การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด-19 โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of bed bound elder care in covid 19 process by Care Manager, and Caregiver and Community party network at Buakham districts, Phochai, Roiet.

(Received: September 23,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

นันท์นลิน บรรจโรจน์ [1]
Nannalin Banjaroj

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด 19 โดยผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ มีระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 – เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง คัดแบบเฉพาะเจาะจง อาศัยในเขตตำบลบัวคำ ในปีงบประมาณ 2565 จำนวนทั้งสิ้น 19 ราย เครื่องมือที่ใช้นาวิจัย มี 4 ชุด ได้แก่ แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะ และแบบวัดคุณภาพชีวิตขอลองค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ภาษาไทย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความเข้าใจ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 หลังเข้ารับการอบรมสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ 0.05 3. ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังได้รับการดูแลด้านกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 สูงกว่าคะเนนเฉลี่ยก่อนการดูแล ด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงแสดงว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลทีเหมาะสม ตรงความต้องการและมีคุณภาพ จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุติดเตียง,กระบวนการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด19,ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This research was action research aimed to study and develop the process of caring for bedridden elderly people in the COVID-19 era by elderly care system managers and elderly caregivers together with the Buakham Subdistrict community. The implementation period is between October 2022 - April 2023. Sample groups include: Carer for bedridden elderly Select a specific type Living in Buakham Subdistrict in fiscal year 2022, a total of 19 cases. There are 4 sets of tools used by researchers, including the Barthel ADL Index Assessment Form. knowledge test Skills Assessment and the World Health Organization Quality of Life Scale, abbreviated set, Thai language. Statistics used in the analysis: frequency, percentage, mean, standard deviation. and t-test

The results of the study found that the development of the care process for bedridden elderly people in the COVID-19 era consists of 6 elements: 1. Elderly caregivers have a higher understanding and knowledge in caring for bedridden elderly people in the COVID-19 era after receiving training. Before receiving training Statistically significant at 0.05 2. Elderly caregivers have skills In caring for the bedridden elderly Not less than 80 percent with statistical significance at the 0.05 level. 3. In terms of quality of life of bedridden elderly, it was found that bedridden elderly had an average quality of life score. After receiving care for the process of caring for bedridden elderly people in the COVID-19 era, it was higher than the average before care. With the process of caring for bedridden elderly, it shows that the elderly receive appropriate care. Meets needs and has quality As a result, the quality of life scores of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

bedridden elderly people in the COVID-19 era are higher than before receiving care, with statistical significance at the 0.05 level.

Key words: bedridden elderly, process of developing a care system for bedridden elderly in the COVID-19 era, elderly care manager, elderly caretaker

บทนำ

โลกของเรามีประชากรทั้งหมด 7875 ล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ”ที่มีอายุมากว่า 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ปี 2564 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมดและอีก 20 ปี ข้างหน้าประชากรในประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราการเพิ่มประชากรจะลดต่ำลง อาจจะติดลบ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรยิ่งมีอายุสูงยิ่งเพิ่มขึ้นเร็ว ปัจจุบันสังคมไทย กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มตัว ด้วยการมีจำนวนประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากการคาดประมาณการสถิติทางประชากรในปี พ.ศ. 2564 มีแนวโน้มที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2579 มีแนวโน้มผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 30[1] เมื่อผู้สูงอายุอายุมากความเสื่อมของร่างกายก็มากตามทำให้เกิดภาวะพึ่งพาตามมา โรคที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีหลายโรค ซับซ้อนความต้องการดูแลมีความหลายหลาย ผู้สูงอายุบางท่านไม่มีคนดูแลอยู่บ้านคนเดียว บางคนต้องการอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ต้องมีผู้ดูแล ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญมาจัดระบบในการดูแลผู้สูงอายุ ตรงกับปัญหาและความต้องการผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อลดภาระงานที่หนักและซับซ้อนของผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลเองส่วนใหญ่มีงานที่ต้องทำ บางครอบครัว ก็ได้ลาออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุที่ติดตียงเนื่องจากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลขาดรายได้ซึ่งผู้ที่มีภาวะพึ่งพาที่ติดเตียงต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลไม่มีงานทำรายได้ลด ผู้สูงอายุติดเตียงก็ต้องใช้เงินในการดูแลสุขภาพทำให้เกิดความยากจน รายได้ลดภาระเพิ่มมากขึ้น

