

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงแบบ “3 ต”

Development of a Home Visit Model Using 3 Tor (ต) Control for Bed-Bound Older Adults

ฉัญพร สมันตรัฐ*

poplady555@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต” โดยมีส่วนร่วมของ 4 ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) ภาคีบริการชุมชน 2) ภาคีบริการท้องถิ่น 3) ภาคีบริการสุขภาพ และ 4) ภาคีบริการสังคม กรอบแนวคิดใช้หลัก 3 ต. คือ 1) ติดตาม 2) ติดตาม 3) ติดตาม ที่ผู้วิจัยปรับมาจากกลยุทธ์การสร้างความประทับใจในการทำงาน 3 S คือ Service – Smile – Smart และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับแนวคิดหุ้นส่วนและองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง มีกระบวนการพัฒนาโดยใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ (PDCA) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต” มี 2 ระดับ คือ 1) ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ระดับชุมชน ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบนี้ ทำให้เกิดกระบวนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน ผู้เกี่ยวข้องทราบบทบาทของตนเอง มีคู่มือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง สำหรับอาสาสมัครในชุมชน สามารถนำไปติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพบว่า คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และมีความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการใช้รูปแบบนี้ที่ค่าเฉลี่ย 4.32

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง



Abstract

This action research aimed to develop a home visit model using 3 Tor (ต) control for bed-bound older adults with participation of four main partnership networking including 1) community service network, 2) local government service network, 3) health service network, and 4) social welfare service network. The conceptual framework was derived from the principle of 3 Tor (ต) including 1) monitoring (ติดตาม), 2) impression (ติดตาม), and 3) satisfaction (ดีใจ), which researcher adapted from 3S strategy for building impression in working, concept of continuing care, and concept of partnership and chronic care model. Deming's PDCA Cycle was used to implement development process which had 3 phases consisting of 1) preparation phase, 2) implementation phase, and 3) evaluation phase. Data were analyzed using percent and content analysis.

Results revealed that a home visit model using 3 Tor (ต) control for bed-bound older adults had 2 levels, namely primary care unit level and community level. Outcomes of utilizing a model indicated the explicit home visit process for bed-bound older adults. In addition, stakeholders perceived their own responsibilities. There was a handbook for the village health volunteers to evaluate continuous home visit. The emerged outcomes found that the activities of daily living score of bed-bound older adults increased by 40 percent and mean score of older adults and care givers' satisfaction toward this model was 4.32.

Keywords: Home Visit, Bed-Bound Older Adults

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นประชากรที่ดำรงชีวิตในยุคของความเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเป็นประชากรที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2568 หรืออีก 15 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน คิดเป็น 2 เท่า ของปี พ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

ตามมา เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะโรคเรื้อรังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้น

ผู้สูงอายุซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลต่อเนื่อง แต่ปัจจุบันระบบบริหารโรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอ ระบบบริการสาธารณสุขเดิมมีลักษณะออกแบบเพื่อดูแลภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน จำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด และมีความพยายามในการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาล โดยการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น (ประคอง อินทรสมบัติ, 2546)

การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ไปสู่บ้าน และการดูแลที่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเชื่อมต่อช่องว่าง การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน ควรมีการวางแผนตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน (อัมพรพรรณ ธรานูตร, 2552) การดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน จะต้องมียุทธศาสตร์การดูแลที่ต่อเนื่อง จาก สถานบริการเชื่อมโยงชุมชน โดยอาศัยกลยุทธ์การ มีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ 4 ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) ภาคีบริการสุขภาพ 2) ภาคีบริการ สังคม 3) ภาคีบริการท้องถิ่น และ 4) ภาคีบริการชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการหล่อหลอม ให้เกิดการเพิ่มศักยภาพของบริการและผู้เกี่ยวข้อง ทั้งหมด ให้มีขีดความสามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ อย่างแท้จริง กระบวนการมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาคนให้ รู้จักใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีวิจรรณญาณในการ วางแผน และตัดสินใจดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัว เขาเองอย่างอิสระและสอดคล้องกับความต้องการ ปัญหาสุขภาพท้องถิ่นชุมชนนั้น (วสุธร ต้นวัฒนกุล, 2547)

ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน มีพื้นที่รับผิดชอบ 10 ชุมชน และมีจำนวนผู้สูงอายุรวม 1,096 ราย เป็นกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 23 ราย ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลและ ผู้สูงอายุที่มีความพิการในชุมชน วัดตามแบบความ สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) คิดเป็นร้อยละ 2.09 (ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน, โรงพยาบาลสตูล,

