

การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง
ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์

**Development of Continuing Care for the Home - Bound and Bed – Bound Elders
in Phetchabun Municipal Community.**

จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี (Juthatip Ngoichansri)* อรสา กงตาล (Orasa Kongtalm)**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 20 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 10 คน และทีมผู้ให้บริการ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ใช้วิธีการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มโดยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมผู้ให้บริการมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม

ABSTRACT

This study focused on situational analysis and development of a continuing care service for the home-bound and bed-bound older adults in Phetchabun municipal community. The participants included 20 home-bound and bed-bound elders, 20 caregivers, 10 volunteers and 10 health care providers. The research tools and approaches were; Comprehensive Geriatric Assessment, interview and focused group guidelines as well as assessment of the elders' health status and their caregivers. The results revealed that : the home-bound and bed-bound older adults were visited by health care providers and volunteers. The volunteers were more skillful in caring for older adults by the training. The elders and their caregivers expressed more satisfied with the continuous home care and services. Clinical practice guideline was developed for the health care team. The home-bound and bed-bound elders were empowered and gained more abilities to perform better self-care in their daily lives than before.

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง

Key Words: Continuing care, The home-bound and bed-bound elders

* มหาวิทยาลัย หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

การศึกษาขนาดและแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 พบว่าประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีเพียง 1.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด แต่ขนาดของประชากรตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่าหรือประมาณ 7.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 ทำให้เป็นปีที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีมากกว่าร้อยละ 10 ของประเทศทั้งหมด การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทยยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2568 หรืออีก 15 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน คิดเป็น 2 เท่า ของปี พ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ (สมศักดิ์, 2553) การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ ชี้ให้เห็นความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตของสังคมไทย ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบระดับสูงต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการ โดยการนำไปสู่ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ควบคู่ไปกับการเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และต้องการความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้น (สุทธิชัย , 2542)ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่งผลกระทบต่อฐานะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และภาพรวมทั้งประเทศ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม ต้องมีระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถตอบสนองความต้องการด้านบริการพื้นฐานของ

ผู้สูงอายุได้ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ (ทัศนนา , 2546) ในขณะที่ผู้สูงอายุ ซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลต่อเนื่อง แต่ปัจจุบันระบบบริหารโรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอ ระบบบริการสาธารณสุขเดิมมีลักษณะออกแบบเพื่อดูแลภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน จำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด และมีความพยายามในการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น (ประคอง, 2546)

การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน และการดูแลที่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน หรือระบบสุขภาพในชุมชนนั้น ควรมีการวางแผนตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (อัมพรพรรณ, 2552) การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จะต้องมีรูปแบบการดูแลที่ต่อเนื่อง จากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการหล่อหลอมให้เกิดการเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้มีขีดความสามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ในการพัฒนาอย่างแท้จริง ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาคนให้รู้จักใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์อย่างมีวิจารณญาณในการวางแผน และตัดสินใจดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเองอย่างอิสระเป็นประชาธิปไตยและสอดคล้องกับความต้องการปัญหาสุขภาพท้องถิ่นชุมชนนั้น (วสุธร, 2547)

พื้นที่ศึกษา ในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ มีศูนย์สุขภาพชุมชนคลองศาลา เป็นหน่วยงานปฐมภูมิในเครือข่ายกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ รับผิดชอบ 8 ชุมชน ประชากร 10,687 คน มีผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 1,432 คน คิดเป็นร้อยละ 13.39 ของประชากรทั้งหมด พบว่าปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 20.25 ปัญหาที่พบบ่อย คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพต้องรับยาต่อเนื่อง ไม่มารับยาต่อเนื่อง มักจะให้ญาติมารับแทนเนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว หรือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง มีภาวะแก่หง่อมมากต้องพึ่งพาญาติในการทำกิจวัตรประจำวัน และจากการที่เจ้าหน้าที่ออกไปเยี่ยมบ้านในชุมชน จะพบปัญหาการกินยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลาหรือมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น บางครั้งเรื้อรังผู้สูงอายุอยู่บ้าน ตามลำพัง เนื่องจากญาติต้องไปทำงานนอกบ้าน ด้านการดูแลต่อเนื่องพบว่า การให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุส่วนมาก จะเป็นการบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมากกว่าการให้บริการที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง ให้บริการสุขภาพเชิงรับมากกว่าเชิงรุก เน้นเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่กลับออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรคหรือการเจ็บป่วย มากกว่าการคำนึงถึงความสูงอายุหรือความไวต่อปัญหาผู้สูงอายุ ยังไม่มีการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ มีชมรมผู้สูงอายุครบถ้วน เป็นที่รวมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีจิตอาสา ประชุมกลุ่มกันทุกเดือน มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เมื่อ พ.ศ. 2552 ปัจจุบันมีการดำเนินกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุขาดคุณภาพชีวิต

จากประเด็นดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการศึกษา พัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมร่วมคิด ร่วมพัฒนาให้ตรงกับปัญหา ความต้องการ

และวิถีชีวิต ของคนในชุมชนนี้ โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้การสนับสนุน และส่งเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัธยาศัย โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชนสังคม ตามความต้องการ และไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในชุมชนคลองศาลาและชุมชนวัดภูเขาดิน เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ของเครือข่ายกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิด Continuing Care มุ่งพัฒนาระบบบริการให้มีความต่อเนื่อง มีการส่งต่อ case Provider ระหว่างพยาบาลกับคนในพื้นที่ มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นระยะ ๆ ตามสภาวะของโรค โดยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Active aging) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครมีส่วนร่วม พัฒนาทักษะผู้ดูแล ทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ตลอดทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีการจัดระบบบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย

1. บุคลากรกลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เกษษกร นักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มละ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน นักจิตวิทยา 1 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน
2. กลุ่มผู้รับบริการ ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่อาศัยอยู่ในชุมชน 13 วัตถุประสงค์และชุมชน 14 คลองศาลา มีความสมัครใจยินดีให้ข้อมูล จำนวน 20 คน
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 20 คน
4. กลุ่มแกนนำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment) เป็นแบบประเมินที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา ใช้ประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมเพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่ซับซ้อนและความต้องการการช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงซึ่งมีองค์ประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความสามารถในการทำหน้าที่ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย

ด้านจิตใจ ด้านสังคม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำ

กิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบ Barthel's index

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง โดยใช้แบบดัชนีจูพาเอติแอล

แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคลและสนทนากลุ่มย่อย สำหรับกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มแกนนำชุมชน

การศึกษานี้ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพเดมมิง (Deming Cycle) ขับเคลื่อน ซึ่งประกอบด้วยการทำงาน 4 ขั้นตอน พอสรุปได้ ดังนี้

P – Plan ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์และประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 20 คน สนทนากลุ่มผู้ให้บริการ 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 20 คนและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 10 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง วิเคราะห์สถานการณ์จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำเสนอข้อมูลปัญหาและความต้องการการพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง ประชุมระดมสมองแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาบริการ

D-Do : การจัดกิจกรรมพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ตามแผนที่วางไว้ ดังนี้ 1) ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผน การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง 2) จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 3) จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยอาสาสมัครผู้สูงอายุ ดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ มีการติดตามผล ให้การปรึกษาและสนับสนุนอย่างใกล้ชิดโดยทีมเจ้าหน้าที่ 4) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เยี่ยมบ้านระหว่างกลุ่มอาสาสมัคร ทีมงาน และเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุของหน่วยงานเวชกรรมสังคม 5) ดำเนินการวางแผนทางการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและการประสานงานเพื่อปรับปรุงและส่งต่อบริการเพื่อการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ระหว่างสถานบริการระดับตติยภูมิ สุ่มปฐมภูมิและชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ **C-Check** การติดตามสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนและประเมินผลเป็นระยะ **A-Act** : การปรับปรุงแก้ไขบริการและแผนการพัฒนาให้เหมาะสม ทั้งนี้ เน้นการทำงานตามแนวคิดพุดพลัง (Active aging) การเสริม

พลัง (Empowerment) และใช้เทคนิคจิตตปัญญากับผู้ร่วมงานทุกระดับและทุกระยะการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงบรรยายสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ นำมาวิเคราะห์ทางสถิติเป็นร้อยละ
2. วิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มเป้าหมายในระยะศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์

