

รายงานการวิจัย

ชื่อโครงการย่อยที่ 3

การเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนด้านการดูแลผู้สูงอายุ

Community Empowerment for Elderly Care

ทีมวิจัย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นลพรรณ อาสนพาณิชย์	เทศบาลเมืองคูคต ลำลูกกา ปทุมธานี
ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทางเทศบาลเมืองคูคต ที่กรุณาให้ใช้สถานที่ ที่ห้องประชุมของเทศบาลในการฝึกอบรม ขอขอบคุณ คุณนลพรรณ อาสนพาณิชย์ รองนายกเทศมนตรี เทศบาลเมืองคูคต ที่ช่วยติดต่อประสานงาน คุณลำดวน โรจรัตน์ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองคูคต ที่ช่วยประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมด ขอบคุณ คุณเอกวัฒน์ โตวัฒนา ที่ช่วยจัดเตรียมสถานที่ ขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ขอบคุณวิทยากรทุกท่าน ขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 62 คนซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละชุมชน มาให้การอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลา 1 วัน มีการประเมินผลก่อน-หลังการอบรมและจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ความช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน จากนั้น กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ประสบการณ์ที่ได้จากการอบรมไปถ่ายทอดแก่คนในชุมชน จำนวน 5 คน และติดตามประเมินการถ่ายทอดความรู้อีกครั้งหนึ่ง

ผลการวิจัย หัวข้อการอบรมที่ได้จากความต้องการของชุมชน 3 อันดับแรกประกอบด้วย1) โรคที่มากับวัยสูงอายุ 2) โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 3) ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้ง 3 หัวข้อก่อนการอบรมและหลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกัน (11.20 ± 1.66, 11.12 ± 1.78) อาจเนื่องมาจากหัวข้อที่อบรมมีการรณรงค์การให้ความรู้จากหลายสื่อและเป็นหัวข้อที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ดีอยู่แล้ว การติดตามการถ่ายทอดความรู้ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คนไปถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่งใบติดตามการถ่ายทอดความรู้กลับมาจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.58 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชนครบ 5, 4 และ 2 คน มีจำนวน 42, 2 และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33, 4.44 และ 2.22 ตามลำดับ คะแนนการถ่ายทอดความรู้ด้านโรคที่มากับวัยสูงอายุ ด้านโภชนาการ และด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.20, 3.94 และ 4.00 ตามลำดับ ด้านการได้รับคำแนะนำจาก อสม. และด้านความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.30 และ 4.01 ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด 4.09 ซึ่งเป็นระดับค่าเฉลี่ยในช่วง 3.50 - 4.49 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมาก

สรุปผลการวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในหัวข้อหรือปัญหาที่พบบ่อยในชุมชนในระดับดี ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่คนในชุมชนในระดับมาก เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจะช่วยเรื่องการประสานงานการแลกเปลี่ยน การขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกเมื่อเกินขีดความสามารถของชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือกลไกหลักที่จะทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ การสร้างเสริมความเข้มแข็งด้านความรู้และการเขียนโครงการเพื่อขอทุนภายนอกแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสำคัญ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นองค์กรหลักในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม จึงมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน

Abstract

This research is quasi experimental design. The control groups contained 62 Village Health Volunteers which each representing the communities. After one day training provided knowledge for elderly care, all of them were evaluated before and after the training and had established a network for elderly care in the community ; to share learning, help each other to pass on knowledge and experience for 5 people in each community and reevaluate the following of knowledge transfer.

Result: The topics were Diseases that come with aging; Nutrition for elderly; Risk analysis and fall prevention for elderly which the most three topics of the training needs of the community. The average knowledge score before and after the training were not different (11.20 ± 1.66, 11.12 ± 1.78); possibly because the topics of interest were so common in the community and had been the campaigning through various media. Following the transfer of knowledge; 45 Health Volunteers submit a follow-up to the transfer of knowledge were 71.42%. The percentage of volunteers to transfer knowledge to the community for 5, 4 and 2 people were 91.11, 0.04 and 0.02 respectively. The average score of gained knowledge in self- care; nutrition; risk analysis and fall prevention of elderly through the transfer of knowledge were 4.20, 3.94 and 4.00 respectively. The average score of the advice from health volunteer and care of the elderly in the community care network were 4.30 and 4.01 respectively; the total average score was 4.09 which average level during the 3:50 to 4:49 could mean of transfer knowledge highly.

Conclusion: The Health Volunteers had the ability to transfer knowledge and putting it into practice. Network for the elderly care in the community will help to coordinate for knowledge sharing and getting help from outside agencies when it exceeds the capacity of the community. Health Volunteers were a key success for the sustainable elderly care in the community.

Suggestion: The Health Volunteer strengthening in knowledge and writing grant project applications were important. Local governments had to be a major organizations in operating and management for long term elderly care under the National Health Security Fund for local residents by integrating with the social welfare. That would lead to sustainable elderly care.

สารบัญเรื่อง

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ค
สารบัญเรื่อง	ง
สารบัญตาราง	ง
สารบัญรูป	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย	14
บทที่ 4 ผลการวิจัย	18
บทที่ 5 อภิปรายและวิจารณ์ผล	23
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	24
บรรณานุกรม	27
ภาคผนวก	28

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ	18
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของอสม. ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตนจำนวน 5 คน	19
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของอสม. ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตนจำนวน 4 คน	20
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของอสม. ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตนจำนวน 2 คน	20

สารบัญรูป

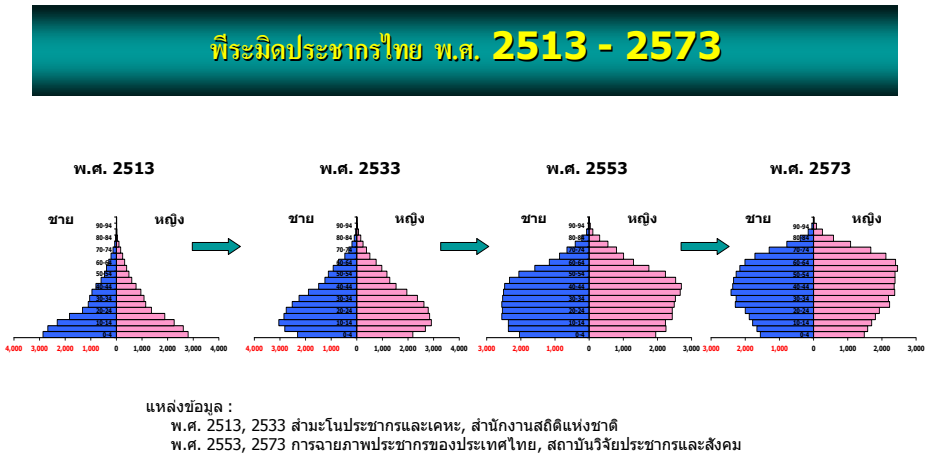
	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร	1
ภาพที่ 2 แสดงลำดับขั้นของการคงอยู่ของความรู้ผ่านการเรียนรู้แบบต่างๆ	13

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่กำลังเกิดขึ้น คือการก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2533 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 4 ล้านคน (ร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ) เมื่อเวลาผ่านไป 10 ปี ในปี พ.ศ. 2543 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นเกือบ 6 ล้านคน (ร้อยละ 9.43) คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นกว่า 11 ล้านคน (ร้อยละ 19.9 ของประชากรทั้งประเทศ)



ภาพที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนประชากรนี้เป็นผลจากปัจจัย 2 ประการคือ

