



รายงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นฉบับสมบูรณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนใน
ชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่

โดย

ดร. ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์

นายสุเวช สุภาชี และคณะ

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น
และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กันยายน 2558



รายงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นฉบับสมบูรณ์
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการ
เคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่

โดย

อ.ดร.ณัฐยานันท์	สุวรรณคฤหาสน์	หัวหน้าโครงการ
นายสุเวช	สุภาณี	หัวหน้าโครงการ
ผศ.ดร.ศิริรัตน์	ปานอุทัย	ทีมวิจัย
นางจรรยา	ชัยพาน	ทีมวิจัย
นางศุภนุช	อร่ามศรี	ทีมวิจัย
นางอำพรพรณ์	อภัย	ทีมวิจัย
นางปราณี	ชัยไพบูลย์	ทีมวิจัย
นางทักษอร	เตียวตระกูล	ทีมวิจัย
นางลัทธพรพรณ์	พัสดวรรณ	ทีมวิจัย
นางจรงรักษ์	พานชาตรี	ทีมวิจัย
นางสมปอง	เงาศรี	ทีมวิจัย
นางตุ้มคำ	สิงหล	ทีมวิจัย
น.ส.อุไร	ปิ่นธิยะ	ทีมวิจัย
นางนันทนา	แสนสิริวรรณ	ทีมวิจัย
นางจันศรี	ตันโต	ทีมวิจัย
นางพรทิพย์	ชุ่มใจ	ทีมวิจัย
นางปิยะนันท์	สระทองจันทร์	ทีมวิจัย
นางปิ่นหยี	สุขจิตร	ทีมวิจัย
น.ส.พิมพ์พัสชา	มุสิกพันธุ์	ทีมวิจัย
นางเฉลียว	ทรายเขียว	ทีมวิจัย
นางชลิตา	กาคำ	ทีมวิจัย

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

บอกเล่าเพื่อความเข้าใจร่วมกัน

งานวิจัยเพื่อท้องถิ่นเป็นกระบวนการที่คนในชุมชนได้มาร่วมคิดทบทวนสถานการณ์ ตั้งคำถาม วางแผน หาข้อมูล ทดลองทำ วิเคราะห์ สรุปผลการทำงานและหาคำตอบเพื่อปรับปรุงงานต่อไป” กล่าวคือ งานวิจัยเพื่อท้องถิ่นเป็นเครื่องมือหนึ่งที่เน้นการให้ “คน” ในชุมชนเข้ามาร่วมใน กระบวนการวิจัยตั้งแต่การเริ่มคิด การตั้งคำถาม การวางแผน และค้นหาคำตอบอย่างเป็นระบบเป็น รูปธรรม โดยเรียนรู้จากการปฏิบัติการจริง (Action Research) อันทำให้ชุมชนได้เรียนรู้ สร้างผลงาน มี ความก้าวหน้าในการแก้ปัญหาของตนเอง และสามารถใช้กระบวนการนี้ในการแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ในท้องถิ่น โดยมีกระบวนการศึกษาเรียนรู้อย่างเป็นเหตุเป็นผล ดังนั้นจุดเน้นของงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นจึงอยู่ที่ “กระบวนการ” มากกว่า “ผลลัพธ์” เพื่อให้ชาวบ้านได้ประโยชน์จากงานวิจัยโดยตรง และให้งานวิจัยมี ส่วนในการแก้ปัญหาของชาวบ้านรวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นจริงในชุมชน ซึ่งจะต้องอาศัย “เวที” (การประชุม เสวนา พุดคุยถกเถียง) เป็นวิธีการเพื่อให้คนในชุมชน ทั้งชาวบ้าน ครู นักพัฒนา สมาชิก อบต. กรรมการสหกรณ์ ข้าราชการ หรือกลุ่มคนอื่นๆ เข้ามาร่วมหา ร่วมใช้ “ปัญญา” ใน กระบวนการวิจัย

“กระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่น” หมายถึง การทำงานอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อตอบ “คำถาม” หรือ “ความสงสัย” บางอย่าง ดังนั้นสิ่งสำคัญคือประเด็น “คำถาม” ต้องคมชัด โดยมีการแยกแยะ ประเด็นว่าข้อสงสัยอยู่ตรงไหนมีการหา “ข้อมูล” ก่อนทำ มีการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีการ “วางแผน” การทำงานบนฐานข้อมูลที่มีอยู่ และในระหว่างลงมือทำการ “บันทึก” มีการ “ทบทวน” ความก้าวหน้า “วิเคราะห์” ความสำเร็จและอุปสรรคอย่างสม่ำเสมอ เพื่อ “ถอด” กระบวนการเรียนรู้ที่ เกิดขึ้นออกมาให้ชัดเจนในที่สุดก็จะสามารถ “สรุปบทเรียน” ตอบคำถามที่ตั้งไว้ แล้วอาจจะทำใหม่ให้ดีขึ้น ตลอดจนสามารถนำไปใช้เป็นบทเรียนสำหรับเรื่องอื่น ๆ หรือพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป ซึ่งทั้งหมดนี้กระทำ โดย “ผู้ที่สงสัย” ซึ่งเป็นคนในท้องถิ่นนั่นเอง ดังนั้นกระบวนการงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นจึงเป็นงานวิจัยอีก แบบหนึ่งที่ไม่ยึดติดกับระเบียบแบบแผนทางวิชาการมากนัก แต่เป็นการสร้างความรู้ในตัวคนท้องถิ่นโดย คนท้องถิ่น เพื่อคนท้องถิ่น โดยมุ่งแก้ไขปัญหาด้วยการทดลองทำจริง และมีการบันทึกและวิเคราะห์อย่าง เป็นระเบียบ การวิจัยแบบนี้จึงไม่ใช่เครื่องมือทางวิชาการ ไม่ใช่ของศักดิ์สิทธิ์ที่ผูกขาดอยู่กับครูบาอาจารย์ แต่เป็นเครื่องมือธรรมดาที่ชาวบ้านก็ใช้เป็น เป็นประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้

สกว.ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น ได้ใช้วิธีการสนับสนุนงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นตามแนวคิดและหลักการ ดังกล่าวมาแล้วในระยะเวลาหนึ่ง พบว่า ชาวบ้านหรือทีมวิจัยส่วนใหญ่สามารถสะท้อนการดำเนินงานด้วย การบอกเล่าได้เป็นอย่างดี ในขณะที่เดียวกันก็พบว่า การเขียนรายงาน เป็นปัญหาที่สร้างความหนักใจ ให้แก่นักวิจัยเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นด้วยความตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว สกว.ฝ่ายวิจัยเพื่อ ท้องถิ่น จึงได้ปรับปรุงรูปแบบการเขียนรายงานวิจัย ให้มีความยืดหยุ่น และมีความง่ายต่อการนำเสนองาน

ออกมาในรูปแบบที่นักวิจัยถนัด โดยไม่ยึดติดในเรื่องของภาษาและรูปแบบที่เป็นวิชาการมากเกินไป ซึ่งเป้าหมายสำคัญของรายงานวิจัยยังคงมุ่งเน้นการนำเสนอให้เห็นภาพของกระบวนการวิจัยมากกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัย โดยกลไกสำคัญที่จะช่วยให้นักวิจัยให้มีความสามารถเขียนรายงานที่นำเสนอกระบวนการวิจัยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น คือ ศูนย์ประสานงานวิจัย (Node) ในพื้นที่ ซึ่งทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงโครงการวิจัยมาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบการทำงานวิจัย ดังนั้น Node จะรับรู้พัฒนาการของโครงการวิจัยมาโดยตลอด บทบาทการวิเคราะห์เนื้อหาหรือกิจกรรมของโครงการจึงเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง Node และนักวิจัย ซึ่งความร่วมมือดังกล่าวได้นำมาซึ่งการถอดบทเรียนโครงการวิจัยสู่การเขียนมาเป็นรายงานวิจัยที่มีคุณค่าในที่สุด

อย่างไรก็ตาม รายงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น อาจไม่สมบูรณ์แบบดังเช่นรายงานวิจัยเชิงวิชาการโดยทั่วไป หากแต่ได้คำตอบและเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัย ซึ่งท่านสามารถเข้าไปค้นหาศึกษาและเรียนรู้เพิ่มเติมได้จากพื้นที่

สกว.ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังโดยอาสาสมัครในชุมชน ในชุมชน
การเคหะหนองหอย อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่
ปีที่ทำการวิจัย พุทธศักราช 2557

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาว แต่มีผู้สูงอายุบางรายอยู่เพียงลำพัง หรือครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ จึงมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น คนในชุมชนเป็นกลุ่มคนที่สามารถให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยอาสาสมัครในชุมชน ในชุมชนการเคหะหนองหอยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 5 ตอนคือ 1) สำรวจและวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการ 2)ออกแบบ และสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (ฉบับร่าง) 3)ทดลองใช้ 4)ประเมินผลและปรับปรุง 5)เผยแพร่ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่เพียงลำพัง หรือคนในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือดูแล 24 คน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือมีภาวะพึ่งพิงน้อย 264 คนและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 17 คน

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครในชุมชน ประกอบด้วยเรื่องสุขภาพและสวัสดิการสังคม (เบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้พิการ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย) โดยแบ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่ม 1 พึ่งตนเองได้/พึ่งผู้อื่นเล็กน้อย และกลุ่ม 2 พึ่งตนเองไม่ได้และมีภาวะพึ่งพิงมาก ซึ่งกลุ่ม 1 ได้รับการประเมินสุขภาพและร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาสาสมัครได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เขียนโครงการเสนอขอรับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากแหล่งทุนต่างๆ สำหรับกลุ่ม 2 มีการเยี่ยมบ้านและประเมินสุขภาพ และช่วยเหลือตามศักยภาพของชุมชนโดยอาสาสมัครและทีมจากโรงพยาบาลเทศบาล กรณีมีปัญหา ส่งต่อที่โรงพยาบาลเทศบาล ฝ่ายงานผู้สูงอายุเทศบาลเมือง หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง อาสาสมัคร ชุมชน

Abstract

Elderly person with chronic illness need continuity and long term care. Some elderly persons live alone or with family members who cannot care them. Thus, they need help from others. People in a community are a group of care provider for elderly person.

This research and development aimed to develop community-based volunteer-led care model for older persons with chronic illnesses, Nong Hoi village housing, Muang district, Chiang Mai. The steps consisted of 5 processes: 1) surveyed and analyzed the current situation, problem and need. 2) designed the caring model for elderly person with chronic illness (draft version). 3) trial of the model 4) evaluated and improved the model, and 5) distributed. The study population included 24 elderly who lived alone or family members need caring help, 264 elderly with self- help or less dependence, and 17 caregiving volunteers.