1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน เพศหญิงทั้งหมด มีประสบการณ์ในการปฏิบัติราชการและปฏิบัติงานในด้านการดูแลผู้สูงอายุ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 90

1.2 กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน เป็นเพศชาย 2 คน เพศหญิง 8 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 60 มีประสบการณ์การทำงานในชุมชนมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60

1.3 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 45 – 59 ปี ร้อยละ 55 สถานภาพคู่ ร้อยละ 50 การศึกษา จบปริญญาตรี ร้อยละ 40 อาชีพส่วนใหญ่ค้าขาย ร้อยละ 35 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 30

1.4 กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 20 คน เป็นเพศหญิง 14 คน เพศชาย 6 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 สถานภาพคู่ ร้อยละ 55 หม้ายร้อยละ 45 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85 สถานภาพในครัวเรือนเป็นผู้อาศัย ร้อยละ 75 และอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 40

2. ผลการประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นเป็นองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

2.1 ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายเกินปกติมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 40.00 และดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 25 และ 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32 เบาหวาน ร้อยละ 24 ไ้มนันในเส้นเลือดสูง ร้อยละ 22 ตามลำดับ ซึ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เพชรบูรณ์มากที่สุด ร้อยละ 75 รองลงมาคือซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 10 ผู้สูงอายุมีฟันแท้อย่างเดียว ร้อยละ 60 มีทั้งฟันแท้และฟันปลอม ร้อยละ 25 และพบผู้สูงอายุมีปัญหาในการเคี้ยวกลืนอาหาร ร้อยละ 60 โดยอาการที่พบมากที่สุด คือฟันผุเหงือกอักเสบ ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือไม่มีฟันขบเคี้ยว ร้อยละ 16.3 นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุได้ยื่นชัดเจนโดยไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง ร้อยละ 75 ได้ยินไม่ชัดเจนร้อยละ 25 สาเหตุที่ทำให้ได้ยินไม่ชัดเจน คือหูตึง ร้อยละ 100 การมองเห็น ผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัดเจนร้อยละ 70 ชัดเจนโดยไม่ใส่แว่น ร้อยละ 20 โดยสาเหตุที่ทำให้มองเห็นไม่ชัดเจนมากที่สุดคือ ตามัวไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 85.71 ต้อหิน ร้อยละ 14.28 ส่วนปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 75 โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปวดเอว ปวดหลัง ร้อยละ 80 รองลงมาคือปวดข้อ ร้อยละ 20 ส่วนการขับถ่ายพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 30.00 โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ท้องผูก ร้อยละ 100 สำหรับการขับถ่ายปัสสาวะ พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 60 โดยอาการที่พบมากที่สุดคือ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 83.3 ปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะขัด ร้อยละ 8.3

2.2 ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 20 ระดับน้อย ร้อยละ 15 โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านจิตใจมากที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง ร้อยละ 38.89 ปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว ร้อยละ 27.8 ห่วงลูกหลาน 22.23 ตามลำดับ

2.3 ภาวะสุขภาพด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงมีบทบาทในครอบครัว เป็นที่ปรึกษาครอบครัว ร้อยละ 46.87 อยู่บ้านเฉย ๆ ร้อยละ 43.75 เลี้ยงบุตร หลาน ร้อยละ 6.25 ผู้ดูแลหลักที่ให้การช่วยเหลือ ผู้สูงอายุมากที่สุดคือ บุตรหลานร้อยละ 80 รองลงมา คือ คู่สมรส ร้อยละ 20 และจากการลงเชื่อมชุมชนถึง พบว่าแม้ว่าจะมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน แต่ก็สามารถ ดูแลผู้สูงอายุได้เฉพาะเวลากลับจากทำงานหรือ ช่วงเวลาตอนเย็นเท่านั้น เพราะลูกหลานก็จะต้องออก ทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว มักจะ จัดเตรียมอาหารไว้ให้ผู้สูงอายุไว้ให้ตอนช่วงกลางวัน เท่านั้น ในรายที่ติดเตียง ครอบครัวที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจดีก็จะจ้างผู้ดูแลมาดูแลให้ ความสัมพันธ์กับ สมาชิกในครอบครัว รักใคร่ปรองดองกันดี ร้อยละ 85 มี เรื่องขัดแย้งกันบ้าง ร้อยละ 10 การเข้าร่วมกิจกรรมใน สังคมของผู้สูงอายุ ไม่ได้เข้าร่วมถึงร้อยละ 85 เข้าร่วม เพียง ร้อยละ 15

