

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ชุมชนตำบลจิม อำเภอบง จังหวัดพะเยา

Health service system development for the dependent elderly living

in Ngim Subdistrict, Pong District, Phayao Province

นายประสาธ กัญชัย

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบง จังหวัดพะเยา ปี 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนตำบลจิม อำเภอบง จังหวัดพะเยา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดการบริการด้านสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศ 4) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข 5) ระบบการเงินการคลังและ 6) การอภิบาลระบบสุขภาพ โดยใช้กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart(1988:11) ประกอบด้วย กิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลักคือ 1) การวางแผน (planning) 2) การปฏิบัติการ (action) 3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) การบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 40 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บข้อมูลโดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึกการสนทนากลุ่มและการศึกษา เอกสาร ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนเมษายน 2565 - เดือนกันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและสถิติ Paired T-Test เพื่อเปรียบเทียบผล การดำเนินงานด้วยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลของการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนตามกรอบแนวคิดองค์ประกอบ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยจัดการบริการด้านสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการเงิน การคลัง และการอภิบาลระบบสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นนั้น มีดังนี้ ร้อยละ 90.00 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งและผู้สูงอายุยังมีพัฒนาการด้านความสามารถในการทำ กิจกรรมประจำวัน ดีขึ้นหลังได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุเฉลี่ยก่อนดำเนินงานอยู่ที่ 8.30 คะแนน และหลังดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 10.25 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ นอกจากนั้นยังมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ที่จำเป็นในการจัดการที่บ้านตลอดจนมีระบบกลไกในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและที่สำคัญองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการดำเนินงานด้าน ผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องมีการบูรณาการภารกิจองค์ความรู้งบประมาณ รวมทั้งการติดตาม กำกับดูแลความก้าวหน้า ของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและต้องมีการส่งเสริมสนับสนุน สร้างความเข้าใจการ ขับเคลื่อนการนำนโยบาย สู่การปฏิบัติ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมในชุมชนเป็นสำคัญเพื่อให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ต่อไป

คำสำคัญ การมีส่วนร่วมของชุมชน , ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง , หกเสาหลักของระบบบริการสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to develop a community health service system for the dependent elderly Ngim Subdistrict Pong District, Phayao province. Community participation and the Six building block of a health system were applied for develop the service. Its composed of 1) Service delivery 2) Health workforce 3) Health Information system 4) Access to Essential Medicines 5) Financing and 6) Leadership. This research was referred to the Spiral Model Kemmis & McTaggart (1988:11), where there are four important stages in action research, namely 1) planning, 2) action, 3) observation, and 4) Reflection. Participants were health care professional, health volunteers, older adult care volunteers total 25 person selective sampling for take care and support dependent elderly 40 person. Data were obtained through participatory observations, in-depth interviews, focus group discussion, and document analysis, during January 2022 to April 2022. Quantitative data were analyzed using frequencies and percentages. Testing was performed using the Pair T-Test for comparison of the performance with the model of caring for the dependent elderly. The qualitative data were analyzed by content analysis method.

The results of the development of health service system for older adult in the Ngim community by Six Building Block of A Health System are as follow approximately 90% of the dependent elderly were taken care of at home at least once a month and they were satisfied with receiving care at home and they also develop the ability to do daily activities better after getting help. The activities of daily living mean pre-operational score was 8.30 points and the post-operational average score was 10.25 points. which the score increased significantly greater improvement before receiving care at home ($p < 0.05$) and they were supports of materials needed for home health services. The mechanism of caring for older adult in the community was developed and the local government organizations provided financial supports for older adult care in the community. The suggest were focus long term care of six building block of health model must integration of cognitive budget including tracking supervise the progress of continuous operation and need to be promoted and supported create an understanding drive leadership policy into practice base on the community consist of health service to achieve continuous improvement and sustainability.

Key word: Community participation, dependent elderly, Six building block of health system