2558) มีเป้าหมายในการดูแล คือ 1) กลุ่มติดบ้าน: การดำรงสุขภาพที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) กลุ่ม ติดเตียง: ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่เป็นอยู่ ป้องกันภาวะ แทรกซ้อนและการเกิดทุพพลภาพ ไม่เสียชีวิตก่อนวัย อันควร (วรรณภา ศรีธัญรัตน์และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553) ที่ผ่านมามีการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มยังไม่ทั่วถึง เน้นเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและได้รับการส่งต่อจาก โรงพยาบาล ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าที่ ควรจะเป็น

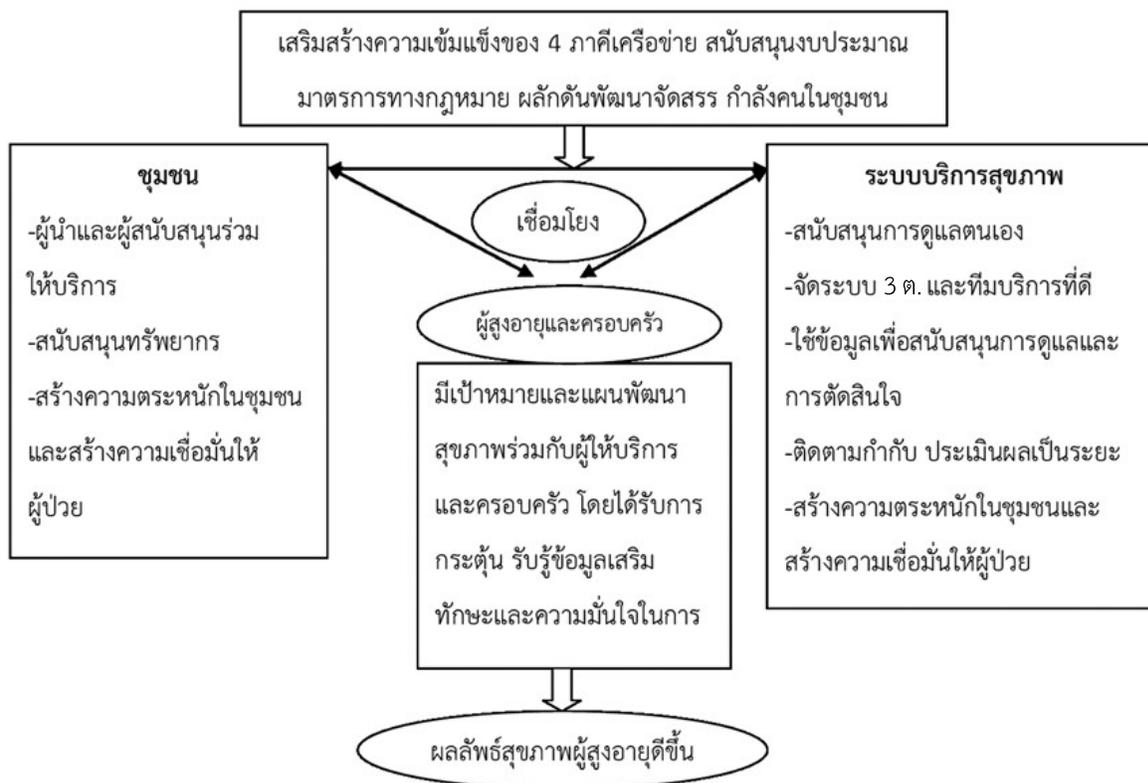
ดังนั้นงานผู้สูงอายุจึงให้ความสำคัญกับการมี ส่วนร่วมของชุมชน โดยอาศัยการดูแลแบบเยี่ยมบ้าน (Home Visit) ซึ่งเป็นบริการต่อเนื่องโดยอาสาสมัคร สาธารณะสุข (อสส.) และ/หรือ อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคี เครือข่ายเป็นบริการช่วยเหลือเบื้องต้นโดยไม่มีหัตถการ ที่ต้องการทักษะเฉพาะ มีการประเมินติดตามเฝ้าระวัง หรือให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุและ ครอบครัว ตามเกณฑ์ อ-ส-ย (4อ. 3ส. 1ย.) (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553) และ หลักการ 3 ต: คือ 1) ติดตาม 2) ติดตาม 3) ติดตาม ที่ผู้วิจัยปรับมาจากกลยุทธ์การสร้างความประทับใจ ในการทำงาน 3 S คือ Service – Smile – Smart (สุธิดา สุอังคะวาทีน, 2557) มาประกอบกับกรอบ แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง มุ่งพัฒนาระบบบริการให้มีความต่อเนื่อง มีการส่งต่อผู้รับบริการ ระหว่าง โรงพยาบาลกับคนในพื้นที่ โดยการสร้างเสริมสุขภาพะ ผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครให้มีส่วนร่วม โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ตลอดทั้งส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี, 2555) ร่วมกับแนวคิดหุ้นส่วน และองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มี ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง (World Health Organization,

2002) โดยอาศัยกรอบแนวคิดและทฤษฎีการจัดการ
ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA ของเดมมิ่ง (Deming,
1986) เป็นกระบวนการขับเคลื่อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่ม
ติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต”