3. สถานการณ์ การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านติดเตียง ก่อนการพัฒนา

ด้านผู้ให้บริการ พบประเด็นปัญหาที่ควรได้รับการ พัฒนา ได้แก่ ยังไม่มีแนวทางการดูแลสุขภาพอย่าง ต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง โดยเฉพาะ ขาดความพร้อมในการให้การดูแลไม่มีแนวทางการ ดำเนินงาน ตลอดทั้งช่องทางการเชื่อมประสาน ระหว่างหน่วยประสานไม่ชัดเจน

ด้านผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ต้องได้รับการสนับสนุนด้าน ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ มีภาระที่ต้องไป ทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถให้การดูแลตลอดเวลาได้ ต้องทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียว ตลอดทั้งปัญหาด้าน เศรษฐกิจผู้ดูแลต้องมีภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล เพิ่มขึ้น

ด้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่เป็น กลุ่มที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ส่วนใหญ่ มีระดับ BMI เกิน บางรายมีความพิการหรือทุพพลภาพร่วมด้วย ทุก รายอยู่ในภาวะพึ่งพิง

กลุ่มแกนนำในชุมชน, ชมรมผู้สูงอายุ, อสม., จิตอาสา เป็นแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถ พัฒนาศักยภาพ ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงได้

4. การวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชน เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ จากการวิเคราะห์ สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติด เตียง จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้ดูแล หลัก กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และจากการ ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง มี ความต้องการในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพ อย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ใน ชุมชนเขตเทศบาล จึง ได้มีกระบวนการพัฒนาการดูแล สุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติด เตียงในชุมชน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จัดประชุมระดมสมองทีมผู้ให้บริการ เพื่อเสนอประเด็นในการทำงานการดูแลผู้สูงอายุใน เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ แนวโน้มปัญหาและ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ครอบครัว/ผู้ดูแล และศักยภาพของชุมชนที่สามารถเข้า มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และที่ประชุมลงความเห็นว่า การใช้เกณฑ์การจำแนก กลุ่มผู้สูงอายุ ตามคู่มือแนวปฏิบัติในการบริการ ผู้สูงอายุ รพ.สต. โดยการแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม เพื่อ การจัดบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชนชนคือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง แล้วลงพื้นที่ศึกษา ประเมินภาวะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เพื่อทราบ ถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และให้การดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างเป็นองค์รวม ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำไปปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบรายละเอียด ความถูกต้อง เหมาะสมแล้ว และพัฒนาศักยภาพกลุ่มอาสาสมัคร

ดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถใช้แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ลงพื้นที่ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่ศึกษา และสัมภาษณ์ผู้ดูแลและกลุ่มอาสาสมัครที่ประกอบด้วย แก่นนำชุมชน อสม. และจิตอาสาโดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ นำเสนอภาพรวมร่วมกัน และตั้งเป้าหมายที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มคิดบ้านคิดเตียงร่วมกัน โดยยึดตามคู่มือแนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ รพ.สต. ผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรม ในขั้นตอนนี้ คือ การมีส่วนร่วมของทีมเจ้าหน้าที่ แก่นนำชุมชน เกิดความคิดอย่างเป็นระบบ ทำให้ทราบเป้าหมายในการทำงาน ทราบปัญหาผู้สูงอายุร่วมกัน และหาวิธีในการพัฒนาร่วมกัน มีเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มและมีเป้าหมายในการให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มคิดบ้านคิดเตียง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้รับการฝึกปฏิบัติการประเมินผู้สูงอายุอย่างป็นองค์รวม

ผู้สูงอายุกลุ่มคิดบ้านคิดเตียง ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