ประการแรก คนไทยนิยมมีลูกน้อยลง ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการวางแผนครอบครัวที่ได้ผลดี ซึ่งมีผลทำให้ประชากรวัยเด็กและวัยทำงานมีอัตราลดลง ประการที่สอง การพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ดังจะเห็นได้จาก อายุคาดเฉลี่ยของคนไทย เท่ากับ 72 ปี (68 ปี สำหรับเพศชาย และ 75 ปี สำหรับเพศหญิง) ในขณะที่ประชากรวัยทำงานลดลง ส่งผลให้ผู้ที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในอนาคตลดลงและ อัตราส่วนการเป็นภาระมากขึ้น เมื่อประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น โอกาสที่จะเป็นโรคไม่ระบาดเรื้อรังก็จะมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้ความเข้าใจในโรคเหล่านี้ด้วย

ทฤษฎี สมมติฐาน และ/ หรือกรอบแนวความคิดของการวิจัย

การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุจำเป็นต้องจัดระบบการบริการสุขภาพแตกต่างจากวัยอื่น ทั้งในลักษณะโรคที่มักจะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมของอวัยวะ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ความต่อเนื่องในการรักษา การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว และชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรคโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก็ยิ่งทำให้การดูแลรักษามีความซับซ้อนขึ้น พร้อมกับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่มากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

การเตรียมพร้อมในการรับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยผู้ที่มีความรู้และผ่านการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ ปัญหาสุขภาพจิต และโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยทั่วไป คำถามที่ตามมาคือประเทศไทยจะดำเนินการอย่างไรในการเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ โรงพยาบาลจะมีเตียงเพียงพอที่จะรองรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้เพียงใด ครอบครัวมีความพร้อมเพียงใดในการดูแลพ่อแม่ยามเจ็บป่วยและไม่มีรายได้ การเตรียมพร้อมในวันนี้จึงมีความจำเป็น เพื่อที่จะรองรับสังคมผู้สูงอายุ ในอนาคตอันใกล้นี้ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิต มีความรู้ความสามารถกระทำคุณงามความดีแก่สังคม เป็นผู้สืบทอดภูมิปัญญาที่มีคุณค่า และยังคงมีพลังในการสร้างสรรค์สิ่งดีๆ ที่สำคัญผู้สูงอายุคือผู้มีพระคุณที่เลี้ยงดูลูกหลานมาจนเติบใหญ่ ควรที่ลูกหลานและชุมชนจะต้องตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุให้มาก ในวันหนึ่งที่ลูกหลานเติบโตเป็นผู้สูงอายุก็ควรได้รับความเคารพนับถือ และดูแลจากประชากรรุ่นถัดไปเช่นเดียวกัน

ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นรูปแบบบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมักนำมาซึ่งภาวะทุพลภาพไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการบริการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง จากขนาดครัวเรือนที่ลดลง การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพลภาพมีมากขึ้น เป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีด

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัว และชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการสำคัญในการพัฒนา

1. ผู้มีภาวะทุพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง และติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึงได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

2. การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชนไม่ไปแบ่งบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุนยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและตามระดับการพึ่งพิง

3. ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอาศัยบุคลากรที่มิใช่วิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

4. ทุกพื้นที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาล ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

การคัดกรองและตรวจประเมินภาวะพึ่งพิง แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม

1. ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ **(กลุ่มติดสังคม)** ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีคะแนนรวมความสามารถทาง ร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12/20 คะแนนและมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจเท่ากับหรือมากกว่า 5/8 คะแนน

2. ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง **(กลุ่มติดบ้าน)** มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกาย อยู่ในช่วง 5-11/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน

3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ **(กลุ่มติดเตียง)** มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 0-4/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Trained Care Giver)

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ หมายถึง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยเป็นผู้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการนี้ อาจพัฒนาขึ้นมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มารับการอบรมและได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการ เนื่องจากบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนั้นเป็นบริการที่จำเป็นต้องมีการจัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่เหมาะสำหรับการจัดในลักษณะอาสาสมัคร เพราะคำว่า “อาสาสมัคร”ย่อมหมายถึงความสะดวกของผู้อาสาสมัคร ว่างก็ทำ ไม่ว่างก็ไม่ทำ

บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วย การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลกรณีใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย (สายสวนต่างๆ การให้อาหารทางสาย การใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ) การดูแลแผล กดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น การดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม โดยในปัจจุบันมีหลักสูตรการอบรมที่จัดโดยหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงศึกษา กระทรวงแรงงาน และปัจจุบันมีของกรมอนามัยร่วมด้วย ทั้งนี้หลักสูตรมาตรฐานตามที่กรมแรงงานกำหนดคือ 420 ชั่วโมง ซึ่งเมื่ออบรมหลักสูตรนี้แล้วสามารถมาสอบขึ้นทะเบียนได้ หากสอบได้จะได้รับประกาศนียบัตรและได้รับการคุ้มครองด้านแรงงาน (ค่าตอบแทน)

ดังนั้นเพื่อรักษาสิทธิแก่ผู้ช่วยเหลือดูแล จึงควรจัดการอบรมให้ได้ตามมาตรฐานกฎหมายแรงงานกำหนด อย่างไรก็ดีในการอบรมนั้นควรอบรมเป็นระยะและให้ปฏิบัติงานไปด้วย เช่น อาจจะเริ่มที่ 70 ชั่วโมง และให้ไปทำงานและฝึกอบรมเฉพาะเพิ่มเติมเมื่อมีผู้สูงอายุในแต่ละลักษณะ เป็นต้น และสะสมให้ได้ครบ 420 ชั่วโมง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ 1 คน ควรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5-10 ราย คละระดับของการมีภาวะพึ่งพิง นอกเหนือจากบุคลากรทั้งสองประเภทที่กล่าวข้างต้นแล้ว ต้นทุนทางสังคมหลักที่ทุกพื้นที่มี คือ อาสาสมัครสาธารณสุข/ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ/ วัด/ โรงเรียน ซึ่งสามารถนำมาสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทหลักในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม จึงมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ การพัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ทั้ง ผู้สูงอายุ/ ผู้ดูแล การสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ เช่น การจัดตั้งศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ การสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยงาน/ องค์กร/ ชมรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ และร่วมกำกับติดตามประเมิน

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าใจภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าใจการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
4. เพื่อให้มีการพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ให้เป็นเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ และประชากรในชุมชนที่สนใจ จำนวน 62 คน

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุมากขึ้น
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจในภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุมากขึ้น
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
4. พัฒนาระบบอาสาสมัครมาธารณสุขให้เป็นเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน/ ท้องถิ่น” เมื่อ ตุลาคม 2555

จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทางกายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับโดยในปี พ.ศ. 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คน ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คนพิการ และผู้มีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือได้รับการบาดเจ็บ เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดในสมอง ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองบกพร่อง เป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการดำรงชีพอย่างมาก ความจำเป็นด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้จึงต้องการมากกว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ซึ่งมีร้อยละ 78 มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพดี

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีร้อยละ 20 มุ่งเน้นกิจกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพ home care / home health care

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีร้อยละ 2 มุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต และการตระหนักถึงความต้องการของผู้สูงอายุและญาติเมื่อเกิดการเสียชีวิต

คำนิยาม “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายถึง

ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากภาภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ และหรือความพิการต่างๆทำให้มีภาวะพึ่งพา ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจอย่างเป็นอิสระแต่ต้องการช่วยเหลือ หรือเฝ้าระวังจากบุคคลอื่น

องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. การจัดโครงสร้างการทำงานบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
2. การออกแบบระบบการให้บริการ
3. การสนับสนุนการตัดสินใจ
4. การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก
5. การสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับโรคเรื้อรัง

6. การเชื่อมโยงเสริมพลังชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทอย่างมาก ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี และจำเป็นต้องสร้างให้เกิดนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น รวมทั้งทำให้เกิดแนวปฏิบัติในระดับชุมชนที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพชุมชน เป้าหมายที่ต้องการระดับชุมชน คือ ชุมชนมีความพร้อมและศักยภาพในการร่วมมือสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งส่วนที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การป้องกันความเสี่ยง การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค

กรณีตัวอย่าง โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

1.การจ้างนักบริบาลประจำหมู่บ้านขึ้นโดยการสนับสนุนจากอบต.เป็นรัฐสวัสดิการท้องถิ่นสนับสนุนดูแล 8 ชั่วโมง เป็นเวลาราชการ ดูแลใกล้ชิด และดูแลคนป่วยพิการที่อยู่ตามบ้านเหมือนศูนย์เอกชน แต่ทำให้เป็นกระบวนการภายในชุมชน สร้างเป็นนักบริบาลในชุมชน อาศัยแรงจากคนในชุมชนเข้ามาดูแลในชุมชนเอง สร้างฐานเรื่องชุมชนเข้มแข็ง เริ่มทำในกลุ่มคนพิการ โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว (จากสำรวจข้อมูลคนพิการในพื้นที่ พบว่ามีคนพิการ 724 คน จากประชากรรวม 2.5 หมื่นคน) อบต.สนับสนุนค่าใช้จ่ายจ้างนักบริบาลประจำหมู่บ้านวงเงิน 5,000 บาทต่อคนต่อเดือน แนวคิดให้ดูแลเหมือนพ่อแม่ตนเอง งานบางอย่างจำเป็นต้องมีคนทำรอไม่ได้ เช่น ตัดเล็บ ล้างอุจาระ ปัสสาวะ อาบน้ำ ป้อนข้าว ตัดผม ทำแผล ปัดกวาดเช็ดถู ดูแลทำกายภาพเป็นเพื่อนคุยคลายเหงา เพื่อไปช่วยแบ่งเบาภาระครอบครัว เพิ่มคุณภาพชีวิต พร้อมเสริมศักยภาพครอบครัว

2.การจัดลำดับความเร่งด่วนของกลุ่มเป้าหมาย

นักบริบาล 1 คนต่อประชากร 100 คน จำแนกเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงได้ 5-10 คน ซึ่งต้องเข้าดูแลทุกวัน สำหรับกลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ เข้าเยี่ยมบ้าน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ กำหนดเวลาทำงานในเวลาราชการ 8 ชั่วโมงตั้งแต่ 08.00-16.00 น.

สรุปกลุ่มเป้าหมายจำแนกได้ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ดีอยู่แล้ว นักบริบาลจะช่วยเสริมแรง ทำให้ศักยภาพการดูแลในระดับบุคคล ครอบครัวเข้มแข็งมากขึ้น 2) กลุ่มที่ครอบครัวต้องการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยแต่ติดขัดที่ปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว นักบริบาลจะมีหน้าที่เสริมแรงทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนในครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น ผู้ดูแลจะไม่รู้สึกโดดเดี่ยว 3) ครอบครัวไม่ดูแล แม้จะมีนักบริบาลก็ยังเหมือนเดิม จำเป็นต้องชักชวน จูงใจให้ครอบครัวเข้ามาดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

3.การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย ท้องถิ่น/ ชุมชน มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน 1.รัฐบาลท้องถิ่น(อบต./ เทศบาล) เป็นรัฐสวัสดิการ 2.ระบบสุขภาพชุมชน ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน หรืออาจจะกล่าวได้ว่ามีการดูแลโดยชุมชน มีชาวบ้านเป็นฐานในการดูแล ภายใต้ความร่วมมือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่จะทำหน้าที่เป็นหน่วยสนับสนุนดังนี้

1) โรงพยาบาลชุมชน: แหล่งสนับสนุนวิชาชีพ การฝึกอบรม และการฝึกปฏิบัติ แหล่งประสานงานกับภายนอก แหล่งสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาล

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: เจ้าของครอบครัว กำกับงาน แหล่งยาและเวชภัณฑ์

3) องค์การบริการส่วนตำบล: จ้างนักบริบาลประจำหมู่บ้าน ดูแลเยียวยาคุณภาพชีวิต ปรับปรุงสภาพแวดล้อม อำนวยความสะดวกการส่งต่อ ค่าครองชีพและอาชีพ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อการจัดบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม

กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง

การจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มผู้สูงอายุช่วยเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม เป้าหมายสำคัญคือการส่งเสริมสุขภาพและการชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุ กลุ่มติดบ้านเป้าหมายสำคัญคือ การควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพ และสำหรับกลุ่มติดเตียง เป้าหมายสำคัญคือ การควบคุมอาการ การประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้าย

แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มนั้น ต้องเข้าใจลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และต้องตระหนักในเป้าหมายของการบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม จึงจะสามารถจัดบริการที่สอดรับกับความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (well elder) หรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) ซึ่งนอกจากจะระบุลักษณะที่ใช้ในการพิจารณาจัดกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว ยังบ่งบอกเป้าหมายการจัดบริการที่ สอดคล้องกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มไว้ เพื่อให้เป็นเป้าหมายของการให้บริการ เป้าหมายของบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยภาพรวมนั้น อยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันภาวะทุพพลภาพ (prevent disability) และการส่งเสริมความเป็นอิสระมากที่สุด (enhance independence) แต่ด้วยความที่ผู้สูงอายุแต่ละคน แต่ละกลุ่มมีลักษณะทางสุขภาพและสังคมที่แตกต่างกัน ดังนั้น การให้บริการจึงต้องมีจุดเน้นที่เป็นเฉพาะของแต่ละกลุ่ม การจัดบริการให้กับผู้สูงอายุต้องสอดคล้องกับ ความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบคลุมความเป็นองค์รวม และเป็นบริการที่บูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ดังนั้น การจัดบริการด้านสุขภาพ จึงต้องพิจารณามิติความสามารถในการทำหน้าที่และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ร่วมกับโรคและความเจ็บป่วยที่มีอยู่ด้วยเสมอ และการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มนั้นจะต้องครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การป้องกันภาวะทุพพลภาพ การรักษา และฟื้นฟูสภาพ เพียงแต่จุดเน้นของการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละ กลุ่มจะมีความต่างกัน ได้แก่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพโดยรวมดี เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันทั้งโรคและภาวะทุพพลภาพ ในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอยู่ในสถานะเสี่ยง และเน้นการดูแล รักษาฟื้นฟูสภาพ และชะลอหรือลดทอนภาวะทุพพลภาพ ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทุพพลภาพและพิการ ส่วนบริการด้านสังคมต้อง

พัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ และภารกิจประสาน การบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมอื่นๆ กับองค์กรท้องถิ่น และ ภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งชุมชน ภาครัฐ

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (well elder) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ในด้านสุขภาพ สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (instrumental Activity of Daily Living: IADL) ได้ เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1- 2 โรค แต่ควบคุมได้ ในด้านสังคม กลุ่มนี้จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยเหลือครอบครัว-ผู้อื่น-สังคม ได้ อาจมีปัญหา/ ทุกข์ยาก/ เดือดร้อนด้วยหรือไม่ก็ได้ เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การคงภาวะสุขภาพและ ความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง พัฒนาความสามารถ ในการใช้ศักยภาพ และภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างสูงสุด

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน มีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการ ไปมาได้โดยอิสระ ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะมีความจำกัดในการดำเนิน ชีวิตในสังคมชัดเจน และอาจมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานหรือต่อเนื่องบางประการ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือ จากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ หรือผู้ช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการ ความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร หรือกลุ่มที่แม้จะรับประทานอาหารได้เองแต่อาจทำหกเลอะเทอะ/โต๊ะเปื้อนได้ การขับถ่าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปห้องสุขา ช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้มีโรคประจำตัวหลายโรค (comorbidity/ multimorbidity) โดยมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือ มีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการ ของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่มีผลต่อการเคลื่อนที่ และการเข้าสังคม ทางด้านร่างกาย เช่น การมีความยากลำบาก ในการเคลื่อนที่ (instability & impair mobility) ทางด้านจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้า ทางด้านสติปัญญา-การคิดรู้ เช่น ภาวะหลงลืม และสมองเสื่อม ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้ เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมกับสังคมน้อย เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมที่วัดได้เช่นเดิม รวมถึงกลุ่มที่ไปมานอกบ้าน ได้โดยอิสระแต่ไม่ชอบออกสังคม และกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้เนื่องจากติดภาระทางบ้าน เช่น ต้องดูแลหลาน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีหรือไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัว และสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะช่วยเสริมสุขภาวะและเสริมศักยภาพชุมชน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหา ทุกข์ยาก เดือดร้อน การที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสังคมด้านนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากหน่วยงานด้านสังคม โดยการประสานงาน ของทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อสร้างสุขภาวะให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การดำรงการมีสุขภาพที่ดี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเสื่อมถอยของการทำ หน้าที่และภาวะ