The research finding revealed that the community-based volunteer-led care model for older persons with chronic illnesses covered health and social welfare (allowance elderly, disability living allowance, and environment and safety). Elderly were divided into 2 groups: the first group was independence/less dependence; and the second group was lack of self-help/ high dependence. The first group received health assessment and participated in health promotion projects in which caring volunteers were developed to write a proposal for funding from other agencies. The second group received home visit, health assessment, and necessary help by caring volunteers and health care team from the municipal hospital. In a case with health problem would be referred to the municipal hospital, municipal service for older person, or division of Social Development and Human Security.

Keywords: community-based volunteer-led care model, older persons with chronic illnesses

คำนำ

โครงการการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังโดยอาสาสมัครในชุมชนการเคหะหนอง อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สกว. (ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น)และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีการลงนามความร่วมมือกับสกว. ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น โดยมีเงื่อนไขสำคัญในการสร้างความร่วมมือและร่วมกันสนับสนุนงบประมาณ ในการพัฒนาข้อเสนอโครงการวิจัยให้เกิดขึ้นในและเน้นการสร้างการเรียนรู้งานวิจัยเพื่อท้องถิ่นขึ้นในพื้นที่โดยในปีคณะทำงานใช้กระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่นมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินการพัฒนาและหารูปแบบแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งการดำเนินกิจกรรมเป็น ๒ ระยะ คือ ระยะที่ ๑นี้ เป็นการศึกษาถึงบริบทของชุมชน ประวัติศาสตร์ของชุมชน ข้อมูลการบริหารจัดการเดิม กิจกรรมประชุมและเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมวิจัย กิจกรรมการประชาสัมพันธ์เปิดตัวโครงการ และระยะที่ ๒ เป็นกิจกรรมการทดลองรูปแบบการดำเนินงานที่ได้เพื่อเหมาะสมกับพื้นที่ อีกทั้งมีกิจกรรมการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับชุมชน และเวทีคืนข้อมูลชุมชน

การดำเนินโครงการวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลุล่วงลงไปได้ หากไม่ได้ความร่วมมือและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ศูนย์ประสานงานวิจัยเพื่อชุมชน เครือข่ายสถาบันการศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ ทีมนักวิจัยชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน แกนนำ อสม. และอีกหลายๆ ท่าน หลายๆ ส่วนที่มีได้กล่าวถึงในการดำเนินโครงการ ตลอดจนกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์กับชุมชนและท้องถิ่นในการบริหารจัดการขยะ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

หน้า

บอกเล่าเพื่อความเข้าใจร่วมกัน	ก
บทคัดย่อ	ค
คำนำ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
หลักการและเหตุผล	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์	5
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	7
แนวคิดการดูแลภาวะเรื้อรัง	15
แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	18
แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
กรอบแนวคิดการวิจัย	24
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย	
พื้นที่การศึกษา	26
รายละเอียดการดำเนินงานตามกิจกรรม	32
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์	62
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	
ประเด็นและแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน	87

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
ประเด็นและแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก	87
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโดยอาสาสมัครผู้ดูแลและครอบครัว	88
ข้อเสนอแนะในการจัดระบบบริการในชุมชน	88
การวิเคราะห์ผลที่ได้จากการดำเนินงาน	89
ข้อเสนอแนะจากชุมชน	92
บรรณานุกรม	93
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	97
ภาคผนวก ข แบบสอบถามระดับความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพ	104
ภาคผนวก ค ประวัติทีมวิจัย	106

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	67
ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	67
ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	70
ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก	76

สารบัญภาพและแผนภูมิ

ภาพ	หน้า
แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	25
ภาพที่ 1 แสดงการชี้แจงพื้นที่สำรวจ	38
ภาพที่ 2 แสดงกิจกรรมการรวบรวมข้อมูล	41
ภาพที่ 3 แสดงการฝึกการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและช่วยในการเคลื่อนไหว	43
ภาพที่ 4 การเตรียมการเพื่อวางแผนการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	46
ภาพที่ 5 แสดงแผนที่ชุมชนการเคหะหนองหอย	63

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ เนื่องด้วยพบว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพในอันดับต้นๆ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไตวาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัมพาต เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคที่ไม่รักษาไม่หายขาด แต่สามารถทำให้อาการทุเลาลง ไม่ปรากฏอาการหรือเข้าสู่ระยะสงบของโรคได้ อาจมีการกำเริบของโรคหรือมีอาการกำเริบอีกเป็นครั้งคราว บางครั้งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดความพิการได้ นอกจากนี้โรคเรื้อรังยังต้องการการรักษาด้วยยาและหัตถการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการปรับตัวในการอยู่กับโรคที่ยาวนานหรือตลอดชีวิต ผลกระทบตามมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจและการสูญเสียศักยภาพของบุคคลในชุมชน สำหรับในประชากรผู้สูงอายุภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงที่ส่งผลกระทบให้เพิ่มภาระของครอบครัวและชุมชน

การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายหลายระบบ เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยตามธรรมชาติ มีกำลังสำรองของร่างกายลดลง มีความแปรปรวนของสมดุลในร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ช้า ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง มีภาวะทุพพลภาพ ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และต้องพึ่งพาผู้ดูแลและครอบครัวมากขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว การทานข้าว การอาบน้ำ การขับถ่าย เป็นต้น ซึ่งสภาพสังคมไทยปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ บางรายเกิดโรคแทรกซ้อนทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังยังมีความซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุเดินทางไปไหนลำบากทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขที่ภาครัฐจัดให้ ในขณะเดียวกันครอบครัวและเครือญาติไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างไม่เหมาะสม บางคนถูกละเลย หรือละทิ้ง แม้ว่าผู้สูงอายุไทยประมาณ 90% ได้รับการดูแลในชีวิตประจำวันจากสมาชิกในครอบครัว (Knodel & Chayovan, 2008) แต่จากการสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า แนวโน้มที่ผู้สูงอายุไทยจะอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้ลูกหลานต้องออกไปใช้ชีวิตต่างถิ่น นอกจากนี้ครอบครัวไทยมีแนวโน้มที่จะมีขนาดเล็กลง โดยในแต่ละครอบครัวมีจำนวน

ลูกหลานจำนวนลง สตรีออกทำงานนอกบ้าน ทำให้ขาดคนในครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญที่จะเข้ามามีส่วนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

ชุมชนการเคหะหนองหอยเป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่และค่อนข้างแออัด ตั้งอยู่ในแขวงกาวิละ เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ตำบลหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีพื้นที่ติดกับชุมชนโยแก้ว ส่วนทิศใต้ติดกับโครงการเอื้ออาทรการเคหะหนองหอย ถนนมทิตล และสี่แยกหนองหอย ทิศตะวันตกติดกับถนนเชียงใหม่-ลำพูน และทิศตะวันออกติดกับลำเหมืองพญาคำและชุมชนเมืองสารทน้อย ลักษณะชุมชนเป็นหมู่บ้าน บ้านจัดสรร หอพัก ทาวน์เฮาส์ และตึกแถว มีจำนวน 1,112 ครัวเรือน มีประชากรทั้งสิ้น 4,365 คน ไม่มีพื้นที่ในการทำเกษตร ประกอบอาชีพหลากหลาย ยกเว้นเกษตรกร การรับบริการบริการด้านสาธารณสุขจะได้รับบริการจากศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครเชียงใหม่ (ตั้งอยู่ในแขวงเม้งราย) โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเซ็นทรัลแม่ริม เชียงใหม่ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท โดยประชาชนต้องไปเข้ารับบริการเอง ที่โรงพยาบาลไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครเชียงใหม่ซึ่งตั้งอยู่ในแขวงเม้งรายให้บริการด้านสุขภาพโดยพยาบาล เป็นบริการเชิงรับที่ไม่มีการเยี่ยมบ้าน ยกเว้นกรณีที่มีการส่งต่อความดูแลจะเข้าไปเยี่ยมเป็นรายๆไป ไม่ได้บริการครอบคลุมทุกครัวเรือน ทำให้ชุมชนนี้ต้องจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม) เพื่อให้การช่วยเหลือคนในชุมชนในเรื่องการดูแลสุขภาพตามเท่าที่คนในชุมชนจะมาขอความช่วยเหลือ โดยประธาน อสม จะประสานขอความช่วยเหลือไปทางโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่เพื่อช่วยอบรมอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นเบื้องต้น ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลประชากรด้านสุขภาพของชุมชนการเคหะหนองหอยจากศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครเชียงใหม่ ที่สำรวจเฉพาะ 175 ครัวเรือน พบมีประชากรโดยรวม 548 คน เป็นผู้สูงอายุ 116 คน คิดเป็นร้อยละ 21.17 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนผู้สูงอายุเหล่านี้ พบว่า มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.83 ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบได้แก่ ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง 18 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 44 คน โรคเบาหวาน 17 คน และสมองเสื่อม 2 คน (ศูนย์สุขภาพชุมชนการเคหะหนองหอย, 2556) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวไม่ครอบคลุมทั้งพื้นที่ แต่เท่าที่สำรวจได้พบว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือดูแลอยู่จำนวนมาก

จากการจัดเวทีระดมความคิดเห็นของคนในชุมชนที่เกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอย พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ บางรายเกิดโรคแทรกซ้อนทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้น ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านขาดความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความเครียด บางรายอยู่บ้านคนเดียว เป็นผู้สูงอายุโสด หรือคู่สมรสเสียชีวิต ทำให้ไม่มีผู้ดูแล ชุมชนจึงต้องเข้ามาช่วยดูแล แต่เนื่องจากว่าอาสาสมัครในชุมชนขาดความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเช่นกัน ทำให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุไม่ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้การบริการจากศูนย์บริการสุขภาพที่มีอยู่ให้บริการแบบเชิงรับคือผู้ป่วยต้องเข้าไป