การศึกษาพบว่าค่าบริการผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเริ่มต้นประมาณ 20,000 บาท จนถึง 36,000 บาทต่อเดือน หรือเฉลี่ยวันละประมาณ 900-2,000 บาท ขึ้นอยู่กับระดับของการดูแลและอาการผู้สูงอายุ$_2$ ตั้งแต่กลุ่มที่พอช่วยตัวเองได้บ้างจนถึงผู้สูงอายุติดเตียง โดยในราคานี้เป็นค่าใช้จ่าย เฉพาะการดูแลในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร, ยา, การอาบน้ำ, การทำความสะอาดหลังขับถ่าย ทั้งอุจจาระและปัสสาวะ รวมถึงการพลิกตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแต่ในกรณี ที่ผู้สูงอายุเริ่มมีแผลกดทับ ต้องใช้ผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญมากขึ้นจากผู้ดูแลช่วยเหลือคนไข้ อาจต้องเพิ่มระดับขึ้นเป็นผู้ช่วยพยาบาลจนถึงพยาบาลวิชาชีพ แน่นอนว่าค่าใช้จ่ายก็จะเพิ่มขึ้นไปเป็นเงาตามตัวตั้งแต่ 500-1,000 บาทต่อวัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระดับของแผลกดทับ เมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือนแล้วบางรายอาจสูงถึงเดือนละ 65,000 บาท ขึ้นไปเลยทีเดียว โดยตัวเลขเหล่านี้ยังไม่รวมค่ายา, น้ำยา และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการทำแผลอีกด้วย[2] รายจ่ายเพิ่มรายได้ลดลง เศรฐกิจไม่เอื้ออำนวย โรคระบาดรุมเร้าในยุคโควิด - 19 ที่ต้องปรับตัวอย่างมาก ปี 2564 มีผู้สูงอายุติดเชื้อ 1,8250 คน คิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ติดเชื้อในประเทศไทยและมีผู้สูงอายุติดเชื้อโควิด -19 แล้วเสียชีวิต 14,597 คนคิดเป็นร้อยละ70 จากการระบาดของโรค โควิด -19 ทำให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและหน่วยบริการต้องวางแผนในการให้การดูแลสุขภาพแบบใหม่ ผู้สูงอายุก็เสี่ยงต่อการติดเชื้อและไปพบแพทย์ รพ.มีการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบใหม่ โรงพยาบาลลด งด การตรวจหัตถการไม่เร่งด่วนออกไป ได้นำระบบการดูแลสุขภาพทางไกลมาแทน

ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมารับบริการที่ยาก ไม่เข้าถึงบริการ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ทางกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน มีการวางแผนกำลังคน เพิ่ม

