ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรที่มีคุณภาพในเขตสุขภาพที่ 11

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม 2560-มิถุนายน2561

3. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ 80% (ระบุรายละเอียดของผลงานพร้อมทั้งสัดส่วนของงาน)

4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี) 1.นางสาววันวิสา เสถียรพันธ์ สัดส่วนของผลงาน 10 %

2.นางสาวพิมพ์พร แซ่ลิ้ว สัดส่วนของผลงาน 10 %

5. บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยการใช้กลยุทธ์ PIRAB ในเขตสุขภาพที่ 11 เข้ามาในดำเนินการในขั้นปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรที่มีคุณภาพในเขตสุขภาพที่ 11 วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ในเขตสุขภาพที่ 11 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร แก้ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้กลยุทธ์ PIRAB ในเขตสุขภาพที่ 11 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.จากฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 11 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปีที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2561, 2562 กับปี 2563 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.68, 15.08 และร้อยละ 15.23 ตามลำดับ ทำให้มีภาวะเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ ด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 48.46 โรคเบาหวานร้อยละ 18.90 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ1.84 เมื่อจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดสังคมร้อยละ 95.91 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 3.32 กลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.76 ซึ่งที่ผ่านมามีความเปลี่ยนแปลงของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทั้งในรูปแบบการบริการที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว การจัดเยี่ยมบ้าน จัดระบบจิตอาสาเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน มีระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญในการให้กระบวนการต่างๆขับเคลื่อนไปอย่างมีคุณภาพเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

2.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรที่มีคุณภาพ 11โดยใช้กลยุทธ์ PIRAB ในเขตสุขภาพที่ 11 ได้ดำเนินการภายใต้แนวคิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพตามวงจรคุณภาพ (Plan-Do-Check-Act) การนำกลยุทธ์ PIRAB สามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรของเขตสุขภาพที่ 11 ได้

3.ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ คือ การสร้างภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอนทั้ง 3 ภาคี ประกอบด้วย คือ ผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการและผู้สนับสนุน

ข้อเสนอแนะในการนำกลยุทธ์ PIRAB ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุควรมีการปรับปรุงให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อที่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ,พัฒนาคุณภาพการดูแล

Title: Development of the elderly care model with high quality in Regional Health Promotion

Center 11

Author: Benjawon Maknual, Wanvisa Sathienpen, Pimporn Saeliw

Year: 2017

Abstract

This action research was operated by including the PIRAB strategy in the 11th health region in the research procedure to develop the completed elderly care model with high quality in Regional Health Promotion Center 11.

The procedure was operated in two parts. First, analyze the number of dependent elders from the Health Data Center (HDC) in Regional Health Promotion Center 11. Second, develop the completed elderly care model and solve their care problems using the PIRAB strategy in Regional Health Promotion Center 11.

The research result can be concluded that:

1. From the HDC, the dependent elders' number in Regional Health Promotion Center 11 increases slightly from last year. Comparing between 2018, 2019 and 2020, we found that it rises from 14.68% ,15.08 % to 15.23% accordingly. The risk is health problems with chronic diseases that are hypertension 48.46%, diabetes 18.90%, and cardiovascular disease 1.84%. When we classified them by the Barthel Activities of Daily Living index (ADL), they are moderate dependent 95.91%, severe dependent 3.32%, and total dependent 0.76%. In the past, there were changes in the elderly care management model in different contexts of each area, for example, long-term patient care system, home visit, volunteer visit elders in community

system, continuous care network. Therefore, healthcare personnel development is a priority to make all of the systems move on with high quality for effective elderly care.

2. Development of the elderly care model with high quality in Regional Health Promotion Center 11 process under the PDCA model (Plan-Do-Check-Act). Using the PIRAB strategy in Regional Health Promotion Center 11 could help solve the completed elderly care problems in Regional Health Promotion Center 11.

3. The achievement factors were the total participation of three main networks, including the elder, healthcare personnel, supporters.

The recommendation for using the PIRAB strategy to solve the completed elderly care problems is that it must be adapted to each community context for the concrete solution.

Keywords: Elderly care model, Development of the elderly care

6. บทนำ

โครงสร้างประชากรโลกและประชากรของประเทศต่างๆกำลังเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่มีประชากรสูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งสัดส่วนและจำนวนโดยคาดประมาณว่าในปีพ.ศ.2583 สังคมโลกจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีประชากร 64.5 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 9.4 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 14.57 องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้นิยามว่าประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนร้อยละ10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศถือว่าประเทศได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ14 ดังนั้นประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) สำหรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยพบว่า มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นทุกปีโดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.4 (5.9 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 10.7 (7.0 ล้านคน) ในปีพ.ศ.2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.3 (12.2 ล้านคน) และร้อยละ14.9 (10.0 ล้านคน) ในปี พ.ศ.2554 และ2557 ตามลำดับ จากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545- 2564) ได้กำหนดมาตรการรองรับไว้เป็นยุทธศาสตร์ 5 ด้าน (คณะกรรมการผู้สูงอายุ, 2553) โดยยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุ มาตรการที่ 4 ระบบบริการ

และเครือข่าย เกื้อหนุนผู้สูงอายุ กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 10 ปี (พ.ศ.2557-2566 สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2558) เน้นยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ (1) การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (2) การพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอย่างมีคุณภาพ และ (3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย เพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายของบริการที่พึ่งประสงค์คือบริการสุขภาพภาพองค์รวม (holistic health care) บริการสุขภาพผสมผสาน (integrated health care)

สำหรับการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 11 ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.68 ในปี พ.ศ.2562 เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.08 ตามลำดับ จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ ทำให้มีภาวะเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 48.46 เบาหวานร้อยละ 18.90 ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 1.84 เมื่อจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดสังคมร้อยละ 95.91 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 3.32 กลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.76 ทางรัฐบาลได้มีนโยบายในการพัฒนาและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งที่ผ่านมามีความเปลี่ยนแปลงของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทั้งในรูปแบบการบริการ การดูแลที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ในประเทศไทย การศึกษาของเบญจพร สุธรรมชัย (2558) พบว่า มีการดำเนินงานการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว การจัดบริการเยี่ยมบ้านติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน การจัดบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน การจัดระบบจิตอาสาเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุและอื่นๆ เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย

แต่จากบทสรุปแผนงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) พบว่าระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุยังไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น คือ การรับบริการรักษาตามโรคและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและในชุมชน ระบบและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนยังไม่ชัดเจน ขาดบุคลากรที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ จึงควรพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุและชะลอความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้ว ผู้สูงอายุยังมีปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) พบว่า สุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และค่านิยมต่อผู้สูงอายุลดลง (พรทิพย์ เกยุรานนท์, 2556) ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมี

จำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ความสามารถในการพึ่งพาตนเองลดลง การดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าน้อยลง รวมถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ชัดเจนและยังต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหน่วยงานองค์กรในชุมชนให้การสนับสนุน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2555) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ลดการเพิ่มขึ้นของ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับเขตสุขภาพที่ 11 ตระหนักถึงความจำเป็นในฐานะเป็นหน่วยงานหนึ่งที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม ศักยภาพ คุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิ มีระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการมากที่สุด สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้เป็นผู้สนับสนุน ทั้งในด้านทรัพยากรและองค์ความรู้ จึงได้มีหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยปัญญา ศูนย์กลางการจัดการความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นศูนย์กลางในการเชื่อมต่อการทำงานของหน่วยงานอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้แล้วการดูแลที่ผ่านมายังมีการบริหารจัดการแบบแยกส่วน คือ การดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของกระทรวงสาธารณสุข การดูแลทางสังคมเป็นของกระทรวงมหาดไทยที่ทำหน้าที่จัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ส่วนการสนับสนุนให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่บ้านซึ่งเป็นบรรทัดฐานที่ดีของสังคมแต่หากครอบครัวไม่พร้อมก็ย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลง รวมทั้งปัญหาความเครียด การทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุและจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทต่างๆอย่างลึกซึ่ง (วัชริน สินธวานนท์, 2552) สถานการณ์ผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแต่ละคนมีความต้องการหรือบริบทที่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะมีระบบกลไกต่างๆในการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่หลากหลายก็ตาม เป้าหมาย ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรที่มีคุณภาพ อันจะเป็นรูปแบบที่นำไปสู่การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เหมาะสมสอดคล้อง

7.วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรที่มีคุณภาพในเขตสุขภาพที่ 11

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

กรอบแนวคิดในการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรมีคุณภาพในเขตสุขภาพที่ 11 แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc.Taggart (1988) 1 วงรอบ ตามขั้นตอน การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุงแก้ไข (Action) ในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 11 ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต พังงา กระบี่ ระนอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราชและชุมพร

ระเบียบวิธีการวิจัย

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) วิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ในเขตสุขภาพที่ 11

2) สำรวจหน่วยบริการที่ยังขาดบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในปี 2560 จากระบบรายงานโครงการ LTC จากสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

3) ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการในการดำเนินการจัดอบรม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมและจัดส่งบุคคลกรเข้าร่วมกิจกรรม โดยการติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 เพื่อขออนุญาต ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 มกราคม - 4 พฤษภาคม 2561

4) ประชุมผู้เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดแผนดำเนินการจัดอบรม การออกแบบการอบรม โดยใช้หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ของกรมอนามัยในการจัดการอบรมเน้นการเรียนรู้จากสภาพจริง (Authentic learning) การฝึกปฏิบัติ ผสมผสานกับการเรียนรู้โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม การทำงานเป็นทีม การสรุปและถอดบทเรียน ที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ ปรับทัศนคติและมุมมองในการเข้าใจ เห็นคุณค่าในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเป็นชีวิตของบุคคล การเสริมสร้างทักษะและประสบการณ์ด้านการประเมินสภาพ การวางแผน การส่งเสริมสุขภาพ ดูแล และช่วยเหลือ การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนการจัดทำแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพระยะยาวผู้สูงอายุของกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบเป็นรายบุคคล การประสานการทำงานในพื้นที่ การรายงานผล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของโครงการ และประสานวิทยากรทั้งในการบรรยายและในชุมชนในทุกพื้นที่ในเขตสุขภาภาพที่ 11

ระยะที่ 2 การทดสอบ (Do)

P: Partner พัฒนาความเข้มแข็งและสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน

I: Invest ส่งเสริมสนับสนุน ให้ อปท.และอบต. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

R: Regulate and Legislate ขับเคลื่อนงานโดยการส่งเสริมให้เกิดการคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ

A: Advocate สนับสนุนกลยุทธ์การสื่อสารและนวัตกรรมเพื่อขยายผลในการดูแลผู้สูงอายุ

B: Build Capacity จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลากรในการดูแลผู้สูงอายุโดยประชุมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) โดยการจัดอบรม ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การสาธิตการประชุมกลุ่ม อภิปราย ระดมสมอง การเรียนรู้จากกรณีศึกษา การเรียนรู้จากสื่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำเสนอผลงาน และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบของแต่ละจังหวัดตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด

ระยะที่ 3 การตรวจสอบ (Check) โดยการประเมินผลตามระยะที่ 2

P = การขยายเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก ได้รับความร่วมมือจาก อบต. พม.

I = การได้รับการสนับสนุนจาก อปท.และอบต. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับการสนับสนุนในส่วนของงบประมาณและทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

R= ผลการกำกับติดตามและเยี่ยมเสริมพลัง เพิ่มช่องทางการสื่อสารหลายช่องทาง เช่น ไลน์ Facebook ระบบพี่เลี้ยง

A= ผลการสนับสนุนให้พื้นที่ดำเนินการอำเภอสุขภาพดี สนับสนุนชุมชนในการเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ

B= ผลการอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร โดยแบบประเมินความรู้และแบบประเมินทักษะการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นแบบขั้นตอนการปฏิบัติ และประเมินผลจากการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาต่างๆในเรื่องการบูรณาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม

ระยะที่ 4 การปรับปรุงแก้ไข (Action)

1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน เพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยวิเคราะห์ผลการเรียนรู้การดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุจากผลในระยะที่ 3 โดยมีการแบ่งการถอดบทเรียนตามกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบโดยการแบ่งกลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1.จ.นครศรีธรรมราช 122 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 2.จ.สุราษฎร์ธานี 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 3.จ.พังงา 5 คน จ.ภูเก็ต 5 คน จ.ระนอง 13 คน จ.ชุมพร 9 คน 1 กลุ่ม กลุ่มที่ 4.จ.กระบี่ 36 คน 1 กลุ่ม

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร การประเมินทักษะการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

จริยธรรมหรือการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและให้สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูลในการตัดสินใจยินยอมเข้าเป็นกลุ่มแก่ผู้ให้ข้อมูลตามความสมัครใจ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมในการให้ข้อมูลและผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยใช้การนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อ

สกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัยประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและการรักษาความลับของข้อมูล

กรอบแนวคิดในการวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรมีคุณภาพในเขตสุขภาพที่ 11 แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan)

1.วิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ในเขตสุขภาพที่ 11

2.สำรวจหน่วยบริการที่ยังขาดบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในปี 2560 จากระบบรายงานโครงการ LTC จากสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

3.ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการในการดำเนินการจัดอบรม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมและจัดส่งบุคคลกรเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Do)

P: Partner พัฒนาความเข้มแข็งและสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน

I: Invest ส่งเสริมสนับสนุน ให้ อปท.และอบต. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

R: Regulate and Legislate ขับเคลื่อนงานโดยการส่งเสริมให้เกิดการคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ

A: Advocate สนับสนุนกลยุทธ์การสื่อสารและนวัตกรรมเพื่อขยายผลในการดูแลผู้สูงอายุ

B: Build Capacity จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ โดยประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

ระยะที่ 3 การตรวจสอบ (Check)

P = มีการขยายเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก ได้รับความร่วมมือจาก อบต. พม.

I = ได้รับการ สนับสนุนจาก อปท.และอบต. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับการสนับสนุนในส่วนของงบประมาณและทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

R= มีการกำกับติดตามและเยี่ยมเสริมพลัง เพิ่มช่องทางการสื่อสารหลายช่องทาง เช่น ไลน์ Facebook ระบบพี่เลี้ยง

B= ผลการอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร พบว่าการทดสอบความรู้ก่อนหลังเรื่องการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ADL การประเมินด้านสภาพสมอง และ ICD ,ICF ยังได้น้อยกว่าร้อยละ 35 ส่วนการฝึกการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถทำผ่านในทุกเรื่องในครั้งแรก เช่น การเขียนโครงการ การคัดกรองและการขออนุมัติทำโครงการ

ระยะที่ 4 การปรับปรุงแก้ไข (Action)

1.เน้นเนื้อหาในเรื่องการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ADL การประเมินด้านสภาพสมอง และ ICD ,ICF

2.ส่วนการฝึกการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการนำเสนอบทเวทีเพิ่มให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และเข้าใจมากขึ้น เช่น การเขียนโครงการ การคัดกรองและการขออนุมัติทำโครงการ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรที่มีคุณภาพในเขตสุขภาพที่ 11

9. ผลการดำเนิน/ ผลการศึกษา

จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ด้วยกลยุทธ์ PIRAB เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรที่มีคุณภาพในเขตสุขภาพที่ 11 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ในเขตสุขภาพที่ 11

1) จากฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 11 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปีที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2561, 2562 กับปี 2563 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.68, 15.08 และร้อยละ 15.23 ตามลำดับ ทำให้มีภาวะเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ ด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 48.46 โรคเบาหวานร้อยละ 18.90 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ1.84 เมื่อจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดสังคมร้อยละ 95.91 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 3.32 กลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.76 ซึ่งที่ผ่านมามีความเปลี่ยนแปลงของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทั้งในรูปแบบการบริการที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว การจัดเยี่ยมบ้าน จัดระบบจิตอาสาเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน มีระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญในการให้กระบวนการต่างๆขับเคลื่อนไปอย่างมีคุณภาพเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

2) สำรวจหน่วยบริการที่ยังขาดบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในปี 2560 จากระบบรายงานโครงการ LTC จากสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย มีจำนวน 270 คน ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการในการดำเนินการจัดอบรม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมและจัดส่งบุคคลกรเข้าร่วมกิจกรรม

3) ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการในการดำเนินการจัดอบรม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมและจัดส่งบุคคลกรเข้าร่วมกิจกรรม โดยการติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 เพื่อขออนุญาตดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 มกราคม - 4 พฤษภาคม 2561 ในการประชุมผู้เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดแผนดำเนินการจัดอบรม โดยใช้หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ของกรมอนามัย เน้นการเรียนรู้จากสภาพจริง (Authentic learning) การฝึกปฏิบัติ ผสมผสานกับการเรียนรู้โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม การทำงานเป็นทีม การสรุปและถอดบทเรียน ที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ ปรับทัศนคติและมุมมองในการเข้าใจ เห็นคุณค่าในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเป็นชีวิตของบุคคล การเสริมสร้างทักษะและประสบการณ์ด้านการประเมินสภาพ การวางแผน การส่งเสริม

สุขภาพ ดูแล และช่วยเหลือ การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตลอดจน การจัดทำแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพระยะยาวผู้สูงอายุของกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบเป็นรายบุคคล การประสานการทำงานในพื้นที่ การรายงานผล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของโครงการ และประสานวิทยากรทั้งในการบรรยายและในชุมชนในทุกพื้นที่ในเขตสุขภาภาพที่ 11

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรเพื่อนำไปปรับใช้ในการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรในเขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้กลยุทธ์ PIRAB มาเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร ดังรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) สำรวจหน่วยบริการที่ยังขาดบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในปี 2560 จากระบบรายงานโครงการ LTC จากสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย มีจำนวน 270 คน ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการในการดำเนินการจัดอบรม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมและจัดส่งบุคคลกรเข้าร่วมกิจกรรม บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 ที่เหลือเป็นเพศชาย ร้อยละ 6.67 มีอายุ 29-39 ปี ร้อยละ 54.81 และรองลงมาอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 29.63 และอายุ 50-59 ปี มีจำนวนน้อยสุด ร้อยละ 15.56 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 57.41 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 37.03 และน้อยสุดคือแพทย์แผนไทย ร้อยละ 5.56 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 91.85 จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 21.85 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.15 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 58.89

2) ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการในการดำเนินการจัดอบรม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมและจัดส่งบุคคลกรเข้าร่วมกิจกรรม โดยการติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 เพื่อขออนุญาตดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 มกราคม - 4 พฤษภาคม 2561 ในการประชุมผู้เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดแผนดำเนินการจัดอบรม โดยใช้หลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ของกรมอนามัย เน้นการเรียนรู้จากสภาพจริง (Authentic learning) การฝึกปฏิบัติ ผสมผสานกับการเรียนรู้โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม การทำงานเป็นทีม การสรุปและถอดบทเรียน ที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ ปรับทัศนคติและมุมมองในการเข้าใจ เห็นคุณค่าในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเป็นชีวิตของบุคคล การเสริมสร้างทักษะและประสบการณ์ด้านการประเมินสภาพ การวางแผน การส่งเสริมสุขภาพ ดูแล และช่วยเหลือ การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตลอดจน การจัดทำแผนปฏิบัติ

การการดูแลสุขภาพระยะยาวผู้สูงอายุของกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบเป็นรายบุคคล การประสานการทำงานในพื้นที่ การรายงานผล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของโครงการ และประสานวิทยากรทั้งในการบรรยายและในชุมชนในทุกพื้นที่ในเขตสุขภาภาพที่ 11

ระยะที่ 2 การทดสอบ (Do)

P: Partner พัฒนาความเข้มแข็งและสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้รับความร่วมมือจากชุมชนทุกๆ ฝ่าย เช่น เจ้าอาวาส กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนจาก อบต. พม และ รพ.สต. อสม.เพื่อให้มีความเข้าใจในปัญหาของผู้สูงอายุได้ขึ้นงานกับทุกฝ่าย

I: Invest ส่งเสริมสนับสนุน ให้ อปท.และอบต. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการชี้แจงกิจกรรมที่จะทำแก่ผู้นำชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับกับชุมชน เชิญผู้บริหารสูงสุดในระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในทุกๆขั้นตอนและมีหน่วยงานที่สนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงาน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล

R: Regulate and Legislate ขับเคลื่อนงานโดยการส่งเสริมให้เกิดการคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคประชาชน ภาคเอกชน

A: Advocate สนับสนุนกลยุทธ์การสื่อสารและนวัตกรรมเพื่อขยายผลในการดูแลผู้สูงอายุ เน้นการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เพื่อให้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ

B: Build Capacity จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลากรในการดูแลผู้สูงอายุโดยประชุมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การจัดอบรมโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรโดยมีทั้งภาคทฤษฎีเรื่องการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการแบบครบวงจรของผู้สูงอายุ ภาคฝึกภาคปฏิบัติ เรื่องการเขียนแผนการจัดการพยาบาลดูแลและการติดตามประเมินผล การวางแผนการจัดการพยาบาลโดยมีทฤษฎี 1 สัปดาห์ ฝึกภาคปฏิบัติ จำนวน 3 สัปดาห์ (ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2,3,4) รวมเป็น 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร พบว่า ผลการเปรียบเทียบความรู้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ก่อนการอบรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.96 คะแนน หลังการอบรมคะแนนเฉลี่ย 48.95 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($t=9.45, p<0.001$)

2) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรก่อนและหลังการอบรมเป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีความแตกต่างน้อยกว่าร้อยละ 35 ได้แก่ การประเมินการสนับสนุนทางสังคม การประเมินด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินด้านสภาพสมองและการประเมิน ICD,ICF

3) ประเมินทักษะการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่า การฝึกการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถทำผ่านในทุกเรื่องในครั้งแรก เช่น การเขียนโครงการต้องทดสอบซ้ำถึงร้อยละ 70 ส่วนการคัดกรองและการขออนุมัติสามารถทำได้ดีถึงร้อยละ 90 ดังนั้น อาจจะต้องเพิ่มจำนวนชั่วโมงการฝึกการวางแผนให้มากขึ้น

ระยะที่ 3 การตรวจสอบ (Check) โดยการประเมินผลตามระยะที่ 2

Partner = การขยายเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกได้รับความร่วมมือจาก อบต. พม.

Invest = การได้รับการสนับสนุนจาก อปท.และอบต. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับการสนับสนุนในส่วนของงบประมาณและทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

Regulate and Legislate = ผลการกำกับติดตามและเยี่ยมเสริมพลัง เพิ่มช่องทางการสื่อสารหลายช่องทาง เช่น ไลน์ Facebook ระบบพี่เลี้ยง

Advocate = ได้รับการสนับสนุนในการดำเนินการอำเภอสุขภาพดี สนับสนุนชุมชนในการเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ

Build Capacity = ผลการอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร

1.การจัดอบรมตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรโดยมีทั้งภาคทฤษฎี ภาคฝึกภาคปฏิบัติ โดยมีทฤษฎี 1 สัปดาห์ ฝึกภาคปฏิบัติ จำนวน 3 สัปดาห์ รวมเป็น 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร พบว่า ผลการเปรียบเทียบความรู้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ก่อนการอบรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.96 คะแนน หลังการอบรมคะแนนเฉลี่ย 48.95 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($t=9.45, p<0.001$)

2.ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรก่อนและหลังการอบรมเป็นรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีความแตกต่างน้อยกว่าร้อยละ 35 ได้แก่ การประเมินการสนับสนุนทางสังคม การประเมินด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินด้านสภาพสมอง และการประเมิน ICD,ICF

3.ประเมินทักษะการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการฝึกการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกคนสามารถสอบผ่านในทุกเรื่องและผ่านการประเมินในระดับดีได้ทั้งหมด

ระยะที่ 4 การปรับปรุงแก้ไข (Action)

1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น โดยจากผลการอบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร พบว่า สิ่งที่ต้องเน้นเนื้อหาในเรื่องการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ADL การประเมินด้านสภาพสมอง และ ICD,ICF การฝึกการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ควรมีการนำเสนอบทเวทีเพิ่มให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และ

เข้าใจมากขึ้น เช่น การเขียนโครงการ การคัดกรองและการขออนุมัติทำโครงการ ประเมินสภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกกลุ่ม กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง

2) การสร้างทีม (พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด อสม) และมีการบริหารจัดการในการสร้างฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบเพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนาด้านการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

3) ควรมีการขยายเครือข่ายทั้งภายในภายนอกและการหาหน่วยงานที่สนับสนุน ต้องมีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรมพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, หน่วยงานเอกชน เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีม เกิดการรวมกลุ่ม ร่วมคิด ร่วมทำกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เกิดแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกัน ทำให้แต่ละคนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง สามารถทบทวนและแก้ไขปัญหาร่วมกันกับภาคีเครือข่ายได้มากขึ้น นำไปสู่การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

4) สร้างกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่ม โดยเน้นการดูแลตนเอง, การปรับสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การสร้างอาชีพและรายได้ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ เช่น

(1) กลุ่มติดสังคม ส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมและการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ในชุมชน

(2) กลุ่มติดบ้าน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพพลภาพ เพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนได้

(3) กลุ่มติดเตียง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ ประคับประคองอาการเจ็บป่วยและเตรียมพร้อมด้านจิตใจเพื่อลมหายใจสุดท้ายที่สงบ

(4) สิ่งสำคัญในการดำเนินการดูแลผู้แบบครบวงจร คือ การกำกับติดตามการดำเนินการในทุกระยะเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรที่มีคุณภาพในเขตสุขภาพที่ 11 จากการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลากรในการดูแลผู้สูงอายุโดยประชุมเชิงปฏิบัติการตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การสาธิตการประชุมกลุ่ม อภิปราย ระดมสมอง การเรียนรู้จากกรณีศึกษา การเรียนรู้จากสื่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำเสนอผลงาน และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบของแต่ละจังหวัดตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดเพื่อให้สามารถบริหารจัดการในการดูแลผู้สูงอายุได้ในทุกกลุ่ม ทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาหลักสูตรให้มีคุณภาพมากขึ้นโดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ด้านเนื้อหา เพิ่มเติมเนื้อหาสอนให้ละเอียดมากขึ้นและการทำความเข้าใจแก่บุคลากรให้เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ เรื่อง 1) การประเมินการสนับสนุนทางสังคม 2) การประเมินด้านความสามารถใน

การทำกิจวัตรประจำวัน 3) การประเมินด้านสภาพสมอง และ 4) การประเมินสภาวะตามบัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ ICF : International Classification of Functioning, Disabilities and Health

2.การนำ ICF มาใช้หลากหลายรูปแบบ เช่น การพัฒนาฐานข้อมูลคนพิการเพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้ทั่วถึงและครอบคลุมทุกพื้นที่

3. เพิ่มการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่ทำงานด้วยกันโดยการเน้นการถอดบทเรียน มีการแสดงความคิดเห็นในกระบวนการทำงานทั้งโดยการพูดคุยและการเขียนบันทึกสะท้อนผลการดำเนินงาน

4.ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพดึงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้น เช่น นักกายภาพบำบัด ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ

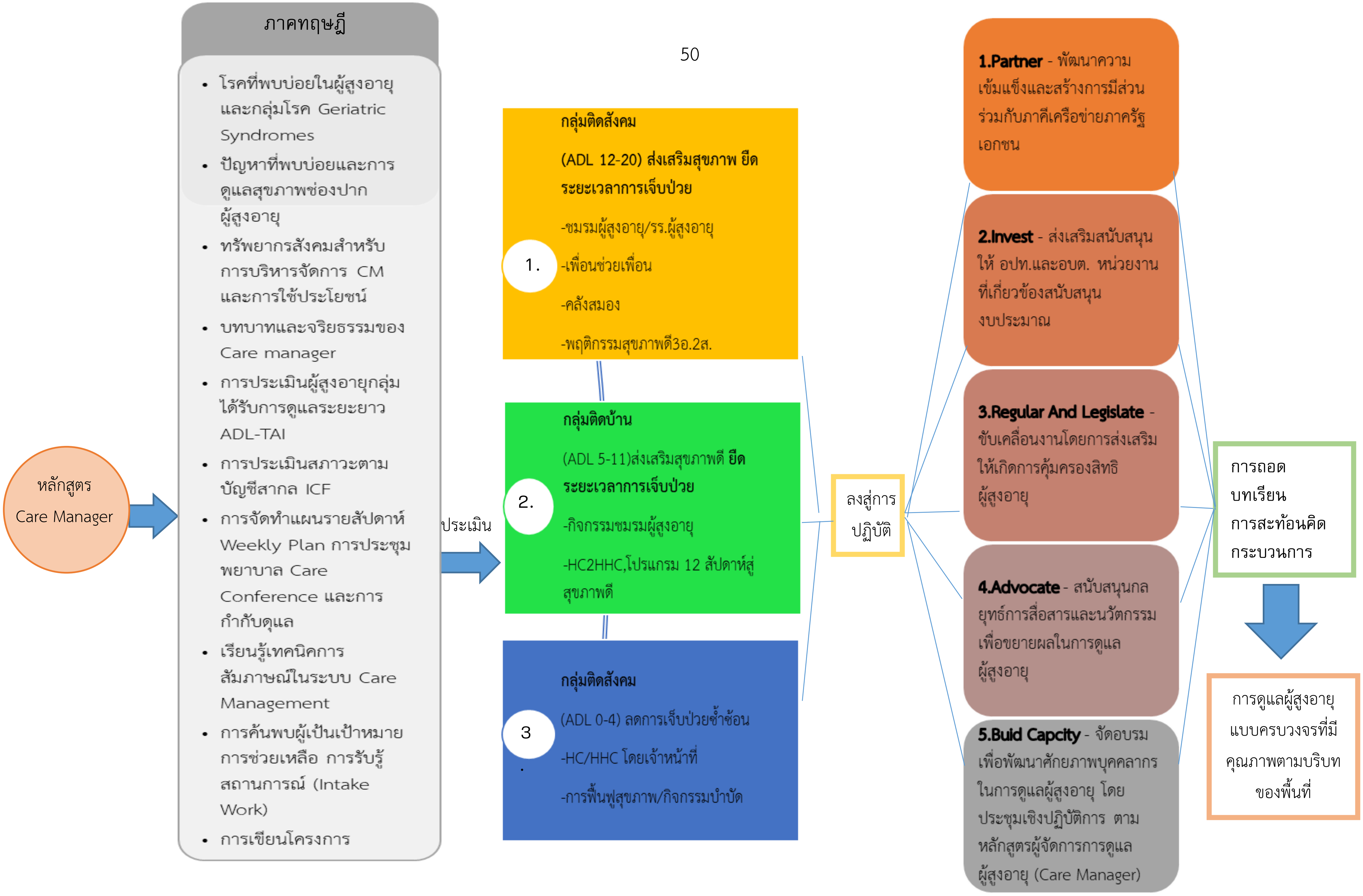
5. เพิ่มการอธิบายวิธีการใช้ข้อมูลจาก ICD : International Classification of Diseases and Related Health Problem ให้ละเอียด เนื่องจาก ICD เป็นรหัสของโรคและอาการเพื่อใช้ในการบันทึกรวบรวมข้อมูลในทางสถิติ หากมีความเข้าใจในเนื้อหาที่ละเอียดก็สามารถวางแผนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

6.ขยายเวลาในการสะท้อนคิดเกี่ยวกับเนื้อหาหรือกรณีศึกษาโดยการเพิ่มชั่วโมงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เข้าใจเนื้อให้มากที่สุดเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่ม

7.เน้นรายละเอียดการกำกับติดตามการดำเนินการในทุกระยะเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้สูงอายุ

8.ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร คือ การสร้างภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอนทั้ง 3 ภาคี ประกอบด้วย คือ ผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการและผู้สนับสนุนให้เข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด

9.เสนอแนะการนำกลยุทธ์ PIRAB ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโดยการปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม


หลักสูตร
Care Manager
ภาคทฤษฎี
โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและกลุ่มโรค Geriatric Syndromes
ปัญหาที่พบบ่อยและการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
ทรัพยากรสังคมสำหรับการบริหารจัดการ CM และการใช้ประโยชน์
บทบาทและจริยธรรมของ Care manager
การประเมินผู้สูงอายุกลุ่มได้รับการดูแลระยะยาว ADL-TAI
การประเมินสภาวะตามบัญชีสากล ICF
การจัดทำแผนรายสัปดาห์ Weekly Plan การประชุมพยาบาล Care Conference และการกำกับดูแล
เรียนรู้เทคนิคการสัมภาษณ์ในระบบ Care Management
การค้นพบผู้เป้นเป้าหมาย การช่วยเหลือ การรับรู้สถานการณ์ (Intake Work)
การเขียนโครงการ
ประเมิน
1.
กลุ่มติดสังคม
(ADL 12-20) ส่งเสริมสุขภาพ ยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย
-ชมรมผู้สูงอายุ/รร.ผู้สูงอายุ
-เพื่อนช่วยเพื่อน
-คลังสมอง
-พฤติกรรมสุขภาพดี3อ.2ส.
2.
กลุ่มติดบ้าน
(ADL 5-11)ส่งเสริมสุขภาพดี ยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย
-กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
-HC2HHC,โปรแกรม 12 สัปดาห์สู่สุขภาพดี
3
กลุ่มติดสังคม
(ADL 0-4) ลดการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน
-HC/HHC โดยเจ้าหน้าที่
-การฟื้นฟูสุขภาพ/กิจกรรมบำบัด
ลงสู่การปฏิบัติ
1.Partner - พัฒนาความเข้มแข็งและสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐเอกชน
2.Invest - ส่งเสริมสนับสนุนให้ อปท.และอบต. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนงบประมาณ
3.Regular And Legislate - ขับเคลื่อนงานโดยการส่งเสริมให้เกิดการคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ
4.Advocate - สนับสนุนกลยุทธ์การสื่อสารและนวัตกรรมเพื่อขยายผลในการดูแลผู้สูงอายุ
5.Buld Capcity - จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ โดยประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)
การถอดบทเรียน การสะท้อนคิด กระบวนการ
การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรที่มีคุณภาพตามบริบทของพื้นที่

10. การนำไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยและพัฒนานี้จะได้รูปแบบการบริหารจัดการผู้สูงอายุเชิงบูรณาการประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณี รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพ ที่ 11 ซึ่งทำให้เกิดความเข้มแข็งในการจัดการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ อันจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้ดูแล รวมถึงสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม

11. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค (ที่เป็นปัญหายุ่งยากของผู้ดำเนินการ)

11.1 การจัดการข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่เชื่อมโยงกับหน่วยงาน

