



รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส

Health Care Service Model for the Bed Bound Elder by Community Participation, SungaiKolok Subdistrict, Narathiwat

เพ็ญนภา มะหะหมัด¹

Pennapha Mahamad¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 64 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.71 และ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบปัญหาดังนี้ 1) ปัญหาด้านสุขภาพ 2) ปัญหาด้านจิตใจ 3) ปัญหาด้านสภาพเศรษฐกิจ 4) ปัญหาด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม 5) ปัญหาด้านผู้ดูแล สำหรับรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นใหม่ ได้แก่ Model การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงอำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มทีมสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย พบว่า ในภาพรวมทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =4.78, S.D.=0.19 และ \bar{X} =4.42, S.D.=0.20) ตามลำดับ

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดบริการ การดูแลสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

The aim of this participatory action research was to study a community participation health care service model for the bed bound elder in SungaiKolok Subdistrict of Narathiwat, Southern Thailand. The sample consisted of 64 stakeholders. The data collection tools were a questionnaire for in-depth interview and a questionnaire for satisfaction that were both tested for content validity by 3 experts, and tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.71 and 0.75, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, and content analysis. The research results showed the following.

The problems of the bed bound elder were: 1) multi-morbidity, 2) lack of psychological support, 3) insufficient economical means, and 4) weak social environment. Needs of health care service for the bed bound elder were: 1) home health care, 2) continuous home care and coaching, 3) adjusting social environment

¹ โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส

¹ SungaiKolok hospital, SungaiKolok district, Narathiwat



and budget, and 4) quick, safe, and easy access to health care services. The health care service model for the bed bound elder was developed in community with participation of volunteers, caregivers, and network to enhance quality of life of stakeholders. The evaluation of satisfaction showed that the stakeholders were satisfied with developed health care service model at highest score. (\bar{X} =4.78, S.D.=0.19; \bar{X} =4.42, S.D.=0.20)

Keywords: Health Care Service Model, Health Care, Bed Bound Elder, Community Participation

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นและจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 ในปี ค.ศ. 2050 องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดแผนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปี ค.ศ.2016- 2020 โดยมียุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) มีพันธสัญญาในการดูแลผู้สูงอายุ (commit to action) 2) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ (Age friend environments) 3) ระบบสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (Health system that meet the needs of the older people) 4) ระบบการดูแลระยะยาว (Long term care system) 5) มีการใช้ข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ (Data and research) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานผู้สูงอายุให้เหมาะสมแต่ละบริบทพื้นที่ (World Health Organization, 2017) ข้อมูลของสถาบันวิจัยของประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล 2557 ได้ประมาณการประชากรกลางปีของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2577 ว่าจะมีจำนวนถึง 19 ล้านคน (Institute for Population and Social Research, 2014) การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทยอย่างรวดเร็ว จึงเป็นประเด็นที่ทุกภาคส่วนจะต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ โดยเฉพาะการดูแลด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี การเข้าถึงบริการที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน ภาครัฐควรระดมทุนซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของผู้สูงอายุและปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงสิทธิให้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Boukeaw, & Teugfung, 2016) จังหวัดนครราชสีมาผู้สูงอายุร้อยละ 10.70 เทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมา ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาสมบูรณ์ ร้อยละ 0.51 พึ่งพารุนแรง ร้อยละ 0.63 พึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 4.70 ไม่พึ่งพา ร้อยละ 94.16 (Narathiwat Provincial Health, 2016) อำเภอสุโขทัย-โลก จังหวัดนครราชสีมา มีผู้สูงอายุ จำนวน 4,489 คน คิดเป็นร้อยละ 9.03 เทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดในอำเภอสุโขทัย-โลก จังหวัดนครราชสีมา จากการศึกษาพบว่าหากประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาสมบูรณ์ ร้อยละ 0.53 พึ่งพารุนแรง ร้อยละ 0.20 พึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 1 ไม่พึ่งพา ร้อยละ 98.26 รวมกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 33 คน (Sungkaikolok hospital, 2016)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงทดลองรูปแบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับประเทศไทย โดยมีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน โดยมีเครือข่ายสุขภาพชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อพส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยใช้รูปแบบระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุซึ่งใช้โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการและให้ชุมชนเป็นฐาน แต่มีข้อจำกัดในการนำนโยบายลงสู่ปฏิบัติยังไม่มี ความชัดเจน (Sarai, 2017) และพบว่ารูปแบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชาชนต้องมีความต่อเนื่อง (Continuing) เสมอภาค (Equity) คุณภาพ (Quality) และมีประสิทธิภาพ (Efficiency) (Artsanthia, & Kamprae, 2014) จากการวิเคราะห์ปัญหาผู้สูงอายุติดเตียงในพื้นที่อำเภอสุโขทัย-โลก จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ไม่ครอบคลุม