ทุพพลภาพแต่เริ่มต้น และป้องกันการเกิดโรค (ใหม่) รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการมีส่วนร่วมในสังคมหรือใช้ภูมิปัญญาเพื่อสร้างสรรค์สังคม

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/ หรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะหง่อม/ เปราะบาง ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในการเคลื่อนย้าย และ/หรือในกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งได้ หรือแม้แต่ขยับตัวไม่ได้ในท่านอน ต้องการความช่วยเหลือ ในการเคลื่อนย้าย หรือพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีภาวะกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ และผู้สูงอายุอาจได้รับสารอาหารผ่านช่องทางอื่น (จมูก กระเพาะ อาหาร หรือลำไส้) การขับถ่าย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องขับถ่ายในท่านอน หรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา หรือต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ มีโรคประจำตัวหลายโรค (comorbidity/ multimorbidity) ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วย เรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหง่อม/เปราะบาง ที่มีผลต่อความต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมกับสังคมด้วยตนเองได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้าน ร่างกาย ปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนที่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จำเป็นต้องพึ่งพา ครอบครัว-ผู้อื่น-สังคม ในการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจไม่มีศักยภาพในการ ช่วยเหลือครอบครัว และสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ และครอบครัว ผู้ดูแล จะช่วยเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุและเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหาทุกข์ยาก เดือดร้อนด้วย ที่อาจมีผลต่อความต้องการการดูแลช่วยเหลือและ ปัญหาทางจิตใจ ซึ่งมักจะเป็นปัญหาด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกัน เช่น การขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ถูกทอดทิ้งอยู่ลำพัง หรือ ได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม การเข้าไม่ถึงสิทธิหรือบริการที่พึงได้รับ ปัญหาความยากจน ไม่มีรายได้ เป็นต้น ซึ่งปัญหาทางสังคมนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจาก หน่วยงานด้านสังคม โดยการประสานงานของทีมสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อสร้างสุขภาวะให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ที่เป็นอยู่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตภาพ โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความต้องการ และไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ผู้สูงอายุกลุ่มระยะสุดท้าย (bed bound elder end of life) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการของโรคและการดำเนินโรคที่มีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามความเป็นไปของโรค การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี โรคไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบัน และโรคนั้นคาดว่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ หรือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ซึ่งยากต่อการรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ หรือผู้สูงอายุที่หง่อมหรือมีความชราภาพมาก ผู้เจ็บป่วยกลุ่มนี้จะมีช่วงเวลาของชีวิตที่

เหลืออยู่ บางคนอาจมีระยะเวลาเหลืออยู่สั้น หลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน บางคนอาจมีระยะเวลาเหลืออยู่ยาวเป็นปี ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงอาจประสบกับความเจ็บป่วยหรือความเสื่อมถอยที่ทรุดลงเรื่อยๆ จนเสียชีวิต เป้าหมายของการจัดบริการมุ่งประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสงบ สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลครอบครัวต่อเนื่องหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยของ เล็ก สมบัติ ชุดโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ เรื่อง “ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน” สรุปได้ว่าปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุกำลังประสบกับสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้สิ่งที่ครอบครัวและผู้สูงอายุปฏิบัติต่อกันก็คือการรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกับภายในครอบครัว โดยยึดถือในประเพณีและความกตัญญูที่เคยปฏิบัติกันมาในอดีตและนอกจากนี้ยังต้องอาศัยความช่วยเหลือจากปัจจัยภายนอกได้แก่การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐบาล ภาคเอกชน กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และศาสนาที่ช่วยแบ่งเบาภาระที่เกินความสามารถของครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนั้นในทัศนะของครอบครัวส่วนใหญ่จึงสามารถยืนยันได้ว่ายังคงมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุและมีการบริหารจัดการกันในระหว่างสมาชิกในครอบครัวในการดูแล ในส่วนผู้สูงอายุก็ยอมรับในสภาพที่ได้รับการดูแลที่เปลี่ยนไปของครอบครัวที่ต้องปรับเปลี่ยนไปตามสภาพสังคมแต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังมีความมั่นใจว่าจะได้รับการดูและจากครอบครัวโดยเฉพาะในยามที่เจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยตนเองได้

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในระดับนโยบายควรกำหนดมาตรการเกี่ยวกับการส่งเสริมศักยภาพครอบครัว รณรงค์องค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชนให้ตระหนักในการจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวและเตรียมการป้องกันปัญหาในอนาคต ผลักดันให้กองทุนในชุมชน จัดสรรงบประมาณเพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ระดับปฏิบัติควรจัดบริการด้านสุขภาพไปสู่ผู้สูงอายุและสนับสนุนครอบครัวในชุมชนในรูปแบบที่บูรณาการและอย่างต่อเนื่อง จัดบุคลากรสาธารณสุขไปให้คำแนะนำแก่ครอบครัว อบรมอาสาสมัครในชุมชนพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุข สร้างเครือข่ายความช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุและจัดกิจกรรมสำหรับครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวในการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (2537 และ 2542) ได้ทำการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ (ภาวะจำกัดในการปฏิบัติกิจอันเป็นปกติของบุคคลอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความบกพร่อง หรือความพิการทางร่างกาย) ภาวะพึ่งพาและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยประสบอยู่คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด ภาวะซึมเศร้า และการหกล้ม

นอกจากนี้ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (2542) ยังพบว่าปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุ ทุก 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติและถือว่ามีปัญหาทุพพลภาพ โดยมีผู้ที่ประสบปัญหาทุพพลภาพนานกว่า 6 เดือน ถึงร้อยละ 19 และประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 4 ประสบปัญหาภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากมีจำนวนประมาณร้อยละ 1.7-2.1

ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือและมีการพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน ผลการศึกษาถึงสภาพบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับโดยการประเมินจากการได้รับบริการเกี่ยวกับโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคความดันเลือดสูง และพบว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 50 ที่เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ผู้มีฐานะดีหรือมีการศึกษาสูงจะมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและมีฐานะยากจนหรือการศึกษาด้อยกว่าอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานครมีสุขภาพแข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุภาคอื่นๆ ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเข้าถึงบริการได้มากกว่าและมีฐานะดีกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ

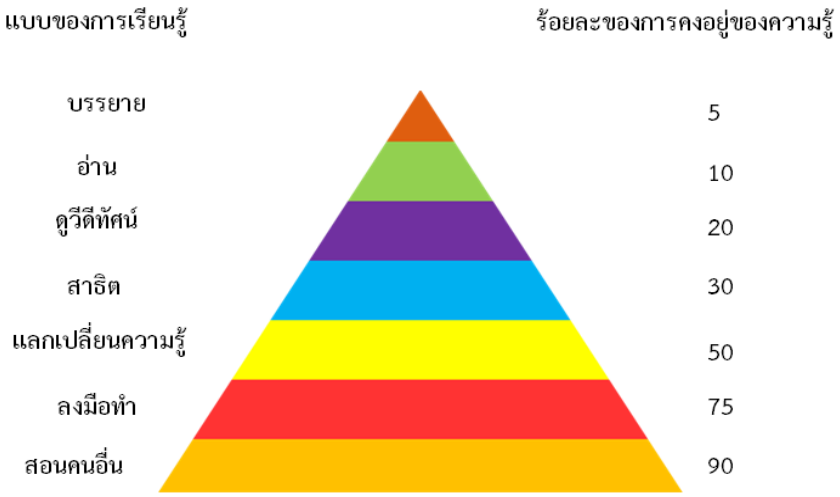
สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2547) ได้สำรวจภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ใน 13 จังหวัด พบว่ามีผู้สูงอายุผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเกือบ 1 เท่าและผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชายในทุกเขต ผู้สูงอายุเกือบครึ่งยังคงประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สัดส่วนของผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี : 70-79 ปี : 80 ปีขึ้นไป เป็น 32.4 :12.4 :1 ผู้สูงอายุเกินครึ่งหนึ่งมีค่าดัชนีมวลกายปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.27 โดยผู้สูงอายุเกือบ 3 เท่าร้อยละ 18.6 ประเมินสุขภาพตนเองว่าเจ็บออดๆ แอดๆ และรายงาน 5 อันดับแรกของโรคประจำตัว คือปวดข้อ/ ข้อเสื่อม/ข้ออักเสบ ความดันโลหิต ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบาหวาน และโรคหัวใจ ส่วนภาวะที่เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใน 1 เดือน พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ดังนี้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ/ ข้อเสื่อม/ข้ ออักเสบ ไข้หวัด เวียนศีรษะ ความดันโลหิต กระเพาะอาหาร เบาหวาน หอบหืด และโรคหัวใจ ตามลำดับ

สถานการณ์การบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ในปัจจุบันแนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังได้รับการดูแลที่บ้านมีจำนวนมากขึ้น ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคที่เกี่ยวเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย และ/ หรือ ผลของพยาธิสภาพที่มีความซับซ้อนขึ้น เกิดพยาธิสภาพจากอวัยวะหลายระบบในเวลาเดียวกัน มีการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของโรคอย่างถาวร ไม่กลับคืนสู่สภาวะปกติหรืออาจทำให้มีความทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ความเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ลดลงเมื่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลงมากเท่าไหร่ ผู้สูงอายุก็ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นตามลำดับ จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2544 พบว่าโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อต่างๆ โรคหอบหืด และโรคอัมพฤกษ์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยมีอัตราการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 62.28 ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน มีปัญหาสุขภาพเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง นับตั้งแต่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยและถือว่ามีภาวะทุพพลภาพระยะยาว อันจะนำไปสู่ปัญหาความต้องการพึ่งพา ความสามารถในการทำหน้าที่ที่ลดลงจากเดิม ถ้าไม่ควบคุมหรือชะลอไว้จะทำให้อัตราส่วนการพึ่งพาของประชากรผู้สูงอายุมีมากขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน รู้ปัญหาของชุมชน และพักอาศัยอยู่ในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือกลไกหลักที่จะทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความ

ยั่งยืน การเพิ่มพูนความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความมั่นใจ ให้สามารถสอบถามแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างอาสาสมัครได้ การเรียนรู้ที่จะทำให้ความรู้มีความยั่งยืน และสารถจดจำได้มากและนานที่สุดคือ การนำไปสอนผู้อื่น ดังในภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2 แสดงลำดับขั้นของการคงอยู่ของความรู้ผ่านการเรียนรู้แบบต่างๆ

จากภาพ จะเห็นได้ว่า การเรียนรู้จากการฟังการบรรยาย จะมีการคงอยู่ของความรู้ต่ำสุด คือ ร้อยละ 5

การเรียนรู้จากการอ่าน จะมีการคงอยู่ของความรู้ คือ ร้อยละ10
การเรียนรู้จากการดูฟังวีดีทัศน์ จะมีการคงอยู่ของความรู้ คือ ร้อยละ20
การเรียนรู้จากการสาธิต จะมีการคงอยู่ของความรู้ คือ ร้อยละ30
การเรียนรู้จากการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ จะมีการคงอยู่ของความรู้ คือ ร้อยละ50
การเรียนรู้จากการทดลองทำ/ปฏิบัติ จะมีการคงอยู่ของความรู้ คือ ร้อยละ70
การเรียนรู้จากการสอนคนอื่น จะมีการคงอยู่ของความรู้สูงสุด คือ ร้อยละ90

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกแบบของการเรียนรู้โดยการนำความรู้ไปสอนคนอื่น คือ หลังจากการอบรมเสร็จให้อาสาสมัครนำความรู้ที่ได้ไปสอนคนในชุมชน จำนวน 5 คน แล้วมีแบบติดตามการเรียนรู้เพื่อทำการประเมินอีกครั้งหนึ่ง

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรม มีการประเมินผล ก่อน-หลังการอบรม จากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำความรู้ประสบการณ์ที่ได้จากการอบรมไปถ่ายทอดผู้อื่น และติดตามประเมินอีกครั้งหนึ่ง

3.1 วิธีการดำเนินการวิจัย และสถานที่ทำการทดลอง/ เก็บข้อมูล

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) กลุ่มตัวอย่างได้รับ intervention ซึ่งคือการอบรมให้ความรู้ ทำการประเมินผล ก่อน-หลังการอบรม จากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำไปถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้แก่คนในชุมชนจำนวน 5 คน และติดตามประเมินผลอีกครั้ง เลือกกลุ่มตัวอย่าง จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 62 คน เป็นตัวแทนของแต่ละชุมชน จากชุมชนในเขตเทศบาลเมืองคูคต ที่มี 31 ชุมชน เลือกมาชุมชนละ 2 คน รวมทั้งหมด 62 คน

3.2 เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีความเต็มใจและสมัครใจ
2. มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และมีสุขภาพแข็งแรง
3. อยู่ประจำในชุมชนที่เป็นพื้นที่วิจัย (ต.คูคต) และอยู่อย่างน้อยอีก 1 ปี
4. เป็นผู้ที่สามารถอ่านออก เขียนได้
5. สามารถเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการได้ตลอดช่วงเวลาและสามารถนำไปถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้ สถานที่ห้องประชุม เทศบาลเมืองคูคต ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

3.3 วิธีดำเนินการวิจัย

1. สอบถามความต้องการด้านองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน เพื่อเป็นการสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพ (Health need) ของคนในชุมชน ซึ่งส่วนหนึ่งจะได้ข้อมูลจากโครงการย่อยที่ 1
2. นำประเด็นความต้องการจากข้อ 1. มาพิจารณาถึงประเด็นที่ชุมชนต้องการ สรรหาวิทยากร ทรัพยากร ในพื้นที่ก่อน เช่น จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล โรงพยาบาลอำเภอ ร่วมกับทีมวิจัย โดยทีมวิจัยในนามมหาวิทยาลัยมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยง และเสริมเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือส่วนที่ต้องการเทคโนโลยีขั้นสูง
3. วางแผน กำหนดวันที่จะจัดการอบรม ติดต่อประสานงาน ทีมวิทยากร
4. ติดต่อจัดหาวัสดุ-อุปกรณ์ สถานที่ และอื่นๆ

5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เตรียมเอกสาร Pre-test, Post-test

6. แจ้งรายละเอียดของโครงการ และให้ผู้เข้าร่วมเซ็นต์ใบยินยอม

7. จัดการอบรม โดยสอบถามวันเวลา สถานที่ ตามความต้องการของชุมชน มีการประเมินครั้งที่ 1 (ก่อน) และเมื่ออบรมเสร็จมีการประเมินครั้งที่ 2 (หลัง)

8. ให้ผู้ผ่านการอบรม ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้แก่ผู้อื่น เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน

9. ทีมวิจัยติดตาม ประเมินครั้งที่ 1 หากพบปัญหาอุปสรรค ทีมวิจัยให้คำแนะนำ

10. รวบรวม/ แลกเปลี่ยน สกัดความรู้ สร้างเครือข่าย

11. จัดทำรายงานวิจัย ตีพิมพ์/ เผยแพร่

3.4 การเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมิน และแบบติดตาม

1) แบบประเมิน ใช้ประเมินทั้ง 3 ครั้ง เป็นแบบประเมินชุดเดิม ซึ่งเป็นแบบประเมิน ที่ทีมวิทยากรร่วมกับทีมวิจัย สร้างขึ้น ตามองค์ความรู้ที่ได้จากการอบรม

หลังจากสร้างแบบประเมินนี้แล้ว ให้ที่ปรึกษาโครงการวิจัยฯ ตรวจดูความครอบคลุม ตามวัตถุประสงค์ ตรวจดูความถูกต้องตามเนื้อหาวิชาการ และให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย ให้คำแนะนำและทำการปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำแบบประเมินมาคิดค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability value) โดยใช้วิธีคำนวณของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) ได้ 0.86

การประเมินแบ่งเป็น 3 ช่วง ช่วงแรกก่อนการอบรม ช่วงสองหลังการอบรม และช่วงสามเป็นการติดตามหลังจากอบรมไปแล้ว 2-3 เดือน

2) แบบติดตาม เป็นแบบฟอร์มที่ทีมวิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการติดตามผลของผู้ผ่านการอบรมนำไปปฏิบัติ จะทำให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรค นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สกัดเป็นความรู้

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบคะแนนที่ได้จากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และทดสอบค่าทางสถิติด้วย Paired t-test ที่ระดับ p-value 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลจากการติดตามปัญหาอุปสรรคของผู้ผ่านการอบรมแล้วนำไปปฏิบัติ จากวิธีการดำเนินการวิจัย ดังกล่าวข้างต้น จะสามารถติดตามผลสัมฤทธิ์ของการฝึกอบรม ได้ว่าประสบผลสำเร็จจริงในกลุ่มตัวอย่างและได้รับประโยชน์จริง

ภาพวันอบรม



ลงทะเบียน 30 พ.ค. 2559 ที่เทศบาลเมืองคูคต



ผู้เข้ารับการอบรม 62 คน จาก 31 ชุมชน



วิทยากร ให้ผู้รับการอบรมมีส่วนร่วม



แบ่งกลุ่มย่อยพูดคุยกัน



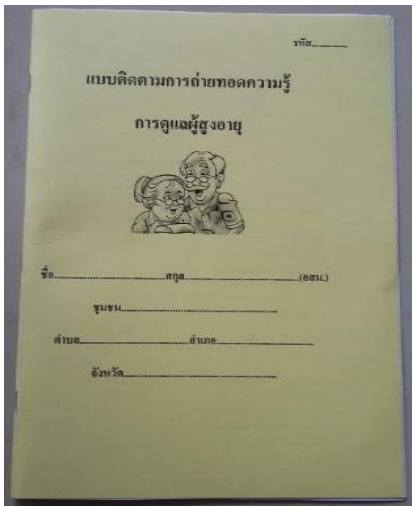
ผอ. กองสาธารณสุขฯ เทศบาลเมืองคูคต มีส่วนร่วม

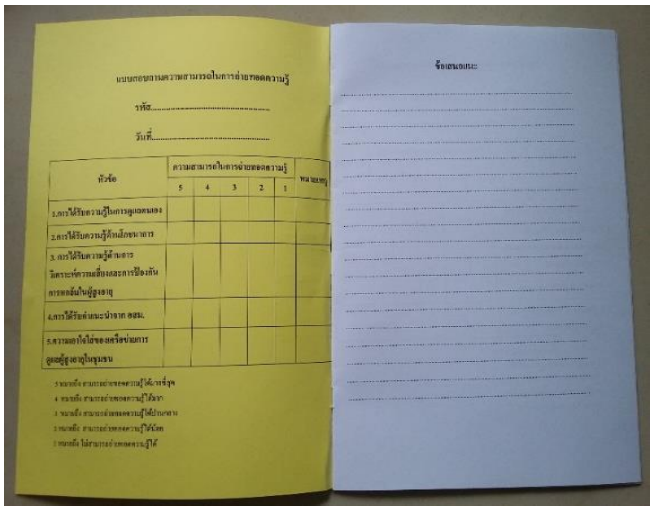


บุคลากรของเทศบาลเมืองคูคต มีส่วนร่วม



สร้างเครือข่ายได้ 4 เครือข่าย





แบบติดตามการถ่ายทอดความรู้ การดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

4.1 การวิเคราะห์ผลคะแนนประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

ผลคะแนนรวมทั้งหมดก่อนการอบรมการให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนน 11.20 ± 1.66 และผลคะแนนรวมทั้งหมดหลังการอบรมการให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนน 11.12 ± 1.78 คะแนนความรู้ด้านโรคที่มากับวัยสูงอายุ ก่อนได้รับการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนน 3.02 ± 1.03 และหลังการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.20 ± 0.87 คะแนนความรู้ด้านภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ก่อนได้รับการอบรมมีเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.30 ± 0.94 และหลังการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.10 ± 0.96 คะแนนความรู้ด้านความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อนได้รับการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.90 ± 0.64 และหลังการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.90 ± 0.72 ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของอาสาสมุครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 3 ด้าน ก่อนการอบรมและหลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

การอบรมให้ความรู้	Mean ± SD		paired t- test	p-value
	Before	After		
ผลคะแนนรวมทั้งหมดก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้	11.20±1.66	11.12±1.78	-0.21	0.84
ความรู้ด้านการเปลี่ยนแปลงร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุ	3.02±1.03	3.20±0.87	1.03	0.31
ความรู้ด้านภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	4.30±0.94	4.10±0.96	-1.59	0.12
ความรู้ด้านความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	3.90±0.64	3.90±0.72	0.00	1

แบบติดตามการถ่ายทอดความรู้ของอสม.แต่ละรายที่ต้องไปถ่ายทอดความรู้ให้แก่คนในชุมชน จำนวน 5 ราย ได้รับแบบติดตามการถ่ายทอดความรู้ จำนวน 45 ชุด คิดเป็นร้อยละ 72.58

จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชน ครบ 5 คน มีจำนวน 41 คน

จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชน 4 คน มีจำนวน 2 คน

จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชน 2 คน มีจำนวน 1 คน

และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ทำการถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชนเลย มีจำนวน 1 คน

ใช้คะแนนประเมิน ตาม Rating Scale 5 ถึง 1

คะแนนการถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้การดูแลตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.20

การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้ด้านโภชนาการมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.94 การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.00

ด้านการได้รับคำแนะนำจากอสม.มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.30

ด้านความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.01

คะแนนการถ่ายทอดความรู้ คำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.09 ซึ่งเป็นระดับค่าเฉลี่ยในช่วง 3.50 - 4.49 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของ อสม. ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตน มีค่าเฉลี่ยดังนี้

ด้านการได้รับความรู้การดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 ± 1.16 ด้านการได้รับความรู้ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ± 1.12 ด้านการได้รับความรู้ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ± 1.17 ด้านการได้รับคำแนะนำจากอสม.มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ± 1.18 และด้านความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 ± 1.13 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของอสม. ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตนจำนวน 5 คน

แบบติดตามการถ่ายทอดความรู้การดูแลผู้สูงอายุ	Mean ±SD
ด้านการได้รับความรู้การดูแลตนเอง	4.20±1.16
ด้านการได้รับความรู้ด้านโภชนาการ	3.94±1.12
ด้านการได้รับความรู้ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุ	4.00±1.17
ด้านการได้รับคำแนะนำจากอสม.	4.30±1.18
ด้านความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	4.01±1.13

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของอสม.ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตน มีค่าเฉลี่ยดังนี้

