

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี

Effectiveness of Health Care Model for Bed Bound Elderly by Community
Participation, Pathum Thani Province

ทศพร ชุศักดิ์¹ นัชชา ยันติ² ศศิธร ตันติเอกรัตน์³ และนาตยา ดวงประทุม⁴

Thassaporn Chusak, Nadcha Yanti Sasithon Tantiekkarat and Narttaya Duangpratoom

Received: August 25, 2022

Revised: November 29, 2022

Accepted: December 04, 2022

บทคัดย่อ

บทความการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และ 2) เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 16 คน และผู้ดูแลหลัก จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีชนิดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยมีทีมทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและผู้พิการขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองห้า รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ของแต่ละหมู่บ้าน โดยจัดทำแผนการเยี่ยมที่กำหนดวันเวลา และจำนวน

¹⁻⁴ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์; Valaya Alongkorn Rajabhat University Under The Royal Patronage

Corresponding author, e-mail: tsp2548@hotmail.com, Tel. 081-2818432

บุคลากรในการเยี่ยมที่แน่นอน 2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และระดับที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุติดเตียง และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุติดเตียง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

The purposes of this research article were 1) to develop a community participatory bedridden elderly health care model; and 2) to compare the results of using the community participatory bedridden elderly health care model, Pathum Thani Province. The samples were 2 groups: 16 bedridden elderly and 16 primary caregivers. The instrument used was a questionnaire with a concordance index between 0.67- 1.00 and a reliability of 0.93. Statistical data were analyzed by computer program. Statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation and the t-test of sample types that were independent of each other. The results of the research were as follows: 1) in terms of a community participatory bedridden elderly health care model, Pathum Thani Province, there was continuous monitoring and evaluation by a team of interdisciplinary teams involved and the person responsible for the work of the elderly and the disabled of Khlong Ha Subdistrict Administrative Organization, including village health volunteers, community leaders and members of Subdistrict Administrative Organization (SAO) of each village by preparing a visit plan that specified the date and time and the exact number of personnel to visit; 2) there was a comparison of mean scores on ability to perform daily activities, quality of life, and level of palliative care of bedridden elderly and depression of primary caregivers. Before and after receiving community participatory health care, it was found that there were statistically significant differences.

Keywords: Health Care Model, Bedridden Elderly, Community Participation

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มตัว ด้วยการมีจำนวนประชากรวัยสูงอายุ ที่เพิ่มขึ้นจากการคาดประมาณการสถิติทางประชากรในปีพ.ศ. 2564 มีแนวโน้มที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2579 มีแนวโน้มผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) อีกทั้งในปัจจุบันมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงมากขึ้น อันได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ เนื่องจากหนทางการนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงในวัยสูงอายุนั้นมี 4 เส้นทาง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) โรคสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วมหลายโรคและอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะที่ต้องพึ่งพิงมากที่สุด โดยอยู่ในสภาพติดเตียงต้องมีผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ (ศิริณี ศรีหาคะ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556) ทำให้เกิดภาระการดูแลในระยะยาว

จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีสถานะชุมชนเมืองกึ่งชนบท มีผู้สูงอายุมากขึ้นและยังพบกลุ่มผู้สูงอายุทั้งอาศัยในชุมชนเมืองและชนบท มีแนวโน้มเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยมากขึ้นเช่นเดียวกัน ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 164,358 คน คิดเป็นร้อยละ 14.12 ของประชากรทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มสูงขึ้น มีภาวะพึ่งพิงจำนวนมากขึ้น และมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