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในปี 2565 นี้ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” นั้นหมายความว่าประเทศไทยใช้เวลา 17 ปี จากการเป็นสังคมสูงอายุในปี 2548 รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563 ระบุว่าโครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปอย่างมากในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาจากประชากรเยาว์วัยมาเป็นประชากรสูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) เพิ่มจากร้อยละ 10.9 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 14.5 ในปี 2583 ทำให้จำนวนผู้สูงอายุวัยต้นจะเพิ่มขึ้นเป็นเกือบ 10 ล้านคน หากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีสุขภาพดี มีพลังและยังสามารถทำงานได้จะทำให้สามารถมีรายได้ดูแลตัวเอง และทำประโยชน์ให้กับสังคมและครอบครัวได้ จำนวนผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และวัยปลาย (80ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ผู้สูงอายุวัยปลายซึ่งเป็นวัยที่ต้องการการดูแลจะเพิ่มจากประมาณ 1.4 ล้านคนในปี 2563 เป็น 3.4 ล้านคนในปี 2583 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์และคณะ, 2563) ซึ่งกลุ่มวัยผู้สูงอายุนั้นจะมีธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมรวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ ในการดำเนินชีวิตและประวัติการเจ็บป่วยพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ก่อนถึงช่วงวัยชราและพันธุกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์เกิดโรค และการเจ็บป่วยทั้งโรคที่ก่อให้เกิดความพิการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองเป็นต้น รวมถึงเกิดอุบัติการณ์ของภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย เช่น ภาวะข้อเข่าเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าตลอดจนปัญหาด้านทันตสุขภาพเป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากการสำรวจข้อมูลด้านประชากรผู้สูงอายุของอำเภอปงในปี 2564 พบว่าประชากรทั้งหมด 37,800 คน มีประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) จำนวน 9,204 คน คิดเป็นร้อยละ 24.33 เป็นเพศชายร้อยละ 47.86 เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.14 โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลจิม อำเภอปง จังหวัดพะเยา มีประชากรทั้งหมดที่เป็นผู้สูงอายุมากที่สุด คือมีจำนวนผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) 1,974 คน คิดเป็นร้อยละ 20.92 ของจำนวนประชากรตำบลจิมทั้งหมด 9,435 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2564) เป็นชาย 942 คนคิดเป็นร้อยละ 47.72 เป็นหญิง 1,032 คน คิดเป็น ร้อยละ 52.28 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด กล่าวคือ เป็นตำบลที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยสามารถแบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตามค่าคะแนนความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้ คือกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 1,933 คน คิดเป็นร้อยละ 97.92 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 1.57 กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 (เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปง, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (2563) การดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวในพื้นที่นั้นจึงนับได้ว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญเพื่อที่จะให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งมิติ ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมและมิติทางด้านจิตวิญญาณตลอดจนในเรื่องของความจำเป็นพื้นฐานและสวัสดิการทางสังคมจากการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่โดยผ่านเวทีการคืนข้อมูลให้กับชุมชนดังกล่าวนี้ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง) จำนวนทั้งสิ้น 40 คน นั้นบางส่วนไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว อยู่ลำพังเพียงคนเดียวหรืออยู่เป็นคู่ต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาดูแลเป็นระยะทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตลอดเวลาบางส่วนมีภาวะเครียด จากการดูแลระยะยาวและมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่สัมพันธ์กับรายจ่ายรวมถึงในการดูแลเชิงระบบนั้นกลุ่มภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินงานที่ไม่ชัดเจนโดยการดูแล

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้ที่ผ่านมาเป็นการให้บริการแบบสงเคราะห์ เพียงอย่างเดียว (วาสนี วิเศษฤทธิ์ และคณะ, 2562) จากการพูดคุยสอบถามข้อมูลกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลจิม พบว่าคนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและบางส่วนลูกหลานไปทำงานที่ต่างจังหวัด ดังนั้นในช่วงเวลากลางวันจะพบผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านเพียงลำพังและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นจะอาศัยคนในครอบครัวและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง (Care Giver) เป็นหลักซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้อาจจะมีข้อจำกัด อีกทั้งปัญหาสุขภาพที่มีลักษณะที่จำเพาะแตกต่างกันออกไปที่ต้องอาศัยความชำนาญและทักษะที่เหมาะสมตลอดจนการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมช่วยเหลือผู้สูงอายุเหล่านี้ (ทิ้มพร จ่างจิต และ คณะ, 2563) จากการศึกษา แนวคิดเรื่องระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบและแนวทางด้านระบบสุขภาพหรือเป็นเหมือนภาพพึงประสงค์ร่วมสำหรับระบบสุขภาพของไทย โดยในธรรมนูญฯ ฉบับปัจจุบันมีการแบ่งหมวดหมู่องค์ประกอบภายใต้ระบบสุขภาพไว้ค่อนข้างละเอียดตามบริบทไทยไว้ 14 หมวดซึ่งทางองค์การอนามัยโลก หรือ WHO ก็ได้มีการแบ่งองค์ประกอบของระบบสุขภาพไว้เช่นกัน โดยเรียกว่า “Six Building Blocks of A Health System” หรือ “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ” ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่ได้รับการยอมรับและมีการนำไปใช้อ้างอิงอย่างแพร่หลายในปัจจุบันโดยผลที่เกิดจากการบริหารจัดการ 6 Building Blocks ได้ดี คือ การเข้าถึงและความครอบคลุมด้านการบริการ (Access & Coverage) คุณภาพและความปลอดภัย (Quality & Safety) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ 4 ด้าน คือ สุขภาพดีขึ้น (Improved health) การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน (Social & Financial risk protection) และการเพิ่มประสิทธิภาพ (Improved efficiency) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2562) ซึ่งแนวคิดนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นได้มีโอกาสเข้าถึงการบริการและการดูแลแบบองค์รวมจากต้นทุนและทรัพยากรที่มีอยู่เดิมในชุมชนจากทุกหน่วยงานและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่รับผิดชอบ หรืออภิบาลระบบ ทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ**พัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** โดยเน้นเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชน (community-Based Approach) ที่มุ่งใช้คุณลักษณะของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเป็นเครื่องมือเพื่อสร้างจิตสำนึกการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยที่หน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีหน้าที่เพียงคอยกระตุ้นให้คำแนะนำและสนับสนุนการดำเนินงาน จุดเด่นของแนวคิดนี้ตั้งอยู่บนรากฐานประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมโดยประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมลงมือปฏิบัติร่วมพิจารณาประเมินผลผลกระทบในกระบวนการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งภายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเป็นพลังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Block of A Health System) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่อำเภอปง ภายใต้ข้อจำกัด และความแตกต่างของบริบทพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลจิม อำเภอบึง จังหวัดพะเยา โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ Six Building Block of A Health System)
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลจิม อำเภอบึง จังหวัดพะเยา ภายใต้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Block of A Health System)