ด้านการได้รับความรู้การดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ± 00.00 ด้านการได้รับความรู้ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 ± 0.35 ด้านการได้รับความรู้ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ± 0.53 ด้านการได้รับคำแนะนำจากอสม.มีค้เฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ± 0.75 และด้านความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ± 0.93 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของอสม. ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตนจำนวน 4 คน

แบบติดตามการถ่ายทอดความรู้การดูแลผู้สูงอายุ	Mean ±SD
ด้านการได้รับความรู้การดูแลตนเอง	3.00±00.00
ด้านการได้รับความรู้ด้านโภชนาการ	3.13±0.35
ด้านการได้รับความรู้ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุ	3.00±0.53
ด้านการได้รับคำแนะนำจากอสม.	3.00±0.75
ด้านความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.50±0.93

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของอสม.ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตน มีค่าเฉลี่ยดังนี้

ด้านการได้รับความรู้การดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ± 00.00 ด้านการได้รับความรู้ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ± 00.00 ด้านการได้รับความรู้ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ± 0.71 ด้านการได้รับคำแนะนำจากอสม.มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ± 00.00 และด้านความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ± 00.00 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของอสม. ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตนจำนวน 2 คน

แบบติดตามการถ่ายทอดความรู้การดูแล	Mean ±SD
ด้านการได้รับความรู้การดูแลตนเอง	4.00±00.00
ด้านการได้รับความรู้ด้านโภชนาการ	4.00±00.00
ด้านการได้รับความรู้ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุ	3.50±0.71
ด้านการได้รับคำแนะนำจากอสม.	4.00±00.00
ด้านความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	3.00±00.00

การกำหนดระดับค่าเฉลี่ยของการวิเคราะห์ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.50 – 5.00 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้มากที่สุด

ระดับ 4 ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 - 4.49 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก

ระดับ 3 ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50 - 3.49 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ปานกลาง

ระดับ 2 ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.50 - 2.49 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้น้อย

ระดับ 1 ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 1.49 หมายถึง ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้น้อยมาก

ผลจากการวิเคราะห์ระดับค่าเฉลี่ยความสามารถในถ่ายทอดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้กับคนในชุมชนของตนเอง มีค่าเฉลี่ยดังนี้

การวิเคราะห์ผลระดับค่าเฉลี่ยของจำนวนอสม.ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตนจำนวน 5 คน อสม.ทั้งหมด 41 คน

การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้การดูแลตนเองอยู่ที่ระดับ 4 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.20 การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้ด้านโภชนาการอยู่ที่ระดับ4 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.94 การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุอยู่ที่ระดับ 4 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.00 การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับคำแนะนำจากอสม.อยู่ที่ระดับ 4 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.30 การถ่ายทอดความรู้ด้านเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ที่ระดับ 4 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.01

การวิเคราะห์ผลระดับค่าเฉลี่ยของจำนวนอสม.ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตนจำนวน 4 คน อสม.ทั้งหมด 2 คน

การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้การดูแลตนเองอยู่ที่ระดับ 3 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.00 การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้ด้านโภชนาการอยู่ที่ระดับ 3 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.13 การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุอยู่ที่ระดับ 3 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.00 การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับคำแนะนำจากอสม.อยู่ที่ระดับ 3 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.00 การถ่ายทอดความรู้ด้านเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ที่ระดับ 4 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.50

การวิเคราะห์ผลระดับค่าเฉลี่ยของจำนวนอสม.ที่ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชนของตนจำนวน 2 คน อสม.ทั้งหมด 1 คน

การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้การดูแลตนเองอยู่ที่ระดับ 4 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.00 การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้ด้านโภชนาการอยู่ที่ระดับ 4 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.00 การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุอยู่ที่ระดับ 4 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.50 การถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับคำแนะนำจากอสม.อยู่ที่ระดับ 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.00 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก การถ่ายทอดความรู้ด้านเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ที่ระดับ 3 คือสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.00

บทที่ 5

อภิปรายและวิจารณ์ผล

หัวข้อการอบรมที่ได้จากความต้องการของชุมชน 3 อันดับแรกประกอบด้วย 1) โรคที่มากับวัยสูงอายุ 2) โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 3) ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้ง 3 หัวข้อก่อนการอบรมและหลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกัน **อาจเนื่องมาจากหัวข้อที่อบรมมีการรณรงค์การให้ความรู้จากหลายสื่อและเป็นหัวข้อที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้อยู่แล้ว** การติดตามการถ่ายทอดความรู้ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คนไปถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชน 5 คน พบว่า มีอาสาสมัครสาธารณสุขส่งแบบติดตามการถ่ายทอดความรู้กลับมาจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.58 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชน ครบ 5, 4 และ 2 คน มีจำนวน 42, 2 และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33, 4.44 และ 2.22 ตามลำดับ คะแนนการถ่ายทอดความรู้ด้านการได้รับความรู้การดูแลตนเอง ด้านโภชนาการ และด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.20, 3.94 และ 4.00 ตามลำดับ คะแนนด้านการได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัคร และด้านความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.30 และ 4.01 ตามลำดับ แสดงว่า **คนในชุมชนที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากอาสาสมัครมีความพึงพอใจในระดับมาก และคนในชุมชนรับรู้ถึงความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในระดับมาก** ค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 5 ด้านได้ 4.09 ซึ่งเป็นระดับค่าเฉลี่ยในช่วง 3.50 - 4.49 หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถถ่ายทอดความรู้ มีความเอาใจใส่ ได้อย่างมาก

บทที่ 6

สรุปผลวิจัยและข้อเสนอแนะ

คะแนนความรู้ก่อนการอบรม และหลังการอบรม ไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจาก หัวข้อในการอบรมเป็นหัวข้อที่อยู่ในความสนใจอันดับต้นๆ มีสื่อที่ให้ความรู้หลายสื่อ และมีการรณรงค์ให้ความรู้หลายช่องทาง เช่น การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ในหัวข้อที่จัดการอบรมนี้แล้วเป็นอย่างดี

การติดตามการถ่ายทอดความรู้ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่คนในชุมชนของตน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.09 ซึ่งเป็นระดับค่าเฉลี่ยในช่วง 3.50 - 4.49 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก

6.1 สรุปผลวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.09 ซึ่งเป็นระดับค่าเฉลี่ยในช่วง 3.50 - 4.49 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก **การสร้างเสริมความเข้มแข็งด้านความรู้และการเขียนโครงการเพื่อขอทุนภายนอกแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือกลไกหลักที่จะทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความยั่งยืน**

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็น**องค์กรหลักในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาว**ด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข **โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม จึงมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน**

ปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุกำลังประสบกับสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทั้งจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีเพิ่มขึ้น จำนวนคนวัยทำงานที่ลดลง แต่สำหรับสังคมไทย สิ่งที่ครอบครัวและผู้สูงอายุปฏิบัติต่อกันก็คือการรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว โดยยึดถือในประเพณีและความกตัญญูที่เคยปฏิบัติกันมาในอดีต แต่ในปัจจุบันอาจจะต้องเพิ่มความช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัวเช่นการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐบาล ภาคเอกชน กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และศาสนาที่ช่วยแบ่งเบาภาระที่เกินความสามารถของครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุได้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพที่ดีขึ้น เพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีความใกล้ชิด เข้าใจปัจจัย ข้อจำกัด ปัญหาต่างๆ ในชุมชน การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย

สิ่งที่ชุมชนควรทำได้ด้วยตัวเอง

1. การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ของชุมชน เช่น ชุมชนกึ่งเมือง ลูกหลานไม่ค่อยอยู่บ้านช่วงกลางวัน เนื่องจากต้องไปทำงาน ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านโดยลำพัง จะมีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร
2. การสอบถามความต้องการด้านเนื้อหาความรู้ เช่น ในช่วงนี้ มีโรคระบาดอะไร ชุมชนควรมีความรู้เรื่องใด จะเชิญใครมาให้ความรู้
3. ขอทุนจากหน่วยงานภายนอก รู้ว่ามีแหล่งทุนที่ใด จะติดต่ออย่างไร เขียนโครงการอย่างไร