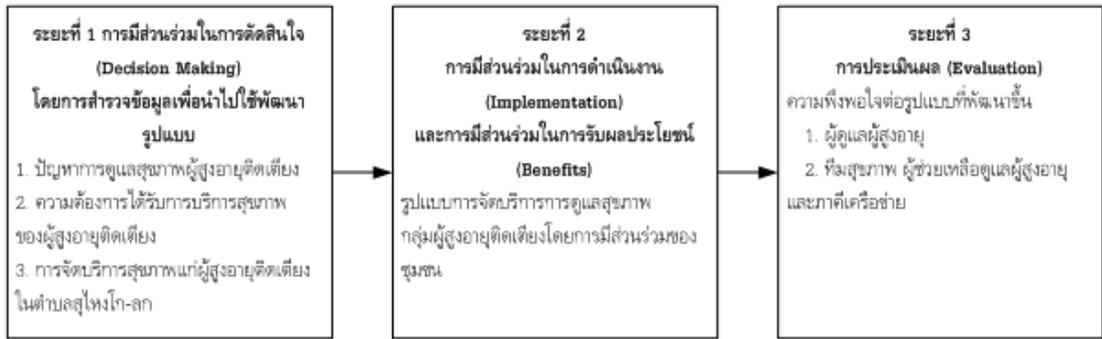
ขาดผู้ดูแลและพักอาศัยอยู่โดยลำพังในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุจากทีมเยี่ยมบ้าน ยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง ขาดการดูแลสุขภาพที่มีรูปแบบชัดเจน ผู้สูงอายุติดเตียงที่พักพื้นที่บ้านได้รับการดูแล โดยลำพังจากญาติ ซึ่งหากญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Doungchan, Wirojratana, & Jitramontree, 2017) ถ้าหากผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (Santho, Udanon, Jitramontree, & Damrisu, 2016) และสุขภาพจิตดีขึ้นเช่นกัน (Kamnak, & Phanlertphaij, 2017) ดังนั้น ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนตลอดจนภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (Ploiplaikaw, Roonkasem, Pacheu, & Pattra, 2013) ในการสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพ ร่วมคิด วางแผน ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮินและอัฟฮ็อฟ (Cohen & Uphoff, 1981) ได้จำแนกรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมสามารถแบ่งระยะการจัดรูปแบบการ จัดบริการการดูแลสุขภาพเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ระยะที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ระยะที่ 3 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสุโขทัย-โลก จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้เป็นแนวทางในการสร้าง และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสุโขทัย-โลก จังหวัด นครราชสีมา
2. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบล สุโขทัย-โลก จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงต่อรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮินและอัฟฮ็อฟ (Cohen & Uphoff, 1981) จากการทบทวน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าในการจัดรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ใช้ระยะในการจัดรูปแบบการจัดบริการการ ดูแลสุขภาพเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ระยะที่ 2 การมีส่วนร่วมใน การดำเนินงาน (Implementation) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ระยะที่ 3 การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล (Evaluation) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮินและอัฟฮ็อฟ (Cohen & Uphoff, 1981)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรทั้งหมด จำนวน 64 คน เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน ผู้สูงอายุติดเตียงหรือญาติผู้ดูแล จำนวน 33 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ที่ผ่านอบรมหลักสูตรสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง จำนวน 19 คน พยาบาลวิชาชีพประจำกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองสุโข-ลก จำนวน 1 คน นักพัฒนาลังคมจากกองสวัสดิการ จำนวน 2 คน และประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้กำหนดแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษามีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ลักษณะครอบครัว และระยะเวลาการอาศัยในชุมชน เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ ตามกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) โดยมีแนวคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงอย่างไรบ้าง และปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่ท่านพบมีอะไรบ้าง ระยะที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) โดยมีแนวคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ท่านได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ในตำบลสุโข-ลก จังหวัดนราธิวาส อย่างไรบ้างและท่านมีแนวทางอย่างไร เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการบริการการดูแลตามรูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น ระยะที่ 3 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) โดยมีแนวคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ การจัดการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุติดเตียงในตำบลสุโข-ลกขณะนี้ เป็นอย่างไรบ้าง ซึ่งแบบสัมภาษณ์เชิงลึกได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) (Srisaet, 2010) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตั้งแต่ 0.67-1.00



ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสูงไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถาม rating scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งมีข้อความ 10 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เช่น การเสนอความคิดเห็นในการประชุม 2) ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ที่วางไว้ เช่น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง การประสานงานกับทีมที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น 3) ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน 4) ท่านมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพกับชุมชน เช่น การปรึกษาหารือเกี่ยวกับการทำงาน การให้กำลังใจ เป็นต้น 5) ท่านมีส่วนร่วมในการประสานงานกับองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น 6) ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ในพื้นที่ตำบลสูงไหงโก-ลก 7) ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางการจัดบริการ 8) ท่านมีส่วนร่วมในการกำกับ ติดตาม การดำเนินงานตามรูปแบบการจัดบริการ การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่วางไว้ 9) เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีความสุภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง ให้บริการอย่างมีคุณภาพ 10) ภาพรวมความพึงพอใจในการจัดรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสูงไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) (Srisaat, 2010) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตั้งแต่ 0.67-1.00 และนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.71 ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคอร์ท (Likert's scale) มี 5 ระดับ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด จนถึง 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุดซึ่งมีทั้งข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ คะแนนรวมสูงสุด 50 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แปลผล โดยใช้ค่าพิสัยในการแบ่งคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ ค่าพิสัยระหว่าง 3.68-5 มีความพึงพอใจในระดับสูง ค่าพิสัยระหว่าง 2.34-3.67 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และค่าพิสัยระหว่าง 1-2.33 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสูงไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถาม rating scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งมีข้อความ 10 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้นเนื่องจากมีช่องทางติดต่อสะดวก 2) ท่านได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพและภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนเพดานบ้าน การทำทางลาด เป็นต้น 3) ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง 4) ท่านรู้สึกผู้สูงอายุติดเตียง ไม่ถูกทอดทิ้ง จากสังคม 5) ท่านรู้สึกมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง 6) ท่านรู้สึกผู้สูงอายุติดเตียงมีอาการดีขึ้นหลังจากมีทีมสุขภาพ และภาคีเครือข่ายเข้ามาช่วยเหลือ 7) ท่านรู้สึกตนเองและผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น 8) ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงจากทีมสุขภาพ 9) เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีความสุภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง ให้บริการอย่างมีคุณภาพ 10) ภาพรวมความพึงพอใจในการจัดรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสูงไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) (Srisaat, 2010) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตั้งแต่ 0.67-1.00 และนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 4 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.75 ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคอร์ท (Likert's scale) มี 5 ระดับ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุดจนถึง 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุดซึ่งมีทั้งข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ คะแนนรวมสูงสุด 50 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แปลผล โดยใช้ค่าพิสัยในการแบ่งคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนด ออกเป็น 3 ระดับ ค่าพิสัยระหว่าง 3.68-5 มีความพึงพอใจในระดับสูง ค่าพิสัยระหว่าง 2.34-3.67 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และค่าพิสัยระหว่าง 1-2.33 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการได้รับการพิจารณาอนุมัติกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา รหัส SKL-IRB: 008 และผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการแปลผล โดยอธิบายว่าข้อมูลที่ได้จากกระบวนการทั้งหมดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม และดำเนินการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ตามความสมัครใจ ปราศจากการบังคับและผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ในการที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) โดยการสำรวจข้อมูลเพื่อนำไปใช้พัฒนารูปแบบและกำหนดความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำไปใช้พัฒนารูปแบบ ในประเด็น การสำรวจปัญหาและความต้องการช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 33 คน เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงอย่างไรบ้าง และคำถามปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่ท่านพบมีอะไรบ้าง