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988:11) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลักคือ 1) การวางแผน(planning) 2) การปฏิบัติการ (action) 3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) โดยนำองค์ประกอบของระบบสุขภาพ(Six Building Block of A Health System) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาและออกแบบระบบในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของตำบลจิม อำเภอบึง จังหวัดพะเยา แบ่งขั้นตอนออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย การทบทวนเอกสารผลงานวิชาการ ผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่ดำเนินงานในพื้นที่ ศึกษาบริบทชุมชน ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและทบทวนกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาด้วยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 25 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 18 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลจิม จำนวน 2 คน รวมจำนวน 25 คน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนทั้งสิ้น 40 คน ในพื้นที่ตำบลจิม คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่ายจากเกณฑ์คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีค่าคะแนนน้อยกว่า 10 คะแนน ดังนี้ กลุ่มค่าคะแนน (0-4) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด จำนวน 11 คน กลุ่มค่าคะแนน (5-8) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 22 คน และกลุ่มค่าคะแนน (9-10) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง จำนวน 7 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนภายใต้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six building block of A Health System) ประกอบด้วย 1) การจัดบริการด้านสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศ 4) ยาและเวชภัณฑ์ 5) ระบบการเงินการคลัง และ 6) การอภิบาลระบบสุขภาพ โดยนำกรอบมาใช้เป็นฐานการเรียนรู้ในเวทีแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น เชื่อมโยงปัญหาการทำงานและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของตำบลจิม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์คือการเข้าถึงและความครอบคลุมด้านการบริการ (Access & Coverage) คุณภาพและความปลอดภัย (Quality & Safety) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ 4 ด้าน คือ สุขภาพดีขึ้น (Improved health) การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน

(Social & Financial risk protection) และการเพิ่มประสิทธิภาพ (Improved efficiency) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflection) และการปรับปรุงแผนการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 18 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 25 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผล เป็นการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ด้วยวิธีการสังเกตและใช้แบบสัมภาษณ์ เช่น การรับรู้ ความสามารถในการทำกิจวัตรที่เปลี่ยนแปลงไปและใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตลอดจนสอบถามจากผู้ดูแลในครอบครัว

ระยะเวลาในการดำเนินการ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2565 – เดือนกันยายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ได้แก่

1.1 การศึกษาบริบทของชุมชนโดยการสำรวจชุมชนแบบเร่งด่วน (Rapid Survey) โดยศึกษาจากเอกสารข้อมูลสรุปผลงานประจำปีของหน่วยงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สรุปลงผลการดำเนินงาน โครงการและกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบล การจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(Long Term Care : LTC) การสัมภาษณ์จากผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การได้รับการบริการจากหน่วยงานภาครัฐ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากพื้นที่ การได้รับการช่วยเหลือต่างๆ

1.2 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แผนพัฒนา 3 ปีของเทศบาลตำบล (2563) เอกสารโครงการดูแลผู้สูงอายุภายใต้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเทศบาลตำบล และกองทุน Long Term Care

1.3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) สำหรับการสนทนากลุ่มในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ตาม 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การจัดการด้านสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศ 4) ยาและเวชภัณฑ์ 5) ระบบการเงินการคลัง และ 6) การอภิบาลระบบสุขภาพ ที่ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาและระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล รวมถึงอุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน

1.4 แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) คำจำกัดความ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

อ้างอิงคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ฉบับบูรณาการปี 2558 ของกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่านและอาจารย์มหาวิทยาลัย 1 ท่านซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขและอนามัยชุมชน พบว่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.90 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ
- 2) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ฉบับภาษาไทย 20 คะแนน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จาก คู่มือ การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ฉบับบูรณาการปี 2558 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ไม่ต่ำกว่า 8.0 (Polit&Beck,2017)

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) โดยนำข้อมูลมาเปรียบเทียบความน่าเชื่อถือซึ่งกันและกันทั้ง ในเชิงปริมาณจะใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละเพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์ที่ชัดเจนและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูลและคืนข้อมูลให้กับผู้ร่วมวิจัยเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ตรงกันของข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่งได้แก่ บุคคล สถานที่และเวลา
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณเปรียบเทียบค่าคะแนนตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกก่อน-หลังการดำเนินงาน ด้วยสถิติ Paired T-Test

