

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอลำปำ จังหวัดมหาสารคาม

จุฑามาศ จันทรักษ์ พย.บ.* สุภาพร ชองศิริ ส.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ประเมินผลผลลัพธ์ การดูแลและศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ มี 4 ขั้นตอน 1) ขั้นวางแผน 2) ขั้นปฏิบัติการ 3) ขั้นสังเกต 4) ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 91 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 วัดผลหลังการดูแล 9 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งใช้แบบประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแล “โฮมแอส เม็งแอง ฮักแพง ไทวาปีถักกัน” โดยใช้หลัก WAPI Model ในการดำเนินงาน มีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ และภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องร่วมกันดูแล เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ADL ก่อนและหลังให้การดูแลพบว่าค่าเฉลี่ย ADL ของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้นจาก 10.04 (± 0.72) เป็น 10.39 (± 0.79) กลุ่มที่ 2 เพิ่มขึ้นจาก 9.83 (± 0.75) เป็น 10.00 (± 1.41) กลุ่มที่ 3 เพิ่มขึ้นจาก 1.83 (± 1.83) เป็น 2.20 (± 2.68) ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ทั้งหมด 91 คน เปลี่ยนเป็น กลุ่มติดสังคมจำนวน 8 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.79 ค่าคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมหลังให้การดูแลอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.11 ± 0.49 คะแนน) โดยด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้การดูแลด้วยความ เต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม สามารถดูแลได้ ครอบคลุมทุกมิติ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม ผู้จัดการการดูแล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต

วันที่รับบทความ 18 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 22 ธันวาคม 2566

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปำ ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล sugus1880@gmail.com

**นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลลำปำ

Participatory care for dependent people of the center for elderly quality of life development at Wapi Pathum District, Maha Sarakham Province

Jutamat Jantarak B.N.S* Suthaporn Songsiri B.P.H**

Abstract

The objective of this research was to study a model for participatory care for dependent people, evaluate care outcomes, and measure satisfaction of dependent people or their relatives. The study was divided into three phases: 1. preparatory phase; 2. implementation phase, which was divided into four steps: 1) planning stage 2) action stage 3) observation stage 4) performance reflection stage; and 3. evaluation phase. The sample group consisted of 91 dependent people, who were purposively selected. Data collection was carried out from February 1, 2022 to February 29, 2023. Results were measured after 9 months of care. Data were collected through group discussion, in-depth interview, and participatory observation. The ADL assessment from and satisfaction assessment from were also used. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study found that taking care of dependent people in a participatory manner results in the care model 'Home Hang, Mueng Ngang, Hug Phang, Thai Wapi Bau Thim Kan,' using the principles of WAPI Model in operation work. There was a multidisciplinary team, including physician, pharmacists, nurses, physical therapists, Thai traditional medicine, public health academics, nutritionists, and related network partners. When comparing the average of ADL before and after providing care, it was found that average ADL of the elderly in group 1 increased from 10.04 (± 0.72) to 10.39 (± 0.79), group 2 increased from 9.83 (± 0.75) to 10.00 (± 1.41), and group 3 increased from 1.83 (± 1.83) to 2.20 (± 2.68). Eight out of 91 people in the dependent group changed to be in the active group, accounting for 8.79%. The overall satisfaction score after providing care was at a high level (mean 4.11 ± 0.49 points). The aspect with the greatest satisfaction was elderly caregivers who provided care with willingness, happy and enthusiastic. Therefore, participatory care for dependent elderly people can provide all dimensions of care and enhance quality of life for the elderly in the community to live life happily.

keywords: participation; care manager; dependent persons; caregivers; elderly; quality of life development center

Received 18 October 2023 Revised 21 December 2023 Accepted 22 December 2023

*Registered nurse, A professional level, Wapi Pathum Hospital, Corresponding author, E-mail: sugus1880@gmail.com

**Public health practitioner, Wapi Pathum Hospital

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบันปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุหรือมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 12 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนราว 1 ใน 6 ของประชากรไทย ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ นอกจากนี้ ประเทศไทยก็ถูกคาดการณ์ว่าจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกของโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ เนื่องจากอัตราการเกิดของคนไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยมีจำนวนการเกิดเพียงประมาณ 6 แสนคนต่อปี ซึ่งหากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ต่อไปแล้ว นอกจากจำนวนประชากรไทยโดยรวมจะเริ่มลดลงแล้ว ประเทศไทยจะขยับขึ้นเป็นสังคมสูงวัยแบบสุดยอด (hyper aged society) ซึ่งมีสัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี ถึงร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่าร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2584¹ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรไทยโดยรวมมีอัตราเพิ่มติดลบ (ประชากรลดลง) แต่ประชากรสูงอายุกลับกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจาก 13 ล้านคนเป็น 19 ล้านคน² ซึ่งมีความสอดคล้องกับจำนวนประชากรในเขตเทศบาลตำบลตำบลวาปีปทุม ปี พ.ศ. 2565 จำนวน ประชากร 5,541 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,312 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.67 ของประชากรผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) ลดลง³ ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องมีผู้ดูแลช่วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนไหว ลุก นั่ง เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแลตนเอง (dependent care) ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลมีนโยบายการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ซึ่งรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านติดเตียง จะได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล⁴