กิจกรรมที่ 2 หลังจากทีทราบเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มคิดบ้านคิดเตียง และข้อมูลที่ได้จากการลงประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมการสัมภาษณ์ผู้ดูแล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทีมผู้ให้บริการมีความเห็นว่าควรมีการพัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มคิดบ้านคิดเตียง โดยนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ อสม. จิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ แก่นนำชุมชน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล และอาสาสมัคร ครั้งที่ 1 หลักสูตร 2 วันมีอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลจิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ ที่เข้าเป็นกลุ่มเป้าหมาย 30 คน เป็นผู้สนใจ 20 คน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้สูงอายุ โรคที่บ่อยของผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ อาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การ

ใช้ยาในผู้สูงอายุ การทำสมุนไพรประจำบ้าน การผ่อนคลายอย่างลึก การสื่อสารกับผู้สูงอายุ ภายภาพบำบัดในผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาตครึ่งซีก สิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุครั้งที่ 2 ฝึกปฏิบัติ เรื่อง การวัดสัญญาณชีพ การเช็ดตัวลดไข้ การนวดกดจุด 25 จุดคลายเครียด การดูแลผู้สูงอายุที่มีการวิงเวียนศีรษะ ใช้หวัด การปฐมพยาบาลอย่างง่าย การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ บทบาทของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงานทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันเกิดความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มอาสาสมัคร เกิดความเข้าใจในตัวผู้สูงอายุ และครอบครัวของผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ก่อนการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 67 หลังอบรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 86 มีความมั่นใจในการไปดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน วางแผนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มคิดบ้านคิดเตียง โดยร่วมกันคิดกิจกรรมที่จะดำเนินการ ในวันที่ไปเยี่ยม และร่วมออกแบบรายงานเยี่ยม กำหนดส่งรายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบทุกสิ้นเดือน โดยขั้นต้นจะเริ่มออกเยี่ยม สัปดาห์ละ 1 ครั้งก่อน เพื่อร่วมกันประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่ไปเยี่ยม จากนั้นวางแผนประชุมกลุ่มร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ทุกสิ้นเดือน เพื่อสรุปปัญหาและอุปสรรคในการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งส่งต่อรายที่เจ้าหน้าที่ต้องลงไปดูแล ผลการดำเนินงานพบว่าการประชุมกลุ่มสมาชิกอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กล้าแสดงความคิดเห็น มีความกระตือรือร้น และเต็มใจที่ออกเยี่ยมบ้าน บรรยากาศเต็มไปด้วยความอบอุ่น ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่อาสาสมัครเยี่ยมบ้านร้อยละ 85.18

กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน กับทีมผู้ให้บริการสุขภาพโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ชมรมผู้สูงอายุตำบลนาป่าและนางัว ซึ่งเป็นชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมการดำเนินงานเยี่ยมบ้านดีเด่นระดับจังหวัด และระดับภาค ถอดบทเรียนและบรรยายความรู้วิชาการในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการดำเนินงาน มี

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 60 คน เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน มีการซักถามตอบประเด็นที่สงสัยแก่สมาชิกที่เข้าร่วมประชุม สามารถกระตุ้นและจุดประกายให้อาสาสมัครในเขตเทศบาล มีการเสริมพลังให้กับอาสาสมัครที่จะทำความดีกับสังคม เรียกว่าตารางออกเยี่ยมบ้านว่าเป็นตารางบุญ

กิจกรรมที่ 5 ทีมผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ได้ร่วมออกเยี่ยมบ้านในชุมชนร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทีมสหวิชาชีพ จัดประชุมระดมสมองหาวิธี เพื่อวางแผนทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ และแนวปฏิบัติในการเชื่อมประสานการส่งต่อ ที่ประชุมมีมติดังนี้ 1) ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่พบในชุมชน มาจากการส่งต่อหรือค้นพบในชุมชนโดยอาสาสมัคร จากการจำหน่ายและส่งต่อจากโรงพยาบาล จากทะเบียนโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิเพื่อประสาน อสม. ในการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) แยกประเด็นปัญหา เป็นประเด็นปัญหาด้านไม่ใช่คลินิก ให้พิจารณาเรื่องสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงมีพึงได้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือ เรื่องเกี่ยวกับสวัสดิการ ประสานงานสวัสดิการของกองสวัสดิการเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ ด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ประสาน อปท. ให้การช่วยเหลือ ประเด็นปัญหาด้านคลินิก หากไม่ฉุกเฉิน ออกเยี่ยมบ้านและให้บริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องตามบทบาทของอาสาสมัคร โดยใช้เกณฑ์ ADL > 11 ถ้า ADL < 11 ให้เจ้าหน้าที่ปฐมภูมิเป็นผู้ให้ดูแลออกเยี่ยมบ้าน และเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในส่วนที่ขาด และถ้ามีปัญหาทางด้านจิตใจมีภาวะซึมเศร้า หรือต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ปฐมภูมิประสานศูนย์การดูแลต่อเนื่องของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อลงเยี่ยมและประเมินภาวะสุขภาพและให้การช่วยเหลือตามบทบาทของทีมสหสาขา กรณีฉุกเฉินไม่สามารถให้การช่วยเหลือในระดับชุมชนได้ พิจารณาประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ทีมสหวิชาชีพประชุม