กรอบแนวคิดการวิจัย



ที่มา : ดัดแปลงมาจาก กรอบแนวคิดพื้นฐานและองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง
(Innovative care for chronic condition: building block for action, World Health Organization 2002)

นิยาม 3 ต

1. ต. ติดตาม คือ มีการติดตามดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 2 กลุ่ม อย่างสม่ำเสมอ โดยใช้การส่งเสริมตามหลัก 4อ-3ส-1ย (4อ; อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย 3ส; สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ, 1ย; ยา)

2. ต. ติดตาม คือ การจดจำปัญหาและความ ต้องการ เฉพาะของผู้สูงอายุและครอบครัว สามารถนำ มาวางแผนแก้ปัญหาร่วมกับผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ

3. ต. ตัดใจ คือ มีผลทำให้ผู้สูงอายุ และ ครอบครัว มีกำลังใจ ประทับใจ และพึงพอใจ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาศึกษาระหว่าง 1 มีนาคม 2558 – 31 มีนาคม 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีคะแนน ADL ระหว่าง 0-11 คะแนน จำนวน 20 คน ข้อมูล ณ. วันที่ 1 มีนาคม 2558 ที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในชุมชนเขตความรับผิดชอบ 3) มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง 0-11 คะแนน 4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย 2) ผู้มีส่วนร่วม 2.1 ภาศึบริการสุขภาพ จำนวน 13 คน 2.2 ภาศึบริการสังคม จำนวน 1 คน 2.3 ภาศึบริการท้องถิ่น จำนวน 1 คน และ 2.4 ภาศึบริการชุมชน จำนวน 10 คน

ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ แกนนำชุมชน สหวิชาชีพ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงจำนวน 43 คน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสตูล การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย ด้วยการที่ผู้วิจัยแนะนำตนเองแก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลชี้แจงวัตถุประสงค์ ชี้แจงให้ทราบสิทธิ ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลใดๆต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอภาพรวม และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงรายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือจำนวน 9 ฉบับ ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังสุขภาพและเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน, โรงพยาบาลสตูล, 2556)

2) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) (กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

3) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสตูล 2) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 3) พยาบาล APN สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

4) คู่มือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต.ที่นำมาบูรณาการร่วมตามเกณฑ์ อ-ส-ย (4อ. 3ส. 1ย.) สำหรับ อสม./อผส. ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านเนื้อหาและภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

5) แบบประเมินความเหมาะสมด้านเนื้อหาและภาษาของคู่มือ (ธัญพร สมันตรัฐ, 2553)

6) แบบประเมินความสามารถในการนำไปใช้ของคู่มือ (Useability) (ธัญพร สมันตรัฐ, 2553)

7) แบบรายงานการเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสำหรับ อสม/อผส.

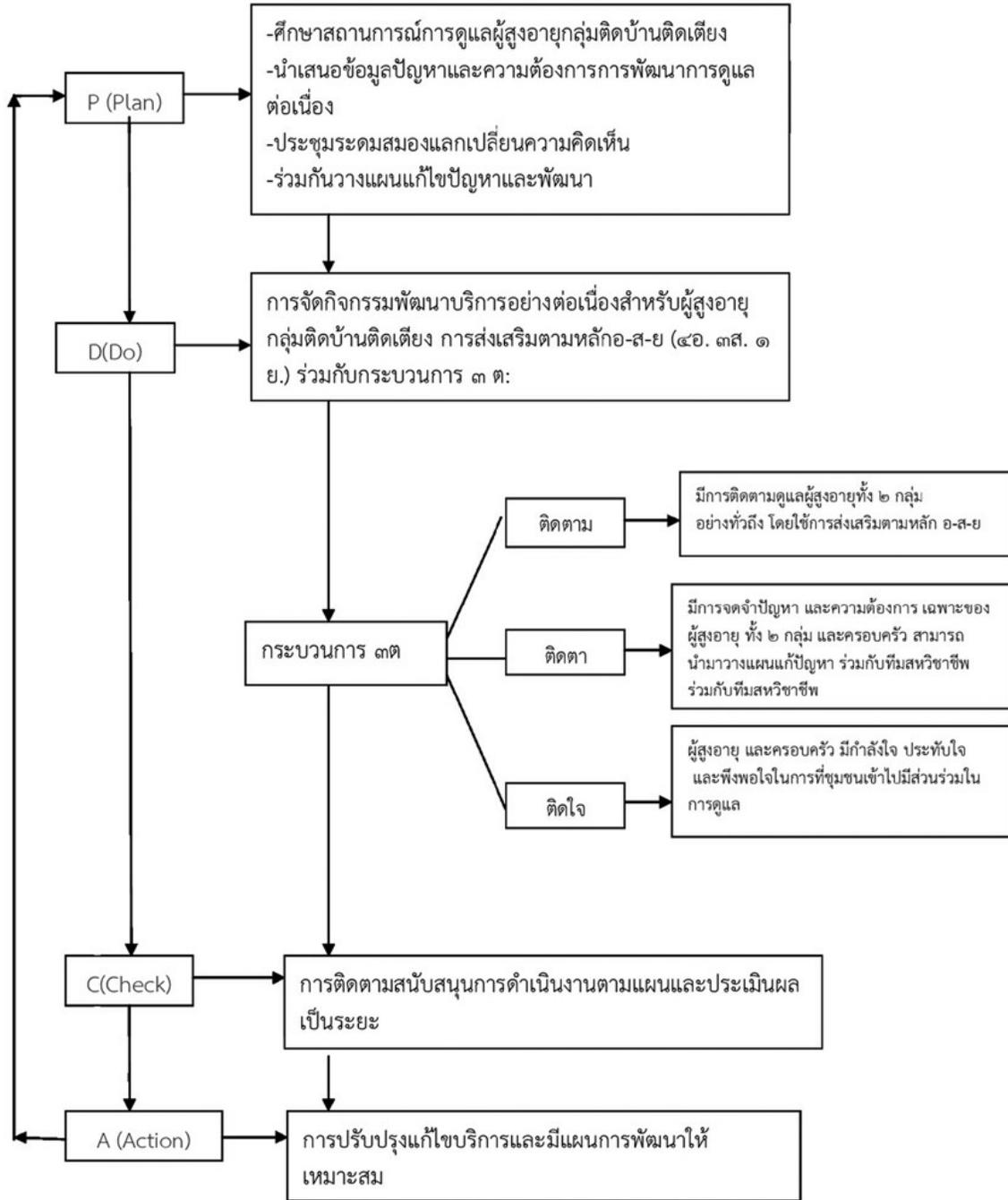
8) แบบรายงานส่งต่อการเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสำหรับ อสม/อผส.

9) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลต่อการบริการเยี่ยมบ้านแบบ “3 ต”

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการพัฒนาใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ รับรู้ปัญหา

วางแผนการพัฒนา ปฏิบัติตามแผน ติดตามตรวจสอบ ประเมินผล และวางแผนการแก้ไขต่อเนื่อง 2 รอบ ดังภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะ ประเมินผล



ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาการดำเนินงานคุณภาพ Deming Cycle (PDCA)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเป็นร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

มีการปรับปรุงพัฒนา PDCA 2 รอบมีผลดังนี้
รอบที่ 1

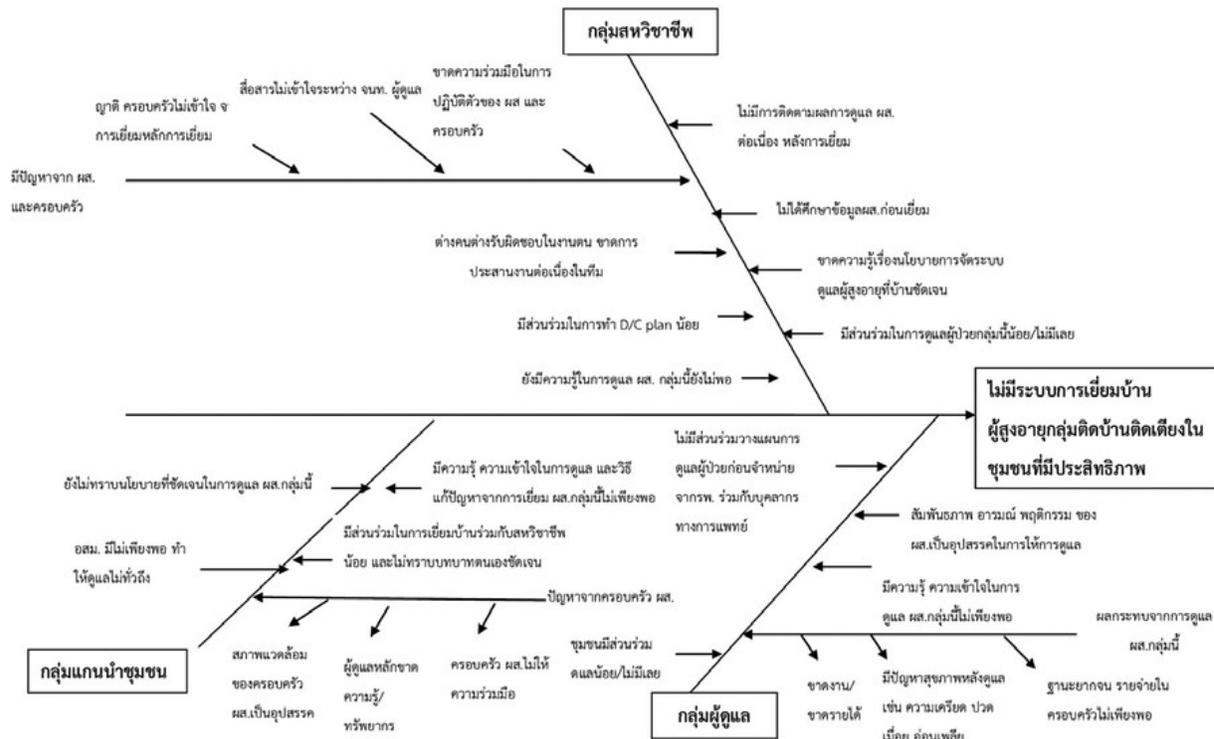
1. Plan ระยะเตรียมการ

1.1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ทบทวนความรู้จากเอกสารตำรา วิชาการ

1.2. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในโครงการ ใช้เครื่องมือจำนวน 9 ฉบับ

1.3. เข้าสู่พื้นที่ศึกษา สร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้อง

1.4. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง จากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง จากผู้เกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มสหวิชาชีพ 2) กลุ่มแกนนำชุมชน 3) กลุ่มผู้ดูแล เพื่อสรุปและประเมินสถานการณ์ในภาพรวม ก่อนการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภูมิก้างปลา แสดงสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มกลุ่มติดบ้านติดเตียง

ผลจากขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการพบว่า

1) ผู้ดูแลผู้ป่วย ยังมองว่าทีมสุขภาพ มีความสำคัญในการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

2) เศรษฐฐานะในแต่ละครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การเจ็บป่วยบรรเทาลง

3) ที่ผ่านมาการเยี่ยมบ้าน จากภาคีเครือข่าย ยังช่วยผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุมปัญหา

4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีน้อยและไม่ต่อเนื่อง

5) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงบางรายขาดผู้ดูแลหลัก หรือไม่มีเลย



6) การเยี่ยมบ้านของภาคีเครือข่ายที่ผ่านมา
ยังแก้ปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัว ไม่ถูกต้อง

1.5. จัดประชุมระดมสมองครั้งที่ 1 จาก
การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำรูปแบบการเยี่ยม