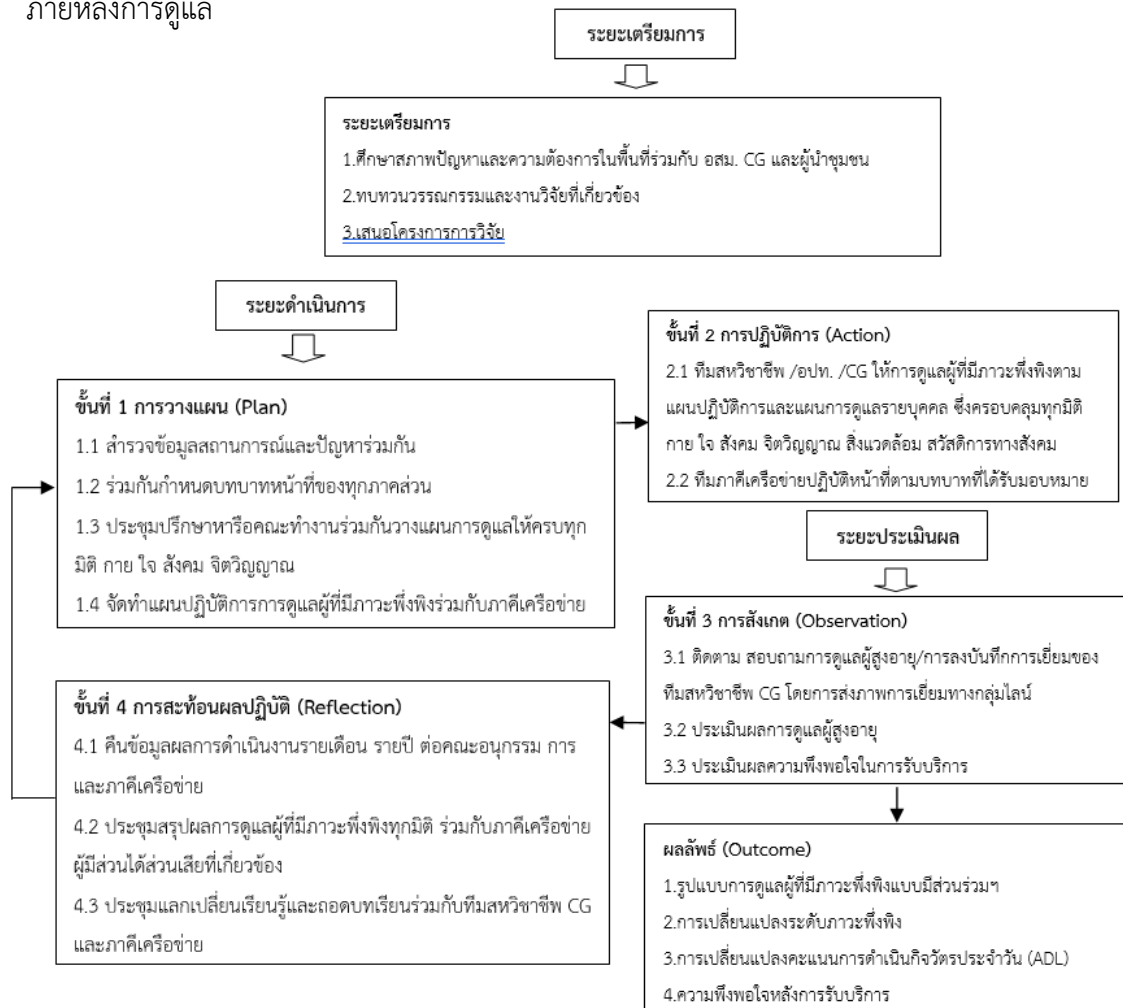
จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพของประชากรในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุมทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2565 (รายงาน HDC สสจ.มหาสารคาม : 2565)⁵ แยกตามความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าจากประชากรสูงอายุ ทั้งหมด 5,541 คน แบ่งเป็นติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 5,456 คน, 85 คน และ 6 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 98.40, 1.53 และ 0.10) และตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. จำแนกออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁶ จำนวน 91 ราย ดังนี้ กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหากลืนหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 79 ราย กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 6 ราย กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหากลืนหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 6 ราย และกลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 0 ราย ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุม ลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง บุตรหลานส่วนมากมีอาชีพรับราชการลูกจ้างหรือค้าขายทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียว ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุฯ เห็นถึงความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ขาดผู้ดูแลในตอนกลางวัน จำนวน 7 คน และยังมีผู้สูงอายุบางคนอยู่ตามลำพังสามเณร จำนวน 15 คน และผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น หกล้ม ลื่นล้ม พลัดตกหกล้ม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก สลัดอาหาร เมื่อเกิดแล้วอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น กระดูกต้นขา ข้อสะโพก หรือกระดูกสันหลังหัก เลือดคั่งในสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงเรื่องเศรษฐกิจที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม สวัสดิการทางสังคม

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือและการระดมพลังจากทุกฝ่าย เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีแบบยั่งยืนของคนในชุมชนและสังคม ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอบ้านดง จัดตั้งขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาพยาบาล และพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน และสถานที่อื่นในเขตพื้นที่ ภายใต้การส่งเสริมและสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรทั้งในและนอกพื้นที่เทศบาล (คำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดง เลขที่คำสั่ง 3/2559) ผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะมีการศึกษาการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุน โดยอาศัยกระบวนการดูแลอย่างเหมาะสม มีบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลพร้อมทั้งสามารถจัดการปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างตรงประเด็นครอบคลุมทุกมิติ มีการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรงด้านร่างกายจิตใจ⁷ เพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการขาดผู้ดูแลตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแล
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ

ภายหลังการดูแล



รูปภาพที่ 1 กรอบวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart⁸ เป็นการวิจัย 3 ระยะ ร่วมกับวงจรปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน PAOR คือ การวางแผน (planning-p) การปฏิบัติตามแผน (action-a) การตรวจสอบ (observation-o) และการสะท้อนผลปฏิบัติ (reflection-r) ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 ประชุมระดมสมอง โดยทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (caregiver : CG) ผู้นำชุมชน ตัวแทนจากภาคีเครือข่าย เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการในชุมชน ดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565

1.2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 เสนอโครงการการวิจัย

ระยะที่ 2 การดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (plan)

1.1 สืบหาข้อมูลสถานการณ์และปัญหาร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager: CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver: CG) อสม. ญาติ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน บุคลากรด้านสาธารณสุข ตัวแทนจากภาคีเครือข่าย รวม 30 คน เก็บรวบรวมโดยการสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 2 ชม. จำนวน 1 ครั้ง ดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 พบว่าปัญหาเบื้องต้นของผู้สูงอายุคือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และเนื่องจากเป็นชุมชนกึ่งเมืองบุรณาลานส่วนมากมีอาชีพรับราชการ ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้สูงอายุบางคนอยู่คนเดียว บางคนอยู่ตามลำพังสามี ภรรยา