สิ่งที่ชุมชนยังต้องการความช่วยเหลือจากภายนอก

1. การได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสปสช. และเทศบาล

การให้แนวคิดและองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในส่วนนี้ **<u>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่</u>** เนื่องจากคณะแพทยศาสตร์ มีภารกิจด้านการบริการวิชาการสังคมอยู่แล้ว โดยเฉพาะมีศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตั้งอยู่ในบริเวณเขตตำบลคูคต ให้การบริการประชาชนในบริเวณดังกล่าว

6.2 ข้อเสนอแนะ

ในระดับ**นโยบายควรกำหนดมาตรการเกี่ยวกับการส่งเสริมศักยภาพครอบครัว** รณรงค์องค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชนให้ตระหนักในการจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวและเตรียมการป้องกันปัญหาในอนาคต ผลักดันให้กองทุนในชุมชนจัดสรรงบประมาณเพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้นและระยะยาว **<u>ระดับปฏิบัติควรจัดบริการด้านสุขภาพไปสู่ผู้สูงอายุและสนับสนุนครอบครัวในชุมชน ในรูปแบบที่บูรณาการและอย่างต่อเนื่อง จัดบุคลากรสาธารณสุขไปให้คำแนะนำแก่ครอบครัว อบรมอาสาสมัครในชุมชนและพัฒนาระบบอาสาสมัครและเครือข่ายความช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุและจัดกิจกรรมสำหรับครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</u>**

สำหรับหัวข้อในการอบรมนี้ ผู้วิจัยสอบถามจากความต้องการของชุมชน จึงได้หัวข้อที่อยู่ในความสนใจอันดับต้นๆ ซึ่งมีการรณรงค์ผ่านทางสื่อต่างๆ ทำให้คะแนนความรู้ ก่อนการอบรม และหลังการอบรม ไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นหัวข้อในการจัดอบรมให้ความรู้ในครั้งต่อไป อาจสอบถามจากหัวข้อที่ยังไม่รู้ ไม่มั่นใจ หรือเป็นเรื่องใหม่ที่ อสม. ยังไม่เคยรู้มาก่อน

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการมีความจำเป็นต้องมีในชุมชน โดยได้รับค่าตอบแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่เป็นตัวแทนของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชน ทำงานประสานกับงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับอสม. ทั้งหมดผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการนี้ อาจพัฒนาขึ้นมาจาก อสม. หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มารับการอบรมและได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการ เนื่องจากบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนั้นเป็นบริการที่จำเป็นต้องมีการจัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่เหมาะสำหรับการจัดในลักษณะอาสาสมัคร เพราะ คำว่า “อาสาสมัคร” ย่อมหมายถึงความสะดวกของผู้อาสาสมัคร ว่างก็ทำ ไม่ว่างก็ไม่ทำ บทบาทหน้าที่ของ ผู้ช่วย

เหลือดูแลผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วย การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลกรณีใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย (สายสวนต่างๆ การให้อาหารทางสาย การใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ) การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น การดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น

การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคูคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานงานให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
3. เพื่อติดตามการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การได้มาของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคูคต มาจากการเลือกกันเองโดยผู้เข้ารับการอบรม โดยความสมัครใจ

สถานที่ ศูนย์บริการสาธารสุข เทศบาลคูคต เป็นที่ประสานงาน

ที่ปรึกษาประจำโครงการ 2 ท่าน ประกอบไปด้วย ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองคูคต และรองผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองคูคต

จากกลุ่มอสม. ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 62 คน มีการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนเทศบาลเมืองคูคต ใช้วิธีการเลือกกันเองในกลุ่มอาสาสมัครโดยสมัครใจ ประกอบไปด้วยประธานเครือข่าย 1 คน และรองประธานจำนวน 4 คน ซึ่งสามารถติดต่อและประสานงาน แลกเปลี่ยนกับกลุ่มเครือข่ายผ่านทางโทรศัพท์มือถือ

เป้าหมาย

เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคูคต สามารถสอบถามความต้องการของผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้านต่างๆ และสามารถเขียนโครงการขอทุนในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ จากองค์กรภายนอกได้ สามารถแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ช่วยกันแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้ทุก 2 เดือน เป็นต้น **การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคูคต จะทำให้เกิดการรวมตัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมทั้งการวิเคราะห์จุดแข็งจุดด้อยของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อพัฒนา หาทางเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วยชุมชนเองต่อไป**

บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนวทางการบริโภคสำหรับคนไทย ครั้งที่ 1 .กรุงเทพ: กรมอนามัย, โรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2532.
2. บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพ: พิมพ์ดี. 2547.
3. บรรลุ ศิริพานิช. บรรณาธิการ. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพ: หมอชาวบ้าน. 2549.
4. บุศริน บางแก้ว. ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง “ครอบครัวและผู้สูงอายุ.” สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2541.
5. เฉก ธนสิริ. ทำอย่างไรจะปราศจากโรคและชะลอความชรา.ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: นานมีบุ๊คพับบริเคชั่น. 2540.

ภาคผนวก

(ตัวอย่างแบบประเมิน)

รหัส.....

แบบประเมินความรู้การอบรมการดูแลผู้สูงอายุวันที่.....

หัวข้อ	คำตอบ		หมายเหตุ
	ถูก	ผิด	
1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุ			
1.1 ผู้สูงอายุหลังค่อมถือเป็นเรื่องธรรมชาติ			
1.2 อายุมากขึ้น มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น			
1.3 ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป			
1.4 การลงบันไดมีส่วนทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น			
1.5 การนอนไม่หลับทำให้ซึมเศร้า			
2. ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ			
2.1 น้ำหนักตัวลดลง 5 กิโลกรัมต่อเดือน ถือว่าปกติ			
2.2 ผู้สูงอายุไม่ควรกินเนื้อ นม ไข่			
2.3 ผักผลไม้ไม่มีสารให้พลังงาน			
2.4 ผู้สูงอายุที่กินผักผลไม้จะได้รับสารสมุนไพรด้วย			
2.5 การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยส่งเสริมต่อภาวะโภชนาการ			
3. ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ			
3.1 การล้มแต่ละครั้งมักจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัยเสี่ยง			
3.2 ปัจจัยเสี่ยงของการล้มมีทั้งปัจจัยเสี่ยงภายในและปัจจัยเสี่ยงภายนอก			
3.3 ความบกพร่องด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงการล้มภายนอกที่สำคัญ			
3.4 บริเวณบ้านที่ต่างระดับและวางของระเกะระกะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้			
3.5 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสามารถด้านการทรงตัวสามารถป้องกันการล้มได้			

(ตัวอย่างแบบติดตาม)

แบบติดตามการถ่ายทอดความรู้

การดูแลผู้สูงอายุ



ชื่อ.....สกุล.....(อสม.)

ชุมชน.....

ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....

แบบสอบถามความสามารถในการถ่ายทอดความรู้*

รหัส.....

วันที่.....

หัวข้อ	ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้					หมายเหตุ
	5	4	3	2	1	
1.การได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง						
2.การได้รับความรู้ด้านโภชนาการ						
3. การได้รับความรู้ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ						
4.การได้รับคำแนะนำจาก อสม.						
5.ความเอาใจใส่ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน						

5 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้มากที่สุด

4 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก

3 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ปานกลาง

2 หมายถึง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้น้อย

1 หมายถึง ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้

ข้อเสนอแนะ

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

***หมายเหตุ** มีความจำเป็นต้องใช้ตัวอักษรใหญ่ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอ่านได้ชัดเจน