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

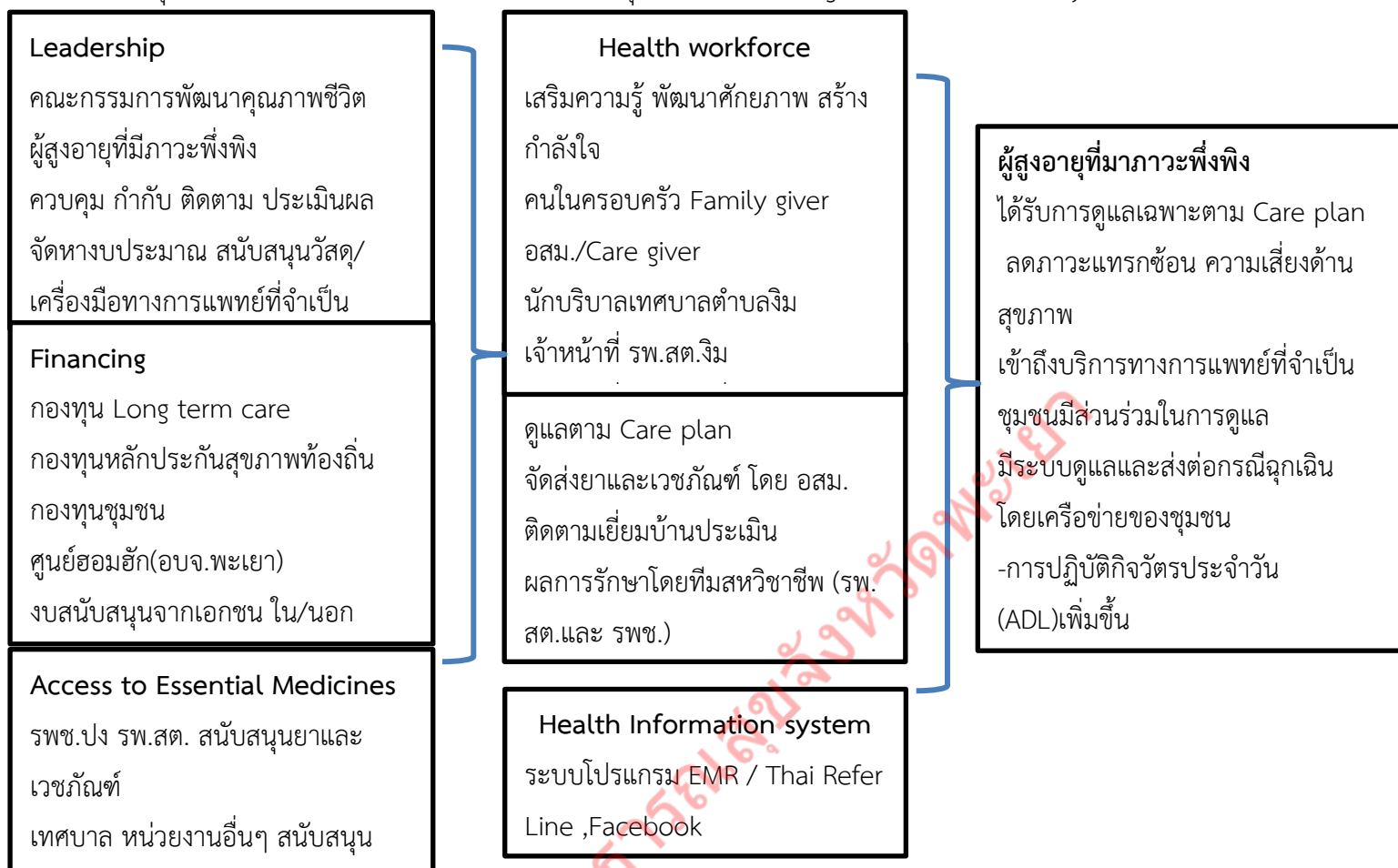
การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่ 014/65 วันที่ 14 มีนาคม 2565 ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการเข้าไปติดต่อและขออนุญาตศึกษาพื้นที่และชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย อธิบายรายละเอียดของกิจกรรมให้แก่ผู้ให้ข้อมูลทราบรวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการสอบถาม สัมภาษณ์เชิงลึกการสนทนากลุ่ม ความมีอิสระในการให้ข้อมูลหรือการสิ้นสุดการให้ข้อมูล การลงนามในใบยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนการนำเสนอข้อมูล ผลการศึกษาเป็นรูปแบบของข้อมูลในภาพรวมและจะทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยหลังสิ้นสุดงานวิจัยภายในระยะเวลา 1 ปี