อาสมัครนักบริบาลในชุมชน ในการเพิ่มผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญช่วยญาติในการดูแลในชุมชน ซึ่งผู้จัดการการระบบการดูแล 1 คน สามารถดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เพียง 5-10 ราย จากสถานการณ์โควิด -19 ความต้องการที่จะบริการผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน พยาบาลผู้จัดการการดูแลต้องการพัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อของปฐมภูมิ ได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน ต้องอาศัยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด – 19 เทคโนโลยีดิจิทัลกลายเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่สำคัญ สามารถต่อสู้กับปัญหาของโรคระบาด ใช้ในการการเชื่อมต่อกับบุคคลรอบข้างและ สังคมได้สะดวกยิ่งขึ้น ทั้งการติดต่อประสานงาน ในการสอบถามอาการ ขอความช่วยเหลือต่าง ๆ ตรวจสอบสุขภาพจิต ในช่วงที่มีการระบาดไม่สามารถเข้าถึงตัวผู้ป่วยติดเตียงได้ ได้ทำแต่หัตการที่จำเป็นเร่งด่วนตามความเหมาะสม ตำบลบัวคำมีผู้สูงอายุทั้งหมด 969 ราย มีสูงอายุที่มีภาวะติดเตียง 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.36 ตำบลบัวคำได้ทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมา 5 ปี พบว่ามีผู้สูงอายุที่พึ่งพามีภาวะติดเตียงเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ปี 2562 จนถึงปัจจุบัน มีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 62 ,36 , 45 ,44 และปี 2566 มีผู้สูงอายุ จำนวน 52 แบ่งเป็น รายที่ติดเตียงรอรับบริการที่บ้าน มีทั้งผู้ดูแลหลักและไม่มี[3] จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มมาก ผู้จัดการการดูแล (care manager: CM) เป็นกลไกสำคัญ ในระบบบริการดูแลระยะยาว ปัจจุบัน กองทุน LTC กำหนดสัดส่วนที่เหมาะสม CM:CG ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ไว้ที่ 1:5-10 ปี 2563 สัดส่วน CM:CG ของกองทุน LTC 1:6.4 แต่ถ้าท้องถิ่นไหนมี นักบริบาลมาทำหน้าที่ CG สัดส่วน CM:CG ของกองทุน LTC จะเพิ่มเป็น 1: 7.3 CG 1 คนรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้ดูแลไม่เกิน 5-10 ราย[4] จากสถานการณ์ การดูผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลบัวคำมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เมื่อดูสัดส่วนพบว่า CM มีภาระหน้าที่ที่เกินมาตรฐานที่กำหนด

ดังนั้นจึงมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ให้ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเชี่ยวชาญในภาระงานที่หนักและซับซ้อน การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด – 19 โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ มาพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้ความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่โดยเป็นผู้ทีมีหน้าที ค้นหา ประเมิน วางแผน และจัดการให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลระยะยาวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ต่อเนื่องและมีการส่งต่ออย่างเหมาะสมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ถูกต้อง การให้ยา การฟื้นฟูสภาพ การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุตามระบบ LTC และช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และญาติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด-19 ตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างไร

2. ระบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด-19 โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เพื่อพัฒนาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายใต้สถานการณ์โควิด-19 แบบมีส่วนร่วม ตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายใต้สถานการณ์โควิด-19 แบบมีส่วนร่วม ตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เ พื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด 19 โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับ

ชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2565 – เมษายน 2566 โดยแบ่งกลุ่มศึกษา กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ วัดก่อนหลังทดลอง (Pretest-Post test) และภาคีเครือข่ายในการดูแล วัดผลด้านความรู้และทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

ขั้นที่ 1. ค้นหาปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลสูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การระยุกต์แนวคิดกระบวนการพยาบาลขั้นที่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assesment) และขั้นที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)[5]

ผู้วิจัยได้ประเมินปัญหาผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลโดย

1. ทำการประชุมร่วมกัน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ คณะกรรมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลบัวคำ และคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2465 ถึง เมษายน 2566 (ตามวาระการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟู)

2. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการตาม Care Plan ที่ได้สำรวจปัญหามารายงานคณะกรรมการปรึกษาแนวทางการช่วยเหลือด้านการพยาบาลและอุปกรณ์ร่วมกัน

3. สรุปปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุคิดเตียงโดยชุมชนตำบลบัวคำ

ขั้นที่ 2 ขั้นพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลสูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การระยุกต์แนวคิดกระบวนการพยาบาลขั้นที่ 3) วางแผนการพยาบาล (Planning)[6] ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ได้วางแผนการติดตามเยี่ยมร่วมกับผู้จัดการดูแลผู้สูงสูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุและชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลการดูแลทุกสัปดาห์ตามกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่ม กลุ่ม 2-4 ซีจีมีการติดตามเยี่ยม ทุกสัปดาห์ เมื่อได้ปัญหาจากขั้นที่ 1แล้ว นำมาเรียงลำดับความสำคัญ เร่งด่วน นำมาค้นหาวรรณกรรม เพื่อนำไปดำเนินการวางแผนกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลสูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2.1 ร่างแผนการพยาบาลและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลสูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ขั้นนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีและวรรณกรรม นำเนื้อหามาวิเคราะห์ สร้างเป็นกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลสูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ ดังนี้