อย่างน้อยเดือนละครั้งเพื่อวางแผนและประเมินผลการเยี่ยม หลังการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งทีมจะร่วมกันสรุปผลเพื่อวางแผนดูแลเป็นรายกรณีตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพเดมมิ่ง (Deming Cycle) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลอย่างต่อเนื่องและพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ ผู้ศึกษาขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้ สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงพบว่า ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายเกินปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 และโรคที่พบบ่อยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32 เบาหวาน ร้อยละ 24 ไ้มนในเส้นเลือดสูง ร้อยละ 22 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าโรค และ ปัญหา การเจ็บป่วยที่สำคัญในประชากรผู้สูงอายุ คือโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย และโรคเรื้อรัง (อัมพร และคณะ, 2547) นอกจากการเจ็บป่วยเรื้อรังแล้ว ผู้สูงอายุไม่น้อยยังต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น (ชินตา และคณะ, 2553) ปี 2550 พบว่าประมาณร้อยละ 3.8 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพหรือออกจากบ้านไม่ได้ พบว่าร้อยละ 18.5 หรือเกือบ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพขาดผู้ดูแล (วิพรรณ และคณะ, 2551) และกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่เป็นปัญหาหลักทางการพยาบาลได้แก่ การพลัดตกหกล้ม/ตกเตียง (falls) ความจำเปลี่ยน (changes in cognitive) การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (incontinence) แผลกดทับ ปัญหาในการรับประทานอาหารและความไม่สุขสบายจากอาการปวด (วรรณภา และผ่องพรรณ, 2545) เมื่อพิจารณาด้านสถานะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติด

เตียงในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุทุกราย มีโรคเรื้อรัง และภาวะการเจ็บป่วยอยู่และส่วนใหญ่มีปัญหา มากกว่า 1 โรคขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเป็นภาวะที่เรียกว่า Comorbidity ลักษณะการมีโรคร่วมนั้นยังแตกต่างกัน เช่นอาจมีภาวะเรื้อรังที่มีความรุนแรงและซับซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว ที่มีผลบังคับการจัดการ โรคอื่น ๆ หรือ โรคเรื้อรังเดิม ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ ความสามารถในการจัดการและดูแลตนเองลดลง (Childs, 2007) และสิ่งที่ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยาวนาน มักมีปัญหาความปวดเรื้อรัง การสูญเสียหน้าที่และความเป็นอิสระ และต้องการพึ่งพาจากครอบครัวและชุมชนตามมา ดังนั้น โอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพจะมากขึ้นตามจำนวนโรคที่มีอยู่ (Warsaw, 2006) และทำให้ต้องอยู่ติดบ้านติดเตียง แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มความต้องการทางการดูแลต่อเนื่องที่มีมากขึ้นในชุมชน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553)

ในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มุ่งให้เป็นกุญแจสำคัญในทีมการดูแลที่บ้านและในชุมชนต่อเนื่อง และได้เน้นการฝึกให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม (CGA) นั้น พบว่าผู้ดูแลและอาสาสมัครส่วนใหญ่ทำได้ พร้อมไปกับการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลเบื้องต้นและให้กำลังใจ แสดงให้เห็นว่า หากมีการวางแผนจัดหลักสูตรและฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลให้กับผู้ดูแลและอาสาสมัครอย่างเหมาะสม ก็จะสามารถขยายบุคลากรให้กับเครือข่าย ทีมงานในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้มากขึ้น สอดคล้องกับ โครงการหลายแห่งที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553; กรมอนามัย, 2551) อย่างไรก็ตาม เนื้อหาที่จัดสอนและฝึกพัฒนาให้แก่กลุ่มผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น ควรเน้นให้สอดคล้องกับปัญหาพื้นที่

การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ ทำให้ทราบถึงความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงในด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลเฉพาะโรค การจัดสื่อและอุปกรณ์ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ในกระบวนการทำงานเพื่อพัฒนาเครือข่ายการทำงานของกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ การจัดให้มีการประชุมเพื่อสรุปการทำงานภายในกลุ่มของตนเอง และมีการประชุมกลุ่มใหญ่ร่วมกับอาสาสมัครในชุมชนอื่นเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน ทำให้เกิดการตื่นตัวที่จะให้มีการจัดการดูแลต่อเนื่องสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนอื่นและเป็นการขยายเครือข่ายการทำงานให้ครอบคลุมพื้นที่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้เข้าใจและยอมรับในศักยภาพของตนเอง ช่วยให้เห็นศักยภาพของตนเอง สามารถตัดสินใจที่จะแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง นอกจากจะเป็นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนคติด้านผู้สูงอายุเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging) ที่สามารถคิดวิเคราะห์และตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่นับวันจะมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ยังเป็นการเปลี่ยนมุมมองของสังคมที่มองถึงการเป็นผู้สูงอายุที่ต้องอ่อนแอต้องพึ่งพิง เข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ สามารถคิดวิเคราะห์และตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยที่ผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของตนเอง และมีครอบครัวรวมถึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย สุขภาพจึงเป็นเรื่องของทุกคนที่ต้องรับผิดชอบ ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้ดูแล ตลอดจนทั้งชุมชน ให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ นั้น จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพมาก ทั้งนี้เพื่อ

พัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ สามารถคิดเป็น ทำเป็น ป้องกันความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคม ลดปัจจัยเสี่ยงรวมถึงปัญหาสุขภาพต่าง ๆ อันจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดการเป็นภาระต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ถือได้ว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ มีผลลัพธ์ของการพัฒนาคือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมี จำนวน 16 คน ติดเตียง 4 คน ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ จำนวน 40 ครั้ง อาสาสมัครมีความกระตือรือร้น และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ มีความมั่นใจในการให้บริการ สามารถประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและให้การดูแลเบื้องต้นได้ถูกต้อง มีความกระตือรือร้นในการออกปฏิบัติงาน มีความสามัคคีกันในการปฏิบัติงาน เกิดความภาคภูมิใจที่สามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานระหว่างกลุ่ม อสม.และจิตอาสา และพบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องของอาสาสมัคร ทีมผู้ให้บริการมีแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจน ตลอดจนมีแนวทางการเชื่อมประสานบริการ ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และ จากการสังเกต ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีความตระหนักในการที่จะพยายามพึ่งพาตนเองให้มากขึ้น มีความตระหนักในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภารกิจที่ถูกต้อง ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลมากขึ้น มีการพูดคุยกับญาติหรือผู้ดูแลให้ทราบถึงความต้องการของตนเอง สำหรับผู้ดูแลมีความเข้าใจในตัวผู้สูงอายุมากขึ้น บรรยากาศในครอบครัวลดความตึงเครียดมากขึ้น

บทเรียนที่ได้รับจากการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้ศึกษาได้เรียนรู้ดังนี้

1.การนำแนวคิดการดูแลต่อเนื่องมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงสามารถสนับสนุนให้สัมพันธ์ภาพที่ระหว่างผู้ให้บริการผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการมีบทบาทในการเสริมพลังอำนาจให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลตลอดจนกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความรู้ ความตระหนัก มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด

2.ได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนางาน ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม ไม่สามารถทำงานด้วยตัวคนเดียวได้ จะต้องเชื่อว่าคนทุกคนมีศักยภาพ จะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี มีทักษะในการติดต่อประสานงานที่ดี มีทักษะในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างละเอียดถี่ถ้วน เข้าใจในความแตกต่างของบุคคล มีจริยธรรม คุณธรรมในการปฏิบัติงานและที่สำคัญมีความรักและหวังดีต่อผู้อื่นด้วยความจริงใจ