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเชิงบริบทและการวางแผน (Planing) จากการประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง พบว่าบางส่วน มีปัญหาด้านสุขภาพดังนี้ มีโรคประจำตัว 1 ถึง 2 โรค โดยโรคประจำตัวที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 67.25, 20.00 และ 12.50 ตามลำดับมีฟันผุเหงือกอักเสบรวมถึงมีปัญหาในการเคี้ยวกลืนอาหาร จำนวน 15 คน ร้อยละ 37.50 มองเห็นไม่ชัด จำนวน 6 คน ร้อยละ 15.00 หูตึงได้ยินไม่ชัดเจน จำนวน 7 คน ร้อยละ 17.50 มีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย จำนวน 10 คน ร้อยละ 12.50 บางส่วนมีปัญหาในเรื่องภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วย และเป็นห่วงลูกหลานคิดว่าตัวเองเป็นภาระ

ตำบลจิมเป็นตำบลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long term care) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 โดยจัดกิจกรรมโครงการต่างๆ ซึ่งเป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วนของหน่วยงาน ต่างคนต่างจัดกิจกรรม โดยไม่มีการประสานงานกันระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแลและศูนย์กลางการประสานงานซึ่งใช้ เทศบาลตำบลจิมเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงาน มีการจัดการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ จึงมีการวางแผนพัฒนาเครือข่ายในการดูแลเพิ่มขึ้นให้มีสัดส่วนที่เพียงพอหรือการบูรณาการเครือข่ายอื่นๆ ร่วมด้วย จากการประเมินผลการดำเนินงานพบว่าไม่มีระบบการทำงานที่ชัดเจนและเป็นสัดส่วนและที่สำคัญขาดการประเมินกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละบุคคลและแบบองค์รวมการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้เกิดการร่วมมือกันของระบบการดูแลที่มีการประสานงานกันของหน่วยงาน ชุมชนและผู้สูงอายุโดยมีตัวประสานและวางแผนการจัดกิจกรรมการพัฒนาผ่านกิจกรรมซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลทุกปี หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ของพื้นที่ตำบลจิมแล้วจึงนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบบริการดูแลผู้สูงอายุ โดยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยเทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วม(Appreciation-Influence-Contro :A-I-C) ซึ่งใช้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพองค์ประกอบของระบบสุขภาพ(Six Building Block of A Health System) เป็นประเด็นการแลกเปลี่ยนและร่วมกันออกแบบรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และได้แผนการดำเนินงานปฏิบัติการ (Plan) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลจิมจากกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนตามกรอบแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ(Six Building Block of A Health System)



ระยะที่ 2 นำแผนลงสู่การปฏิบัติ (Action) นำแผนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่กำหนดไว้โดยกระบวนการปฏิบัติจะวางอยู่บนกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (six building blocks) ลงสู่การปฏิบัติโดยผู้วิจัยและคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้น กำหนดปฏิทินปฏิบัติงานการกำกับ ติดตาม เป็นทุก 3 เดือน และมีการรายงานผลความก้าวหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษรหลังการประชุมคณะกรรมการซึ่งมีข้อค้นพบที่ได้จากการดำเนินงานติดตามตามแผนงานและกิจกรรมต่าง ๆ ผู้วิจัยและคณะทำงานได้นำมาประชุมแลกเปลี่ยนสะท้อนผลการดำเนินงาน ปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน จนนำไปสู่การปฏิบัติใหม่ที่เป็นที่พึงพอใจของคณะทำงานและผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ซึ่งปัญหาที่พบมีรายละเอียดดังนี้

1 ปัญหาที่พบจากการดำเนินงานคือการจัดการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังมีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากรและช่วงเวลาในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาทิเช่น การทำหัตถการในจุดที่ทำได้ยาก การดูแลแผลกดทับ ภาวะข้อติดที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติและผู้ป่วย

3.ขาดแคลนเรื่องวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น อาทิอุปกรณ์ทำแผล ผ้าอ้อมสำเร็จ เตียงลม/ปรับเอนสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง

การพัฒนาและแก้ไขปัญหาดังนี้

1) จัดประชุมร่วมแลกเปลี่ยนปัญหาข้อจำกัดการดูแลในกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุข ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูมิผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลปงและนักบริหารของเทศบาลตำบลภูมิ และ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง รวมจำนวน 40 คน มาร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยยึดหลักการดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะราย (Care Plan) ซึ่งมีเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลปง (Home Health Care) เป็นพี่เลี้ยงดูแลและให้คำปรึกษา จำนวน 1 ครั้ง

2) อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมทั้งประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งรวบรวมปัญหาในการดูแลที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ให้ความรู้คำแนะนำเรื่องโรคการเจ็บป่วย และการดูแลตนเอง

3) ฝึกทักษะเชิงปฏิบัติการในการดูแลตนเองแก่ญาติผู้ป่วยและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ทำแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นเพื่อป้องกันภาวะข้อติด การพลิกตะแคง ทักษะการฉีดอินซูลิน เป็นต้น โดยในส่วนของวัสดุอุปกรณ์ ทางเทศบาลตำบลภูมิได้มีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกคน

4) ติดตามเยี่ยมแก้ไขปัญหาแบบองค์รวมต่างๆ โดยทีมสหวิชาชีพ และทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุตำบลภูมิ เพื่อขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ส่วนขาดเพิ่มเติม อาทิ เตียงลมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียง เครื่องผลิตออกซิเจนไฟฟ้า เครื่องวัดความดันให้กับกลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในส่วนของใช้จำเป็นอย่างผ้าอ้อมสำเร็จรูป นั้น ทางชุมชน ชมรมผู้สูงอายุร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร่วมกันขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ และเปิดรับบริจาคผ่านช่องทางสื่อสารทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในรูปแบบของกองทุนน้ำใจ อสม. เพื่อผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ระยะที่ 3 ขั้นตอนติดตามและประเมินผล (Observation and Reflection Phase) โดยมีทีมติดตาม และประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลภูมิ มีกิจกรรมสำคัญ คือ การตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและประเมินผลด้วยแบบ Barthel Activities of Daily Living (ADL) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางส่วนมีพัฒนาการไปในทางที่ดีขึ้น การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของชุมชนตำบลภูมินั้นดำเนินงานประมาณ 3 เดือน ส่งผลให้เกิดการรวมกลุ่มของชุมชนในการร่วมกันจัดทำโครงการสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้น ประกอบด้วย

- 1) โครงการกองทุนน้ำใจ อสม. เพื่อผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
- 2) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงวัยโดยชมรมผู้สูงอายุตำบลภูมิ
- 3) โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุตำบลภูมิ

ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ค่าคะแนนตามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living(ADL) พบว่าก่อนดำเนินงาน ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 27 คน (ร้อยละ 67.50) และเป็นเพศชาย 13 คน (ร้อยละ 32.5) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-75 ปี 11 คน (ร้อยละ 27.50) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60-65 ปี 8 คน(ร้อยละ 20) กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปีมากที่สุดคือ 91 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.87 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.00 ที่มีค่าคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ยอยู่ที่ 8.30 คะแนน ส่วนใหญ่สามารถทำอาหารเองได้ ร้อยละบางส่วนต้องมีคนช่วย โดยมีความต้องการความช่วยเหลือในเรื่องของการลุกนั่ง เช่น ต้องมีคนช่วยป้อนอาหารเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ พาเข้าห้องน้ำ แต่งตัวและต้องใช้คนที่แข็งแรงมาช่วยพยุง ไม่สามารถกลิ้งปัสสาวะได้ หรืออุจจาระได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้บ้างซึ่งหลังจากการดำเนินงานภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงวัยระยะยาวที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด 6 เสาหลักของระบบบริการสุขภาพ(Six Building Block of Health System) นั้นสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้นได้รับการดูแลและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมตาม ADL	ก่อนการดูแล (n=40)		หลังได้รับการดูแล(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับประทานอาหาร				
ไม่สามารถทำได้ต้องมีคนป้อน	7	17.50	6	15.00
ต้องมีคนคอยช่วย	20	50.00	19	55.00
ทำได้เอง	13	32.50	15	30.00
ล้างหน้าแปรงฟัน				
ต้องมีคนคอยช่วย	15	37.50	13	32.50
ทำได้เอง	25	62.50	27	67.50
การลุกนั่งจากที่นอน				
ไม่สามารถทำได้	6	15.00	4	10.00
ต้องมีคนคอยช่วย	29	72.50	26	65.00
ต้องมีคนคอยช่วยบางครั้ง	5	12.50	7	17.50
ทำได้เอง	0	0.00	3	7.50

การเข้าห้องน้ำ

ไม่สามารถทำได้	10	25.00	8	20.00
ต้องมีคนคอยช่วย	30	75.00	31	77.50
ทำได้เอง	0	0.00	1	2.50

การเคลื่อนไหว

ไม่สามารถทำได้	12	30.00	10	25.00
ต้องใช้รถเข็นช่วย	20	50.00	18	45.00
ต้องมีคนคอยช่วย	8	20.00	10	25.00
ทำได้เองปกติ	0	0.00	2	5.00

การแต่งตัว

ต้องมีคนสวมใส่ให้	7	17.50	7	17.50
ทำได้ต้องมีคนช่วย ร้อยละ 50	33	82.50	32	80.00
ทำเองได้	0	0.00	1	2.50

การขึ้น-ลง บันได

ไม่สามารถทำได้	19	47.50	19	47.50
ต้องมีคนคอยช่วย	21	52.50	21	52.50
ทำได้เอง	0	0.00	0	0.00

การอาบน้ำ

ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	18	45.00	15	37.50
ทำได้เอง	22	55.00	25	62.50

การกลืนปัสสาวะ

กลืนไม่ได้	5	12.50	5	12.50
กลืนไม่ได้บางครั้ง	29	72.50	29	72.50
กลืนได้ปกติ	6	15.00	6	15.00