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของกระบวนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายร่วมกันกับโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลสูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ

2. เป้าหมายการวางแผนการร่างองค์ประกอบกระบวนการนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียง ได้รับการดูแลออย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลมีความรู้ จัดการตามเป้าหมายของการดูแล

3. ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการจัดการและทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดความรู้และมีการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันข้อติด การดูแลสาวสวนปัสสาวะ และการดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลสภาพจิตใจ เทคนิคการพูดคุยกับผู้สูงอายุ โดยผู้ให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ หรือพยาบาลวิชาชีพที่เป็น CM ใช้เวลา 1 วัน พร้อมประเมินผลความรู้ จากนั้นฝึกทักษะในการ

ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงสถานะการณ์จริง เป็นเวลา 1วันเพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจ พร้อมประเมินผลฝึกทักษะ

4. กิจกรรม การดำเนินงานในกระบวนการระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยการดำเนินงานปฏิบัติสถานการณ์จริง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะลงปฏิบัติกับผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติกิจกรรมในครั้งแรก

สัปดาห์ที่ 2 พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติกิจกรรมขณะลงเยี่ยมพร้อมประเมินผลการปฏิบัติงาน และให้คามมั่นใจในการดูแล ให้คำปรึกษา

สัปดาห์ที่ 3 ผู้ดูแลทำกิจกรรมด้วยตนเองตามลำดับของกิจกรรมที่กำหนดไว้ โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ กำกับ นิเทศ พร้อมให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 4 ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติกิจกรรม พร้อมลงเยี่ยมและประเมินผลปฏิบัติการ เป็นที่ปรึกษาในดูแล พร้อมประเมินผลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงทุกสัปดาห์ การเข้าหาผู้ป่วยยึดหลักแนวป้องกันการติดเชื้อโควิด -19

(5) บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน

5.1 บทบาทในการสนับสนุนรถรับส่งในการตรวจตามนัด บทบาทด้านการติดต่อประสานงานเมื่อมีภาวะฉุกเฉินทางการพยาบาล สายปัสสาวะหลุด สายให้อาหารหลุด ในเวลาราชการ แจ้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) เพื่อแจ้งพยาบาลประจำ รพ.สต. หรือผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ถ้านอกเวลาอาจแจ้ง 1669

5.2 บทบาทสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแล เครื่องพ่นยา เครื่องดูดเสมหะ แจ้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) เพื่อประสานขอยืมอุปกรณ์สำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง รถเข็ญ ไม้ค้ำยัน แพมเพอส รถเข็ญฝึกเดินเป็นต้น

(6). ประเมินผล วัดความรู้และทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง

2.2.1 ขั้นตอนการทดลองใช้ร่างกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยมีส่วนร่วมผู้ดูแลและชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบประสิทธิภาพแบบร่างกระบวนการพยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูง ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ (รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในภาคผนวก ก) โดยให้ค่าดัชนีความสอดคล้อง หลังอบรมดังนี้

ให้คะแนน +1 ข้อคำถามที่เห็นว่าเหมาะสม

ให้คะแนน 0 ข้อคำถามไม่แน่ใจ

ให้คะแนน -1 ข้อคำถามที่เห็นว่าไม่เหมาะสมควรปรับปรุง

ได้นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาหาคามเที่ยงตรง ความสอดคล้อง ถ้าข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ต้องนำข้อคำถามนำไปปรับปรุง ถ้าค่าดัชนีความสอดคล้องมากว่า 0.5 แสดงว่าข้อคำถามมีความเที่ยงตรง ซึ่งแบบร่างจำลองกระบวนการดูแลผู้สูงอายุมีค่าดัชนีความสอดคล้องภาพรวมเท่ากับ 0.96 แสดงว่าแบบร่างกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงผ่านเกณฑ์ทุกข้อ ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านนำไปประเมิน เหมาะที่จะนำไปใช้ได้