รับบริการในโรงพยาบาลเอง ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ยาก เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการ และบางครั้งคนในครอบครัวเองไม่มีเวลาพาไปโรงพยาบาล เนื่องจากต้องทำงาน การที่มีปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นในชุมชน คนในชุมชนจึงอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้สมาชิกผู้สูงอายุในชุมชนสามารถดำรงชีวิตในชุมชนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ที่ผ่านมาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลหลัก ยกเว้นบางบ้านที่ผู้สูงอายุโสด หรือคู่สมรสเสียชีวิตแล้วไม่มีบุตรหลาน ผู้สูงอายุจะดูแลตนเองและทางอสม.จะเข้าไปดูแลเยี่ยมประมาณเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งพบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติและอสม. เองก็ไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความพยายามอย่างต่อเนื่อง และการปรับตัว การจัดโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุจะกระทำได้ ประธานชุมชนต้องเขียนโครงการเพื่อของบประมาณไปยังเทศบาลนครเชียงใหม่เพื่อให้จัดงบประมาณสนับสนุนมาให้ ซึ่งถ้าประธานชุมชนไม่เขียนโครงการขึ้นไปก็จะไม่มีการจัดทำโครงการใด ยกเว้นในกรณีวันสำคัญพิเศษหรือช่วงที่มีการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพทางเทศบาลนครเชียงใหม่จึงจะจัดโครงการให้ ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีความต่อเนื่อง ไม่มีรูปแบบหรือแผนการดำเนินงานที่แน่นอน และไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยในการดูแลระบบปฐมนิเทศ

นอกจากนี้จากเวทีระดมความคิดที่ประชุมยังพิจารณาถึงจุดแข็งที่จะช่วยพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนคือ 1) มีคณะกรรมการบริหารชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีจิตอาสาที่จะมาช่วยเหลือชุมชนด้วยเต็มใจ มีเวลาทุ่มเทในการทำงาน 2) มีสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมเพื่อใช้เป็นทำงานและประสานงานร่วมกันระหว่างครอบครัวและชุมชนคือ ศาลาเอนกประสงค์ 3) มีลานและห้องทำกิจกรรมที่สามารถจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมหรือกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในชุมชน 4) มีภาคเครือข่ายที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หน่วยเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น 5) ชุมชนรู้จักผู้สูงอายุในชุมชน สามารถให้ความช่วยเหลือและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงและใกล้ชิด นอกจากการดูแลสุขภาพแล้ว ชุมชนสามารถดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้ด้วย 6) การดำเนินงานโดยคนชุมชนทำให้ไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก จากจุดแข็งดังกล่าวคนในชุมชนเชื่อว่าชุมชนของตนเองมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนได้ เพียงแต่ต้องการการสนับสนุนด้านวิชาการ การวางรูปแบบการทำงานและงบประมาณในการดำเนินงาน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลจึงมีความสำคัญยิ่ง เนื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องอาศัยการจัดการและการดูแลที่ซับซ้อน ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งคนในครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด นอกจากนี้ในเรื่องค่านิยมวัฒนธรรมไทยที่คนใน

ครอบครัวต้องแสดงบทบาทเพื่อการทดแทนบุญคุณและค่านิยมเรื่องความกตัญญูทวดเวที ที่ให้คนในครอบครัวมีความเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การได้รับดูแลจากครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนเกือบทุกรูปแบบที่พึงจะมีได้ ไม่ว่าจะเป็นการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย การตอบสนองทางด้านอารมณ์และจิตใจ การตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจ และการตอบสนองความต้องการด้านสังคม (นิชภา, ชไมพร, ศุภสิทธิ์, วิพรรณ, และพุฒิพงศ์, 2555) การดูแลโดยคนในครอบครัวจะสร้างทั้งความอบอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุด้วย

สำหรับชุมชนการเคหะหนองหอยยังมีหลายครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เอง จึงมีความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุจากบุคคลที่ไม่ใช่คนในครอบครัว ชุมชนเป็นอีกส่วนหนึ่งที่สามารถให้การดูแลคนในชุมชนได้ เนื่องจากสามารถให้การดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งจะมีครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนในชุมชนที่คุ้นเคยกัน (Chapman, Keating, & Eales, 2003) และมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการดูแลในสถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนจะสอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อตามวิถีชีวิตที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยอยู่ จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในบ้านและในชุมชนได้ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนจึงต้องผสมผสานการดูแลในครอบครัวและชุมชน โดยในครอบครัวเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและเสริมสร้างศักยภาพการดูแลของครอบครัว เพื่อสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ในขณะที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกันระหว่างครอบครัวกับชุมชน เพื่อเพิ่มความสามารถและคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยการ

ดังนั้น ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงต้องการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอยจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อจะให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ตอบปัญหา สนองความต้องการ และการพัฒนาศักยภาพครอบครัวและชุมชนให้สามารถพึ่งตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เป็นแบบองค์รวม ผสมผสาน ครอบคลุมทุกมิติการดูแล ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัวและชุมชนอย่างชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ และยั่งยืน อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชน และชุมชนอื่นๆ สามารถนำแนวทางพัฒนานี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังต่อไป

คำถามการวิจัย

รูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
4. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลเชิงวิจัย

1. ได้ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอยเชียงใหม่ แขวงกาวิละ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
2. ได้รูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอยเชียงใหม่ แขวงกาวิละ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ผลเชิงพัฒนา

1. ผลที่เกิดต่อผู้รับบริการ

- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น
- ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ มีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีภาวะเครียด ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น
- ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและการนอนโรงพยาบาลอันมีเหตุจากภาวะแทรกซ้อนของโรค
- เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลต่อไป

2. ผลที่เกิดกับชุมชน

- ได้ฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอยเชียงใหม่ แขวงกาวิละ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

- ลดภาระของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- เสริมความเข้มแข็งของชุมชนในการทำงานเป็นทีม
- ชุมชนเกิดการเรียนรู้ด้านกระบวนการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับนักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เทศบาล
- คนในชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

3. ผลที่เกิดกับนักวิจัย (นักวิชาการ)

- นักวิจัย (นักวิชาการ) สามารถนำองค์ความรู้จากงานวิจัยไปเผยแพร่ผลงานทางวิชาการได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน

นิยามศัพท์

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน หมายถึง กระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทุกประเภทและต้องการการดูแลจากผู้อื่น ซึ่งดำเนินการโดยคนในครอบครัว ร่วมกับอาสาสมัครในชุมชน เพื่อดูแลการทากิจวัตรประจำวัน บรรเทาอาการการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความเจ็บป่วย ซึ่งพัฒนามาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไปที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทุกประเภทและต้องการการดูแลจากผู้อื่น ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนการเคหะหนองหอยเชียงใหม่ แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกันและอาศัยอยู่ร่วมกัน ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง คู่สมรส ญาติ หรือเพื่อน เป็นต้น

ชุมชน หมายถึง บุคคลที่อาศัยในชุมชน อาสาสมัครในชุมชน ทีมงานบริหารในชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ หรือหน่วยงานเอกชน เป็นต้น

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยประเด็น

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1. ความหมาย
 - 1.2. การจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
 - 1.3. การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. แนวคิดการดูแลภาวะเรื้อรัง
3. แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
4. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 4.1. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว
 - 4.2. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่ชุมชนต้องการการดูแลเนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่นับวันจะมีปริมาณเพิ่มขึ้นในชุมชน และมีความต้องการในการดูแลรักษาด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยประชากรกลุ่มผู้สูงอายุได้มีผู้นิยามไว้หลายความหมายดังนี้

สมัชชาโลกผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา พ.ศ. 2525 ได้มีมติว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ต่อมาเมื่อประเทศไทยมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกผู้สูงอายุตามวัย โดยแบ่งผู้สูงอายุตามอายุเป็น 3 กลุ่มคือ ช่วงอายุ 60-69 ปี คือผู้สูงอายุวัยต้น (early old age) ช่วงอายุ 70-79 ปี คือผู้สูงอายุวัยกลาง (middle old age) และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป (late old age) คือผู้สูงอายุวัยปลาย

การจำแนกผู้สูงอายุตามการจัดการบริการ จะแบ่งตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (ประเมินโดยการใช้แบบประเมิน activity daily living) ซึ่งสามารถแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มพึ่งตนเองได้หรือติดสังคม กลุ่มพึ่งพิงปานกลางหรือกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มพึ่งพิงมากหรือกลุ่มติดเตียง

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เพื่อให้สะดวกต่อการจัดบริหารด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องการ

การจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

(วรรณภา อรุณแสง และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553)

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุดังนี้

กลุ่มที่ 1 ติดสังคม

กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน

กลุ่มที่ 3 ติดเตียง

กลุ่มที่ 1 ติดสังคม

กลุ่มที่ 1 ติดสังคม หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ เป็นผู้ที่มีความสุขทั่วไประยะ ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรค ที่ยังควบคุมโรคได้

กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน

กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย หรือทางด้านจิตใจ จนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

กลุ่มที่ 3 ติดเตียง

กลุ่มที่ 3 ติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นๆ ในเรื่องการเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นๆ มีโรคประจำตัวหลายโรคทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนานและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่ 3 เพราะมีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลจากผู้อื่นมาก หรือมีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับมาก ซึ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการดูแลสุขภาพมาก สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ในวัยสูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมสภาพมากขึ้น โดยจะพบการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมไปทางลบจะส่งกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเช่นกัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ดังนี้

1.1. ผิวหนัง พบว่า อีลาสติน (elastin) และเส้นใยคอลลาเจน (collagen fiber) ลดลง ทำให้ผิวหนังสูญเสียความยืดหยุ่น ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังบางลง ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง แดงง่าย เหี่ยวย่น ทำให้ผิวหนังได้รับอันตรายได้ง่าย รวมทั้งการแผลกตบ นอกจากนี้เส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังจะหนา การซึมผ่านของออกซิเจนและอาหารเข้าสู่เซลล์เนื้อเยื่อต่ำ ทำให้การตอบสนองต่อการอักเสบลดลง การที่ต่อมเหงื่อเหี่ยวแฟบขับเหงื่อได้น้อยและต่อมไขมันทำงานลดลง ทำให้ผิวหนังแห้งและหยาบกร้านและคันได้บ่อยๆ ต่อมเหงื่อที่ลดลงทำให้การระบายความร้อนไม่ดี ผู้สูงอายุจึงรู้สึกร้อน การรับรู้ความเจ็บปวดของผิวหนังลดลง เซลล์ผิวหนังแบ่งตัวช้าลง ทำให้การหายของแผลช้า