การกลืนอาหาร

กลืนไม่ได้	5	12.50	5	12.50
กลืนไม่ได้บางครั้ง	31	77.50	31	77.50
กลืนได้ปกติ	4	10.00	4	10.00

จากตารางที่ 2 จะพบว่ากิจกรรมบางกิจกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การล้างหน้าแปรงฟัน การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การใส่เสื้อผ้า จะมีการเปลี่ยนแปลงค่าระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้สูงอายุบางรายสามารถทำได้เองหรือบางรายต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นบางครั้ง เมื่อได้รับการดูแลและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หลังดำเนินงานเป็นระยะเวลา 3 เดือน

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อน-หลังดำเนินงาน

รายการแสดงผล	ก่อน		หลัง		t-value	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ค่าคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	8.30	3.77	10.25	4.16	11.89*	0.05

*ระดับนัยสำคัญที่ 0.5

จากตารางที่ 3 หลังดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและการช่วยเหลือโดยผ่านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลจิม ด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนตามกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ(Six Building Block of A Health System) ค่าคะแนนความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุหลังการศึกษาเฉลี่ยอยู่ที่ 10.25(S.D.=4.16) คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ชุมชนตำบลจิม อำเภอปง จังหวัดพะเยา โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Block of A Health System) ซึ่งประกอบด้วย

1.การพัฒนาด้านระบบบริการสุขภาพ (Service delivery) ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือตาม Care Plan โดยมีคลินิกสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะมีบริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ต่างๆโดย อสม. เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับครอบครัวของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีศูนย์ประสานงานช่วยศูนย์ช่วยเหลือส่งต่อผู้สูงอายุเหล่านี้โดยชุมชน

2.การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) โดยการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มุ่งเน้นการปฏิบัติงานด้านการดูแลเฉพาะรายบุคคลตามแผนการดูแล(Care plan) ตลอดจนการเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ อาทิ การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์จากภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นมีสุขภาพที่ดีขึ้นรวมทั้งลดอาการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ(2557) ศึกษาการพัฒนาแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือใน

การดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขไปทดลองใช้ พบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้สูงขึ้นกว่าก่อนให้บริการ

3.การพัฒนาด้านการคลัง (Financeing) เป็นการบูรณาการงบประมาณร่วมกันโดยอาศัยต้นทุนทางสังคมของตำบลจิมเป็นส่วนสำคัญในการบริหารจัดการโดยเฉพาะงบกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะยาว (LTC) และกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเทศบาลตำบลจิม ส่งผลให้เกิดโครงการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนและเครือข่ายของคนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย เทพปัญญา(2561) ศึกษาการพัฒนาแบบการวางแผนและการจัดทำงบประมาณ ในลักษณะบูรณาการที่รองรับการปฏิบัติงานตามนโยบายรัฐบาลพบว่า การวางแผนและจัดทำงบประมาณเชิงบูรณาการช่วย ลดความซ้ำซ้อนของการใช้งบประมาณและนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์วัดความสำเร็จ

4.การพัฒนาด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Information) โดยการพัฒนาประสิทธิภาพโปรแกรมการใช้งานรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอยู่เดิมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับสื่อเทคโนโลยีที่เป็นที่นิยมในชุมชน คือ แอปพลิเคชันไลน์และช่องทางติดต่อสื่อสาร เฟสบุ๊ก ส่งผลให้เกิดการรับรู้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เป็นอย่างดี ตลอดจนนำไปสู่การช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงจากทั้งเครือข่ายของชุมชนเองและเครือข่ายจากเอกชนภายนอกพื้นที่ตำบลจิม สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา นวมะวัฒน์และคณะ(2562) ศึกษาการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่าการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในประเด็นการดูแลระยะยาวกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้สูงอายุส่วนมากได้รับการดูแลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างทั่วถึง เข้าถึงการบริการสุขภาพและสวัสดิการของรัฐตามความจำเป็นได้ และมีทักษะการดูแลตัวเองให้สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ได้

5.การพัฒนาการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์(Medical Product) โดยการส่งเสริมสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิมัมพร จ่างจิตและคณะ(2563) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อโรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย พบว่าระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเอื้อต่อการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์เพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยมีผู้จัดการรายกรณีและคณะกรรมการทำงานการดูแลที่บ้านของโรงพยาบาลเป็นผู้เชื่อมประสานและควบคุมกำกับติดตามส่งผลดีต่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