3.กระบวนการทำงานแบบเสริมพลัง เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมวางแผนเป็นสิ่งสำคัญและเป็นปัจจัยแห่งความสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องจากการที่ภาคประชาชน โดยผู้ดูแล อาสาสมัคร ผู้แทนจากองค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับฟังข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และร่วมคิดหาทางออกด้วยกัน จะช่วยทำให้การพัฒนาบริการสำหรับผู้สูงอายุมีความยั่งยืนได้มากกว่าการทำและคิดแทน โดยเจ้าหน้าที่ ดังเช่นที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1.ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มจิตอาสาให้ชัดเจนขึ้น เพื่อให้สามารถส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและพิจารณาให้การตอบแทน ยกย่องอย่าง

เหมาะสมอันเป็นแบบอย่างและเสริมสร้างกำลังใจในการทำดีเพื่อสังคมและชุมชนต่อไป

2.ควรมีการทบทวนแนวทางการส่งต่อข้อมูล การดำเนินงานและการเชื่อมประสานการดูแลผู้สูงอายุระหว่างสถานบริการเป็นระยะ เพื่อให้มีความชัดเจนเป็นปัจจุบัน เพื่อประโยชน์ในการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบวงจร

3.ผู้ให้บริการในหน่วยปฐมภูมิ ควรได้รับการพัฒนา อบรมสมรรถนะในการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากมีปัญหาที่ซับซ้อน ดังนั้นผู้ดูแลโดยเฉพาะบทบาทของ APN ควรใช้หลักการเกี่ยวกับ Case management ควรมีการพัฒนา Care map รายโรคสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มโรคขึ้นมา เพื่อให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า คุ่มทุนประหยัดเวลามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ชื่นดา วิชชาวุธ, นภาพร ชโยวรรณ, युพา วงศ์ไชย, ประคอง อินทรสมบัติ, นันทศักดิ์ บรรณานวัตร(บรรณาธิการ). (2553). การทบทวนและการสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 – 2550. กรุงเทพฯ: คิวพี.
- ทัศนาศูววรรณชนปกรณ. (2546). การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ). การดูแลผู้สูงอายุ – คุณภาพที่คาดหวัง. การอบรมวิชาการประจำปี พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2546). 1 – 2 – 3 ในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพฤกษวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 4(4), 35 – 37.

วรรณภา ศรีชัยญรัตน์ & ผ่องพรรณ อรุณแสง (บรรณาธิการ). (2545). การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูกระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

วรรณภา ศรีชัยญรัตน์และลัดดา คำวิการเลิศ. (บรรณาธิการ). (2553). แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้ง แอนพับลิชชิง.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2551). ผู้ให้บริการในหน่วยปฐมภูมิ การศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและ ประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

วสุธร ดันวัฒนกุล. (2547). สุขภาพอนามัยชุมชนและกระบวนการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย: ที่คิวพี.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (บรรณาธิการ). (2542). การประมวล วิเคราะห์และสังเคราะห์ การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัมพร เจริญชัย, อรสา กงตาล, กัลยา พัฒนศิริ,
วรรณมา ศรีชัยรัตน์, สุขุมล ธนาเศรษฐอึ้ง
กุล, ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ. (2547).
รายงานการวิจัยเรื่อง สถานการณ์การ
ให้บริการของรัฐและเอกชนที่ให้บริการ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อัมพรพรรณ ชีรานุตร. (2552). แนวคิดและหลักการ
ของการดูแลต่อเนื่อง. ในเอกสาร
ประกอบการประชุมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. (หน้า 1 –
21). ระหว่างวันที่ 25-27 มีนาคม 2552 ณ
โรงแรมเจริญธานี. ขอนแก่น: เพ็ญพรินติ้ง.

Childs, B. (2007). Complication & Comorbidities:
Effects on Diabetes Self Care. **American
Journal of Nursing**, 107 (6 supplement),
55-59.

Warsaw, G. (2006). Advanced and Challenge in
Care of Older People with Chronic
Illness. **Generation**, XXX (3), 5-10.