1.2. ปากและฟัน ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร กล่าวคือ เหงือกถ่นลงจากคอฟัน เนื่องจากความเสื่อมของ alveolar bone ขณะที่กระดูกขากรรไกรหดลงเรื่อยๆ ทำให้ฟันเริ่มโยกคลอนได้ง่าย ฟันจะหลุด และต้องใช้ฟันปลอม กล้ามเนื้อในการเคี้ยวมีแรงน้อยลง ตลอดจนกล้ามเนื้อในการกลืนก็เปลี่ยนแปลงด้วย การรับรสเสียไปประมาณ 10 – 30 % เนื่องจากต่อมรับรส มีจำนวนลดลง หรือบางส่วนจะฝ่อลีบลง สารเคลือบฟันบางลง ฟันผุ แดงหักง่าย

1.3. ตา เมื่ออายุมากขึ้น (1) เลนส์ตาเสื่อมความสามารถในการปรับระยะภาพ สายตาจะยาว เนื่องจากความยืดหยุ่นของเลนส์ลดลง การปรับกำลังขยายเพื่อดูของใกล้เป็นไปไม่ได้ ความสามารถในการอ่านลดลง และลานสายตาแคบลง โดยจะพบเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป วงแหวนขุ่นขาวรอบตาดำ เนื่องจากมีไขมันมาเกาะจับเนื้อเยื่อโดยรอบ การที่เลนส์หนาตัวขึ้น ความดันในลูกตาสูง มีโอกาสเกิด ต้อหิน (Glaucoma) ได้ง่าย เลนส์ตาหนาและขุ่น เกิดต้อกระจก ทำให้การมองเห็นไม่ชัด (2) รูม่านตาเล็กลง ทำให้การมองเห็นในที่มืดลดลง ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (3) การผลิตน้ำตาลลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุตาได้ง่าย บางรายอาจพบมีน้ำตามากกว่าปกติ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของท่อน้ำตา (4) มีการเสื่อมของ retina cones ทำให้บกพร่องในการมองเห็นสี มีความสามารถแยกสีแดง ส้ม และเหลืองได้ดีกว่า สีน้ำเงิน ม่วงและเขียว ทำให้การแยกสีที่คล้ายกันยาก การเลือกใช้สีที่เห็นได้ชัดเจนตกแต่งบ้านจะช่วยลดอันตราย เนื่องจากอุบัติเหตุภายในบ้านได้ (5) ขันไขมันรอบดวงตาฝ่อลง กล้ามเนื้อรอบดวงตาสูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้หนังตาตก ขอบหนังตาม้วนเข้าหรือมวนออก

1.4. หู (1) การสูญเสียความสามารถของการได้ยิน มีอาการหูตึง และมักจะได้ยินเสียงต่ำๆ ได้ชัดกว่าเสียงพูดธรรมดา (2) การผลิตไขหูลดลง แต่เยื่อในรูหูบางลงและแห้ง ทำให้เกิดอาการคันได้ง่าย (3) หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะ การทรงตัวไม่ดี เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.5. ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า

(1) อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดลดลง (maximum target heart rate)

(2) ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้มีผลต่อการหดและคลายตัวของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตขึ้นเล็กน้อย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เมื่อเวลาผ่านไป stroke volume ขึ้นกับการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องบนซ้ายมากขึ้น ทำให้หัวใจห้องบนซ้ายโต หัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะการเกิด atrial fibrillation ที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด stroke ได้ หรืออาการรบกวนสติได้ (syncope)

(3) ลิ้นหัวใจเกิดการเสื่อมสภาพ มีการรั่ว หรือตีบแข็งจากหินปูนมาเกาะ ทำให้การเปิดปิดของลิ้นไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดหัวใจล้มเหลวได้ (heart failure)

(4) หลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) เพิ่มขึ้นตามอายุ หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง มีการตีบแคบลงจากการสะสมของไขมัน ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง

(5) Baroreceptor เสื่อมสภาพ ทั้งในด้านการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ และ vascular tone ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (postural hypotension) หรือเสี่ยงต่อการเกิด sleep apnea

(6) การเสื่อมสภาพของตัวกำเนิดกระแสไฟฟ้าหัวใจที่ SA node เกิดภาวะ Sick Sinus Syndrome ทำให้หัวใจเต้นช้าผิดปกติ เกิด heart block

1.7. ระบบหายใจ พบว่า

(1) ผู้สูงอายุบางรายมีอาการหลังโก่ง (kyphosis) มีการสะสมของแคลเซียมที่กระดูกอ่อนชายโครง (costal cartilage) มากขึ้นทำให้การยืดขยายของปอดทำได้ไม่เต็มที่ จึงอาศัยกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ทำให้ผู้สูงอายุจึงต้องออกแรงหายใจในขณะพักมากกว่าผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่า ทำให้หายใจหอบเหนื่อยง่าย

(2) มี elastic recoil ของปอดลดลง จากเนื้อปอดมีเส้นใยอีลาสตินลดลง ทำให้หลอดลมแข็งขาดความยืดหยุ่น การดีดตัวกลับของเนื้อเยื่อปอดจึงเสื่อมลง ทำให้มีอากาศหลงเหลืออยู่ในปอดมากกว่าปกติ ทำให้ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนลดลง ระดับออกซิเจนในเลือดจึงต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุทนต่อภาวะการออกกำลังกายหรือการทำงานหนักไม่ได้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

(3) การทำงานของขนอ่อน (cilia) ในระบบทางเดินหายใจลดลง ความสามารถในการขจัดเชื้อโรค ฝุ่น หรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ในทางหายใจลดลง ความสามารถในการต้านการติดเชื้อในทางเดินหายใจลดลง ติดเชื้อง่าย

(4) การไหลเวียนของหลอดเลือดฝอยในถุงลมลดลง การกำซาบ (perfusion) ของเลือดลดลง เนื่องจากผนังหลอดเลือดฝอยหนาและแข็งมากขึ้น ทำให้มีภาวะพร่องออกซิเจน

(5) ฝาปิดกล่องเสียง (epiglottis) มีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้ปิดช้า ปิดไม่สนิท ประสิทธิภาพในการไอ การขับเสมหะลดลง สำลักอาหารได้ง่าย

1. 8. ระบบทางเดินอาหาร พบว่า (1) การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารช้าลง ทำให้การไหลผ่านของอาหารผ่านลำคอสู่กระเพาะอาหารช้าลง (2) กล้ามเนื้อหูรูดปลายหลอดอาหารหย่อนตัว ทำให้มีการไหลย้อนของกรดและอาหารได้ง่าย (3) กระเพาะอาหารมีการเคลื่อนไหวลดลง การหลั่งกรดของกระเพาะอาหารลดลงประมาณ 20% ภายหลังอายุ 50 ปี ผู้ชายลดมากกว่าผู้หญิง ทำให้การย่อยอาหารโปรตีนยาก ท้องอืดง่าย (4) หลอดเลือดไหลเวียนที่กระเพาะอาหารลดลง ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณกระเพาะอาหารขาดเลือด เยื่อบุอาหารบางลงและฉีกขาดง่าย (5) การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงทำให้ท้องผูก (6) กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารหนักหย่อนตัวทำให้กลั้นอุจจาระไม่ได้ (7) ตับมีความสามารถในการทำลายพิษลดลง กำจัดยาออกจากร่างกายลดลง ทำให้ยาออกฤทธิ์มากขึ้น นานขึ้น จึงเกิดพิษของยาได้ง่ายในผู้สูงอายุ (8) ปริมาณน้ำดีลดลง การย่อยอาหารไขมันลดลงรวมทั้งมีความหนืดเพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย (9) ตับอ่อนทำหน้าที่เสื่อมลง ผลิตอินซูลินได้น้อย และ ที่ผลิตมานั้น มีประสิทธิภาพในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่ำ ทำให้น้ำตาลที่เหลือถูกสะสมเป็นไขมันส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งจะคงอยู่ในกระแสเลือด และมีบางส่วนเท่านั้นที่ถูกขับออก ผู้สูงอายุจึงเป็นเบาหวานอย่างอ่อนได้

1.9. ระบบขับถ่าย จำนวนและขนาดของ nephrons ลดลง ร่วมกับผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate) ลดลง การขจัดของเสียออกจากร่างกายจึงทำได้ช้าลง การดูดกลับสารต่างๆในท่อไตลดลง โดยเฉพาะโซเดียม พบ hyponatremia ได้บ่อย ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ความสามารถในการทำน้ำปัสสาวะให้เข้มข้นลดลง กระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลงประมาณ 50% หรือประมาณ 250 ซีซี. ของวัยหนุ่ม – สาว ทำให้ปัสสาวะบ่อย ตัวรับการกระตุ้น (stretch receptor) ในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ในผู้ชายอาจมีปัสสาวะขัด เนื่องจากต่อมลูกหมากโต ผู้หญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน โดยเฉพาะในหญิงที่คลอดบุตรมาแล้วหลายคน

1. 10. ระบบกระดูกและข้อ (1) เซลล์ที่สร้างตัวกระดูก (osteoblast) มีจำนวนลดลง ไม่สัมพันธ์กับการสลายของกระดูก มีการสูญเสียความหนาแน่นของกระดูก กระดูกบางลงและเปราะ ทำให้กระดูกของผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย แม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ แคลเซียมที่สลายออกจากกระดูกจะไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อน เช่น ขาโยโครง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรงอกลดลง ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง และหมอนรองกระดูกบางลง กระดูกสันหลังยุบมากขึ้น หลังค่อม หลังค่อมเอียงมากขึ้น ความสูงลดลง 2 นิ้วจากอายุ 20 – 70 ปี (1.2 ซม. ทุก 20 ปี) ความยาวของกระดูกยาวคงที่ แต่ภายในจะกลวงมากขึ้น (2) ข้อกระดูกหนาขึ้น กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆบางลง ความสามารถในการ

การรับแรงกระแทกลดลง น้ำในข้อลดลง มีเสียงกรอบแกรบในข้อขณะเคลื่อนไหว มีข้อเสื่อม ข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย (3) ข้อต่อของกระดูกมีความยืดหยุ่นลดลง เนื่องจากการเชื่อมตามขวางของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน มีอาการปวดตามข้อต่างๆ (4) การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อนานขึ้น เนื่องจากจำนวนและขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังพืดไขมัน และคอลลาเจนเข้ามาแทนที่ ทำให้ความแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อแข็งเกร็งหรือมีอาการสั่น ปริมาณไกลโคเจนและโปรตีนที่สะสมในกล้ามเนื้อลดลง ทำให้กล้ามเนื้อมีขนาดลดลง ส่งผลให้หกล้มง่าย เมื่อร่างกายเสียสมดุล (5) ปฏิบัติการตอบสนองลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง การทรงตัวไม่ดี พลัดตกหกล้มได้ง่าย

1.11. ระบบภูมิคุ้มกัน พบ (1) มีการเปลี่ยนแปลง proliferative capacity (ที่ใช้ในการป้องกันโรค) ของ T cell ในการตอบสนองต่อ non-specific mitogen (จะทำงานเมื่อมี antigen มากระตุ้น) และไวรัสลดลง ร่วมกับการสร้าง T cell lymphokine ลดลง ระบบ cell-mediated immune response เสื่อมลง ทำให้ติดเชื้อง่าย เกิด reactivation ของไวรัสได้บ่อย และอัตราการเกิดโรค autoimmune สูงกว่าในวัยหนุ่มสาว นอกจากนี้ IgG และ IgA ในซีรัมเพิ่มขึ้น ขณะที่ IgM ไม่เปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากการที่ผู้สูงอายุมีการสภาพด้านร่างกาย จึงพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตดังนี้ (ศรีนวล สติวิทยานันท์, 2552)

- 1) ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เนื่องจากหูตึง พูดไม่ชัด และความจำเสื่อม
 - 2) ความจำกัดในการทำกิจกรรม เนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ
- ในการควบคุม การเคลื่อนไหวลดลง ข้อเสื่อม ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและระบบทางเดินหายใจลดลง ทำให้เหนื่อยง่าย
- 3) ความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดลดลง
 - 4.) ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ช้า
 - 5) การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป
 - 6) เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการรับรสและการดื่มน้ำลดลง ทำให้เบื่ออาหาร เคี้ยวอาหารลำบาก การย่อยและดูดซึมลดลง กระจายน้ำลดลง เมตาบอลิซึมของร่างกายลดลง การสังเคราะห์โปรตีน เอ็นไซม์ และการสะสมไกลโคเจนลดลง
 - 7) เกิดภาวะเสียสมดุลเกลือแร่ได้ง่าย
 - 8) ความผิดปกติในการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่
 - ท้องผูก เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

- กลืนอาหารได้ไม่ดี เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนักลดลง

9). เกิดแผลได้ง่ายและหายช้า เนื่องจากผิวหนังบอบบาง หลอดเลือดเปราะ และแตกง่าย รวมถึงการไหลเวียนเลือด ระดับเนื้อเยื่อลดลง

10). กระดูกหักง่ายและหายช้า เนื่องจากแคลเซียมที่สะสมในกระดูกมีน้อย มีการซ่อมแซมเซลล์กระดูกลดลง

11). เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง

12) มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- มะเร็งและเนื้องอก เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลงไป
- ความดันโลหิตสูง เนื่องจากหลอดเลือดแข็ง ความต้านทานภายในหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น

ปลายสูงขึ้น

- ต้อกระจก เนื่องจากการเสื่อมสภาพของแก้วตา
- เบาหวาน เนื่องจากการทำงานของตับอ่อนลดลง
- หลงโง่งง เนื่องจากความยืดหยุ่น และจำนวนถุงลมปอดลดลง
- ปอดบวม เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง
- ข้ออักเสบ เนื่องจากข้อเสื่อม น้ำไขข้อลดลง
- โลหิตจาง เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินลดลง
- สมอเสื่อม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมอและระบบประสาท

13) การตอบสนองต่อยาผิดไปและเกิดผลไม่พึงประสงค์ของยาได้ง่าย เนื่องจากการดูดซึมยาทางระบบทางเดินอาหารลดลง ตับสังเคราะห์โปรตีนและเอ็นไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงยาลดลง การขับสารออกจากร่างกายทางไตลดลง การขับสารออกจากร่างกายทางไตลดลง ทำให้ระดับยาคงอยู่ในกระแสเลือดนานและเกิดพิษได้ง่าย ดังนั้นการให้ยาแก่ผู้สูงอายุต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนให้ยาทุกชนิด

1.4. เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากอวัยวะรับความรู้สึกสัมผัสลดลง หูตึง การรับกลิ่นลดลง ตาฝ้า การทรงตัวดี และกล้ามเนื้ออ่อนแรง

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชรมณีย์, และพรณี ภาณุวัฒน์สุข, 2555)

1. ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากกฎเกณฑ์ทางสังคม เช่น การเกษียณจากงาน หรือสภาพร่างกายของผู้สูงอายุทำให้ต้องออกจากงาน ผู้สูงอายุที่มีเตรียมตัวก่อนเกษียณงานจะยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี จะคิดว่าถึงเวลาที่ต้องพักผ่อนแล้ว จะค่อยๆถอยตัว

ออกจากงาน และเป็นไปด้วยความสมัครใจ จะมีผลด้านจิตสังคมไม่มากนัก ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน อาจจะยึดติดกับงาน เสียตายนานที่ทำงาน ทำให้ปรับตัวไม่ทัน เกิดความเครียด ไม่มีความสุข รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาทที่เคยมี คนนับถือน้อยลง (ประเสริฐ ประสมรักษ์, 2554)

2. สูญเสียการเข้าสมาคมกับคนในสังคม ผู้สูงอายุมักขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำการติดต่อกับบุคคลอื่นๆ ทำให้ห่างจากสังคม นอกจากนี้ปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น มีโรคประจำตัว ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง (ศรีนวล สติต วิทยานันท์, 2552)

3. สูญเสียรายได้ เนื่องจากขาดรายได้ หรือรายได้ลดลง จากการที่ไม่ได้ทำงาน เสียตaylor รายได้ที่เคยได้รับ วิตกกังวลกับค่าใช้จ่ายในอนาคต

4. การสูญเสียบทบาทในครอบครัว ลดบทบาทตัวเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกครอบครัว สูญเสียการเป็นผู้นำในครอบครัว คู่ชีวิตตายจาก เพื่อนที่เหลือน้อยลงจำนวนน้อย รู้สึกเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้

5. การถูกทอดทิ้ง ในสังคมชนบท คนหนุ่มสาวเข้ามาทำงานในเมืองเพื่อหางานทำทั้งผู้สูงอายุไว้ที่บ้าน ในสังคมเมือง ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้าน หรือลูกแยกครอบครัวออกไป ไม่มีเวลาเอาใจใส่ ขาดการเยี่ยมเยียน ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่ง นอกจากนี้การตายจากไปของคู่ครอง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่ต้องประสบกับความเหงาที่ค่อนข้างรุนแรง หรือการตายจากของเพื่อนทำให้รู้สึกหดหู่ เศร้าหมอง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ตรมใจตาย หรือฆ่าตัวตาย

การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ

จิตใจของผู้สูงอายุมักจะเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพัฒนาจิตใจตัวเองไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีขึ้น มีความสุขุมเยือกเย็นเพิ่มขึ้น การแสดงออกของคนขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆรวมด้วย ได้แก่ บุคลิกภาพเดิม การศึกษา ประสบการณ์ในช่วงที่ผ่านมา และสภาพแวดล้อมที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามมักพบบ่อยๆว่า ผู้สูงอายุจะมีความเครียดเนื่องจากโรคทางกายแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การสูญเสียอาชีพ มีการเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รัก และความเหงาโดดเดี่ยวเนื่องจากการขาดคนดูแล ซึ่งถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุได้

การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุเป็นสิ่งที่ครอบครัวและชุมชนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนเกิดความเข้าใจในตัวผู้สูงอายุ และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนจะได้เต็มใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุให้สามารถเผชิญและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่

เปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ได้ และดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้ ไม่ได้คิดว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเรื่องปกติที่ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญแล้วปล่อยไปตามยถากรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลให้การเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะทำให้ความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นมีความรุนแรงมากขึ้น หรือเกิดอาการเฉียบพลันได้ อาจทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและจิตสังคมจะส่งผลต่อการด้านอารมณ์ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า หรือโกรธง่าย โมโหง่าย ขี้บ่น และหงุดหงิดง่าย ซึ่งครอบครัวและชุมชนจะได้เข้าใจในพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งช่วยให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและชุมชนกับผู้สูงอายุดีขึ้น นอกจากนี้การที่ครอบครัวและชุมชนเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจะทำให้เกิดเจตคติทางบวกกับผู้สูงอายุ ช่วยให้ครอบครัวและชุมชนยอมรับผู้สูงอายุ และเต็มใจที่จะให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุ

แนวคิดการดูแลภาวะเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลกได้เสนอระบบดูแลและจัดการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเรียกว่า Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) ในปี 2002 ซึ่งเป็นการขยายจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ Wagner, et al (1999) นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นการเสนอความคิด วิธีการและโปรแกรม เพื่อป้องกันและจัดการภาวะเรื้อรัง ซึ่งเป็นการผสมผสานสวนประกอบพื้นฐานของระบบการดูแลสุขภาพ (Building Blocks) จากระดับจุลภาค (Micro Level) ระดับกลาง (Meso Level) และระดับใหญ่ (Macro Level) โดยการปรับปรุงวิธีการต่างๆ ที่เกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง โดยเน้นการป้องกันและการดูแลสุขภาพ ซึ่งผลลัพธ์ที่สำคัญของแนวคิดนี้คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเป็นผู้สร้างสุขภาพของตนเองและได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน มีการวางแผนการดูแลที่จำเป็น โดยผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการเตรียมทักษะการดูแลตนเองสำหรับการจัดการปัญหาสุขภาพที่บ้านได้รับการสนับสนุนภายในชุมชนและการสนับสนุนจากนโยบายระดับสูงเพื่อจัดการหรือป้องกันภาวะเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งประกอบด้วย

1. การตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Based Decision Making) การตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย การวางแผนการให้บริการ การดูแลและการบริหารจัดการทางคลินิกในสภาวะเรื้อรัง ต้องตัดสินใจอยู่บนข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง รวมทั้งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของการให้การดูแลรักษาเพื่อลดภาระที่เกี่ยวข้อง ต้องมีการคาดการณ์ความต้องการทรัพยากรและทักษะการดูแลสุขภาพไว้ล่วงหน้า มีการรวบรวมทักษะการดูแลสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทางคลินิกของการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วย

2. มุ่งเน้นที่ประชาชน (Population Focus) มีการจัดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพของภาวะเรื้อรังของประชาชนในเรื่องการจัดการทรัพยากร การปรับปรุงคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของประชาชน การมีความรู้และความเข้าใจที่ดีของประชาชนเป็นสิ่งจำเป็นของการรักษาพยาบาลซึ่งจะช่วยลดค่ารักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น

3. เน้นที่การป้องกัน (Prevention Focus) การดูแลสุขภาพทุกๆ เรื่องควรสนับสนุนในเรื่องการป้องกันซึ่งเป็นหน้าที่ของหน่วยงานงานบริการสุขภาพ ชุมชน และรัฐบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลและทักษะอย่างเป็นระบบจะช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การหยุดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งการลดพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้เป็นการลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพในระยะยาว

4. เน้นที่คุณภาพ (Quality focus) มีการประกันคุณภาพในการดูแลสุขภาพ โดยจะเน้นตั้งแต่ระดับนโยบาย หน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และระดับผู้ป่วยโดยมีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมเกิดประโยชน์เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดกับผู้ป่วย

5. การผสมผสาน/การบูรณาการ (Integration) เป็นการบูรณาการการดูแลทุกระดับทั้งระดับเล็ก ระดับกลาง และระดับใหญ่ โดยต้องมีการเปลี่ยนกระบวนการดูแลแบบผสมผสาน ประสานร่วมมือ และมีความต่อเนื่อง นอกจากนี้มีการจัดตั้งกลุ่มการดูแลสุขภาพ โดยรวมระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิการดูแลแบบเฉพาะ (ถ้าเข้าถึง) การดูแลผู้ป่วยในเข้าด้วยกัน และการดูแลควรผสมผสานภาวะเรื้อรังทุกกลุ่มโรค

6. ความยืดหยุ่น/การปรับตัว (Flexibility/Adaptability) ระบบการดูแลสุขภาพต้องมีการเตรียมเพื่อปรับตัวเตรียมการเปลี่ยนแปลงสู่สถานการณ์ เหตุการณ์ที่ไม่รู้ล่วงหน้า การเปลี่ยนแปลงของโรค และภาวะวิกฤตต่างๆ เช่น การเปลี่ยนผ่านทางการเมือง หรือการไม่คาดการณ์ล่วงหน้าในเศรษฐกิจที่ต่ำลง จำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม การเฝ้าระวัง การติดตาม และการประเมินผล เป็นกุญแจสำคัญของระบบที่จะสามารถปรับสู่การเปลี่ยนแปลง การปรับตัว เป็นระบบแห่งการเรียนรู้ ซึ่งทำให้รู้ล่วงหน้าสำหรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ

องค์ประกอบของแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ ระดับเล็ก (Micro level) ระดับกลาง (Meso level) และระดับใหญ่ (Macro level) มีรายละเอียดดังนี้

1. ระดับเล็ก (Micro level) ในระดับนี้มีการดูแลสุขภาพแบ่งเป็น 3 ส่วนที่เป็นหุ้นส่วนกันคือผู้ป่วยและครอบครัว หุ้นส่วนชุมชน และทีมดูแลสุขภาพ เมื่อสมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูล (Informed) การเตรียมความพร้อม (Prepared) และการสร้างแรงจูงใจ (Motivated) เพื่อจัดการกับภาวะเรื้อรังต่างๆ มีการติดต่อสื่อสาร ประสานความร่วมมือกันทั้ง 3 ส่วน โดยทุกส่วนได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานบริการสุขภาพและได้รับการสนับสนุนจากนโยบายสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับผู้ป่วยเรื้อรัง

2. ระดับกลาง (Meso level) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ หน่วยงานบริการสุขภาพและชุมชน

2.1. หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health care organization) เป็นส่วนที่สนับสนุนให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดีที่สุด เมื่อเชื่อมโยงกับหุ้นส่วนชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

2.2. ชุมชน (community) เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพดังนี้

2.2.1. การสร้างความตระหนักและลดการเป็นปมด้อยหรือตราบาปของผู้ป่วยเรื้อรัง (Rise awareness and reduced stigma) ผู้นำชุมชนต้องมีการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับภาวะเรื้อรัง รวมถึงการดำเนินการทางด้านการเมืองที่มี การสนับสนุนในการดูแลภาวะเรื้อรัง

2.2.2. การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านการสนับสนุนจากผู้นำ (Encourage better outcome through leadership and support) ผู้นำระดับท้องถิ่นและหน่วยงานนานาชาติ เช่น NGO และการสนับสนุนจากกลุ่มสตรี เป็นจุดที่จะเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ให้มีการดูแลภาวะเรื้อรังให้ดีขึ้น โดยมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลภาวะเรื้อรัง

2.2.3. การระดมประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชน (Mobilize and Coordinate Resources) ผู้นำชุมชนระดับท้องถิ่นและหน่วยงานนานาชาติ คือ NGOs กลุ่มสนับสนุนชุมชน และกลุ่มสตรี เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการระดมเงินทุน เพื่อสนับสนุนการส่งเสริม การคัดกรอง การป้องกัน และการฝึกฝนผู้ที่ทำงานดูแลสุขภาพในชุมชนเพื่อจัดการภาวะเรื้อรัง

2.2.4. การเตรียมให้บริการที่ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล (Providing complementary service) ท้องถิ่นและ NGO นานาชาติ มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและการบริการจัดการการดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชนโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องรวมถึงการฝึกฝนทักษะการให้บริการพื้นฐานสำหรับภาวะเรื้อรัง หน่วยงานบริการสุขภาพและชุมชนต้องมีการทำงานเชื่อมโยงกัน เพื่อลดความต้องการการติดตามรักษา และการดูแลที่ไม่จำเป็นในระดับตติยภูมิ

3. ระดับใหญ่ (Micro level) เป็นระดับนโยบาย นโยบายด้านบวกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากสำหรับหน่วยงานโดยเฉพาะการดูแลภาวะเรื้อรังให้ได้ดีที่สุด

จากกรอบแนวคิดนวัตกรรมในการดูแลภาวะเรื้อรัง ในงานวิจัยนี้ได้นำเอาองค์ประกอบระดับเล็ก (Micro level) และเชื่อมโยงถึงระดับกลาง (Meso level) ในส่วนของชุมชนมาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า ชุมชนเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ถ้าชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา มีการระดมและประสานแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน มาสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังดีขึ้น

แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

การดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาในชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี สามารถกำหนดปัญหาสาธารณสุข วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาของชุมชน รวมทั้งการแยกแยะปัญหาที่แก้ไขได้เองจะบริหารจัดการพื้นที่ส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถจะให้เจ้าหน้าที่รัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไข (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2542)

องค์กรอนามัยโลก (2002) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่บุคคล ครอบครัว มีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเองและสวัสดิการในกลุ่มของชุมชนของเขา เป็นการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนเพื่อการจัดการสถานการณ์ชีวิตให้ดีขึ้น และส่งเสริมการแก้ปัญหาด้วยชุมชนด้วยตนเองแทนการเป็นผู้รอรับผลจากการพัฒนา ประชาชนสามารถกำหนดความต้องการ ความจำเป็นด้วยตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์

จากความหมายในการมีส่วนร่วมข้างต้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความหมายการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการตระหนักถึงปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยครอบครัวและชุมชน รวมทั้งจัดการกับปัญหาที่คาดว่าจะทำได้ทันที ส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถจะให้เจ้าหน้าที่รัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้จัดการ

รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชน

รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนคือ (วรรณิ จันทรสว่าง, 2546)

1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและความต้องการ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและกำหนดความต้องการของชุมชน รวมทั้งจัดความสำคัญของความต้องการ
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน เป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันคิดและตัดสินใจวางแผนแก้ปัญหา โดยกำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา กำหนดกิจกรรมหรือโครงการ กำหนดทรัพยากรที่ต้องใช้ทั้งด้านกำลังคน เงิน และวัสดุอุปกรณ์
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันดำเนินงานในโครงการหรือกิจกรรมที่กำหนดไว้ โดยร่วมเป็นผู้ปฏิบัติงาน ผู้ประสานงาน ผู้บริหารงาน รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านเงินทุนและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยการตรวจสอบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานและพิจารณาผลงานที่เกิดขึ้น ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

5. การมีส่วนร่วมในการรับและใช้ผลประโยชน์ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนได้รับและนำเอาผลการดำเนินงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชนรวมทั้งบำรุงรักษาผลประโยชน์ที่ได้รับ

แนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพราะปัญหาของชุมชนเป็นลักษณะองค์รวม เมื่อชุมชนมีความตระหนักถึงปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยย่อมมีโอกาสที่จะขับเคลื่อนผลงานทรัพยากร และให้การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุได้

การดูแลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีความสุขกายสบายใจในบั้นปลายของชีวิต จุดประสงค์สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุคือ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีความสุข มีอิสระที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ต้องการ ถึงแม้สภาพร่างกายจะเสื่อมถอยไปและมีโรคเรื้อรังต่างๆ อยู่ก็ตาม

รูปแบบและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดูแลภายในครอบครัว การให้ความดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุ ในเรื่องการรับประทานอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ การรักษาการพยาบาล การดูแลเอาใจใส่ทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้เงิน เป็นต้น 2) การดูแลในสถาบัน แยกเป็นการดูแลในสถานสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ 3) การดูแลโดยชุมชน เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหา ระดมความร่วมมือ และพัฒนาบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนของตนระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กร และสถาบันทางสังคมต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบและลักษณะบริการแตกต่างกัน และ 4) การดูแลในสถานการณ์พิเศษ (สายฤดี วรกิจโกศาทร และคณะ, 2550)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเน้นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นการดูแลที่บ้าน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ช่วยลดปัญหาเรื่องการปรับตัวภายในผู้สูงอายุ การดูแลตนเองที่บ้านช่วยให้ผู้สูงอายุความรู้สึกว่าตนเองไม่ใช่คนป่วย รู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักและมีความสำคัญ และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่บ้านมากกว่าการต้องมานอนโรงพยาบาลนานๆ หรืออาศัยในสถานบริบาลต่างๆ นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ช่วยให้ครอบครัวภาคภูมิใจในตนเองที่ได้ดูแลพ่อแม่ หรือญาติผู้ใหญ่ ได้ทดแทนบุญคุณ ในขณะที่ชุมชนมีความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และช่วยให้ชุมชนเข้มแข็ง

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวนั้น เป็นการดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย เป็นต้น การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ แต่หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เช่น มีปัญหาโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการ ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลตามสภาพความเจ็บป่วย

การดูแลปัญหาด้านจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความซึมเศร้า วิตกกังวล และความสิ้นหวัง ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจและหาทางช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญหรือจัดการอารมณ์เหล่านี้ได้ ซึ่งปัญหานี้มักได้รับการละเลยมาก โดยที่คนส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่เข้มแข็ง ฟุ้งซ่านไปเองหรือเรียกร้องความสนใจ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วอาการเหล่านี้ เป็นภาวะเจ็บป่วยอย่างหนึ่งแต่เป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจซึ่งต้องการการดูแลและช่วยเหลือด้วยความเข้าใจและหากจำเป็นต้องพึงการรักษาดูแลด้วยการใช้ยาหรือการบำบัดเฉพาะ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง และสังคมก็ยอมรับและให้โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุน้อยลงด้วย การมีกิจกรรมน้อยลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง ขาดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนจากสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง และนำไปสู่การแยกห่างจากสังคมอย่างสิ้นเชิง ปัญหาด้านสังคมและจิตใจมักมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันเสมอ การส่งเสริมด้านนี้ควรเริ่มตั้งแต่ในครอบครัวโดยการให้โอกาสผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นไปในบ้านและหากเป็นไปได้ควรสนับสนุนและให้โอกาสผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมตามความชอบและความสนใจของผู้สูงอายุ

ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว 6 มิติ ประกอบด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

1. บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร แต่งตัว ความสะดวกสบายร่างกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการช่วยเหลือด้านแรงงาน ซึ่งคนในครอบครัวจะต้องมีการจัดสรรเวลาสลับช่วยกันดูแล รวมถึงการเฝ้านอนเวลากลางคืน เพื่อลดภาวะเครียด ลดภาระในการทำงาน

2. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดวิกฤติทางจิตใจอารมณ์หลายประการ มีอาการซึมเศร้าอารมณ์อ่อนไหวง่าย บทบาทส่วนใหญ่เป็นเรื่องของค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส

3. บทบาทในการตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจ โดยการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การให้เงินใช้ ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในบ้าน ได้แก่ ค่ากับข้าว ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า สำหรับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอาจมีค่าใช้จ่ายในเรื่องผ้าอ้อมสำเร็จรูป กระดาษชำระ เป็นต้น การจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยเหลือควบคุมดูแลธุรกิจ ทรัพย์สิน และผลประโยชน์ต่าง ๆ

4. บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทยคือ ประเพณีปฏิบัติ ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติและเจ็บป่วย รวมไปถึงการเยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ

5. บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการจัดบ้าน สภาพแวดล้อม บรรยากาศทั้งในบ้านและรอบๆบ้าน จัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

6. บทบาทในการตอบสนองความต้องการด้านสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เพื่อรับรู้ข่าวสาร และความเป็นไปของสังคม ส่วนการเกื้อหนุนเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น ๆ

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

การดูแลและสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นการให้บริการด้านสุขภาพหรือการดูแลด้านสุขภาพให้กับสมาชิกในชุมชนภายในชุมชน ไม่ใช่การดูแลรักษาในโรงพยาบาล การดูแลรักษานั้นกระทำภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชน ซึ่งชุมชนสามารถดูแลสมาชิกภายในชุมชนได้เนื่องจากชุมชนสามารถตอบสนองความต้องการโดยเฉพาะสมาชิกที่อาศัยอยู่ในชุมชน จะได้รับการดูแลจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนในชุมชนที่คุ้นเคยกัน และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย (Chapman, Keating, & Eales, 2003) ซึ่งชุมชนสามารถใช้ทุนทางสังคมมาดำเนินการ ทำให้มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการดูแลในสถานบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุคือ การที่ชุมชนเข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลในชุมชน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน แบ่งเป็น

1. การบริการด้านสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยพยาบาลร่วมกับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการคัดกรองโรค ควบคุมอาการของโรค และฟื้นฟูสภาพ

เป็นการให้บริการเชิงรุก เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือด แนะนำการรับประทานยาที่บ้าน เป็นต้น

2. การบริการด้านสังคม โดยมีอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นบุคลากรในการประสานการดูแลด้านปัจจัยสี่ รวมทั้งช่วยเหลือเมื่อเสียชีวิต และประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ก่อนประสานขอการสนับสนุนปัจจัยต่างๆจากภาครัฐและเอกชน

3. การเข้าถึงบริการ การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในการสำรวจข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างทั่วถึง และบูรณาการการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม

ตัวอย่างการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เช่น การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มสตรี เป็นต้น ซึ่งการดำเนินการดูแลนั้นเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะและเน้นการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยเป้าหมายของการดูแลเพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบของการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

องค์ประกอบสำคัญของการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Hunt, 1997) มีดังนี้

1. การดูแลตนเอง (self-care) การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้ หรือให้ได้รับการดูแลตามแผนการรักษามากกว่าการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน รวมถึงการเพิ่มพลังอำนาจให้บุคคลที่สามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ ทั้งนี้บุคคลและครอบครัวมีหน้าที่โดยตรงในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ

2. การดูแลด้านการป้องกัน (preventive care) การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานนั้น จะเน้นการดูแลในระดับป้องกันโรคได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ แต่ยังไม่มีการแสดงอาการของโรค การค้นหาปัจจัยเสี่ยง และโรคเรื้อรัง

3. การดูแลในบริบทของชุมชน (care within the context of community) การดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนจะตระหนักถึงบริบท วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ แหล่งประโยชน์ของผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับปัจจัยด้านสังคม นอกจากนี้ระบบของสังคม ได้แก่ ระบบสุขภาพ ระบบครอบครัว ระบบการศึกษา ระบบเศรษฐกิจ ระบบการสื่อสาร เป็นต้น ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพชุมชน

4. การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care): การดูแลต่อเนื่องมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ใช้บริการในการดูแลตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ ใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย ระหว่างการเจ็บป่วย และหลังจากการเจ็บป่วย ในลักษณะผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

5. การประสานความร่วมมือในการดูแล (collaborative care): เป็นการดูแลประชาชนร่วมกับทีมสุขภาพ เช่น พยาบาล นักกายภาพ เภสัชกร โภชนากร เป็นต้น ซึ่งทีมสุขภาพหรือสหสาขาวิชาจะปฏิบัติการดูแลประชาชนหรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบประชาชน เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน และเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ได้แก่

รัชนี สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2556) ได้พัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ภายใต้กรอบการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและและแนวทางการดูแลภาวะเรื้อรัง ในพื้นที่ต้นแบบ อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี โดยมีผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย คนพิการ ญาติผู้ดูแล และครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลคนพิการ (บุคลากรด้านสุขภาพ ตัวแทนองค์กรส่วนท้องถิ่น/ชุมชน) จำนวน 124 คน ผลการศึกษาได้รูปแบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 4 แนวคิดหลักคือ (1)การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ (2)ความเข้มแข็งของครอบครัว (3)ศักยภาพของชุมชน (4)การเรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย และ 8 หลักการสำคัญคือ (1)บทบาทของครอบครัว (2)บทบาทของภาคีเครือข่าย (3)การเข้าถึงบริการ (4)การประสานงานที่ไร้รอยต่อ (5)การจัดเตรียมบริการที่เหมาะสม (6)การมีส่วนร่วมของครอบครัวและคนพิการ (7)การเคารพในศักดิ์ศรีของคนพิการ และ(8)ความรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำ

สมใจ วินิจกุล, และนิตยา สุขชัยสงค์ (2556) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ป่วยเรื้อรังอาศัยอยู่ในชุมชนแสงทอง แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร โดยโปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมี 3 ขั้นตอนคือ (1)การประชุมร่วมกับชุมชนเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ หาข้อสรุป กำหนดเป้าหมาย การจัดการปัญหาให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน (2)กำหนดวิธีการหรือกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน (3)เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ภายใน 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

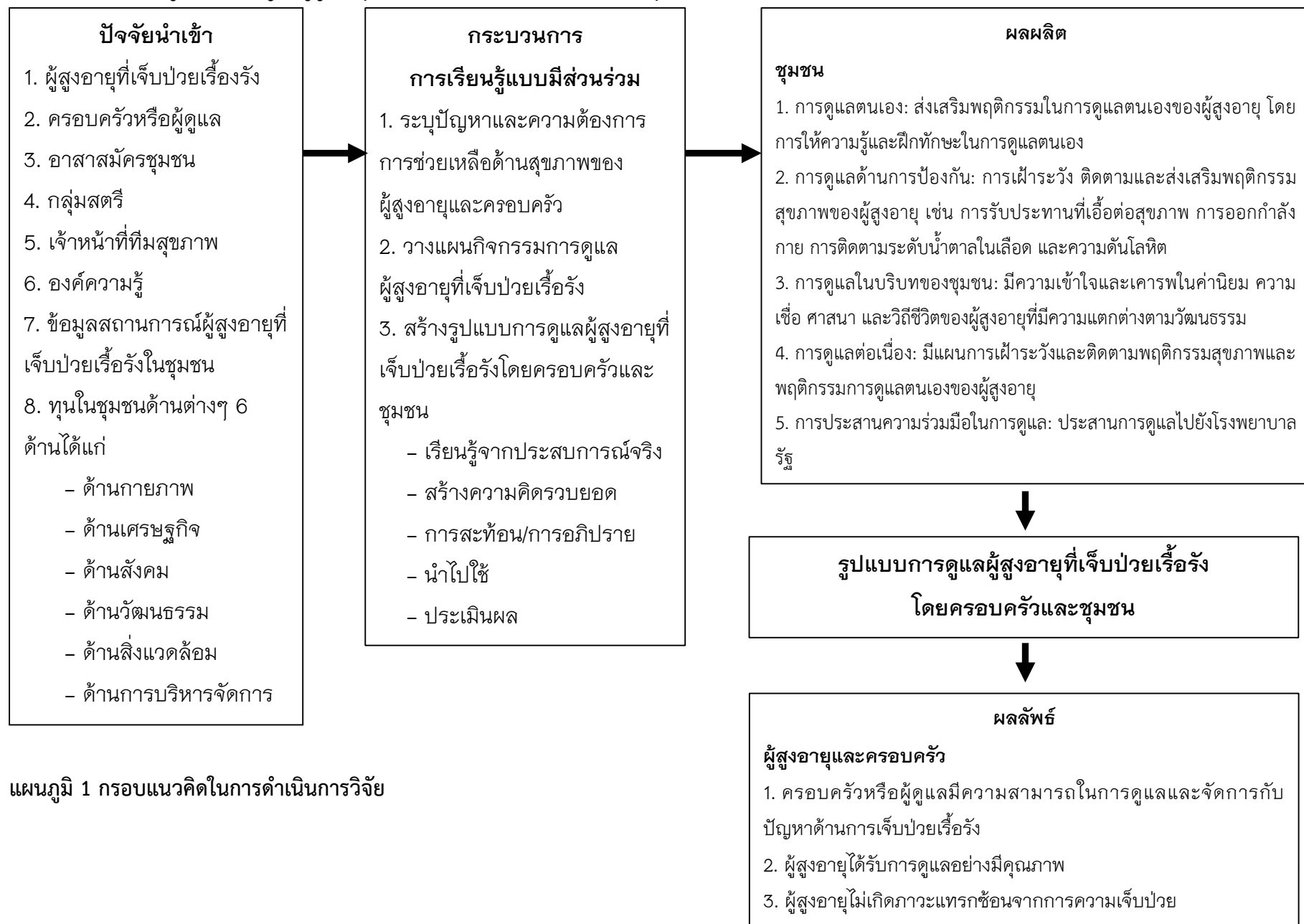
การศึกษาของกิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ (2011) ใช้วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยการ 1) ส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) ส่งเสริมการใช้ชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจแบบพอเพียง และ 3) การรณรงค์ให้ชุมชนมีความเข้าใจผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า พลังอำนาจของผู้ดูแลเกิด พลังความรู้ พลังความ