บ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงผู้ร่วมประชุมดังนี้
1) หัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน
2) สหวิชาจำนวน 14 คน และ 3) เลขานุการผู้สูงอายุ
จำนวน 1 คน พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนให้
ความร่วมมือเป็นอย่างดี และได้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต ฉบับร่าง

2. Do ระยะดำเนินการ

2.1. กำหนดบทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพ
ตามรูปแบบการเยี่ยมบ้านฉบับร่าง

2.2 พัฒนาศักยภาพ อสม./อผส.จำนวน
15 คน โดย 1) การอบรมให้ความรู้ 2) ฝึกการใช้คู่มือ
การเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต. ฉบับ
ร่าง 3) ฝึกปฏิบัติเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง
แบบ “3 ต” ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และ 4) ฝึกเยี่ยม
ด้วยตัวเองตามหลัก 3 ต. 5) ฝึกเขียนแบบรายงานการ
เยี่ยม /การส่งต่อ

2.3 นำรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต. ฉบับร่าง ไปทดลองใช้
กับผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ
นำรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง
แบบ 3 ต. ฉบับร่างไปลองใช้ เป็นระยะเวลา 1 เดือน
ซึ่งผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ติดตาม สังเกตการณ์บันทึกผล และ
มีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ตลอดกระบวนการ

3. Check ระยะประเมินผล

ผลการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต. หลังจากทดลองปฏิบัติ
1 เดือน ได้มีการประเมินการใช้รูปแบบการเยี่ยม

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่พัฒนาขึ้น ผ่านแบบ
ประเมินความสามารถในการนำไปใช้ (Useability) และ
สะท้อนผลการดำเนินการโดยการเสวนากลุ่มและการ
ประชุมระดมสมองพบว่า ผู้ใช้ยังมีประเด็นปัญหา ดังนี้
ประเด็นปัญหาที่ 1) การใช้แบบฟอร์ม
แบบรายงานการเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสำหรับ
อสม./อผส. และ แบบรายงานส่งต่อการเยี่ยมผู้สูงอายุ
ติดบ้านติดเตียงสำหรับ อสม./อผส. มีความคล้ายคลึง
กันทั้งรูปแบบ และหัวข้อการเขียนทำให้ผู้ใช้สับสน
เสนอให้มีการปรับปรุงแบบฟอร์มทั้ง 2 ชนิด ดัง
ตัวอย่างเช่น

อสม./อผส. คนที่ 1 “แบบฟอร์มมัน
เหมือนกันเกินไป พี่สับสน เขียนสลับไปสลับมา
มัน...ต้องมานั่งลบใหม่”

อสม./อผส.คนที่ 2 “อยากให้มีการปรับ
แบบสักนิดนึง อย่าให้แบบรายงานการเยี่ยมกับ แบบ
รายงานส่งต่อเหมือนกันเกินไป พี่หิบบิดหิบบิด”