2) ผู้วิจัยนำแบบร่างกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 คู่ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 1. วัตถุประสงค์ 2. กลุ่มเป้าหมาย 3. การจัดการความรู้ 4. กิจกรรม 5. การมีส่วนร่วมชุมชน 6.การประเมินผลกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ปฏิบัติตามได้ถูกต้องจนได้แบบจำลองฉบับสมบูรณ์พร้องนำไปใช้ครั้งต่อไป

ขั้นที่ 3 การประเมินผลกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลสูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการพยาบาลขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Inplemention)[7] ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)[8] มีขั้นตอนดังนี้ ประเมินกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลสูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงติดเตียงในยุคโควิด 19 โดยผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลสูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. วัตถุประสงค์ 2. กลุ่มเป้าหมาย 3. การจัดการความรู้ 4. กิจกรรม 5. บทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 6. การประเมินผลที่ได้ผ่านการประเมินผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อย มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective,Congrunce, IOC) ภาพรวม 0.96 ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

2. แบบทดสอบด้านความรู้ ประกอบด้วย15 ข้อคำถาม ตอบถูกผิด 2 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ของนางพิณทิพย์ จำปาพงษ์[9] จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้หาความยากง่าย (p) ตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.80 และค่าอำนาจการจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.20-1.00 จำนวน 15 ข้อ นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder Richardsom 20-KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87

3. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นการวัดทักษะผู้ดูแลในด้านเนื้อ วัตถุประสงค์ ซึ่งมีการให้คะแนนตามการปฏิบัติงาน ดังนี้ 0 = ไม่ปฏิบัติ 1= ปฏิบัติไม่ครบทุกขั้นตอน 2 = ปฏิบัติทุกขั้นตอน คะแนนต้องผ่านร้อยละ 80 นำเครื่องมือของนางพิณทิพย์ จำปาพงษ์ จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา มาหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า CVI =0.87

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL –BREF-THAI)$_{10}$ แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ **เป็นคำถามเชิงลบ** 3 ข้อ ข้อ 2,9,11 คำถามเชิงบวก 23 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมารค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ **ถ้าคำถามเชิงบวก**แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้ตอบไม่เลย ให้ 1 คะแนน ตอบเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ตอบปานกลาง ให้ 3 คะแนน ตอบมาก ให้ 4 คะแนน ตอบมากที่สุด ให้ 5 คะแนน **ในข้อคำถามเชิงลบ**ให้คะแนนดังนี้ ตอบไม่เลย ให้ 5 คะแนน ตอบเล็กน้อย ให้ 4 คะแนน ตอบปานกลาง ให้ 3 คะแนน ตอบมาก ให้ 2 คะแนน ตอบมากที่สุด ให้ 1 คะแนน การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน คะแนน 26-60 แสดงถึงการมีคุรภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่กลาง ๆ คะแนน 96 – 130 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด-19โดยผู้จัดการการระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยทำการทดสอบ ก่อนและหลังการอบรม วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (X)และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยการทดสอบค่าที (t-dependence) เพื่อหาค่าคามแตกต่าง

2. แบบทดสอบทักษะของผู้เข้ารับการอบรมด้วยกระบวนการดูผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้จัดการการระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด หลังฝึกปฏิบัติกิจกรรมมีคะแนนหลังทดสอบผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 โดยการวิเคราะห์เป็นร้อยละและการทดสอบค่าที (t-test แบบ one –sample t-test)

3. วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแลด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ดโดยวัดคุณภาพก่อนหลังการได้รับการดูแล วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (X) และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การทดสอบค่าที (t-test แบบ t-dependence)

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในยุคโควิด 19 โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องขององค์ประกอบในภาพรวม สอดคล้องกับค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC.) ด้านของเนื้อหาและรับรองและรับรองโครงร่างรูปแบบ โดยค่าดัชนีความสอดคล้องโดยรวมเท่ากับ 0.84 มีความเหมาะสม การนำไปใช้ในการดำเนินการ

2. ประสิทธิภาพกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด การหาประสิทธิภาพของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมิน พบว่า คะแนนของกลุ่มตัวอย่างหลังปฏิบัติกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 80

3. การประเมินผลการเรียนรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยจากการทดสอบ หลังฝึกอบรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยหลังอบรม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 หลังเข้ารับการอบรมสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. การประเมินผลด้านทักษะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ 0.05

5. ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังได้รับการดูแลด้านกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงสูงกว่าคะเนนเฉลี่ยก่อนการดูแล ด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงแสดงว่าผู้สูงอายุแสดงว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลทีเหมาะสม ตรงความต้องการและมีคุณภาพ จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 สูงขึ้น กว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียงโควิด-19 ก่อนและหลังดำเนินการ (N=19)

ประเด็น	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรู้	11.89	1.32	14.36	1.25	18	-6.422	.000	-3.2828	-1.66448
ทักษะที่ 1	1.49	.20	1.90	.09	18	-8.945	.000	-.5127	-.31769
ทักษะที่ 2	1.57	0.33	1.90	0.10	18	-4.563	.000	-.48316	-.17849
ทักษะที่ 3	1.46	0.12	1.94	0.08	18	-15.054	.000	-.54704	-.41255
ทักษะที่ 4	1.82	0.18	1.91	0.17	18	-1.587	.130	-.21400	.02979
ทักษะที่ 5	1.63	0.37	1.89	0.13	18	-3.217	.005	-.43696	-.09082

จากตารางที่ 1 พบว่า

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

การเปรียบเทียบทักษะที่ 1 การดูแลสาย NG tube และการให้อาหารทางสายยาง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเปรียบเทียบ ทักษะที่ 2 การดูแลทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวน

ปัสสาวะ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

การเปรียบเทียบ ทักษะที่ 3 การทำแผล ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

การเปรียบเทียบทักษะที่ 4 การทำความสะอาดร่างกาย ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

การเปรียบเทียบ ทักษะที่ 5 การทำกายภาพบำบัด ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI) ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

การอภิปรายผล

1. การประเมินกระบวนการผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้วิจัยได้ทบทวนปัญหาและทฤษฎีเพื่อสนองและแก้ปัญหา ตรงกับความต้องการอย่างเป็นระบบให้ตรงกับความต้องการพัฒนา กระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้สูงอายุ เป้าหมาย ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุและศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในความต้องการการทำให้กระบวนการดูแล ตรงกับความต้องการของผู้ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน การจัดระบบให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย และให้เกิดประสิทธิภาพเป็นหัวใจสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตรา วิชาและคณะ (2561)[14] ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง พบว่า รูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล 2. การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน 3. การจัดระบบบริการสุขภาพระบบการดูแลต่อเนื่องและระบบสารสนเทศและเทคโนโลยี่ รพ.สต. ฮ่องห้า, รพ.แม่ทะ, รพ.ลำปาง 4. การกำหนดนโยบายแผนงานโครงการและงบประมาณจากเทศบาลนาโจ้ และ 5. การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยแต่ละส่วนประกอบมีความเชื่อมโยง เพื่อประสานการทำงานและการให้ทรัพยากรร่วมกัน ในบางชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ก็จะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลที่ดีด้วย ได้แก่ ชุมชนเข้มแข็งและมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลในชุมชน โดยกลวิธีการจัดการของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ มีบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพ และมีการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงซึ่งจำแนกได้ ดังนี้ (Narirat Jitramontree, Vilaivan Thongchareon and Sawitri Thayansin, 2011:67-74)[15]

2. ด้านทักษะของผู้ดูแลที่เข้ารับการอบรมตามกระบวนการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จ.ร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที 0.00 ทั้งที่ผู้วิจัยได้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ไปยังผู้เรียนโดยการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จริง การช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการนำในการนำความรู้ให้เกิดทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสอบถามเมื่อเกิดปัญหาได้อย่างทันที ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจนำไปปฏิบัติจนเกิดทักษะและความชำนาญ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วิภา เพ็งเสงี่ยม (2560)[16] ที่การศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลติดเตียงในชุมชน ได้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ คะแนน

พฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000)

3. ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่เข้ากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงยุคโควิด 19 โดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนตำบลบัวคำ อำเภอโพธิ์ชัย จ.ร้อยเอ็ด พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังได้รับการดูแล ด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการดูแลด้วยกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ในการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและป้องกันการแพร่ระบาดโรคติดเชื้ออุบัติการณ์ใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เป็นการปรับเปลี่ยนระบบให้เหมาะสม เป็นมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุ เป็นการดูแลสุขภาพ ระยะกลาง (Intermediate care) การดูแลระยะยาว (Long Term care) และการดูแลแบบประคับประคอง ก่อนเสียชีวิต (Pallative Care. End of life care) จากการพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับ ความจำเป็นด้านสุขภาพอการป้องกันโรคแทรกซ้อน การให้บริการแบบไม่ซับซ้อน ผู้วิจัยได้ออกแบบ กระบวนการให้เกิดการเรียนรู้และการสร้างความมั่นใจ การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ การศึกษาของ อัญชุลี ไชยวงค์น้อย (2557)[17] ที่ทำการศึกษาเรื่องผลการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสั่นต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และความผาสุกของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังทดลองค่าเฉลี่ยความผาสุกและการทำกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านภาคีเครือข่าย ต้องรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง เตรียมพร้อมอยู่เสมอ

2. ควรเสนอผู้บริหารในการจัดการด้านค่าใช้จ่ายให้คุ้มค่ากับผู้ดูแลและแนวทางการวางแผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้ และต้องพาทุกกิจกรรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.เสฐียร ศิวินา และ ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ดร. สัมฤทธิ์ ศรีประทุม ประธานคณะกรรมการประสานงาน รพ.สต.อำเภอโพธิ์ชัย คุณ วรวุฒิ เพชรไพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวคำทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). การสูงวัยของประชากรไทย พ.ศ. 2557. เข้าถึงได้จาก http://www.ipsr.mahidol.ac.th.

2 วรเวศม์ สุวรรณระดา. (2552). การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

3. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลบัวคำ, 2565

4 กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข.(2560).คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ใน ระบบหลักประกันสุขภาพ ปี งบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.).

5 พิณทิพย์ จำปาพงษ์. (2561).การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางประกง อำเภอบางประกง จังหวัดฉะเชิงเทรา.

6 Carpennito-Moyet, L.J. (2007). Understanding the nursing process: concept mapping and careplanning for students. Philadelphia: LW&W.

7 American Nurses Association. (1998). Standard of Clinical Nursing Practice, American Nurses Association, 2nd ed., DC: American Nurses Publishing.

8 Thainurseclub.(2560).กระบวนการพยาบาล (Nursing Process).สืบค้นจาก http://thainurseclub.blogspot.com/2013/10/nursing-process.html.

9 พิณทิพย์ จำปาพงษ์. (2561).การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางประกง อำเภอบางประกง จังหวัดฉะเชิงเทรา.

10 World Health Organization.(2004).Health of the Elderly in South-East Asia : A Profile.p.16. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205245/1/B1462.pdf

11 จินดา รัตนกุลภัชราภร บุญรักษ์และประไพ บุญย์เจริญเลิศ.(2556).ผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบไฝ่รู้ของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารกองการพยาบาล,40(1), 9-23.

12 ช่อทิพย์ จันทรา.(2559).ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลด้านโภชนาการและการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์,8(3).41-50.

13 ขวัญตา บุญวาสและคณะ.(2560).ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคไต้,205.

14 สุมิตรา วิชาและคณะ. (2561). การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงในเขตรับผดิชอบของ รพ.สต.ฮ่องห้า อ.แม่ทะ จ.ล าปาง).วารสารวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) . online ค้นเมื่อ 3 มกราคม 2561, จาก http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4827

15 Narirat Jitramontree, Vilaivan Thongchareon and Sawitri Thayansin (2011). Good Model of Elderly Care in Urban Community. Journal of Nursing Science. Vol. 29 Suppl. 2 July-September 2011, p.67-74.

16 วิภา เพ็งเสงี่ยม. (2560).การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน. วารสารการพยาบาลกองสาธารณสุขและการศึกษา, 18 (3) , 83-95.

17 อัญชุลี ไชยวงค์น้อย.(2557).ผลของการดูแลแบบเอื้ออาธรของสแวนสันต่อการทำกิจวัตร ประจำวันและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.