6.การพัฒนาด้านการนำและการอภิบาลระบบ (Leadership) โดยการนำผู้นำทางสังคมของชุมชนตำบลจิมและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหาหารือวางแผนการดำเนินงาน กำหนดทิศทางการดำเนินงาน ตลอดจนการติดตามและประเมินผลสะท้อนภาพรวมของปัญหารวมไปถึงการร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลจิมนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการสร้างพลังอำนาจของ (Gibson 1991) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุดดา หันกลาง(2562) ศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มเปราะบางในชุมชน เพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน พบว่าแนวทางแนวทางหนึ่งที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่า คือ การสร้างเครือข่ายจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและศักยภาพชุมชนมาใช้เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุตลอดจนการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือช่วยระบุปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและใช้สื่อสารกับทีมสุขภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.ผลลัพธ์ของการพัฒนาที่เกิดขึ้นในกระบวนการศึกษาในครั้งนี้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลจิมนั้น ได้รับการบริการแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ประกอบด้วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากทีมสหวิชาชีพ นักบริหารจากเทศบาลตำบลจิมและอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน การติดตามประเมินผลและส่งต่อโดยทีมหมอครอบครัวจากโรงพยาบาลปง ตลอดจนการดูแลสนับสนุนวัสดุ การแพทย์การดูแลด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่จำเป็นต่างๆ จากทางภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของตำบลจิมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีณสุตา จันทุณี (2562) ศึกษาประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของเทศบาลนครนนทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่พบว่าประสิทธิภาพการจัดการระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญในระดับมาก เพราะการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การได้รับการพูดคุยจากผู้มีความรู้เฉพาะทาง เพื่อถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง การดูแลทางการแพทย์ที่ดี ตลอดจนการจัดบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นต้องการความต่อเนื่องและยั่งยืน อีกทั้งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน 2 ระดับคือ 1) ในระดับครอบครัวที่ต้องสร้างให้เกิดทักษะการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว สามารถจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้วิถีด้านการดำเนินชีวิตและกิจกรรมประจำวันของตนเองได้เป็นอย่างดี 2) ในระดับชุมชนนั้นควรให้ความสำคัญกับนโยบายส่งเสริมสนับสนุนการช่วยเหลือกันของคนในชุมชน โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมในชุมชนนำไปสู่การจัดทำแผนงานโครงการให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและคนในชุมชนเอง ตลอดจนการมุ่งเน้นให้เกิดการร่วมกันติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะทำงานภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลจิม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลจิมทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมตลอดการทำงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย.(2556).การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
กรุงเทพฯ,2556.

กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.

กระทรวงสาธารณสุข.(2559). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. คณะกรรมการดำเนินงานจัดทำ
แผนพัฒนา สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโป่ง.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2563). สรุปผลการดำเนินงาน
สาธารณสุข ประจำปี 2563. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.

จันทิมา นวมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, กฤษฎา เหล็กเพชร และไพศาล เขียวถาวร. (2562). การวิจัยเพื่อ
พัฒนา ระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอ.สืบค้นจาก

<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5107?localeattribute=th>

ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2564).ทบทวนวรรณกรรม Health System Governance.

สืบค้นจาก <http://www.hpc4.go.th/aug2012/healthSystemGovernance.pdf>

ขวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เฟื่องพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ และวารี ศรีสุรพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน
ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.

จิมมพร จ่างจิต,ธัญญาภรณ์ รัตนวิชัย,อรอนงค์ พูลสวัสดิ์ และชนิดา ประดิษฐ์สถาพร.(2563).การพัฒนาระบบ
บริการไร้รอยต่อโรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย.วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ ปีที่ 12 ฉบับที่
5 กันยายน-ตุลาคม 2563,388-400

ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2559). คู่มือแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยแบบบูรณาการ
โดย ตำบล LTC เป็น Entry point. กระทรวงสาธารณสุข :นนทบุรี

ปวีณสุตา จันทน์ และ ฟ้าใส สามารถ.(2562).ประสิทธิผลการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง ของเทศบาลนครนนทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.วารสารการประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ (มิถุนายน 2562),1-18

พรชัย เทพปัญญา.(2561).การพัฒนาแบบการวางแผนและการจัดทำงบประมาณ ในลักษณะ บูรณาการที่
รองรับการปฏิบัติงานตามนโยบายรัฐบาล. วารสารบทความวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร :ฉบับ
ภาษาไทย มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ (มกราคม - เมษายน 2561),1-15

วาสนี วิเศษฤทธิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, ศิริพันธุ์ สาสัดย์,และ ถาวร สกุกพาณิย์.(2562).รูปแบบบริการ
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาวในบริบทประเทศไทย.วารสารพยาบาลทหารบก.
20(3),422-431

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ,ร.อ.หญิง ศิริพันธ์ สาสัตย์,พรทิพย์ มาลาธรรม และจิณณ์สิธา
ณรงค์ศักดิ์.(2557).การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น.

สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/27082>

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ .(2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2563. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=39772>

สุดดา หันกลาง.(2562).แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนเพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืน.วารสารการ
พยาบาลและสุขภาพ สสอท. ปี ที่ 1 ฉบับที่ 1 (กันยายน-ธันวาคม 62), 1-17

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รูปแบบและความหมายสมัชชาสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]./2558/
[เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://classic.samatcha.org>

World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of
Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production
Services,2010.[http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1)
ua=1, accessed by May 13, 2021.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา