

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน^{ติดเตียงแบบ “3 ต”}

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

นัญพร สมัณตรัช*

poplady555@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒnarooแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต” โดยมีส่วนร่วมของ 4 ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) ภาคีบริการชุมชน 2) ภาคีบริการท้องถิ่น 3) ภาคีบริการสุขภาพ และ 4) ภาคีบริการสังคม ครอบแนวคิดใช้หลัก 3 ต. คือ 1) ติดตาม 2) ติดตา 3) ติดใจ ที่ผู้วิจัยปรับมาจากการลุยธุรกิจการสร้างความประทับใจในการทำงาน 3 S คือ Service – Smile – Smart และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับแนวคิดหันส่วนและองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง 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 มีความมือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง สำหรับอาสาสมัครในชุมชน สามารถนำไปติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพบว่า คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และมีความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการใช้รูปแบบนี้ที่ค่าเฉลี่ย 4.32

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสตูล

Abstract

This action research aimed to develop a home visit model using 3 Tor (๓) 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 (๓) including 1) monitoring (ติดตาม), 2) impression (ติดตา), and 3) satisfaction (ติดใจ), 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 (๓) 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 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคน คิดเป็น 2 เท่า ของปี พ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ (สมศักดิ์ ชุมพรหมี, 2553) แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย

ตามมา เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้น

ผู้สูงอายุซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลต่อเนื่อง แต่ปัจจุบันระบบบริหารโรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอ ระบบบริการสาธารณสุขเดิมมีลักษณะออกแบบเพื่อดูแลภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน จำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด และมีความพยายามในการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการ



รักษาระบบสุขภาพ โดยการนำผู้ป่วยเร็วเข้ามามีส่วนร่วม (ประชุม
อินทรสมบัติ, 2546)

การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน และการดูแลที่บ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเข้มต่อของว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านควรมีการวางแผนตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (อัมพรพรรณ ธนาณัตร, 2552) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จะต้องมีรูปแบบการดูแลที่ต่อเนื่อง จากสถานบริการเข้มโดยอย่างชุมชน โดยอาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ 4 ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย 1) ภาคีบริการสุขภาพ 2) ภาคีบริการสังคม 3) ภาคีบริการห้องถีน และ 4) ภาคีบริการชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการหล่อหลอมให้เกิดการเพิ่มศักยภาพของบริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้มีขีดความสามารถสามารถที่จะพึงพาตนเองได้อย่างแท้จริง กระบวนการมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาคนให้รู้จักใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีวิจารณญาณในการวางแผน และตัดสินใจดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเข้าเองอย่างอิสระและสอดคล้องกับความต้องการปัญหาสุขภาพท้องถีนชุมชนนั้น (วสุธร ตันวัฒนกุล, 2547)

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

2558) มีเป้าหมายในการดูแล คือ 1) กลุ่มติดบ้าน: การดำเนินสุขภาพที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) กลุ่มติดเตียง: ดำเนินไว้ซึ่งสุขภาพที่เป็นอยู่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิดทุพพลภาพ ไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (วรรณภา ศรีรัตน์และลัดดา คำริการเลิศ, 2553) ที่ผ่านมาการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มยังไม่ทั่วถึง เน้นเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