1.2 ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วนโดยการประชุมกลุ่มย่อยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อร่วมกันพิจารณาให้ข้อคิดเห็นต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแล ดังนี้

บทบาทหน้าที่ care manager

- 1) จัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ค้นหาการคัดกรอง ประเมินผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับ CG/อสม.
- 2) บริหารจัดการการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 3) กำกับดูแล และสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติงานของ CG ให้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล
- 4) รายงานผลการดูแล รายเดือน รายปี สรุปผลการปฏิบัติงาน

บทบาทหน้าที่ care giver

- 1) ค้นหา คัดกรอง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับ CM/อสม.
- 2) ร่วมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล
- 3) ให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล เช่น ดูแลการทำกิจวัตรส่วนบุคคล (การอาบน้ำ การสระผม แปรงฟัน การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย ดูแลช่วยเหลืองานบ้าน) ตัวอย่างบทสนทนา “เริ่มแรกจะมีปัญหาตรงที่ว่าเขาจะไม่ยอมรับ CG เราก็แก้ปัญหาโดยการออกเยี่ยมกับเจ้าหน้าที่ CM และอธิบายให้เขาฟังว่าครั้งต่อไปจะให้ CG เป็นผู้ดูแล เมื่อคุ้นเคยกันประกอบกับคนในชุมชนก็เป็นคนรู้จักอยู่แล้ว เขาก็จะเข้าใจว่าคนนี้เป็นใคร มาทำอะไร สำหรับบางคนที่เขามีความรู้ มีประสบการณ์ พวกนี้เขาจะบอกเลยว่าไม่ต้องการการดูแล เขาดูแลได้ เราก็จะทำการพูดคุยกัน”

บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ

- 1) แพทย์ ให้คำปรึกษา ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน หรือภาวะวิกฤติ เข้าเยี่ยมบ้านและตรวจ รักษาผู้สูงอายุ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติ ได้รับการรายงานจาก CG ผ่าน CM
- 2) เกสเซอร์ ให้การดูแลผู้สูงอายุในรายที่มีปัญหาการใช้ยา ใช้ยาหลายตัว
- 3) นักกายภาพบำบัด ให้การดูแลในรายที่ต้องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- 4) นักวิชาการสาธารณสุข ให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลในผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน
- 5) แพทย์แผนไทย ให้บริการนวด ประคบ การใช้สมุนไพร
- 6) นักโภชนาการ ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเฉพาะโรค และผู้ที่มีปัญหาด้านโภชนาการ

บทบาทหน้าที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

- 1) บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการด้านการพยาบาล เช่น ทำแผล การให้อาหารทางสายยาง สายสวนปัสสาวะ บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในกลุ่มต่างๆ ทั้งกลุ่มติดสังคม/กลุ่มพึ่งพิง/ระยะสุดท้าย จัดหาอุปกรณ์ วัสดุทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจรักษาโรคทั่วไปในผู้สูงอายุ/กลุ่มโรคในผู้สูงอายุ ที่คลินิกผู้สูงอายุ/แพทย์แผนไทย ตัวอย่างบทสนทนาของเจ้าหน้าที่ห้องฟ้น “ในกรณีที่ปัญหา เช่น เรื่องฟ้น หมอฟ้นจะออกมาดูที่บ้าน” “มีบริการตรวจฟ้นให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่บ้าน”

บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1) กองช่าง ให้บริการปรับสภาพบ้าน เช่น รววจับ ทางเดิน ทางลาด บันได ห้องน้ำ และจัดทำกายอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น รอกกายภาพ รววจับเดิน เก้าอี้นั่งอุจจาระ
- 2) กองสวัสดิการสังคม ช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคม ฌูงยั้งชีพ การจัดหางาน เปี้ยผู้สูงอายุ ผู้พิการ ตัวอย่างบทสนทนา “การปรับสภาพบ้านเกิดขึ้นเมื่อจนท.ท้องถิ่นลงเยี่ยมผู้ป่วยและนำฌูงยั้งชีพไปมอบให้ ก็จะเห็นสภาพบ้าน สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ทางท้องถิ่นก็จะช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ และฌางจากเทศบาลมาปรับสภาพบ้านให้ผู้สูงอายุ บางบ้านเราก็เราไปทำราวฝีกเดิน รอกกายภาพให้”
- 3) กองสาธารณสุข ที่ปรึกษาในการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุ (long term care: LTC)

บทบาทหน้าที่กศน.ร่วมกับโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

- 1) จัดอบรม CG หลักสูตร 70 ชม.ทั้งอำเภอวชิรพยาบาล โดย กศน. สนับสนุนงบประมาณ 20,000 บาท

บทบาทหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

- 1) ที่ปรึกษาในเรื่อง LTC และเป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและกองทุน LTC

บทบาทหน้าที่กลุ่ม องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

- 1) อสม.ร่วมกับ CM, CG ในการคัดกรองผู้สูงอายุ ตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ด้าน สร้างเสริม ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ประสานงานกับทีมหมอครอบครัว เมื่อพบผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือ
- 2) ชมรมผู้สูงอายุออกเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ผู้สูงอายุด้วยโอกาส เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและมีการทำฌาปนกิจของชมรม
- 3) ผู้นำชุมชน ดูแลการดำเนินงานกองทุนสวัสดิการต่างๆ
- 4) กองทุนวันละบาท ดูแลเรื่องสวัสดิการเมื่อสมาชิกเจ็บป่วย เสียชีวิต

1.3 ประชุมปรึกษาหารือคณะทำงานร่วมกันวางแผนการดูแลให้ครบทุกมิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยยึดหลักการทำงานแบบ WAPI model กล่าวคือ W: working team/network คือทำงานเป็นทีม สร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ และอื่นๆ A: attitude คือ มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมและภาคีเครือข่าย P: patient center คือ การดูแลที่เน้น ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการและให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เป็นบริการที่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ I: integrated คือการบูรณาการสติปัญญา ทรัพยากร งาน คน เงิน ของร่วมกัน รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา อุปสรรค วางแผนการดูแลการทบทวนก่อนหลัง ซึ่งกระบวนการทำงานร่วมกันต่าง ๆ ทำให้เกิดองค์ความรู้ และนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อที่จะสามารถสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1.4 จัดทำแผนปฏิบัติการการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (action)