ในปัจจุบันความสำคัญของการดูแลสุขภาพได้รับการกล่าวถึงมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงในทางที่ลดลงของเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการลดลงของสมาชิกในครอบครัว และคาดว่าจะเป็ปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวอ่อนแอลง อาจถึงระดับที่ไม่สามารถรับกับบทบาทการดูแลที่เป็นที่คาดหวังของสังคมได้ (วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ, 2557) รวมถึงภาครัฐก็ไม่สามารถรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ครอบคลุม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสนับสนุนและเพิ่มขีดความสามารถด้านต่าง ๆ ให้กับครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งขึ้น และการดูแลจะบรรลุผลเพียงใดยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอีกหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิธีการและกลวิธีการดูแลที่แต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ค่านิยม การบริหารจัดการ และความแตกต่างของพื้นที่ ซึ่งสังคมในเขตเมืองหลวงมีบริบททางด้าน โครงสร้าง วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันจากสังคมในต่างจังหวัด (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2556)

รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยครอบครัวและชุมชนควรมีบทบาทในการสนับสนุนผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุควรเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งที่ผ่านมาผู้สูงอายุมีบทบาทเป็นเพียงผู้รับบริการ อีกทั้งยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยสร้างความรู้ ความเชื่อมั่นให้แก่ตัวผู้สูงอายุเอง และได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชนรอบข้าง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น (ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2556)

จากข้อมูลทีกล่าวมา คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยการรวมทุกภาคีเครือข่ายทางสังคมในชุมชนให้ร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุเริ่มจากการหาเครือข่ายด้วยการประสานงานทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) รวมทั้งคนในครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ร่วมกัน พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงด้วยวิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนต่อไปอย่างมีความสุข ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ซึ่งใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน 2564 พื้นที่ดำเนินการ คือ ตำบลคลองห้า อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลคลองห้า จำนวน 12 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน (กำนันผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 2 คน, บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า หมู่ 7 จำนวน 1 คน และของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า หมู่ 13 จำนวน 1 คน, ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองห้า จำนวน 2 คน, ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลคลองห้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 2 คน, ผู้ดูแล (Caregiver) ที่ผ่านการอบรม ของตำบลคลองห้า จำนวน 2 คน และผู้ดูแลหลักประจำครอบครัว จำนวน 2 คน การวิจัยเชิงคุณภาพจะเป็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลคลองห้า จำนวน 12 คน เพื่อร่วมกันพิจารณาให้ข้อคิดเห็นต่อรูปแบบ/วิธีการหรือแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เหมาะสมกับชุมชนตำบลคลองห้า โดยสนทนากลุ่มร่วมกันตามแนวประเด็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) งานวิจัยนี้ประชากรจะเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด โดยเป็นผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 16 คน และผู้ดูแลหลัก จำนวน 16 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลคลองห้า อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่ป่วยหรือไม่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีคะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (BADL Index) อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน และมีผู้ดูแลหลักช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมด มีสภาพจิตใจที่ปกติ มีความพร้อมในการให้ข้อมูลและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นการวิจัย ซึ่งมีจำนวน 16 คน และ 2) กลุ่มผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีสติสัมปชัญญะ สื่อสารได้ดี อ่านออกเขียนได้ สามารถเล่าประสบการณ์ต่าง ๆ ในระยะการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ มีความพร้อมในการให้ข้อมูล และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นการวิจัย ซึ่งมีจำนวน 16 คน สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณจะเป็นการเก็บข้อมูลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-posttest Design)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

และผู้ดูแลหลัก ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียง เป็นแบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) มีทั้งหมด 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale for adult Suandok) มีทั้งหมด 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียง เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีจำนวน 26 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ โดยมีค่าคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหาในแต่ละข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL), คุณภาพชีวิต (QOL) และระดับที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ของผู้สูงอายุติดเตียง รวมทั้งภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Paired t-test และการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี ควรมีองค์ประกอบและลักษณะดังนี้