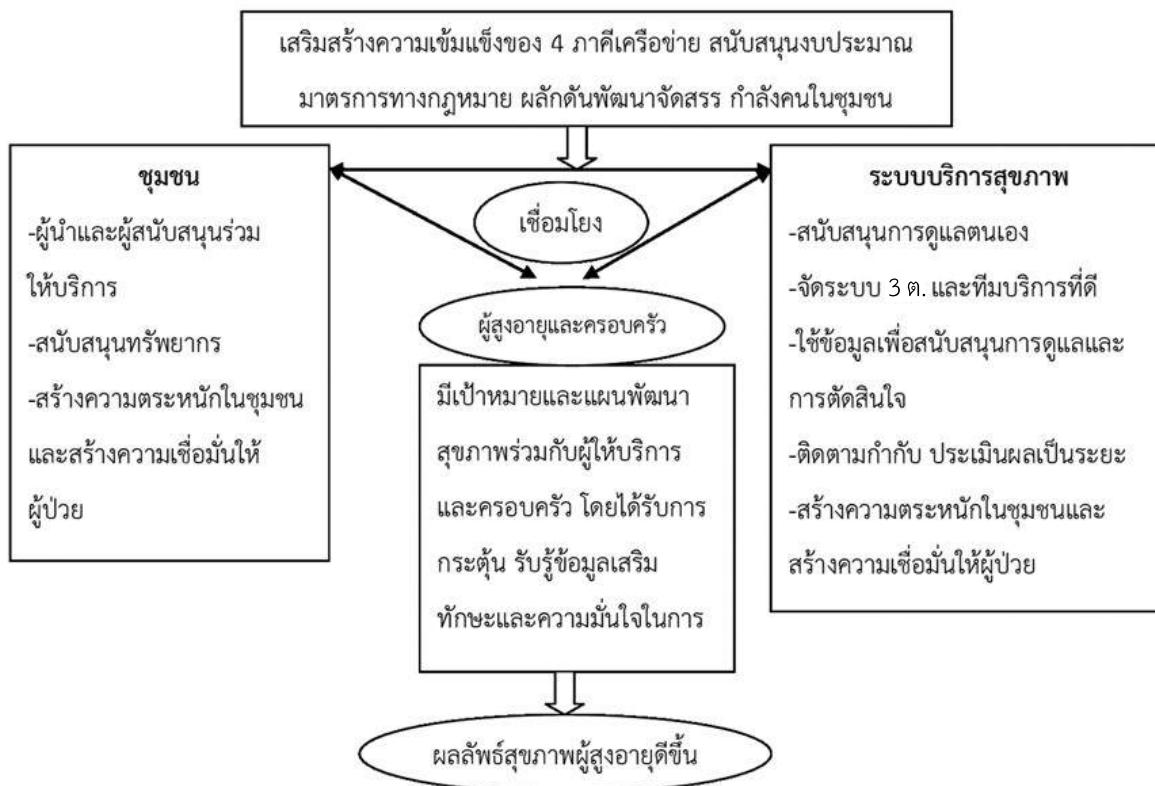
ดังนั้นงานผู้สูงอายุจึงให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยอาศัยการดูแลแบบเยี่ยมบ้าน (Home Visit) ซึ่งเป็นบริการต่อเนื่องโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ/หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อพ.ส.) ร่วมกับทีมแพทย์และภาคีเครือข่ายเป็นบริการช่วยเหลือเบื้องต้นโดยไม่มีหัตถการที่ต้องการทักษะเฉพาะ มีการประเมินติดตามเฝ้าระวัง หรือให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ตามเกณฑ์ อ-ส-ย (อ. 3 ส. 1 ย.) (วรรณภา ศรีรัตน์และลัดดา คำริการเลิศ, 2553) และหลักการ 3 ต: คือ 1) ติดตาม 2) ติดตา 3) ติดใจ ที่ผู้วิจัยปรับมากจากกลยุทธ์การสร้างความประทับใจในการทำงาน 3 S คือ Service – Smile – Smart (สุธิดา สุวังค์ภาทิน, 2557) มาประกอบกับกรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง มุ่งพัฒนาระบบบริการให้มีความต่อเนื่อง มีการส่งต่อผู้รับบริการ ระหว่างโรงพยาบาลกับคนในพื้นที่ โดยการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครให้มีส่วนร่วมโดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ตลอดทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (จุฑาทิพย์ อยจันทร์ศรี, 2555) ร่วมกับแนวคิดหันส่วนและองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง (World Health Organization,

2002) โดยอาศัยกรอบแนวคิดและทฤษฎีการจัดการใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA ของเดมิง (Deming, 1986) เป็นกระบวนการขับเคลื่อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.”

กรอบแนวคิดการวิจัย



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

นิยาม 3 ต

1. ต. ติดตาม คือ มีการติดตามดูแลผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม อย่างสม่ำเสมอ โดยใช้การส่งเสริมตามหลัก 40-3ส-1ย (40; อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย 3ส; สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ, 1ย; ยา)

2. ต. ติดตา คือ การจดจำปัญหาและความต้องการ เนพาะของผู้สูงอายุและครอบครัว สามารถนำมาร่างแผนแก้ปัญหาร่วมกับผู้ดูแล และทีมสาขาวิชาชีพ
3. ต. ติดใจ คือ มีผลทำให้ผู้สูงอายุ และครอบครัว 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 ที่มีคุณสมบัติตั้งนี้ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในชุมชนเขตความรับผิดชอบ 3) มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันระหว่าง 0-11 คะแนน 4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย 2) ผู้มีส่วนร่วม 2.1 ภาคีบริการสุขภาพ จำนวน 13 คน 2.2 ภาคีบริการสังคม จำนวน 1 คน 2.3 ภาคีบริการห้องถ่าย จำนวน 1 คน และ 2.4 ภาคีบริการชุมชน จำนวน 10 คน

ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ แغانนำชุมชน สาขาวิชาชีพ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงจำนวน 43 คน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับใบอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัย จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสตูล การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย ด้วยการที่ผู้วิจัย แนะนำตนเองแก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแล ซึ่งจะแจ้งวัตถุประสงค์ ซึ่งจะให้ทราบสิทธิ ในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลใดๆต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอภาพรวม และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงรายละเอียดในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือจำนวน 9 ฉบับดังนี้

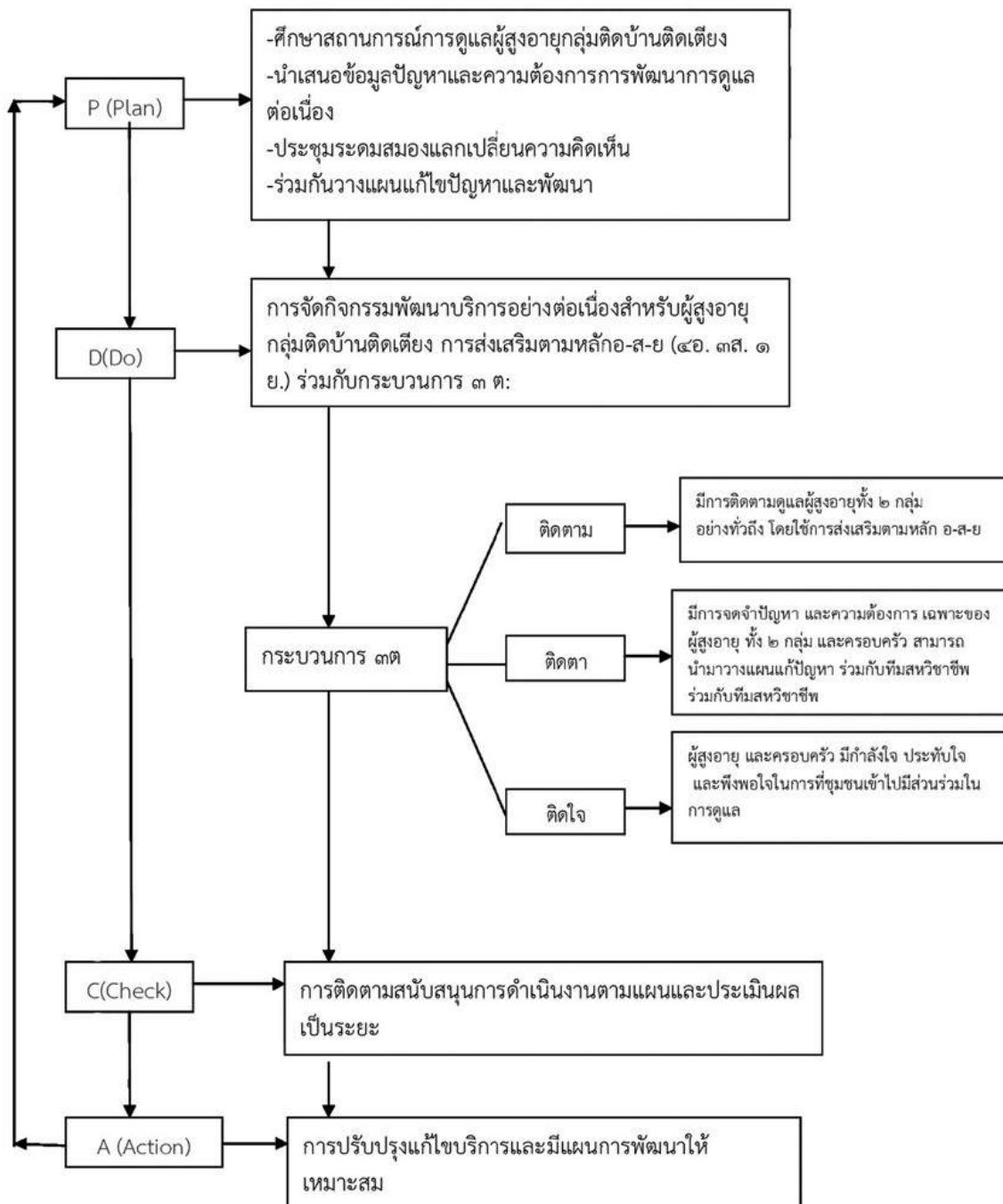
- 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ร่วงสุขภาพและเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน, โรงพยาบาลสตูล, 2556)
- 2) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) (กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, 2557)
- 3) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ประจำครัวผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสตูล 2) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 3) พยาบาล APN สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
- 4) คู่มือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต. ที่นำมาบูรณาการร่วมตามเกณฑ์ อ.-ส.-ย (4อ. 3ส. 1ย.) สำหรับ อสม./อพส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านเนื้อหาและภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน
- 5) แบบประเมินความเหมาะสมสมด้านเนื้อหาและภาษาของคู่มือ (รัฐพร สมัនดรัฐ, 2553)
- 6) แบบประเมินความสามารถในการนำไปใช้ของคู่มือ (Usability) (รัฐพร สมั�ดรัฐ, 2553)
- 7) แบบรายงานการเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสำหรับ อสม./อพส.
- 8) แบบรายงานส่งต่อการเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสำหรับ อสม./อพส.

9) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลต่อการบริการเยี่ยมบ้านแบบ “3 ต.”

วิธีการเก็บรวมข้อมูล

กระบวนการพัฒนาใช้งานจรพัฒนาคุณภาพ PDCA ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ รับรู้ปัญหา

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



ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาการดำเนินงานคุณภาพ Deming Cycle (PDCA)



วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

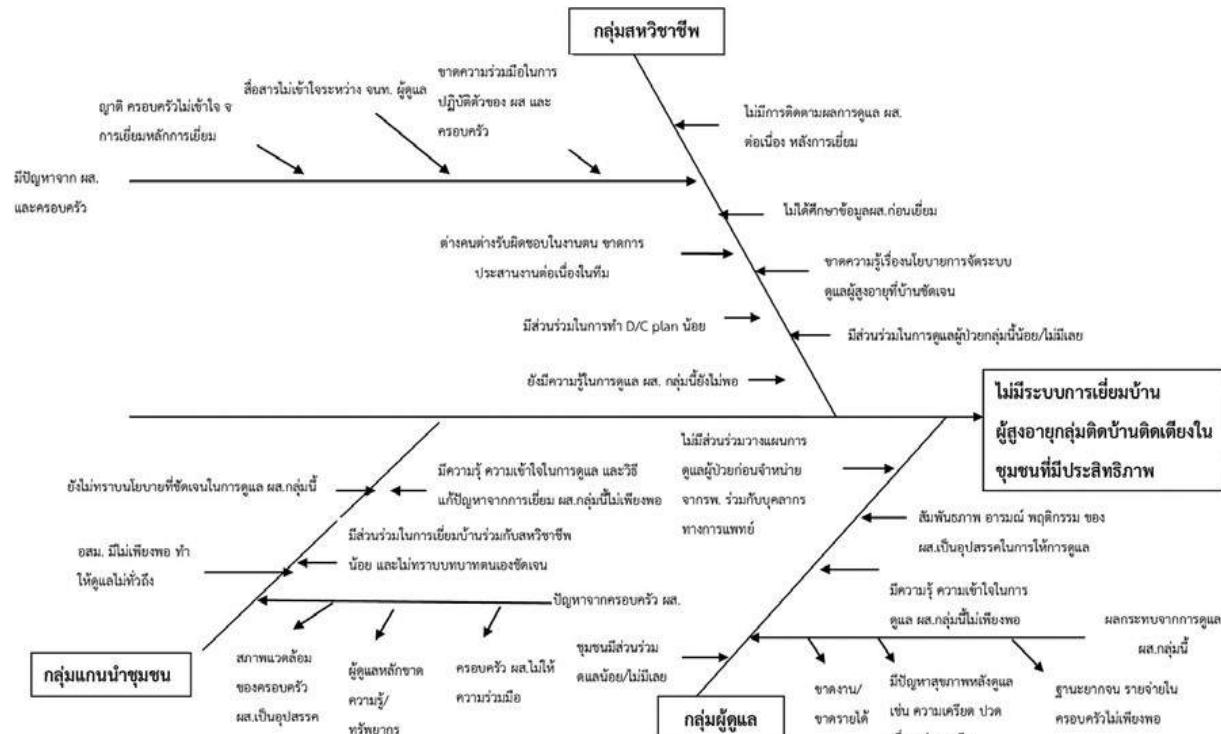
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเป็นร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

มีการปรับปรุงพัฒนา PDCA 2 รอบมีผลดังนี้ รอบที่ 1

1. Plan ระยะเตรียมการ

1.1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ทบทวน ความรู้จากเอกสารตำรา วิชาการ



ภาพที่ 2 แผนภูมิก้างปลา แสดงสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง

ผลจากขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการพบว่า

1) ผู้ดูแลผู้ป่วย ยังมองว่าทีมสุขภาพ มีความสำคัญในการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

2) เศรษฐฐานะในแต่ละครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การเข้าบ้านรายชาดผู้ดูแล

1.2. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในโครงการ ใช้เครื่องมือจำนวน 9 ฉบับ

1.3. เข้าสู่พื้นที่ศึกษา สร้างปฏิสัมพันธ์กับ ผู้เกี่ยวข้อง

1.4. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สถานการณ์ ใน การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง จาก การ สัมภาษณ์แบบ กึ่งโครงสร้าง จากผู้เกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มสหวิชาชีพ 2) กลุ่มแกนนำชุมชน 3) กลุ่มผู้ดูแล เพื่อ สรุป และ ประเมิน สถานการณ์ ใน ภาพรวม ก่อน การ พัฒนา รูปแบบ ใน การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง ดังภาพที่ 2

- 3) ที่ผ่านมาการเยี่ยมบ้าน จากภาคีเครือข่าย ยังช่วยผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุมปัญหา
- 4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีน้อย และไม่ต่อเนื่อง
- 5) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงบางรายขาดผู้ดูแล หลัก หรือไม่มีเลย

6) การเยี่ยมบ้านของภาคีเครือข่ายที่ผ่านมา ยังแก้ปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัว ไม่ถูกจุด

1.5. จัดประชุมระดมสมองครั้งที่ 1 จาก การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงผู้ร่วมประชุมดังนี้ 1) หัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน 2) สาขาวิชาจำนวน 14 คน และ 3) เลขานุรัมผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และได้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต. ฉบับร่าง

2. Do ระยะดำเนินการ

2.1. กำหนดบทบาทหน้าที่ของสาขาวิชาชีพ ตามรูปแบบการเยี่ยมบ้านฉบับร่าง

2.2 พัฒนาศักยภาพ อสม./อพส. จำนวน 15 คน โดย 1) การอบรมให้ความรู้ 2) ฝึกการใช้คู่มือ การเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต. ฉบับร่าง 3) ฝึกปฏิบัติเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.” ร่วมกับทีมสาขาวิชาชีพ และ 4) ฝึกเยี่ยมด้วยตัวเองตามหลัก 3 ต. 5) ฝึกเขียนแบบรายงานการเยี่ยม / การส่งต่อ

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

3. Check ระยะประเมินผล

ผลการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต. หลังจากทดลองปฏิบัติ 1 เดือน ได้มีการประเมินการใช้รูปแบบการเยี่ยม

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่พัฒนาขึ้น ผ่านแบบประเมินความสามารถในการนำไปใช้ (Usability) และ สะท้อนผลการดำเนินการโดยการสำรวจกลุ่มและการประชุมระดมสมองพบว่า ผู้ใช้งานมีประเด็นปัญหา ดังนี้

ประเด็นปัญหาที่ 1) การใช้แบบฟอร์มแบบรายงานการเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสำหรับ อสม./อพส. และ แบบรายงานส่งต่อการเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสำหรับ อสม./อพส. มีความคล้ายคลึงกันทั้งรูปแบบ และหัวข้อการเขียนทำให้ผู้ใช้สับสน เสนอให้มีการปรับปรุงแบบฟอร์มทั้ง 2 ชนิด ดังตัวอย่างเช่น

อสม./อพส. คนที่ 1 “แบบฟอร์มมันเหมือนกันเกินไป พี่สับสน เขียนสลับไปสลับมามัน...ต้องมานั่งลบใหม่”

อสม./อพส. คนที่ 2 “อยากให้มีการปรับแบบสักนิดนึง อย่าให้แบบรายงานการเยี่ยมกับ แบบรายงานส่งต่อเหมือนกันเกิน พี่หยอดพิดหอยบลูก”

ประเด็นปัญหาที่ 2) หมวดครอบครัวควรเยี่ยมบ้านประกอบ อสม./อพส. อย่างน้อยอีก 1 เดือน เพื่อสร้างความมั่นใจอาสาสมัคร และช่วยอาสาสมัครทบทวน การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายเป็นระยะ ๆ ดังตัวอย่างเช่น

อสม./อพส. คนที่ 1 “พี่ไปเยี่ยมตามแบบที่ให้เยี่ยม เข้าใจเหละ แต่พอไปเองบางอย่างไม่ค่อยมั่นใจ เช่นเวลาญาติผู้สูงอายุถามมากๆ ก้าวตอบไม่ได้”

อสม./อพส. คนที่ 2 “ถ้าให้ดีอย่างไหนดี ที่อนามัยไปกับเราก่อนได้มั้ย?” ช่วงเดือนแรกๆ เพิ่มความมั่นใจในการเยี่ยมให้พากเราหน่อยค่ะ”

รอบที่ 2

1. Plan ระยะเตรียมการ

1.1 ประชุมระดมสมองเพื่อทบทวนการดำเนินงานพัฒนา ประกอบด้วย สาขาวิชาชีพและแกนนำ



ชุมชนเพื่อปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติตามปัญหาที่พบ และปรับร่างรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ

2. Do ระยะดำเนินการ

2.1 นำแบบฟอร์มทั้ง 2 ชุดมาใช้ปฏิบัติจริง และให้อาสาสมัครเยี่ยมพร้อมหมอครอบครัว

2.2 พัฒนาศักยภาพ อสม./อพส. เนพาะรายที่ต้องการบททวนความรู้ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายฝ่ายผ่านทางหมอครอบครัว

2.3 ฝึกการใช้คู่มือการเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต. ฉบับร่าง

2.4 ฝึกปฏิบัติเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต. ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

2.5 ฝึกเยี่ยมด้วยตัวเองตามหลัก “3 ต.” และฝึกเขียนแบบรายงานการเยี่ยม / การส่งต่อ

3. Check ระยะประเมินผล

การพัฒnarูปแบบการเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ 3 ต. หลังจากทดลองปฏิบัติต่ออีก 1 เดือน ได้มีการประเมินและสะท้อนผลการดำเนินการโดยการสำรวจกลุ่มและการประชุมระดุมสมองพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ที่ค่าเฉลี่ย 4.32 ดังตัวอย่างความคิดเห็นของผู้สูงอายุและผู้ดูแลดังนี้

ผู้สูงอายุคนที่ 1 “ขอบคุณมาเยี่ยมบ่อยๆ เพราเราอยู่แต่ที่บ้านไปไหนลำบาก มีญาติกันงานๆ ที่มาเยี่ยมสักที”

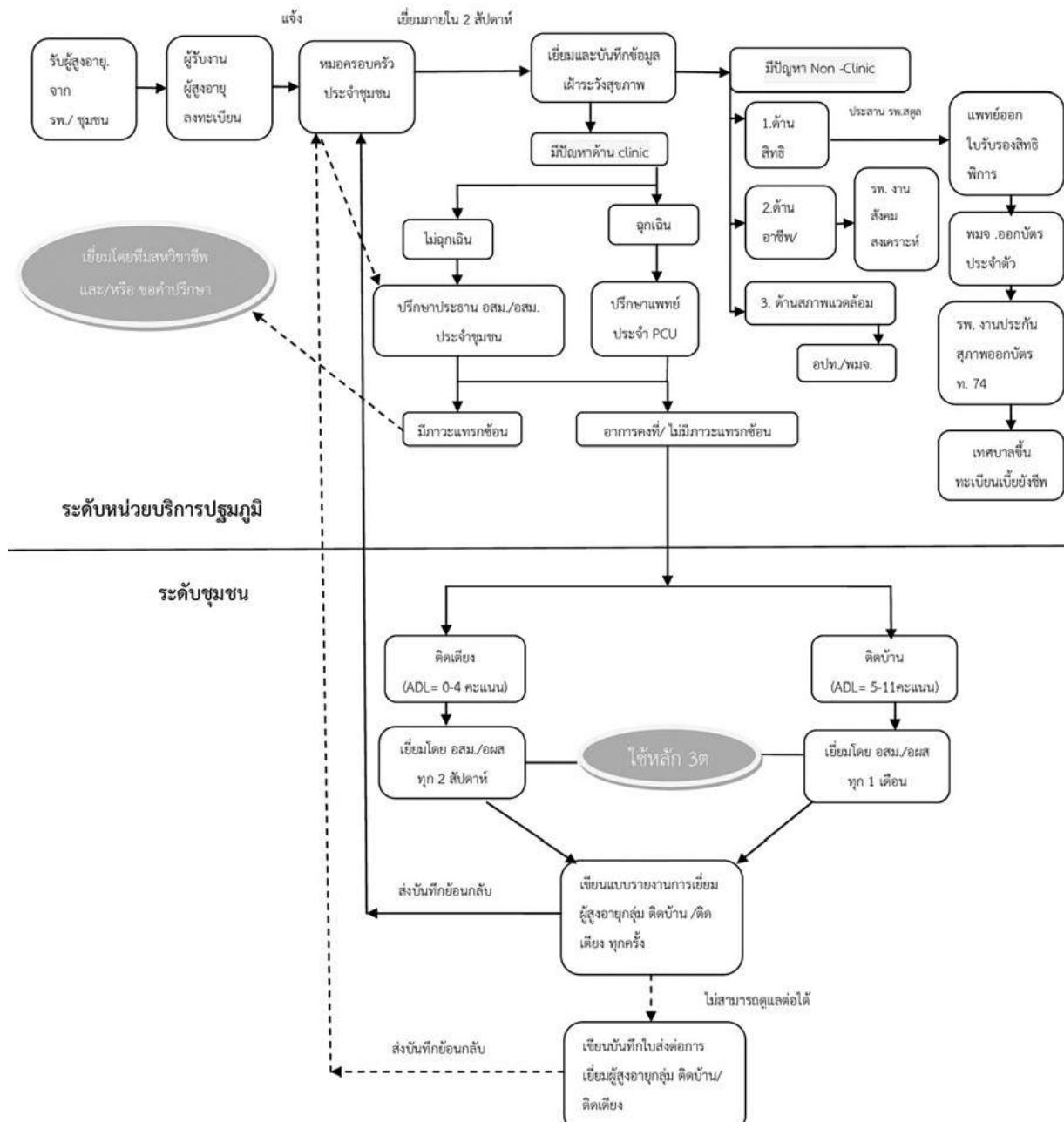
ผู้สูงอายุคนที่ 2 “รู้สึกอุ่นใจที่ มีเจ้าหน้าที่อสม.มาเยี่ยมบ่อยๆ เวลาไม่ป่วยอะไรได้ตามง่ายๆ เมื่อก่อนบางทีกังวลเรื่องกิน เรื่องโรคเมื่อรู้จะถามใคร”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุคนที่ 1 “ดีแล้วครับที่เยี่ยมแบบนี้ เราจะได้รู้บ้าง เพิ่งรู้ว่าคนไข้สูงอายุ ได้สิทธิ 2 สิทธิ ทั้งสิทธิผู้สูงอายุและผู้พิการ ตอนแรกเข้าใจว่าต้องเลือกอย่างใดอย่างนึงเท่านั้น”

ผู้ดูแลผู้สูงอายุคนที่ 2 “ดีแล้ว มาเยี่ยมแบบนี้เหมือนมีญาติ ได้รู้สึกสบายใจเพราญาติเราอยู่หางให้ๆ มาอยู่สหคลรู้จักคนไม่มาก แบบนี้อุ่นใจดีอสม. พุดเพราะ ใจเย็นด้วย”

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงมีค่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า การนำรูปแบบนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุเท่าที่ควร มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ เช่น ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลในครอบครัวมุ่นเวียนกัน การแก้ไขปัญหาแต่ละครั้งจึงไม่ต่อเนื่อง

ผลการพัฒnarูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.” ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 รูปแบบการเขียนบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.”



รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.” ประกอบด้วย 2 ระดับคือ

1) ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเริ่มจากผู้รับงานผู้สูงอายุรับผู้ป่วยมาลงทะเบียน และส่งต่อให้ห้องครอบครัวแต่ละชุมชนดูแลต่อ แยกปัญหาผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ 1.1) กลุ่มที่มีปัญหาด้านคลินิก แบ่งเป็นฉุกเฉิน ไม่ฉุกเฉิน และ 1.2) มีปัญหาด้านอื่น ๆ เช่น ด้านสิทธิ ด้านอาชีพ และด้านสิงแวดล้อม เมื่อระดับหน่วยบริการปฐมภูมิดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายอาการคงที่ จะส่งต่ออาสาสมัครในระดับชุมชนต่อไป รูปแบบในระดับนี้ ช่วยให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ รับบทบาทหน้าที่ของตนเองรวมถึงสามารถประเมินและแก้ปัญหาเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุได้