2.1 ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนปฏิบัติการและแผนการดูแลรายบุคคลโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่าย CG ซึ่งครอบคลุมทุกมิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม สวัสดิการทางสังคม เริ่มดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 - ตุลาคม พ.ศ. 2565 รายละเอียดการดูแลแบ่งตามกลุ่มภาวะพึ่งพิง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ/การทรงตัว การดูแลด้านอาหารที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เยี่ยม 2 ครั้ง/เดือน

กลุ่มที่ 2 ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพสมอง ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม ฟื้นฟูความจำ เยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์

กลุ่มที่ 3 ฟื้นฟูสภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน/ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล/ดูแลการได้รับอาหาร สารอาหารอย่างเพียงพอ เยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์

กลุ่มที่ 4 ดูแลแบบประคับประคองเยี่ยม 2 ครั้ง/สัปดาห์

2.2 ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านญาติ อสม. CG เมื่อต้องการคำปรึกษา ไม่สะดวกมาพบแพทย์ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยโควิด

ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (observation)

3.1 CM ติดตาม สอบถามการดูแลผู้สูงอายุของ CG การลงบันทึกการเยี่ยมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG และ ทีมสหวิชาชีพ โดยการตรวจสอบรายงานการเยี่ยมประจำเดือน และรูปภาพการดูแลที่ออกเยี่ยมตามแผนปฏิบัติการผ่านกลุ่มไลน์ มีช่องทางด่วนในการติดต่อสื่อสารระหว่าง CG และ ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย ผ่านกลุ่มไลน์ เมื่อมีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษา

3.2 ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อดูแลครบ 9 เดือน โดย CG, CM ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมิน

3.3 ประเมินผลความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ เพื่อนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขการดูแลต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลปฏิบัติ (reflection)

- 4.1 คำนึงข้อมูลผลการดำเนินงานรายเดือน รายปี ต่อคณะกรรมการและภาคีเครือข่าย
- 4.2 ประชุมสรุปผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกมิติ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง
- 4.3 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ CG และภาคีเครือข่าย

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

ดำเนินการในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลวาปีปทุม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

1. ประชากรในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุม จำนวน 5,541 คน
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวน 8 คน
3. ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลวาปีปทุม ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย โภชนากร จำนวน 15 คน
4. เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลวาปีปทุม จำนวน 10 คน
5. ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จำนวน 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุมที่มีค่า barthel activities of daily living: ADL ต่ำกว่า 12 คะแนน จำนวน 91 คน ประเมินก่อนการเข้าร่วมโครงการ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลวาปีปทุม เลขที่ 4/2564 วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยพร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ โดยไม่มีข้อผูกมัดและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำเสนอภาพรวมเท่านั้น และได้ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) ก่อนการเข้าร่วมโครงการทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (barthel activities of daily living: ADL) โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (care manager) ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) เป็นผู้ร่วมประเมินผล โดยนำผลการประเมินก่อนและหลังรายบุคคลทำการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการเปลี่ยนกลุ่มภาวะพึ่งพิงภายหลังการประเมิน
2. แบบบันทึกการปฏิบัติการณ์การดูแลผู้สูงอายุของ care giver รายละเอียดในการบันทึกได้แก่ ข้อมูลส่วนตัวผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การรับประทานยา ข้อมูลสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด การพยาบาล/กิจกรรมที่ดูแล

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ แบ่งเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจเป็น 5 ระดับตามเทคนิคของ ลิเคิร์ท (Likert technique)⁹ การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.9

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีตำราที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนและครอบคลุมเหมาะสมยิ่งขึ้น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565-29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสนทนากลุ่ม (group discussion) ระหว่างผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager/CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver/CG) อสม. ญาติ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน บุคลากรด้านสาธารณสุข ตัวแทนจากภาคีเครือข่าย รวม 30 คน

2) การสังเกต (observation) เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่เก็บด้วยวิธีสัมภาษณ์ ใช้วิธีสังเกตการณ์มีส่วนร่วม บันทึกรายงานการประชุม

ผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายเทศบาลตำบลวาปีปทุมให้การสนับสนุนดำเนินงานด้วยกระบวนการที่เป็นระบบและมีแบบแผนในการดูแล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และทีมสหวิชาชีพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม

รูปแบบ/ กิจกรรม	การวางแผนการ ปฏิบัติ	กิจกรรมการดูแล	สรุปผล	การดูแลต่อเนื่อง
การเยี่ยมบ้าน ทั่วไป (เดิม)	- จัดทำแผนออกเยี่ยม ตามสภาพปัญหา รายบุคคล - ไม่มีแผนการดูแล รายบุคคล	ออกเยี่ยมตามแผนหรือคำสั่ง แพทย์	บันทึกการเยี่ยมใน แบบฟอร์มการดูแลของ ทีมสหวิชาชีพ	ไม่มี
WAPI MODEL	plan-P (โฮมเฮง)	action-A (เมื่อง่าย)	observation-O (ฮักแพง)	reflection-R (ไหวพริบ บัณฑิต)
W : Working team	- สำรวจข้อมูล สถานการณ์และ	- ทีมสหวิชาชีพ ภาคี เครือข่าย CG ให้การดูแลผู้	- CM ติดตามสอบถาม การดูแลผู้สูงอายุของ	- ค้นข้อมูลผลการ ดำเนินงานรายเดือน
A : Attitude	ปัญหาร่วมกัน	ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผน	CG	รายปี ต่อคณะ