กลุ่มบุคคลในการเยี่ยม ในการเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงแต่ละรายควรมีกลุ่มบุคคลที่เป็นตัวแทนของทุกภาคส่วน จำนวน 6 คน ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้านและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลคลองห้า (ส.อบต.) ของหมู่บ้านที่ดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย จำนวน 2 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและผู้พิการขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองห้า จำนวน 1 คน บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้าที่รับผิดชอบงานเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบครัวเรือนของผู้ป่วยแต่ละราย จำนวน 1 คน และผู้ดูแล (Caregiver) ที่ผ่านการอบรมและได้รับค่าตอบแทนรายเดือนของตำบลคลองห้า จำนวน 1 คน โดยการเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงแต่ละรายต้องมีจำนวนบุคลากรครบทั้ง 6 คน ถ้าภาคส่วนใดผู้รับผิดชอบหลักติดภารกิจต้องมีตัวแทนดำเนินการติดตามเยี่ยมแทนได้

เอกสารสำหรับการติดตามเยี่ยม เอกสารในการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงแต่ละราย นอกจากการบันทึกเยี่ยมอาการในแฟ้มเยี่ยมประจำครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แล้วต้องมีแบบประเมินที่สำคัญเพื่อวัดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) และแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่องทุกครั้งเมื่อมีการติดตามเยี่ยมเพื่อติดตามผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล ที่อาจเกิดขึ้นได้และสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การเยี่ยม/กำหนดการเยี่ยม มีการวางแผนกำหนดการเยี่ยมในแต่ละครั้งร่วมกันของทีมบุคลากรในการเยี่ยม โดยจะมีการเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงแต่ละราย โดยผู้สูงอายุติดเตียงทุกรายของตำบลคลองห้ำจะได้รับการติดตามเยี่ยมจากทีมบุคลากรเดือนละครั้ง และมีการส่งแผนกำหนดการเยี่ยมให้กับโรงพยาบาลคลองหลวง เพื่อทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจะได้กำหนดวัน เวลา ในการติดตามเยี่ยมร่วมด้วยซึ่งจะมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีศักยภาพในการให้คำแนะนำ และสามารถถ่ายทอดความรู้ได้เป็นอย่างดี ที่ทีมบุคลากรและผู้ดูแลหลักจะได้เรียนรู้และเกิดทักษะที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนักกายภาพบำบัด เภสัชกร

การได้รับสนับสนุนงบประมาณ มีการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคลองห้ำสำหรับจัดทำโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง เป็นประจำทุกปีงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

2. การเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงตำบลคลองห้ำเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 43.8 มีโรคประจำตัวโดยเป็นโรคความดันสูง ร้อยละ 75.0 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 50.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 37.5 โรคสมองเสื่อม ร้อยละ 12.5 โรคหอบหืด ร้อยละ 6.3 โรคพาร์กินสัน ร้อยละ 6.3 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 6.3 เป็นผู้ป่วยติดเตียงเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 56.2 ระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 31.3 และระยะเวลา 11-15 ปี ร้อยละ 12.5 สัทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 62.5 สำหรับผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงตำบลคลองห้ำ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.3 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 31.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.0 จบการศึกษาระดับปวช./ปวส./

อนุปริญา ร้อยละ 37.5 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.3 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 43.8

ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี โดยเปรียบเทียบตัวแปร 4 ตัว ซึ่งประกอบไปด้วย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และระดับที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุติดเตียง และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงตำบลคลองห้า ก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน มีภาวะการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 100 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (QOL) ร้อยละ 37.5 และผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 31.25 หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุติดเตียงมีภาวะการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 68.75 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (QOL) ร้อยละ 50.0 และผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ ติดเตียงไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50.0