11.2 กฎระเบียบการเบิกจ่ายงบในการดำเนินงานตำบล LTC ยังไม่ชัดเจน

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

12.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) การจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย เป็นเรื่องจำเป็นสำหรับนักวิจัย เพื่อให้ทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมในการสะท้อนต่อข้อมูล และร่วมวางแผนดูแลสุขภาพชุมชน

2) ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic) ทุก ๆ ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพก็เช่นกัน ต้องการข้อมูลทันต่อเหตุการณ์ทุกด้าน เพื่อเป็นมุมมองการจัดบริการให้ครอบคลุมและตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการให้มาก และสอดคล้องกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

3) ควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดทำคู่มือ และวิดีทัศน์ ประกอบการดูแลผู้สูงอายุ เผยแพร่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

12.2 ข้อเสนอแนะเชิงพื้นที่

12.2.1 ควรมีการศึกษาบทบาทด้านการดูแลสุขภาพประชาชน ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อบูรณาการในการดูแลสุขภาพชุมชนในรูปเครือข่ายต่อไป

12.2.2 ควรมีการศึกษาพัฒนาต่อยอดจากการศึกษาวิจัยนี้ โดยการศึกษาเชิงลึกครอบคลุมทุกมิติหรือเนื้อหาสาระเพิ่มเติมจากข้อค้นพบที่ได้จากการทำวิจัย อาทิ

การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

การวิจัยและพัฒนาแนวทางในการสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุโดยชุมชน

การวิจัยและพัฒนาแนวทางการพัฒนาสภาพแวดล้อมทั้งในบ้านและในชุมชนที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

2.3.ควรศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดรูปแบบที่หลากหลาย น่าสนใจ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้

13. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทีมงานวิจัยบูรณาการ บุคลากรประกอบด้วย ศูนย์อนามัยที่ 11 ,สำนักงานสาธารณสุขทั้ง 7 จังหวัดได้แก่ จังหวัดภูเก็ต พังงา กระบี่ ระนอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราชและชุมพร และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ที่ได้เข้าร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิด เรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงานวิจัยอย่างเป็นกัลยาณมิตร ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูล ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ที่ตรงกับความจำเป็นและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

14. เอกสาร/เว็บไซต์อ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. บทสรุปแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มผู้สูงอายุ. เรื่องภาวะคุกคามด้านการดูแลผู้สูงอายุ, PPFlagship - กระทรงสาธารณสุข.2557.
2. เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, เสาวภา พรสิริพงษ์, พัตธนี วินิจจะกูล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร,กุศล สุนทรธาดา, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วราพร ศรีสุพรรณ.การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบองค์รวม.2557;8:120-31.
3. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิสฐ์.2553.
4. จินตนา อาจสันเที๊ยะ,พรนภา คำพราว.รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ.วารสารพยาบาลทหารบก.2557;15:123-27.
5. ฉวีวรรณ อุปมานะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.ในการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก.2560;564-72.
6. เชียง เภาชิต, พรรณรา เทียมทัน. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์.สุทธิปริทัศน์.2559;30:112-27.
7. เบญจพร สุธรรมชัย. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธรณสุข.2558; 24(6) : 1017-1029.
8. นิลุบล วินิจสร, ปรีดา ตั้งจิตเมธี, นฤนาท ยืนยง, สมคิด ปานบุญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเมืองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน:กรณีศึกษาชุมชนบางขะแยง อำเภอเมือง จังหวัดประทุมธานี.วารสารการพยาบาลและการศึกษา.2558;8:14-32.
9. ประเสริฐ อัสสันตชัย.สังคมผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการบรรยาย.ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.2554.
10. พรทิพย์ เกยุรานนท์. จิตสังคมผู้สูงอายุ. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุขโขทัยธรรมาธิราช.2556.

11. พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แถวเพีย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด.2559;23:79-87.

12. วัชริน สินธวานนท์. การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุคำตอบอยู่ที่ชุมชน.วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2552; 1(2) :48-51.

13. ศักดิ์ขรินทร์ นรสารและวิไลวรรณ วัฒนานนท์. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี:บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน.วาราสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.2560;2:8-17.

14. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แผนงานยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขด้านการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. การประชุมบทบาทผู้ประสานแผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุครั้งที่ 1 โรงแรมเซ็นทารา ขอนแก่น.2558.

15. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรและการพัฒนา : การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 : ความพร้อมของแรงงานไทย. 2555; 32 (4).

16. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน: เวทีเสวนา ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 8 .บริษัททีคิวพี จำกัด.2555.

17. สุรัตน์ ตะภา. การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา.2560;8:109-20.

18. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.2560;9:57-69.

19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2559.กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.2557.

20. อัมพร พรรธีรานุตร. แนวคิดและหลักการของการดูแลต่อเนื่อง.เอกสารประกอบการประชุมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว.ระหว่างวันที่ 25-27 มีนาคม 2552.ณ โรงแรมเจริญธานี.ขอนแก่น:เพ็ญพรินติ้ง; 2552.

21. Gibson Cs. A concept analysis of empowerment. J Adv Nur 1991 ;16(20): 345-61.