ระยะที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในการวิจัยครั้งนี้ได้ออกแบบรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 64 คน ซึ่งการสนทนากลุ่มผู้วิจัยนำเสนอความรู้อาชีพปัญหาการดูแลสุขภาพและความต้องการการได้รับการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พบจากระยะที่ 1 ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้ช่วยกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระดมสมอง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สังเคราะห์ สภาพปัญหา ความต้องการ และการได้รับการบริการสุขภาพที่ค้นพบเพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาที่สำคัญและนำเสนอรูปแบบฯ ที่คาดหวังและต้องการ หลังจากนั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตอบแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น จำนวน 2 ข้อ โดยนำข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) และจัดเป็นประเด็น (theme) เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดการบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุติดเตียง โดยสรุปเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการต่อไปได้ เพื่อดำเนินการพัฒนาแบบต่อไป นำไปทดลองใช้ เป็นเวลา 1 เดือนและสะท้อนผลการดำเนินงาน ด้วยการ ติดตามผลและนำมาเสนอผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation) ผู้วิจัยได้ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มทีมสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่าย หลังจากการดำเนินงาน 1 เดือน

ผลการวิจัย

รูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า

ระยะที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง (Decision Making) โดยการสำรวจข้อมูลเพื่อนำไปใช้พัฒนารูปแบบ ผลการวิเคราะห์การสำรวจสถานการณ์ ปัญหาความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุติดเตียง พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 33 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.2 ผู้สูงอายุติดเตียงมีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.6 เบาหวาน ร้อยละ 69.7



โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100 และโรคหัวใจ ร้อยละ 9.1 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6 ปี ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 63.6 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 54.5 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 3,000-5,000 บาทต่อเดือน ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ระยะเวลาการอาศัยในชุมชนเฉลี่ย 30 ปี ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านไม้ชั้นเดียว ร้อยละ 52.5

ปัญหาของผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า

ในการค้นหาสภาพปัญหาของผู้สูงอายุติดเตียง พบปัญหา ดังนี้ 1) ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวสุขภาพไม่แข็งแรง ผู้สูงอายุติดเตียงมีโรคเรื้อรังหลายโรค ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ข้อติด แผลกดทับ 2) ปัญหาด้านจิตใจ เหงา และเครียด 3) ปัญหาด้านสภาพเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีรายได้จากเงินผู้สูงอายุ และเงินผู้พิการ ซึ่งรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือน เนื่องจากต้องใช้ผ้าอ้อมสำหรับผู้สูงอายุจำนวนมาก 4) ปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุติดเตียง มีสภาพสกปรก รกรุงรัง มีกลิ่นเหม็นปัสสาวะ และอุจจาระ และ 5) ปัญหาขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ดังตัวอย่างสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“ยายแกมีโรคประจำตัวเยอะ ตอนนั้นก็นอนที่ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พี่ก็ดูแลตามที่พยาบาลสอน ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง”

“ตั้งแต่มา (ยาย) นอนติดเตียง มีแผลกดทับเพิ่ม ข้อก็เริ่มติด พี่ก็พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงตามคำแนะนำของหมอ”

“ลุงแกหวงของ ใครจะจัดของๆ แก่ไม่ได้ แก่ไม่พอใจ บางครั้งประท้วงด้วยการไม่ยอมทานข้าว ทานยาพอดี เมื่อก่อนแกทำงานเก็บของเก่า”