ประเด็นปัญหาที่ 2) หมอครอบครัวควร
เยี่ยมบ้านประกบ อสม./อผส. อย่างน้อยอีก 1 เดือน
เพื่อสร้างความมั่นใจแก่อาสาสมัคร และช่วยอาสาสมัคร
ทบทวน การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายเป็นระยะ ๆ ดัง
ตัวอย่างเช่น

อสม./อผส.คนที่ 1 “พี่ไปเยี่ยมตามแบบที่
ให้เยี่ยม เข้าใจแหละ แต่พอไปเองบางอย่างไม่ค่อย
มั่นใจเช่นเวลาญาติผู้สูงอายุถามมาๆกลัวตอบไม่ได้”

อสม./อผส.คนที่ 2 “ถ้าให้ติอยากให้น้อง
ที่โอนามัยไปกับเราก่อนได้มั๊ย?” ช่วงเดือนแรกๆ เพิ่ม
ความมั่นใจในการเยี่ยมให้พวกเราหน่อยค่ะ”

รอบที่ 2

1. Plan ระยะเตรียมการ

1.1 ประชุมระดมสมองเพื่อทบทวนการ
ดำเนินงานพัฒนา ประกอบด้วย สหวิชาชีพและแกนนำ

ชุมชนเพื่อปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติตามปัญหาที่พบ และปรับร่างรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ

2. Do ระยะเวลาดำเนินการ

2.1 นำแบบฟอร์มทั้ง 2 ชุดมาใช้ปฏิบัติจริง และให้อาสาสมัครเยี่ยมพร้อมหมอครอบครัว

2.2 พัฒนาศักยภาพ อสม./อผส. เฉพาะรายที่ต้องการทบทวนความรู้ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายผ่านทางหมอครอบครัว

2.3 ฝึกการใช้คู่มือการเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่ม ตัดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต. ฉบับร่าง

2.4 ฝึกปฏิบัติเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มตัดบ้าน ติดเตียงแบบ 3 ต. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2.5 ฝึกเยี่ยมด้วยตัวเองตามหลัก “3 ต” และฝึกเขียนแบบรายงานการเยี่ยม / การส่งต่อ

3. Check ระยะเวลาประเมินผล

การพัฒนาารูปแบบการเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่ม ตัดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต หลังจากทดลองปฏิบัติต่อ อีก 1 เดือน ได้มีการประเมินและสะท้อนผลการ ดำเนินการโดยการเสวนากลุ่มและการประชุมระดม สมองพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัดบ้านติดเตียงและผู้ดูแล มีความพึงพอใจในการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ที่ค่าเฉลี่ย 4.32 ดังตัวอย่างความคิดเห็นของผู้สูงอายุและผู้ดูแลดังนี้

ผู้สูงอายุคนที่ 1 “ชอบๆ เวลาคนมาเยี่ยม บ่อยๆ เพราะเราอยู่แต่ที่บ้านไปไหนลำบาก มีญาติ ก็นานๆ ที่มาเยี่ยมสักที”