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL), คุณภาพชีวิต (QOL) และระดับที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ของผู้สูงอายุติดเตียง และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ผลดังตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุติดเตียงตำบลคลองห้า อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

	n	Mean	S.D.	t- test	p-value
ก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน	16	2.94	.68	4.86	.001
หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน	16	3.81	1.0		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุติดเตียงตำบลคลองห้า หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ($\bar{X}=3.81$) สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ($\bar{X}=2.94$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยการทดสอบค่าทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวัน หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

	n	Mean	S.D.	t- test	p-value
ก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน	16	95.50	8.5	3.12	.007
หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน	16	100.75	11.6		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุติดเตียงตำบลคลองห้า หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ($\bar{X}=100.75$) สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ($\bar{X}=95.50$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยการทดสอบค่าทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS)ของผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

	n	Mean	S.D.	t- test	p-value
ก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน	16	33.13	4.8	3.0	.009
หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน	16	36.88	4.8		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ของผู้สูงอายุติดเตียงตำบลคลองห้า หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ($\bar{X}=36.88$) สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ($\bar{X}=33.13$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยการทดสอบค่าทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน

(Paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

	n	Mean	S.D.	t- test	p-value
ก่อนได้รับการดูแลสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน	16	9.81	4.7	2.71	.016
หลังได้รับการดูแลสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน	16	7.75	3.7		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลคลองห้า หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ($\bar{X}=7.75$) น้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ($\bar{X}=9.81$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก โดยการทดสอบค่าทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลัก หลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงตำบลคลองห้า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหลายโรคร่วมกัน โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อผู้สูงอายุป่วยติดเตียงในเวลานานนับปีอาจมีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นๆ และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติวรรณ จันทรฤทธิ์ และคณะ (2562) นอกจากนี้ผู้สูงอายุติดเตียงยังมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย และเป็นกลุ่มที่ขาดการมีส่วนร่วมกับสังคม รวมทั้งยังมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งมีการดำเนินโรคที่มีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตามความเป็นไปของโรค การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี และไม่สามารถรักษาให้หายได้ และสภาพการเปลี่ยนแปลงของวัยในผู้สูงอายุ มีผล

ต่อสภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2557) สำหรับผู้ดูแลหลักนั้นส่วนใหญ่นั้นเป็นภรรยาและบุตรสาว โดยตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม ที่เชื่อว่าผู้ดูแลควรเป็นเพศหญิง การทำหน้าที่ของผู้หญิงที่สำคัญคือหน้าที่ของภรรยาและบุตร ซึ่งเป็นการตอบแทนบุญคุณ การแสดงความกตัญญู และความเชื่อทางศาสนา อีกทั้งการหวังผลในการได้สิ่งตอบแทน คือ การที่จะได้รับการดูแลที่ดีจากลูกหลานอย่างที่ท่านได้ให้การดูแลพ่อแม่เป็นอย่างดีโดยลักษณะของผู้ดูแลหลัก พบว่า เป็นบุตรสาวผู้รับมรดก โดยบุตรต้องแสดงความกตัญญูต่อพ่อแม่ด้วยการให้การดูแลเป็นอย่างดี ไม่ทอดทิ้ง และอยู่ดูแลกันจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมานานมากกว่า 5 ปี ผู้ดูแลหลักมีความลำบากมากในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งค่ารักษาพยาบาล บางส่วนที่เป็นส่วนต่างต้องจ่ายเพิ่มเติม ค่าจ้างเหมารถเพื่อไปโรงพยาบาลตามแพทย์นัด แต่ในปัจจุบันได้มีนโยบายของรัฐที่ให้การช่วยเหลือในหลายเรื่อง ทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความพึงพอใจและเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น เช่น การรับส่งผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อไปพบแพทย์ โดยมีหน่วยกู้ชีพขององค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) คลองห้า ให้การช่วยเหลือทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียงพอมิรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้พิการของรัฐ อีกทั้งในปัจจุบันได้มีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุในระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยเรียกว่าระบบการดูแลแบบระยะยาว (Long term care: LTC) และมีการจัดตั้งทีมหมอครอบครัวในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง แต่ยังคงขาดการเข้าถึงบริการและปัญหาความชัดเจนในเรื่องการสนับสนุนของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนที่จะเข้าไปช่วยดูแลในครอบครัวที่มีปัญหา ซึ่งยังต้องมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง (ศิริณี ศรีหาภาคและคณะ, 2556) แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการอบรมพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นหลักสูตร 1 วัน เพื่อสร้างความมั่นใจและทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรรณพ ศรีเกิน และคณะ (2562) ที่พบว่า อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ให้บริการช่วยเหลือ ดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 3 งานหลัก ได้แก่ 1) การให้การดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามแผนการดูแล การประสานการดูแลที่ยั่งยืนกับทีมสุขภาพ รวมทั้งครอบครัวเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามความจำเป็น 2) ให้การดูแลต่อเนื่องโดยการประเมินภาวะสุขภาพทุกมิติ ประสาน สนับสนุนการดูแลช่วยเหลือด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมและสุขภาพ รวมทั้งจัดทำแผนการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม และ 3) การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น สัมผัสสิ่งแปลกปลอม ตกเตียง กระตุกเคลื่อนไหว

นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักยังได้รับการเอื้ออาทรจากชุมชน ซึ่งเป็นการได้รับความช่วยเหลือทั้งจากครอบครัวเพื่อนบ้านและชุมชน โดยได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนในด้านเศรษฐกิจ การเป็นที่ปรึกษา การเดินทางไปสถานพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่แทนในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในบางครั้ง การช่วยเหลือจากครอบครัวและจากชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของวัตสัน (Watson, J., 2000) ที่ครอบครัวต้องปรับตัว มีความยืดหยุ่นและให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทรตามความเชื่อ วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, C. H., 1991) ที่กล่าวไว้ว่า การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยและญาติต้องไม่พึ่งพาผู้อื่นจนเกินไป อย่างมองว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของบุคลากรทางด้านสุขภาพที่จะต้องรับผิดชอบให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งนี้บุคลากรสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านต้องฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การสอนการให้คำปรึกษา การประสานงาน การสร้างแรงจูงใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะและหาแหล่งประโยชน์ของชุมชน จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยมีทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า ทั้ง 2 แห่ง จากโรงพยาบาลคลองหลวง และผู้ดูแล (Caregiver) ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและผู้พิการขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองห้า รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ของแต่ละหมู่บ้าน มีการกำหนดแนวทางการเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงแต่ละราย โดยจัดทำแผนการเยี่ยมที่กำหนดวันเวลา และจำนวนบุคลากรในการเยี่ยมที่แน่นอน รวมทั้งเอกสารและแบบประเมินในการกำกับติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อพัฒนาการและศักยภาพในการช่วยเหลือตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ที่พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยรูปแบบที่ได้เป็นกระบวนการกำกับผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบรรลุตามเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้อง มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ควบคุมกำกับ สนับสนุนด้านการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันอย่างต่อเนื่องและ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญพร สมันตรัฐ (2561) ที่ได้พัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่ม

ติดบ้านติดเตียงแบบ “3ต” โดยการเสริมพลังอำนาจด้วยการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะ การดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงให้แก่ผู้ดูแลหลัก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และมีการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการสรุปและ ประเมินหลังการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ทั้งนี้ผลที่ได้คือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก ลดการพึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมากขึ้น เกิดกระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อน รับรู้ถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทั้งนี้ กระบวนการดังกล่าวทำให้เข้าใจบริบทของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ผู้นำชุมชนที่มีต่อการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง รวมทั้งเกิด การทำงานที่เป็นระบบมีแนวทางส่งต่อที่ชัดเจนขึ้นและสอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑาทิพย์ งอย จันทรศรี (2555) และวิไล ตาประสี และคณะ (2560)

องค์ความรู้ใหม่

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานีมี แนวทางการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยมีทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า ทั้ง 2 แห่ง จากโรงพยาบาล คลองหลวง และผู้ดูแล (Caregiver) ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการ อบรมตามหลักสูตรผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ตำบลละ 2 คน และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและผู้พิการ ขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองห้า รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ของแต่ละหมู่บ้าน มีการกำหนดแนวทางการเยี่ยม ผู้สูงอายุติดเตียงแต่ละราย โดยจัดทำแผนการเยี่ยมที่กำหนดวันเวลา และจำนวนบุคลากรในการ เยี่ยมที่แน่นอน รวมทั้งเอกสารและแบบประเมินในการกำกับติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุติด เตียงเพื่อดูพัฒนาการและศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียได้มีส่วนร่วมในการสะท้อนต่อข้อมูลจากการศึกษาและได้ร่วมวางแผนการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุติดเตียงที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนต่อไป

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ควรจัดทำทะเบียนหรือฐานข้อมูลผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อมีข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนที่สอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการ

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลหลักให้มีความรู้และสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพ โดยองค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลตำบล ควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง 420 ชั่วโมงเพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรจัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก โดยใช้หลักสูตรเดียวกับการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้ดูแล (Caregiver) ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงของตำบล (ตำบลละ 2 คนที่ได้รับค่าตอบแทน)

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายสนับสนุนระบบการทำงานที่บ้านให้กับผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ดูแลหลักที่มีศักยภาพในการทำงาน สามารถดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและทำงานไปด้วย ในเวลาเดียวกัน อันจะเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะช่วยลดความเครียด และภาวะซึมเศร้าจากการที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

5. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลตำบล ควรจัดสรรหรือสนับสนุนงบประมาณจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง และควรจัดสรรอย่างต่อเนื่องทุก ๆ ปี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้สูงอายุติดเตียงเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มอายุอื่นด้วย ไม่เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ที่ผู้วิจัยวัดและประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยอาจมีการติดตามและประเมินทุก ๆ 6 เดือน เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ได้พัฒนาขึ้น

3. ควรมีการวัดหรือประเมินผลลัพธ์อื่นๆ จากประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพเพิ่มเติม ได้แก่ ภาวะโภชนาการ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุติดเตียง ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพและความเครียดในผู้ดูแลหลัก

4. จากผลการวิจัย สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลหลักให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงได้เป็นอย่างดีเพราะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้วยกันเอง ดังนั้น การสนับสนุนให้มีพื้นที่สื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุติดเตียงผ่านทางสื่อออนไลน์ เช่น กลุ่ม Line หรือ Facebook เป็นต้น เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงเกิดผลที่ดีและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

5. ควรมีการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้กับตำบลหรือพื้นที่อื่น เพื่อนำไปสู่การประเมินผลและพัฒนาให้เป็นรูปแบบที่สมบูรณ์และมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า หมู่ 7 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า หมู่ 13 และองค์การบริหารส่วนตำบลคลองห้า รวมทั้งผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้อย่างยิ่ง โดยงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยปีงบประมาณ 2564 โดยผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และได้รับการพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ใบรับรอง 0024/2564

เอกสารอ้างอิง

- กิตติวรรณ จันทรฤทธิ์และคณะ. (2562). รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลป่าเช่า อำเภอมะเข่ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 14(1), 65-78.
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี. (2555). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธัญพร สมันตรัฐ. (2561). การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3ต”. *วารสารพยาบาลมหาวิทยาลัยสยาม*, 9(36), 35-48.

- รุจา ภูไพบูรย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- วิราพวรรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(3), 104-115.
- วิไล ตาประสีและคณะ. (2560). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(1), 42-54.
- ศิริภาณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2556). *การสังเคราะห์วรรณกรรม มาตรฐานการดูแลระยะยาวในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย. (2558). *การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่*. (รายงานการวิจัย). มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2557). *ทิศทางนโยบายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 57-69.
- อรรวรรณ ศรีเกิน, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง และพรณิภา ไชยรัตน์. (2562) การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 39-54.
- Gibson, C. H. (1991). A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Watson, J. (2000). Reconsidering caring in the home. *Journal of Geriatric Nursing*, 21(6), 330-331.