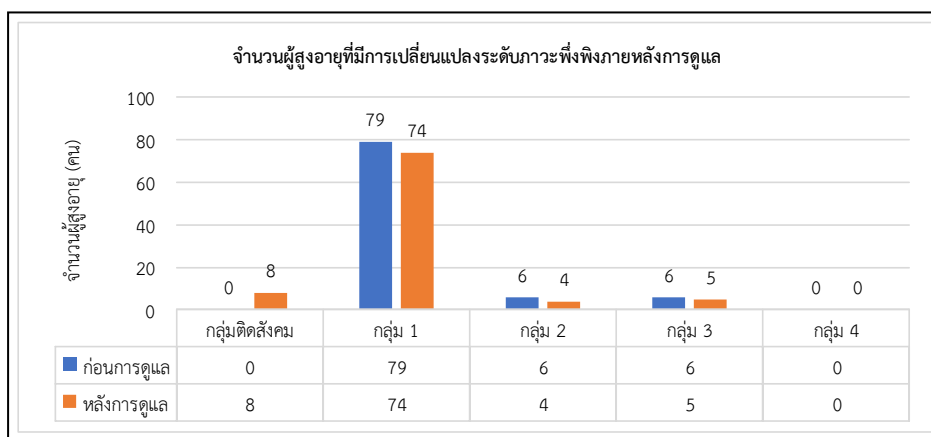
ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และทีมสหวิชาชีพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม (ต่อ)

รูปแบบ/ กิจกรรม	การวางแผนการปฏิบัติ	กิจกรรมการดูแล	สรุปผล	การดูแลต่อเนื่อง
P : Patient center I: Integrated	- ร่วมกันกำหนด บทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน โดยการ ประชุมกลุ่มย่อยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง - ประชุมปรึกษาหารือ คณะทำงาน ร่วมกันวางแผนการดูแลให้ครบทุกมิติ ภายใต้งานสังคม จิตวิญญาณ - จัดทำแผนปฏิบัติการ/แผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับภาคีเครือข่าย	แผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งครอบคลุมทุกมิติ ภายใต้งานสังคม จิตวิญญาณสิ่งแวดล้อมสวัสดิการทางสังคม รายละเอียดการดูแลแบ่งตามกลุ่มภาวะพึ่งพิง ดังนี้ กลุ่ม 1 ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ/การทรงตัว ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เยี่ยม 2 ครั้ง/เดือน กลุ่ม 2 พัฒนาสุขภาพสมอง ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมพัฒนาสุขภาพ ความจำ เยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ กลุ่ม 3 พัฒนาสุขภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน /ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล /ดูแลการได้รับอาหารสารอาหารอย่างเพียงพอเยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ กลุ่ม 4 ดูแลแบบประคับประคองเยี่ยม 2 ครั้ง /สัปดาห์	- ตรวจสอบรายงานการเยี่ยม ประจำเดือนและรูปภาพการออกเยี่ยม - ใช้ช่องทางด่วนในการติดต่อสื่อสารระหว่าง CG และทีมสหวิชาชีพผ่านกลุ่มไลน์ โทรศัพท์ - ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุเมื่อดูแลครบ 9 เดือน โดย CG CM ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมิน - ประเมินผลความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ เพื่อนำผลมาใช้ในการประเมินและข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขการดูแลต่อไป	- อนุกรรมการและภาคีเครือข่าย - ประชุมสรุปผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกมิติร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ CG และภาคีเครือข่าย

ผลลัพธ์การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

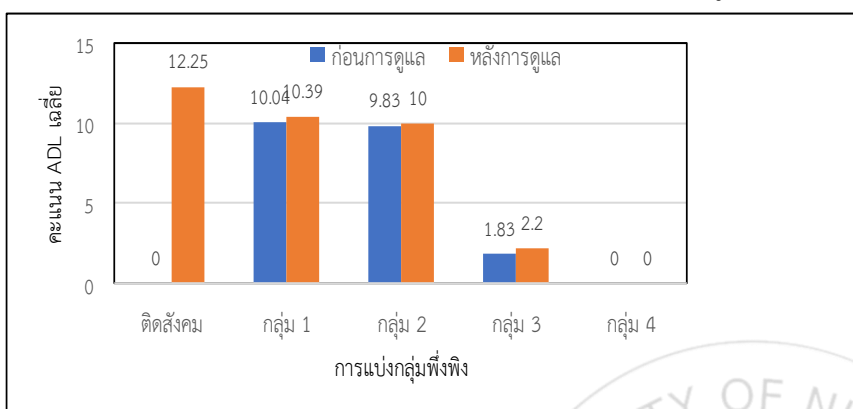
การเปลี่ยนแปลงระดับภาวะพึ่งพิง (ADL) ภายหลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลวาปีปทุม ทั้งหมด 1,312 คน คิดเป็นร้อยละ 23.67 จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมด 91 คน คิดเป็นร้อยละ 6.93 โดยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 86.81 มีค่าเฉลี่ย ADL 11.18 คะแนน กลุ่มที่ 2 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.66 ค่าเฉลี่ย ADL 10 คะแนน กลุ่ม 3 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.66 ค่าเฉลี่ย ADL 10 คะแนน กลุ่ม 4 จำนวน 0 คน ภายหลังการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และทีมสหวิชาชีพของศูนย์พัฒนา

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้ กลุ่มพึ่งพิง 91 คน เปลี่ยนเป็น กลุ่มติดสังคม 8 คน คิดเป็นร้อยละ 8.79 ค่าเฉลี่ย ADL 12.25 คะแนน กลุ่ม 1 จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 81.32 ค่าเฉลี่ย ADL 11.39 คะแนน กลุ่ม 2 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.39 ค่าเฉลี่ย ADL 11.50 คะแนน กลุ่ม 3 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.49 ค่าเฉลี่ย ADL 5.49 คะแนน เปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังให้การดูแล พบว่าภายหลังให้การดูแลมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไปในทิศทางที่ดีขึ้น คือมีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น 8 คน จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 2 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 1 และกลุ่ม 3 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 2 (ดังรูปภาพที่ 2)



รูปภาพที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะพึ่งพิง

ผลการเปรียบเทียบคะแนน ADL ก่อนและหลังให้การดูแลพบว่า หลังให้การดูแลมีการเพิ่มขึ้นของค่า ADL ในแต่ละรายบุคคล โดยมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ย ADL ในกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 (รูปภาพที่ 3)



รูปภาพที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ADL ก่อนและหลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ

ระดับความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ/ผู้ดูแล ภายหลังการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม ผลการตอบแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่าหัวข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ 3 อันดับแรก คือ หัวข้อให้การดูแลด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น 4.71 คะแนน การให้การดูแลด้วยอัธยาศัยที่ดีสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส 4.57 คะแนน และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4.51 คะแนน ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจภายหลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

หัวข้อประเมินความพึงพอใจ	จำนวน (91 คน)		
	ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. ให้การดูแลด้วยอัธยาศัยที่ดี สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส	4.57	0.62	มากที่สุด
2. ให้การดูแลด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น	4.71	0.58	มากที่สุด
3. มีการโทรนัดหมายก่อนการดูแล	3.36	0.95	ปานกลาง
4. ระยะเวลาในการดูแลต่อครั้ง	4.18	0.85	มาก
5. จำนวนครั้งของการดูแลต่อเดือน	3.93	0.98	มาก
6. ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย	4.04	0.82	มาก
7. สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ดูแลผู้สูงอายุได้	3.91	0.9	มาก
8. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบและมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน	4.45	0.89	มาก
9. ได้รับความสะดวกในการเยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน	3.51	0.94	มาก
10. มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.51	0.58	มากที่สุด
ภาพรวมความพึงพอใจ	4.11	0.49	มาก

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (content analysis) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม

ผู้ให้ข้อมูล	การสนทนากลุ่ม	WAPI MODEL
	ขั้นตอนการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่ร่วมกันระหว่าง CM/CG ผู้ดูแล/ญาติ อสม. ผู้นำชุมชน ทำให้เห็นปัญหาการไม่ยอมรับ CG	Plan โฮมเฮง
CG1	“เริ่มแรกจะมีปัญหาตรงที่ว่าเขาจะไม่ยอมรับ CG เราก็ก้าวปัญหาโดยการออกเยี่ยมกับเจ้าหน้าที่ CM และอธิบายให้เขาฟังว่าครั้งต่อไปจะให้เป็นผู้ดูแล เมื่อคุ้นเคยกันประกอกับคนในชุมชนก็เป็นคนรู้จักอยู่แล้ว เขาก็จะเข้าใจว่าคนนี้เป็นใคร มาทำอะไร สำหรับบางคนที่เขามีความรู้ มีประสบการณ์ พวกนี้เขาจะบอกเลยว่าไม่ต้องการการดูแลเขาดูแลได้เราก็จะทำการพูดคุยกัน” ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน	
CG2	“CG มีอยู่ทุกชุมชนอยู่แล้ว หลังจากสำรวจผู้สูงอายุประเมิน ADL แล้วให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตัวเองก่อน ประมาณ 10-12 คน”	
CM1	“CM ร่วมประเมิน ADL เข้าเกณฑ์เสนอขอรับงบประมาณ”	
CM2	“CM เป็นคนแบ่งเคสให้ CG ดูแล วางแผนการดูแลร่วมกัน”	
CG3	“CG ส่วนมากเป็น อสม.อยู่แล้ว ทำงานเป็นจิตอาสา ไม่ได้หวังค่าตอบแทนเป็นรายได้หลัก ได้ดูแลผู้สูงอายุก็เหมือนดูแลญาติผู้ใหญ่ ใ้บุญได้กุศล”	
อปท.1	“เทศบาลสนับสนุนเต็มที่ในการดูแลผู้สูงอายุ อยากให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงได้รับการดูแล เข้าโครงการทุกการเน้นย้ำ CM ให้สำรวจให้ดีอย่าให้มีคนตกหล่น”	
อปท.2	“ถ้างบประมาณไม่เพียงพอให้ CM เขียนของบจากเทศบาลเพื่อซื้อแฟมเพิส”	Action
	ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย CG ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล	(เมิงแญง)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (content analysis) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอลำปุม จังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	การสนทนากลุ่ม	WAPI MODEL
CM1	“CM CG ประเมิน ADL ทุกเดือน หากมีการเปลี่ยนกลุ่มต้องมีการปรับแผนการดูแล และถ้าพบเคสใหม่ CG ต้องรายงานทันที”	
CM2	“CG 2 คนให้ไปเยี่ยมผู้สูงอายุพร้อมกัน เพื่อความปลอดภัยของ CG โดยเฉพาะส่วนมากเป็นผู้หญิงและจะได้ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ ไม่หนักจนเกินไป” “ถ้า CG มีปัญหาการดูแลหรือต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม ให้ปรึกษา CM หรือหมอบรรณศิริ โดยการส่งไลน์ในกลุ่ม หรือโทรศัพท์สายตรง”	
CG4	“ผู้สูงอายุบางคนพวกเราไปตัดผม สระผม นวด หรือช่วยทำงานบ้าน เช่น นั่งข้าว ล้างจานกวาดบ้านถึงไม่เหนื่อยที่หลักแต่เห็นแล้วก็สงสารอยากช่วยทำถ้าไม่ได้ไปเยี่ยมนานๆผู้สูงอายุก็ถามหา โทรตาม”	
CG5	“ผู้ป่วยติดเตียงที่ยังหนุ่มอยู่เป็นอัมพาต นอนอยู่บ้านคนเดียวตอนกลางวัน ภรรยาไปขายของ ผมก็เอาริ้วไปให้ทั้ง บ้านอยู่ใกล้ๆกันก็เที่ยวไปดู และขอแรงชาวบ้านไปช่วยทำร่างกายภาพให้”	
CM2	“หากพบภาวะฉุกเฉินโทรตามรพพยาบาล 1669 หรือ 043-799486 ได้ตลอด 24 ชม.”	
นักกายภาพ	“ผู้พิการถ้าขึ้นหะเบียนแล้วสามารถเบิกรถเข็นนั่ง ไม่เท่า ให้ CG หรือญาติไปเบิกได้ที่รพ. ส่วนรายที่ดูแล 6 เดือนแล้วไม่สามารถฟื้นคืนสภาพได้หมอจะออกไปประเมินและออกไปรับรองความพิการให้ถึงบ้านไม่ต้องมาที่โรงพยาบาล”	
อปท.	“เทศบาลมีอุปกรณ์ เช่น วอร์คเกอร์ ไม่เท่า รถเข็น สำหรับคนในพื้นที่”	
เภสัช	“เภสัชจะช่วยดูในเรื่องยาของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่เขียหลาย เช่น จัดยาให้หยาบง่ายขึ้น สอนการกินยาให้ถูกวิธี”	Observation ซักถาม
แพทย์	“ถ้าการดูแลเกินศักยภาพสามารถปรึกษาแพทย์ได้ตลอดเวลา ทั้งทางไลน์ ทางโทรศัพท์”	
	การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุจากการสังเกต สอบถามข้อมูลจาก CG	
CM1	“ให้ CG/FCT ส่งรายงานการดูแลพร้อมรูปถ่ายทุกสัปดาห์ รูปถ่ายให้เห็นกิจกรรมการดูแลอื่นๆนอกเหนือจากรูปร่างความดันด้วย และให้เห็นรูป CG คู่กับผู้สูงอายุ”	
CM2	“การส่งรูปผู้สูงอายุในไลน์กลุ่มให้ระบุชื่อ-สกุลผู้สูงอายุไว้ได้ภาพทุกครั้ง”	
CM3	“ให้ CG ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพในเคสที่ดูแล”	
ญาติ	“ดีใจที่มีหมอออกไปเปลี่ยนสายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะให้ถึงบ้าน ไม่ต้องให้คนไข้เข้ามาโรงพยาบาล เสียทั้งค่ารถ เสียทั้งเวลา เคลื่อนย้ายก็ลำบาก และหมอยังมีเตียงนอน ที่นอนลม แพนเพิส ก็มีให้ บ้านฉันฐานะยากจนก็ช่วยแบ่งเบาภาระได้เยอะ ถ้าไม่มีโครงการนี้ครอบครัวฉันก็ลำบาก”	
	คืนข้อมูลผลการดำเนินงาน ประชุมสรุปผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกมิติ	
อปท.	“งบประมาณที่เหลือในโครงการปีนี้ให้นำมาใช้ต่อในโครงการปีถัดไป”	Reflection
นำชุมชน	“โครงการนี้เป็นโครงการที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส อยากให้มีการดำเนินการต่อไป ไหว่ปีถัดกันเรื่อยๆ”	ไหว่ปีถัดกัน
CM1	“ขอบคุณภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ”	