“ป่าทำงานเป็นลูกจ้างที่โรงแรม เงินเดือนไม่พอใช้ เพราะต้องดูแลตากับยาย แล้วแกต้องใช้ผ้าอ้อม ราคาแพง”

“ลุงอยู่คนเดียว ตลอด ไม่มีคนดูแล ตอนเช้าและตอนเย็นลูกจะมาส่งอาหารให้ แลวกลับไปทำงาน”

ความต้องการช่วยเหลือด้านสุขภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ดังนี้

โดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงพบว่า 1) ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการให้ มีทีมเยี่ยมบ้านซึ่งประกอบด้วยแพทย์ นักกายภาพ จิตอาสา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจเป็นประจำ และเป็นพี่ปรึกษาให้ผู้ดูแลได้ตลอดเวลา และต้องการระบบที่สะดวกรวดเร็วในการนำผู้สูงอายุติดเตียงไปรักษา เพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบบริการทั้งาย สะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว 2) ด้านจิตใจ ต้องการให้ทีมสุขภาพมาเยี่ยมบ่อยๆ เพื่อลดความวิตกกังวล 3) ด้านสภาพเศรษฐกิจ ต้องการให้มีหน่วยงานสนับสนุน ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป แแผนรองขับ อาหารทางสายยาง เป็นต้น และ 4) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ต้องการให้มีหน่วยงานมาปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่ ให้ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุติดเตียง 5) ด้านดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ต้องการให้มีจิตอาสาสมัครเปลี่ยนหากผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องไปทำธุระนอกบ้าน

ระยะที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ระยะนี้เป็นการพัฒนาและนำรูปแบบการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมาทดลองใช้ หลังจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบดังกล่าวแล้ว ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ กล่าวคือได้ร่วมรับผิดชอบผู้สูงอายุติดเตียงจนทำให้ผู้สูงอายุไม่ถูกทอดทิ้งจากสังคม ทำให้ชุมชนมีผู้สูงอายุติดเตียงที่สุขภาพดี และได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทุกคนในชุมชนรับผลประโยชน์ร่วมกัน ดังนี้

1. สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีแกนนำชุมชน ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงการระดมสมองร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบดังกล่าว



2. สร้างระบบการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ในความดูแลทุกรายจะได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพเป็นประจำ ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทุกเดือน ได้รับการติดตามเยี่ยมจากทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชนคอยดูแล ทีมสุขภาพให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงแก่ผู้ดูแล และจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจับคู่ 2-3 คน ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

3. สร้างการเข้าถึงบริการกรณีเหตุฉุกเฉินโดยแจ้งเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลและ 1669 และแจ้งช่องทางการติดต่อสื่อสารและประสานงานต่างๆ ผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น Facebook, Line และอื่นๆ เพื่อติดตามผลการดูแล ซึ่งในการส่งข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุติดเตียงผ่านช่องทางดังกล่าว ต้องระงับการเปิดเผยความลับของผู้สูงอายุติดเตียงแก่สาธารณะ

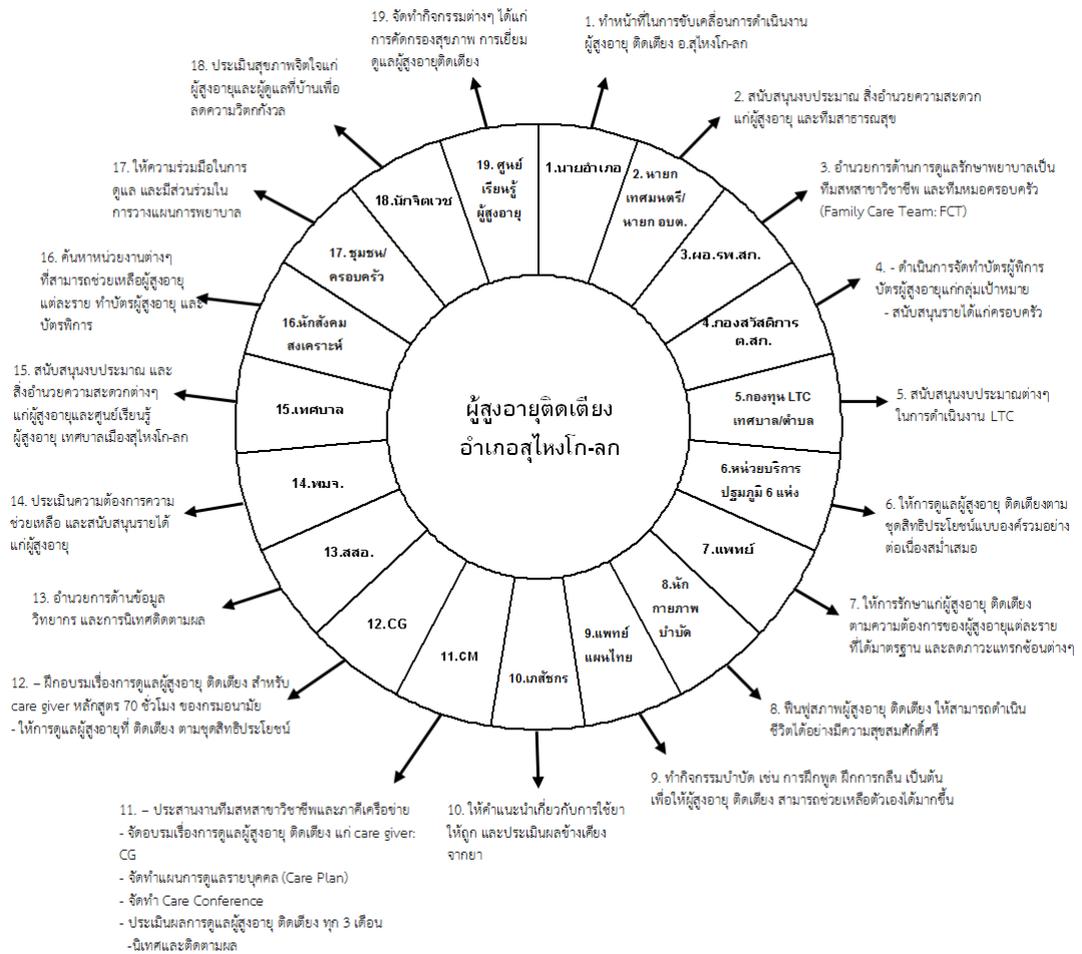
4. จัดทำแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อของบประมาณสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุติดเตียงในการซื้อผ้าอ้อมสำเร็จรูป อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เป็นต้น โดยใช้งบประมาณกองทุนเทศบาลเมืองสุโขทัย-โลก

5. สะท้อนข้อมูลย้อนกลับหลังจากนำผลการพัฒนารูปแบบให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย เป็นต้น

หลังจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ทำให้ได้เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยแบ่งบทบาทหน้าที่ดังนี้ ผู้สูงอายุติดเตียงหรือญาติผู้ดูแล มีหน้าที่ในการให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาล นายอำเภอทำหน้าที่ในการสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอสุโขทัย-โลก นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทำหน้าที่ในการสนับสนุนงบประมาณ สิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ และทีมสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย-โลกทำหน้าที่อำนวยความสะดวกด้านบริการแก่ผู้สูงอายุ และทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team : FCT) กองสวัสดิการทำหน้าที่ในการดำเนินการจัดทำบัตรผู้พิการ บัตรผู้สูงอายุแก่กลุ่มเป้าหมาย และสนับสนุนรายได้แก่ครอบครัว กองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) เทศบาล/ตำบลทำหน้าที่ในการสนับสนุนงบประมาณต่างๆ ในการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) หน่วยบริการปฐมภูมิ 6 แห่งทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์แบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ แพทย์ทำหน้าที่ให้การรักษาแก่ผู้สูงอายุติดเตียงตามความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละรายที่ได้มาตรฐาน และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นักกายภาพบำบัดทำหน้าที่ในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ติดเตียงให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขสมศักดิ์ศรี แพทย์แผนไทยทำหน้าที่ในการทำกิจกรรมบำบัด เช่น การฝึกพูด ฝึกการกลืน เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น เกสเซอร์ทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาให้ถูกต้อง และประเมินผลข้างเคียงจากยา ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ทำหน้าที่ในการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จัดอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียง แก่ Caregiver : CG จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จัดทำ Care Conference และประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงทุกเดือน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) ทำหน้าที่ฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สำหรับ caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัยให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกการขอข้อมูลวิทยากร และการติดตามผล พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ทำหน้าที่ในการประเมินความต้องการความช่วยเหลือ และสนับสนุนรายได้แก่ผู้สูงอายุ เทศบาลสนับสนุนงบประมาณ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ แก่ผู้สูงอายุและศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองสุโขทัย-โลก นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ในการค้นหาหน่วยงานต่างๆ ที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุแต่ละราย ทำบัตรผู้สูงอายุและบัตรพิการ ชุมชนและครอบครัวทำหน้าที่ในการให้ความร่วมมือในการดูแล และมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล นักจิตเวชทำหน้าที่ในการประเมินสุขภาพจิตใจแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้านเพื่อลดความวิตกกังวล พยาบาลวิชาชีพประจำกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองสุโขทัย-โลก ทำหน้าที่ในการประสานงานและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง นักพัฒนาสังคม



ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือพัฒนาสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุติดเตียง ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ทำหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์และเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสุโขทัยทำหน้าที่ในการจัดทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพ การเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และเป็นศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุต้นแบบให้พื้นที่ใกล้เคียงหรือผู้สนใจเข้ามาศึกษาในศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยเชิญทหาร อาสาสมัครทหาร(อส.)ในการปรับสภาพบ้าน สภาพแวดล้อมให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Model การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation) ผู้วิจัยได้ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น โดยการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่าย ผลการศึกษพบว่า ในภาพรวมกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่มสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง



อยู่ในระดับมากที่สุด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม ด้านความมั่นคงในชีวิต และด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสภาพเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีรายได้จากเงินผู้สูงอายุ และเงินผู้พิการ ซึ่งรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonles, Proarak, & Thaewpia (2016) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงดูผู้สูงอายุติดเตียง ดังนั้นควรประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือภาคีเครือข่ายให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงตามความเหมาะสมของแต่ละราย

รูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) โดยการสำรวจข้อมูลเพื่อนำไปใช้พัฒนารูปแบบ ระยะที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ซึ่งเป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้ ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation) (Boonles, et al., 2016; Tapasri, Danpradit, & Ratanawijit, 2017) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบจะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการตอบสนองตามความต้องการมากที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tapasri et al., (2017) พบว่า รูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน การสร้างการเข้าถึงบริการ การดูแลผู้สูงอายุโดยทีมจิตอาสาทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองตามความต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ดังนั้นผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่สมัครใจ มาฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งจะดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ploiplaikaw, et al., (2013) พบว่า ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรมีการพัฒนาคน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แกนนำชุมชนเรื่องความรู้ต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะ และควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรวมถึงการจัดเก็บข้อมูลต่างๆ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการช่วยเหลือได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของ Sawatphol et al. (2017) พบว่า การดูแลวงนอก ได้แก่ เพื่อนบ้านบทบาทและภาระการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่น กิจกรรมที่สำคัญคือการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการดูแลวงนอก ได้แก่ กลุ่มเครือญาติ กลุ่มเพื่อนบ้าน ครวเรือนแหวนซิด กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัครกลุ่มองค์กร

ด้านความพึงพอใจของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงต่อรูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มที่มสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonles et al. (2016) พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมากขึ้น และการศึกษาของ Ngoichansri, & Kongtalin (2012) ที่พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน และทำให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง สามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น

สรุป

รูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้พัฒนาครั้งนี้ เป็นรูปแบบที่ให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมกันประเมินผล ซึ่งเน้นการสร้างเครือข่ายในการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย ได้เข้ามาร่วมตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือแก่กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลและตอบสนองตามความต้องการด้านสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างมีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป



ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรขยายผลการศึกษาใช้รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปยังพื้นที่อื่นๆ ในอำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส

1.2 ควรมีการประเมินศักยภาพของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลักสูตร 70 ชั่วโมง อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อวัดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลักสูตร 70 ชั่วโมง

2.2 ควรศึกษาประสิทธิภาพผลของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

รายการอ้างอิง (Reference)

- Anurung, S. (2017). Multimorbidity in Older Person: Situation, Challenge Issue, and Care Management. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(2), 1-14.
- Artsanthia, J., & Kamprae, P. (2014). Modality of Care for the Older Adults in Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*, 15(3), 123-127.
- Boonles, P., Proarak, T., & Thaewpia, S. (2016). Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. *Thai Journal At The Office of Disease Prevention And Control Khon Khen*, 23(2), 79-87.
- Boukeaw, P., & Teungfung, R. (2016). Health Care and Health Status of Thai Aging. *Journal of the Association of Researchers*, 21(2), 94-109.
- Cohen, M., & Uphoff, T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measure For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies*. New York: Cornell University Press.
- Doungchan, N., Wirojatana, V., & Jitramontree, N. (2017). Correlation between the Quality of Life of stroke Patients' Caregivers and Basic Factor, Mutuality and Reward of Caregiving. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(2), 65-78.
- Institute for Population and Social Research. (2014). *Population Ageing in Thailand*. Retrieved 26 November 2017, from https://www.m-society.go.th/article_attach/12533/16843.pdf.
- Kamnak, R., & Phanlertphaij, S. (2017). The Model of Participation in Elderly Health Promotion of Wat Hua Fai Elderly School, San Klang Sub-District, Phan District, Chiang Rai Province. *Journal of Nakhon Sawun Rajabhat University*, 1, 975-987.
- Narathiwat Provincial Health. (2016). *Annual Elderly of Narathiwat*. Narathiwat Province. (in Thai)



- Ngoichansri, J., & Kongtahn, O. (2012). Development of Continuing Care for the Home-Bound and Bed-Bound Elders in Phetchabun Municipal Community. *Graduate Research Conference*, 658-669. (in Thai)
- Ploiplaikaew, S., Roonkasem, N., Pacheu, O., & Pattra, S. (2013). The self-health care development model of a community in Lopburi Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*, 14(1), 61-70.
- Punyathorn, K., Worrawitkrangkun, R., & Pinyo, P. (2016). The elderly care in rural community: A Study of village in Nong Phai district, Udonthani Province. *Research and Development Health System Journal*, 9(3), 1-9.
- Santho, J., Udanon, J., Jitramontree, N., & Damrisu, K. (2016). Development Guidelines the Life Quality of Elderly: the Case of the Elderly School at Naratchakuey Subdistrict Municipality, Muang District, NakhonPhanom Province. *Rajapark Journal Supplement*, 23, 333-347.
- Sarai, K. (2017). Study of Long-Term Care Model for the Elderly in Japan and in Thai. *Siminar academic*, 9, 165-177.
- Sawatphol, C., Pengpinit, P., Senanikorn, A., & Srisuraphol, W. (2017). Care for Elderly Dependents in the Northeast of Thailand. *Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Peace Studies*, 5(Special Issue), 386-405.
- Srisaat, B. (2010). *Basic Research*. Bangkok: Suviriyasart Printing. (in Thai)
- Sungaikolok hospital. (2016). *Annual Elderly of Sungaikolok hospital District*. (in Thai)
- Tapasri, W., Danpradit, P., & Ratanawijit, S. (2017). Health Care Service Model for Elderly by Community Participation, Wangtagoo Subdistict, Nakhon Pathom Province. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(1), 42-54.
- World Health Organization. (2017). *Ageing and Life course : Area of Work*. Retrieved 26 November 2017, from <http://www.who.int/ageing/en/>.