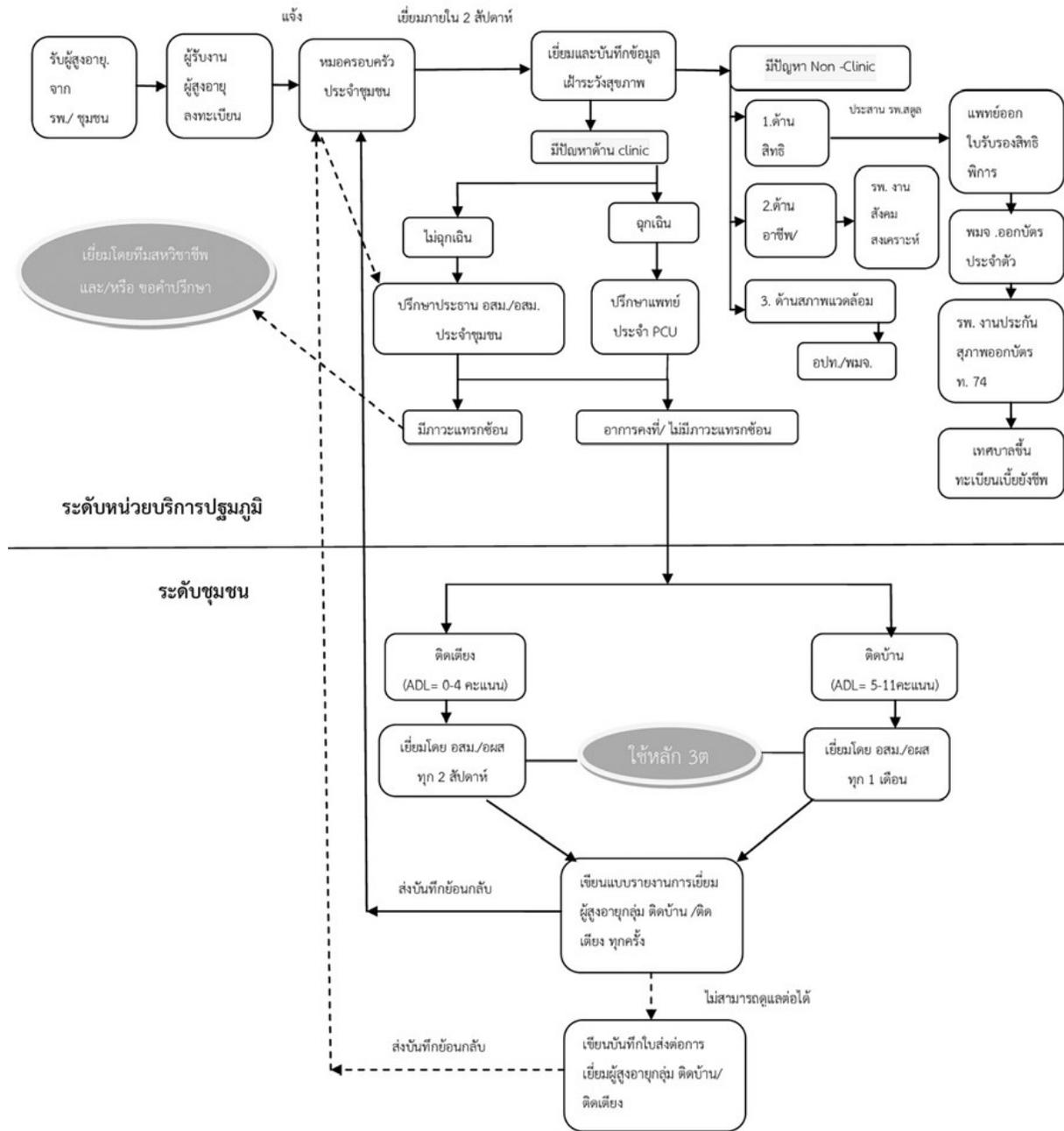
ผู้สูงอายุคนที่ 2 “รู้สึกอุ่นใจที่ มีเจ้าหน้าที่ อสม.มาเยี่ยมบ่อยๆ เวลามีปัญหาอะไรจะได้ถาม ง่าย ๆ เมื่อก่อนบางทีกังวลเรื่องกิน เรื่องโรคไม่รู้จักถาม ใคร”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุคนที่ 1 “ดีแล้วครับที่เยี่ยม แบบนี้ เราจะได้รู้บ้าง เพิ่งรู้ว่าคนไข้สูงอายุ ได้สิทธิ 2 สิทธิ ทั้งสิทธิผู้สูงอายุและผู้พิการ ตอนแรกเข้าใจว่า ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุคนที่ 2 “ดีแล้ว มาเยี่ยมแบบนี้ เหมือนมีญาติ ได้รู้สึกสบายใจเพราะญาติเราอยู่ หาดใหญ่ มาอยู่สตูลรู้จักคนไม่มาก แบบนี้อุ่นใจดี อสม. พุดเพราะ ใจเย็นด้วย”

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัดบ้าน ติดเตียงมีค่าความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า การนำรูปแบบนี้ไปใช้กับ ผู้สูงอายุตัดบ้านติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแล ไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุเท่าที่ควรมี ข้อจำกัดในการนำไปใช้ เช่น ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลใน ครอบครัวหมุนเวียนกัน การแก้ไขปัญหาแต่ละครั้งจึง ไม่ต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กลุ่มตัดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต” ดังภาพที่ 3



หมายเหตุ ; 1) ——— ทำในผู้สูงอายุทุกราย, ----- ทำในผู้สูงอายุบางราย
 2) กรณีพบผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง นอกเขตย้ายเข้ามาในพื้นที่ และ/หรือ ไม่ได้ผ่านการส่งต่อจากโรงพยาบาลสตูลให้รายงาน หมอครอบครัวประจำชุมชนทันที

ภาพที่ 3 รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.”

รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต” ประกอบด้วย 2 ระดับ คือ

1) ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเริ่มจากผู้รับงานผู้สูงอายุรับผู้ป่วยมาลงทะเบียน และส่งต่อให้หมอครอบครัวแต่ละชุมชนดูแลต่อ แยกปัญหาผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ 1.1) กลุ่มที่มีปัญหาด้านคลินิก แบ่งเป็นฉุกเฉิน ไม่ฉุกเฉิน และ 1.2) มีปัญหาด้านอื่น ๆ เช่น ด้านสิทธิ ด้านอาชีพ และด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อระดับหน่วยบริการปฐมภูมิดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายอาการคงที่ จะส่งต่ออาสาสมัครในระดับชุมชนต่อไป รูปแบบในระดับนี้ ช่วยให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ รับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง รวมถึงสามารถประเมินและแก้ปัญหาเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุได้

2) ระดับชุมชน โดยแยกผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม 2.1) กลุ่มติดเตียงเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ 2.2) กลุ่มติดบ้านเยี่ยมทุกเดือน โดยเขียนแบบรายงานการเยี่ยมและแบบรายงานการส่งต่อ แก่หมอครอบครัวประจำชุมชน ตามเกณฑ์ที่กำหนด รูปแบบในระดับนี้ ช่วยให้อาสาสมัครในชุมชนมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง สามารถประเมินอาการ และความต้องการเบื้องต้นของผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงสามารถฝึกทักษะการสังเกต และการเขียนบันทึกการเยี่ยม/การส่งต่อได้

อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต” เป็นการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนประกอบด้วย 1) ภาครัฐบริการ

ชุมชน 2) ภาครัฐบริการท้องถิ่น 3) ภาครัฐบริการสุขภาพ และ 4) ภาครัฐบริการสังคม เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการหล่อหลอมให้เกิดการเพิ่มศักยภาพของบริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้มีขีดความสามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ในการพัฒนาอย่างแท้จริง ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาคนให้รู้จักใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์อย่างมีวิจารณญาณในการวางแผนและตัดสินใจดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเองอย่างอิสระเป็นประชาธิปไตยและสอดคล้องกับความต้องการปัญหาสุขภาพท้องถิ่นชุมชนนั้น (วสุรตันวัฒนกุล, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของสริณญา ปิ่นเพชร (2555) เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการคัดกรองสุขภาพครบทุกคน กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ในเรื่องโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ที่พบว่าเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ญาติ ครอบครัว โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นภาคีเครือข่ายร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

สรุปผลลัพธ์หลังการพัฒนาารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.” พบว่าร้อยละของการเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงคะแนนความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับ การศึกษาของแพรวณา แหวนมุข พาฝัน ภูมิทอง และธนกร จีระออน (2555) ศึกษา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน



โนนเจริญอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัว การมีส่วนร่วมของชุมชน และผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.” มีความเหมาะสม และเกิดประโยชน์ได้จริงแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นเครื่องมือ และแนวทางให้อาสาสมัคร ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนของตน

2. เป็นเครื่องมือช่วยในการทำงานของ CM (Care Manager), CG (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุรองรับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบการนำรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.” ไปใช้ในพื้นที่หรือบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน เพื่อศึกษาว่าสามารถทำให้เกิดทักษะ และกระบวนการคิดรูปแบบว่าจะ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ขยายผลรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ได้ไปยังวิชาการพยาบาลอื่นๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผู้พิการในชุมชน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาการมีส่วนร่วม และพัฒนากระบวนการคิดต่อไป



เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี. (2555). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธัญพร สมันตรัฐ. (2553). *การพัฒนาคู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไทยมุสลิม*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2546). 1-2-3 ในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารพถุฒวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 4(4), หน้า 35-37.

แพรวนภา แหวนมุข, พาฝัน ภูมิทอง, และธนกร จิระออน. (2555). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโนนเจริญ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารผลงานวิชาการนำเสนอระดับกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555*. หน้า 266.

วสุธร ต้นวัฒนกุล. (2547). *สุขภาพอนามัยชุมชนและกระบวนการพัฒนา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรรณภา ศรีธัญญรัตน์ และ ลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). *แนวปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน โรงพยาบาลสตูล. (2556). *แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังสุขภาพและเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ*; อ้างจาก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน โรงพยาบาลสตูล. (2558). *ทะเบียนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง*.

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

สรินญา ปิ่นเพชร. (2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารผลงานวิชาการนำเสนอระดับกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555*. หน้า 262.



สุทิศา ส่องคะวาทิน. (2557). *การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM)*. ในเอกสารประชุมเรื่อง กลยุทธ์การสร้าง ความประทับใจในการทำงาน 3s (Service-Smile-Smart). เข้าถึงข้อมูลวันที่ 5 มีนาคม 2558. จาก <http://readgur.com/doc/2108028/km-3-s>

อัมพรพรรณ ธรานุตร. (2552). *แนวคิดและหลักการของการดูแลต่อเนื่อง*. ในเอกสารประกอบการประชุมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. (หน้า 1-21). ระหว่างวันที่ 25-27 มีนาคม 2552 ณ โรงแรมเจริญธานี. ขอนแก่น: เพ็ญพรินตัง.

Deming, W. Edwards, (1986). *Out of the Crisis*. Massachusetts: MIT Center for Advanced Engineering Study.

World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*. Derek Yach Executive Director, *Noncommunicable Diseases and Mental Health*, Geneva, Switzerland.