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

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.” เป็นการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนประกอบด้วย 1) ภาคีบริการ

ชุมชน 2) ภาคีบริการท้องถิ่น 3) ภาคีบริการสุขภาพ และ 4) ภาคีบริการสังคม เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการหล่อหลอมให้เกิดการเพิ่มศักยภาพของบริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้มีขีดความสามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ในการพัฒนาอย่างแท้จริง ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาคนให้รู้จักใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างมีวิจารณญาณในการวางแผนและตัดสินใจดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเขาเองอย่างอิสระเป็นประชาธิปไตยและสอดคล้องกับความต้องการปัญหาสุขภาพท้องถิ่นชุมชนนั้น (วสุธรัตน์วนกุล, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของสิริภูญ่า ปั่นเพชร (2555) เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบร่วมผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการคัดกรองสุขภาพครบถ้วน กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ในเรื่องโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ที่พบว่าเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ญาติ ครอบครัว โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นภาคีเครือข่ายร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

สรุปผลลัพธ์หลังการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.” พบร่วมอย่างของการเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง คงแน่นความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับ การศึกษาของแพรวนภา แหวนมุข พาณิช ภูมิกรอง และธนกร จีระอ่อน (2555) ศึกษา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรงยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน

โนนเจริญ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า หลัง การทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ และ การปฏิบัติตัว การมีส่วนร่วมของชุมชน และผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมั่นคงสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.” มีความ เหมาะสม และเกิดประโยชน์ได้จริงแก่ผู้สูงอายุกลุ่ม เป้าหมาย

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นเครื่องมือ และแนวทางให้อาสาสมัคร ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนของ ตน

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

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบการนำรูปแบบการ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงแบบ “3 ต.” ไป ใช้ในพื้นที่หรือบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน เพื่อศึกษาว่า สามารถทำให้เกิดทักษะ และกระบวนการคิดรูปแบบ ว่าจะ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ขยายผลรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ ได้ไปยังวิชาการพยาบาลอื่นๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังในชุมชน ผู้พิการในชุมชน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ พัฒนาการมีส่วนร่วม และพัฒนาระบวนการคิดต่อไป





เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ.
กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การส่งเสริมฯทั่วทุกแห่งในศึก.
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี. (2555). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาล เมืองเพชรบูรณ์. รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาโทสาขาการศึกษาอิสระ สาขาวิชาระบบทรัพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธัญพร สมันตรรัฐ. (2553). การพัฒนาคู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเบ้าหวานไทย มุสลิม. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประคง อินทรสมบัติ .(2546). 1-2-3 ในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพฤษภวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 4(4), หน้า 35-37.
- แพรวนภา แหวนมุข, พาฝน ภูมิกอง, และธนกร จีระอ่อน. (2555). การพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโนนเจริญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารผลงานวิชาการนำเสนอระดับกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555. หน้า 266.

- วงศธร ตันวัฒนกุล. (2547). สุขภาพอนามัยชุมชน และกระบวนการพัฒนา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณภา ศรีชัยณรงค์ และ ลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). แนวปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สมมิตรพริ้นติ้งแอน พับลิชชิ่ง.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ศุนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน โรงพยาบาลสตูล.
- (2556). แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ ประจำวัน ประจำวันผู้สูงอายุ; อ้างจาก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน โรงพยาบาลสตูล.
- (2558). ทะเบียนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมี. (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย: ทีคิวพี.
- สริญญา ปั่นเพชร. (2555). การพัฒนารูปแบบ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กร ประกอบส่วนท้องถิ่น. วารสารผลงานวิชาการนำเสนอระดับกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555. หน้า 262.

สุทธิดา สุอังค์ภาทิน. (2557). การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM). ใน เอกสารประชุมเรื่อง กลยุทธ์การสร้าง ความประทับใจในการทำงาน 3s (Service-Smile-Smart). เข้าถึงข้อมูลวันที่ 5 มีนาคม 2558. จาก <http://readgur.com/doc/2108028/km-3-s>

อัมพรพรรณ ธราณุตร. (2552). แนวคิดและ หลักการของการดูแลต่อเนื่อง. ในเอกสาร ประกอบการประชุมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ งานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. (หน้า 1-21). ระหว่างวันที่ 25-27 มีนาคม 2552 ณ. โรงแรมเจริญธานี. ขอนแก่น: เพ็ญพรินติ้ง.

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.

