้มีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยผู้พิการที่บ้าน โดยใช้หลักการชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วม (participation) เป็นหุ้นส่วนของการทำงานร่วมกัน ทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และสอดคล้องกับ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์[8] ที่ได้กล่าวถึงการพัฒนาบทบาทของอาสาสมัคร ด้านสุขภาพว่านอกจากจะเป็นแนวทางสำคัญเพื่อการ สร้างศักยภาพของระบบสุขภาพไทยแล้ว ยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งกับสังคมไทยโดยรวม ซึ่งอาสาสมัคร นั้นเป็นทั้งแนวทางและเป้าหมายในตัวของมันเอง เพราะการที่ประชาชนมีจิตสำนึกอาสาทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมเป็นการเกื้อกูลแก่สังคมและที่สำคัญเป็นประโยชน์ยิ่งใหญ่ต่อ การพัฒนาตนเอง เพราะผลตอบแทนนั้นเป็นความภาคภูมิใจและการเรียนรู้คุณค่าความหมายของชีวิตที่ไม่อาจซื้อหาได้ด้วยเงิน

2. ผลประเมินคุณลักษณะ ตามตัวอักษรของชื่อ HOME SUK ประกอบด้วย 7 หมวด “H-O-M-E-S-U-K” ศูนย์โฮมสุขส่วนใหญ่ มีมาตรฐานเกรด A คือ มีศักยภาพในระดับดีไม่มี ศูนย์โฮมสุขที่ยังขาดความพร้อม ที่ต้องเร่งพัฒนา หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ หมวด H : Health : มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย โดยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์หลักของการจัดตั้งศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ แต่ในความเป็นจริงการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขไม่ได้มีเฉพาะด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว มีการดำเนินงานที่พัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายด้านอื่น ๆ ที่ครอบคลุมตามแนวคิดการพื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดยการใช้ชุมชนเป็นฐาน เช่น การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาด้านการฝึกอาชีพอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[9] พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการฝึกกายภาพบำบัด ฝึกทักษะการช่วยเหลือตัวเองและได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ แต่ผู้ป่วยส่วนมากขาดการฝึกอาชีพ และในหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือหมวด E – Empowerment การสร้างพลังชุมชน โดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้มีความรู้สึกร่วมในการทำงานเพื่อคนในชุมชน และเพื่อให้คนในชุมชนมีความ

ตระหนักในการดูแลตนเอง ในการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข มีกระบวนการสร้างพลังชุมชน โดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไปในการสร้างจิตอาสาให้มีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชนตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทีมสุขภาพต้องให้การยอมรับและชื่นชมในการดูแลผู้ป่วยผู้พิการที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน[10]

3. ประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

3.1 ด้านการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือบัญชีสากล เพื่อใช้อธิบายสุขภาพในมิติการทำงานของร่างกายโครงสร้าง กิจกรรมและการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 64.85 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ก่อนรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุข กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน ความลำบากในการทำกิจกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนความบกพร่องในการทำงาน ความลำบากในการทำกิจกรรมเรื่องการเดินมากที่สุด รองลงมาคือการเคลื่อนย้ายตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และหลังรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุข กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากอยู่ในระดับน้อย การเดินยังคงเป็นประเด็นความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม ก่อน-หลัง รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุขโดยคำนึงถึงตัวแปรอื่นร่วมด้วย วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ analysis of covariance (ANCOVA) พบว่า ความบกพร่องในการทำงาน และความลำบากในการทำกิจกรรมหลังรับบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 สอดคล้องกับผลการศึกษาของนงนุช เพ็ชรร่วง ปนัดดา ปริยทฤฒ และวิโรจน์ ทอง เกลี้ยง[11] หลังจากได้รับการฟื้นฟูสภาพตามรูปแบบการฟื้นฟู สภาพแบบบูรณาการในชุมชน เนื่องจากในรูปแบบการฟื้นฟู สภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการใน ชุมชนมีทีมฟื้นฟูสภาพซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ครอบครัว/ผู้ดูแล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จิตอาสา และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบปัญหาและระดับ การพึ่งพาของคนพิการเป็นรายบุคคล และได้รับการพัฒนา ความรู้และทักษะจากการจัดอบรมในเรื่องโรคและการฟื้นฟู สภาพความบกพร่อง การเคลื่อนไหว และการฝึกออกกำลังกาย และบริหารร่างกาย และการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ เหมาะสม

3.2 การประเมินผลการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในการประเมินความสมดุลของร่างกายพิการ ผู้สูงอายุ และแนวโน้มในการหกล้มได้ แบบสอบถาม Berg Balance Scale (BBS) พบว่า มีอายุเฉลี่ย 69.09 ปี อายุมากที่สุด 103 ปี อายุน้อยที่สุด 14 ปี ส่วนมากจะพิการประเภท 3 คือ การเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.51 มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับมากเป็นส่วนใหญ่ ประเด็นที่ทำไม่ได้เลยมากที่สุดได้แก่ การยืนขาเดียว การเอื้อมหยิบของที่พื้นจากท่ายืนตรง ถึงแม้จะ

มีการปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกบ้านเพื่อเอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นทั้งคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย sub – acute ที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และใกล้ชิด และมีค่าใช้จ่ายใน การดูแล ซึงผู้สูงอายุทีมีโรคประจำตัวและอาการ เจ็บป่ วยเรือรังต่าง ๆ ก็จำเป็นต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ซึงจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุทางตรง รวมค่าใช้จ่ายของญาติที่พาผู้สูงอายุไปรักษา รวมถึงการสูญเสียรายได้ของผู้สูงอายุและญาติ[12]

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการของศูนย์โฮมสุข ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย โดยมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ (อาสาสมัครหมอโฮมสุข) มากที่สุด รองลงมามีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการ และมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ซึ่งเกิดจากการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยคนในชุมชน เพื่อคนในชุมชนเฉพาะ จากจิตอาสาหมอโฮมสุข ถือว่าเป็นบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ที่ต่อเนื่อง กลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวไม่ต้องเดินทางไปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาล ซึ่งมีความยุ่งยากลำบากในการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร[13] จากรูปแบบการฟื้นฟู สภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการใน ชุมชน มีเนื้อหาความรู้ การจัดบริการที่บ้านโดยครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม เป็นไปตามสภาพปัญหาที่แท้จริงที่ได้จากการวิเคราะห์ สถานการณ์ก่อนการดำเนินกิจกรรม มีแนวทางการบริการ รายละเอียดด้านกิจกรรมบริการความถี่การให้บริการ กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน และมีคู่มือในการฟื้นฟูสภาพ และมีทีมที่เกิด จากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทำให้ทีมมีความมั่นใจและ มี ประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพ และสร้างความ พึงพอใจให้คนพิการมากขึ้นด้วย เช่นกับผลการศึกษา[14] ที่พบว่า ผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดย กลุ่มจิตอาสาดูแลคนพิการและคนในชุมชนให้ ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้พิการมีความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น เกิด ความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด

สรุปผลภาพรวมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย (sub – acute) ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีการออกแบบกระบวนงานเพิ่มเติมจากรูปแบบการบริการเดิม ในส่วนของการกำหนดคุณลักษณะสำคัญที่เป็นอัตลักษณ์สำคัญเฉพาะ และเกณฑ์ในการกำหนดและประเมินมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการจากอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข (หมอโฮมสุข) รวมถึงการประเมินความพึงพอใจในมิติของผู้รับบริการ ซึ่งผลการประเมินตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถยืนยันประสิทธิภาพทั้งเชิงกระบวนการและสารสนเทศทางวิชาการได้อย่างชัดเจน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเผยแพร่หรือขยายผลการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนตามแนวคิด: Community Base Rehabilitation (CBR) ตามแนวทางของศูนย์โฮมสุข โดยจะต้องมีปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญ ของการฟื้นฟู

สมรรถภาพในชุมชน คือการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญอันดับ 1

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกำหนดออกแบบรูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขที่ครอบคลุมตามแนวคิดการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน: Community Base Rehabilitation (CBR) ในมิติอื่น ๆ เพิ่มเติมจากด้านสุขภาพ ด้านที่อยู่อาศัย เช่น ด้านการส่งเสริมพัฒนาอาชีพของคนพิการ ด้านระบบสวัสดิการสังคม ด้านการระดมสรรพกำลังทางสังคม การรวมกลุ่มเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

2. เนื่องจากการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญอันดับ 1 ควรมีการศึกษาวิจัยระดับของการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่ส่งผลให้การดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ประสบความสำเร็จ

3. ควรศึกษาติดตามประเมินผลลัพธ์รูปแบบในการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในชุมชนแบบบูรณาการ ในระยะยาวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อประเมินผลความยั่งยืน และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่อาจเปลี่ยนแปลงไป

4. การดำเนินงาน และกิจกรรมที่ต้องบูรณาการร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ยังไม่ทั่วถึงครอบคลุมตามแนวคิดการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน: Community Base Rehabilitation (CBR) ในมิติอื่น ๆ ควรมีการจัดประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมหาแนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ภารกิจของศูนย์ให้เข้ากับกลุ่มเป้าหมาย และการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย

5. ควรมีการขยายผล และต่อยอดนำรูปแบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในชุมชน โดยศูนย์โฮมสุขไปใช้ในพื้นที่อื่น

เอกสารอ้างอิง

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. กาฬสินธุ์ : โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เอกสารอัดสำเนา; 2558.

[2] ทวี เชื้อสุวรรณ และคณะ รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมกับชุมชนพุทธมณฑล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. นครปฐม : วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.

[3] World Health Organization. CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Geneva; 2004.

[4] สายฤดี วรกิจโภคาทร และคณะ. สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในการปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงวัย : การทบทวน แนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนา. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.

[5] ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. ในการสัมมนาทางวิชาการเรื่องระบบการดูแล และกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2551.

[6] รัชนี สรรเสริญ และคณะ. การบูรณาการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิ: บทเรียนรู้จากประเทศไทย. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2553; 3(2) : 99 – 113.

[7] มนตรี จันทา สุมัทนา กลางคาร และจุฬารัตน์ห้าวหาญ. รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองบัว อำเภอศิขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2554; 7(1) ตุลาคม – พฤศจิกายน : 48 – 56.

[8] โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์. ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาท และบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย. [ออนไลน์]. (2556). [เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก www.Shi.or.th/upload/volunteer.pdf; 2552.

[9] นารีรัตน์ จิตรมนตรี และนวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา. รายงานวิจัยการประเมินภาวะสุขภาพศักยภาพ ปัญหาและความต้องการต่อการดูแลระยะยาว : กรณีผู้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต. นครปฐม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.

[10] Edmaonds LJ..Mainstreaming community based rehabilitation in primary health care in Bosnia Herzegovina. Disability & Society; 2005.

[11] นงนุช เพ็ชรร่วง ปนัดดา ปริยทฤฆ และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน.วารสารพยาบาลทหารบก 2556; 14(1) มกราคม – เมษายน: 1 – 7.

[12] วิโรจน์ ตังเจริญเสถียร และคณะ. รายงานการวิจัย ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2536.

[13] สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง. การบริการสุขภาพที่บ้าน. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์; 2549.

[14] วนรัตน์ วิจิตร. การพัฒนาตัวแบบระบบบริการ สุขภาพสำหรับผู้พิการในระดับปฐมภูมิ [ดุษฎีนิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์]. พิษณุโลก : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.