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลลำปุม อำเภอลำปุม จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้ WAPI MODEL (โฮมแอง เบิ่งแองง อักแพง ไหว่ปีถัดกัน) สามารถดูแลได้ครอบคลุมทุกมิติ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ดังรูปภาพที่ 2



อภิปรายผลการวิจัย

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลวาปีปทุม อำเภอลำปุมจังหวัดมหาสารคามนั้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์การดูแล ตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น โดยอาศัย การดูแลหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (care manager) และ ทีมสหวิชาชีพ ประกอบกับความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเทศบาลตำบลวาปีปทุม เช่น ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักการทำงาน WAPI model กล่าวคือ W: Working team/network คือทำงานเป็นทีม สร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ ร่วมกันระหว่างคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ และอื่นๆ A: Attitude คือ มีทัศนคติที่ดีในการดูแล

ผู้สูงอายุ มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมและภาคีเครือข่าย P: Patient center คือ การดูแลที่เน้นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการและให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เป็นบริการที่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ I: Integrated คือการบูรณาการสติปัญญา ทรัพยากร งาน คน เงิน ของร่วมกัน รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา อุปสรรค วางแผนการดูแลการทบทวนก่อน หลัง ซึ่งกระบวนการทำงานร่วมกันต่างๆ ทำให้เกิดองค์ความรู้ และนวัตกรรมใหม่ๆ ได้แก่ กางเกงผ้าอ้อม ลูกบอลบริหารนิ้วมือ ถึงปั่นหรรษา ยางยืดออกกำลังกาย ก้านตาลดัดเท้า และใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านญาติ อสม. CG เมื่อต้องการคำปรึกษา ไม่สะดวกมาพบแพทย์ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยโควิด (ค่านิยมองค์กร: core values) ของโรงพยาบาลวาปีปทุม ปี พ.ศ. 2565 (แผนยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพวาปีปทุม: 2565) เกิดรูปแบบวาปีโมเดล โสมแอง เมิงแอง ฮักแพง ไทวาปี บั๊มกัน กล่าวคือ โสมแอง คือ การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วม สร้างเครือข่ายในการดูแล เมิงแอง คือการดูแลตามสภาพปัญหารายบุคคลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ฮักแพง ความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ที่ส่งมอบผ่านการดูแล โดยหลักการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเปรียบเสมือนญาติ พี่น้อง คนในครอบครัว ไทวาปี บั๊มกัน คือการดูแลแบบต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ส่งผลให้เกิดการ ลดปัญหาการขาดผู้ดูแล สร้างเครือข่ายการดูแลตนเองในชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเตียน อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุดรธานี¹⁰ ที่พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนเพราะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสังคมหลายประเด็น ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล หนึ่งในประเด็นที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุ ที่ต้องอยู่ตามลำพัง สามเณรยา มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะการถนัดเจ็บป่วยที่รุนแรงและผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการบูรณาการหรือรูปแบบในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีภาคีเครือข่ายในชุมชนที่พร้อมให้การสนับสนุน รวมทั้งต้องมีการดูแลจากสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม ตรงประเด็นตามรายบุคคล

ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชม. ของกรมอนามัย (care giver) มีทีมสหวิชาชีพให้การดูแล ในรายที่จำเป็นต้องใช้ทักษะพิเศษในการดูแล ซึ่งเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของการทำงานในชุมชนอย่างแท้จริง และจากผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าหลังให้การดูแลมีการเพิ่มขึ้นของ ADL ในแต่ละรายบุคคล โดยมีการเพิ่มขึ้นของ ADL ในกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ภายหลังการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไปในทิศทางที่ดีขึ้น คือ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น 8 คน จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 2 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 1 และกลุ่ม 3 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 2 นอกจากนั้นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 1 รายและมีทักษะการนวดแผนไทยเมื่อเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมยังสามารถช่วยนวดผ่อนคลายให้ผู้สูงอายุที่บ้าน และมีรายได้เสริมจากการนวดแผนไทยที่บ้าน อีก 1 รายกลายเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพให้สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอปท.ได้สนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านสวัสดิการสังคม ได้แก่ ฤกษ์ชัย 20 ราย การปรับสภาพบ้าน 4 ราย สร้างห้องน้ำ 1 ราย การปรับเดินทางลาดชัน 3 ราย ทำราวฝึกเดิน รอกกายภาพ 5 ราย ได้รับรถเข็นนั่ง ไม่เท่า จำนวน 7 ราย ด้านการ

สนับสนุนทางการเงินแพทย์ ในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 3 ได้รับการสนับสนุนเตียง ที่นอนลม จำนวน 4 ราย ผู้ที่มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 20 ราย

กรณีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่ม 3 แขนขาอ่อนแรงซีกขวา ใส่สายสวนคาปัสสาวะ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียงอาศัยอยู่กับบุตรสาวตามลำพัง 2 คน สภาพบ้านเก่า ทรุดโทรม หลังคารั่ว บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ตกงานเนื่องจากต้องมาดูแลมารดาทำให้ขาดรายได้ประจำ บุตรสาวเกิดภาวะเครียดเหนื่อยล้าจากการดูแลที่มีภาวการณ์ช่วยเหลือได้เข้าไปช่วยเหลือในการปรับสภาพบ้าน มอบถุงยังชีพ จัดหาเงินให้บุตรสาวและมอบเงินสวัสดิการจำนวน 2,000 บาท จัดหาเตียง ที่นอนลม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ มีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ไปดูแลที่บ้าน และจัดทีม CG และ อสม. ให้ไปดูแลช่วงกลางวันทุกวัน เพื่อให้บุตรสาวได้ไปทำงาน มีรายได้ในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีแผลกดทับ ข้อติด มีสุขอนามัยที่ดี สุขภาพจิตดีขึ้น และบุตรสาวมีความเครียดลดลง ชุมชนสามารถดูแลพึ่งพากันเองได้ดังคำกล่าวที่ว่า “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ชุมชนเป็นฐาน ภาวการณ์ช่วยเหลือมีส่วนร่วม” สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา¹¹ พบว่าหลังการพัฒนาได้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ “3 CHANA Model” ได้แก่ case manager, caregiver, care plan, health care fund, approach, network และ ADL และสอดคล้องกับผลการวิจัย Long-Term Care in Indonesia: The Role of Integrated Service Post for Elderly ที่พบว่าการให้บริการ LTC ที่จะประสบผลสำเร็จได้ต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและการมีส่วนร่วมของชุมชน¹² ซึ่งจากการมีรูปแบบการดูแลและผลการเยี่ยมดังกล่าวยังมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลรวมจากการประเมินความพึงพอใจ พบว่าผลการประเมินภาพรวมของการดูแลอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. บูรณาการให้เกิดการมีส่วนร่วมการดำเนินงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) วัดส่งเสริมสุขภาพหรือองค์กรเอกชนหน่วยงานอื่นๆ เพื่อขยายเครือข่ายการดูแลให้ครอบคลุม
2. รูปแบบการดูแล WAPI MODEL ควรสร้างเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน
3. สร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเกิดมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
4. ส่งเสริมให้มีการอบรม care Manager ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมดูแลผู้สูงอายุ
5. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักในครอบครัวสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองของครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเกิดความยั่งยืนในการดูแลตนเอง
6. อบรมฟื้นฟูความรู้ให้ care giver ทุก 2-3 ปี เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติ ทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) คณะกรรมการกองทุนผู้สูงอายุระยะยาว เทศบาลตำบลวชิรพยาบาล คณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) และผู้เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยความทุ่มเทและตั้งใจ จนสามารถดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

References

1. Prasatkul K, (editor). Report on the situation of the Thai elderly Bangkok: Thai Elderly Research and Development Institute Foundation; 2017.
2. Situation of Thai elderly 2022.-Bangkok: Amarin Corporations Company Limited. (Public),2023:128 pages ISBN: 978-616-331-150-4
3. Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisarn P, Kasemsap W, Ekaphakorn W, Siraphan B. Research project to develop a long-term caresystem (long-term care) for dependent elderly people under the national health insurance system. Bangkok: Desemberry Company; 2018.
4. Charoenwong S, Kongkhun P, Chansaengrat N, Seewan P. Care situation and long-term care needs for dependent elderly people in rural Muslim communities in southern Thailand. SCNJ 2018;5(2):231-46. (in Thai)
5. Maha Sarakham Provincial Public Health Office. HDC report, Maha Sarakham Provincial Public Health Office 2022. Maha Sarakham: Provincial Public Health Office: 2022.
6. National Health Insurance Office, region 7, Khon Kaen. Guidelines and procedures for caring for dependent elderly people. Khon Kaen: Nana Witthaya; 2018.
7. Laosan C, Chaiyasat K, Witthayakhaw W, Caring for the dependent elderly at the center for elderly care at Waeng sub-district health promotion hospital, Kradian subdistrict, Trakan Phuet Phon district, Ubon Ratchathani province. Journal of Public Health 2020;29(5):813-21 (in Thai)
8. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. New York: Springer; 2014.
9. Likert, Rensis A. New patterns of management. New York: McGraw-Hill Book; 1961.
10. Laosan C, Chaiyasat K, Witthayakhaw W, Caring for the dependent elderly at the center for elderly care at Waeng sub-district health promotion hospital, Kradian subdistrict, Trakan Phuet Phon district, Ubon Ratchathani province. Journal of Public Health 2020;29(5):813-21 (in Thai)
11. Kongjun C. Development of long term care model for elderly with dependent under the National Health Insurance System, Songkhla province. Academic Journal of Mahasarakham public Health office 2023;7(13):53-67. (in Thai)
12. Pratono AH, Maharani A. Long-term care in Indonesia: The role of integrated service post for elderly. JHA 2018;30(10):1556-73.