เข้าใจ พลังใจ พลังเศรษฐกิจ และพลังสนับสนุน ส่วนผู้ป่วยเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมโดยมีผู้ดูแลในครอบครัวให้การสนับสนุน มีความพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน รู้สึกว่าชีวิตตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน ทำให้รู้สึกพอใจในตนเอง ยอมรับการอยู่กับความเป็นจริง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic condition: ICC) ของ WHO (2002) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ วรณิ จันทร์สว่าง (2546) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Hunt, 1997) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานเป็นแนวทางในการออกแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน ซึ่งในกระบวนการพัฒนาค้างนี้ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดการดูแลภาวะเรื้อรังมาพัฒนารูปแบบการดูแลโดยเน้นการดูแลในระดับเล็ก (micro level) และการเชื่อมโยงถึงระดับกลาง (meso level) หลังจากนั้นนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้เป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ (1) ระบุปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว (2)วางแผนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (3)สร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน โดยมี 5 ขั้นตอนคือ เรียนรู้จากประสบการณ์จริง สร้างความคิดรวบยอด การสะท้อน/การอภิปราย นำไปใช้ และประเมินผล โดยคาดว่าจะการนำกระบวนการดังกล่าวเมื่อนำมาใช้แล้วจะทำให้ชุมชนเกิดผลผลิต (1)ความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน (2)การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (3)การจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรังในด้านการดูแลตนเอง การติดตามประเมินผลและการเฝ้าระวังสุขภาพ และ(4)มีแผนและกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้การที่ชุมชนเกิดผลผลิตส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุและครอบครัวคือ (1)ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลและจัดการกับปัญหาด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง (2)ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และ(3)ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการความเจ็บป่วย ดังรูป 1

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย

บทที่ 3

กระบวนการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

พื้นที่ศึกษาและประชากรเป้าหมาย

การเลือกพื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลชุมชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ที่จัดทำโดยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า ชุมชนเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ เป็นชุมชนที่สมาชิกในชุมชนมีศักยภาพ มีความเข้มแข็งของคนในชุมชน มีความพร้อมและกระตือรือร้นในการแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน

ประชากรเป้าหมาย

ผู้วิจัยได้ประชุมร่วมกับผู้นำชุมชน กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มสตรี เพื่อประเมินปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา พบว่า ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นกลุ่มพึ่งพิงที่อยู่ตัวคนเดียว ไม่มีผู้ดูแล หรือครอบครัวขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุที่ชุมชนต้องการให้แก้ปัญหา ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ประชากรเป้าหมายคือ

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไปที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทุกประเภทและต้องการการดูแลจากผู้อื่น ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนการเคหะหนองหอยเชียงใหม่ แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
2. อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำหน้าที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุ สอนทักษะการดูแลผู้สูงอายุให้กับครอบครัว และเยี่ยมบ้าน

กลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีดังนี้

1. ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
2. ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล หรือไม่มีผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลเป็นได้ทั้งสมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนบ้านญาติ หรือบุคคลอื่นที่จ้างมาดูแล
3. กรณีที่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงน้อยต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงมากต้องได้รับความยินยอมจากครอบครัว

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีดังนี้

1. เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนการเคหะหนองหอยเชียงใหม่ แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
2. เพศชายและเพศหญิง
3. มีหรือไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ
4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอยเชียงใหม่ มีจำนวนทั้งหมด 280 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ดังนี้

-ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 คือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังช่วยเหลือตนเองได้ดีถึงปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นน้อย จำนวน 265 คน

-ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 คือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก จำนวน 15 คน
(การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม เกิดจากการที่คนในชุมชนเป็นผู้กำหนด เพื่อสะดวกในการดูแลช่วยเหลือ)

สำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยและอาสาสมัครในชุมชนร่วมกันสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้ในการสำรวจดังนี้

1.1. ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่ ผู้ดูแล รายได้ แหล่งรายได้ การได้รับเบี้ยยังชีพ รายจ่าย สิทธิการรักษาพยาบาล

1.2. ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรัง ค่าดัชนีมวลกาย การมองเห็น การได้ยิน การใช้มือทำงานละเอียด การกลืนปัสสาวะ การขับถ่ายอุจจาระ การกลืนอุจจาระ

1.3. การตรวจสุขภาพฟัน ได้แก่ จำนวนฟันที่เหลือ ฟันผุ ฟันโยก อาการปวดฟัน เสียวฟัน เหงือกอักเสบ หินปูน

1.4. สุขภาพจิต ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1.5. ความสามารถในการทำกิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องส้วม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการทำกิจกรรมนอกบ้าน

แบบประเมินข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุนี้จะนำไปใช้ในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงน้อย และกลุ่มพึ่งพิงมาก โดยในกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิงน้อย กลุ่มจิตอาสาฯ จะเป็นผู้ดำเนินการสำรวจ ซึ่งจะดำเนินการในขั้นตอน 1. คือ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปรวสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งในการสำรวจผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงน้อย จะทำการสำรวจเพียง 1 ครั้ง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมาก จะทำการสำรวจโดยผู้วิจัย ซึ่งทำการสำรวจ 2 ครั้ง คือสำรวจในขั้นตอนที่ 1 และสำรวจในขั้นตอนที่ 4 คือขั้นประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแล เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชน

2. แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยและอาสาสมัครในชุมชนร่วมกันพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งบันทึกกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบขณะดูแลผู้สูงอายุ และวิธีการแก้ไข โดยการบันทึกเป็นแบบพรรณนา

3. แบบสำรวจความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินการสอนผู้ดูแลของกองการพยาบาลสาธารณสุข กรมอนามัย (2556) โดยสำรวจความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในกิจกรรม 4 ด้านคือ 1)การดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำบนเตียง การดูแลปากและฟัน การเคลื่อนย้าย (บนเตียง / นอกเตียง/การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน) การขับถ่าย การแต่งกาย 2) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การจัดทำ การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ การป้องกันและดูแลแผลกดทับ การป้องกันและดูแลปัญหาท้องผูก 3) การดูแลอาหาร ได้แก่ การทำอาหารที่ให้ทางสายยางและทางปาก การป้อนอาหารและน้ำ 4)การดูแลผู้มีอุปกรณ์และการให้ยา ได้แก่ มีการให้อาหารทางสายยาง ใช้ออกซิเจน มีสายสวนปัสสาวะ มีท่อหลอดลมคอและการดูดเสมหะ มีทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) มีลำไส้ทางช่องท้อง การให้ยา และการทำแผล ในการสำรวจความต้องการการดูแลจะเป็นการเลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ ต้องการ และไม่ต้องการ ส่วนการประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ จะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ก่อนการสอนและหลังการสอน โดยมีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือกคือ ทำได้ถูกต้อง และทำไม่ได้

แบบสำรวจความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุจะนำไปใช้ในการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมาก โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการสำรวจ โดยจะทำการสำรวจ 2 ครั้ง คือในขั้นตอนที่ 1 คือ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปรวสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และในขั้นตอนที่ 4 คือขั้นประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแล

4. แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสุพิชญา หวังปิติพาณิชย์ (2556) มีจำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับคือ 0=ทำไม่ได้เลย 1=ทำได้น้อย 2=ทำได้ปานกลาง 3 ทำได้มาก ซึ่งคะแนนรวม 0-14 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้น้อย

คะแนน 15-38 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้ปานกลาง และคะแนน 39-42 หมายถึง มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้มาก

แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุจะนำไปใช้ในการสำรวจความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มฟุ้งฟิงมาก โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการสำรวจ โดยจะทำการสำรวจ 2 ครั้ง คือในขั้นตอนที่ 1 คือ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ สำนวณสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และในขั้นตอนที่ 4 คือขั้นประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแล

5. แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงของสุพิชญา หวังปิตินาณิชย์ (2556) เพื่อประเมินการดูแลผู้สูงอายุ 6 ด้านคือ 1)ด้านสิ่งแวดล้อม มีจำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ 2)ด้านร่างกาย มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ 3)ด้านการดูแลทางการแพทย์ มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ 4)ด้านจิตใจ มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ 5)ด้านสิทธิมนุษยชน มีข้อคำถาม 7 ข้อ 6)ด้านการเงิน มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับคือ 0=การดูแลดี 1=การดูแลค่อนข้างไม่ดี 2=การดูแลที่กลางๆ 3=การดูแลค่อนข้างดี 4=การดูแลที่ดีที่สุด ซึ่งคะแนนรวม 0-53 หมายถึง คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างไม่ดี คะแนนรวม 54-106 หมายถึง คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่กลางๆ คะแนนรวม 107-159 หมายถึง คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ดี และคะแนนรวม 160-212 หมายถึง คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุด

แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุจะนำไปใช้ในการสำรวจคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มฟุ้งฟิงมาก โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการสำรวจ โดยจะทำการสำรวจ 2 ครั้ง คือในขั้นตอนที่ 1 คือ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ สำนวณสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และในขั้นตอนที่ 4 คือขั้นประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการดูแล

วิธีการดำเนินวิจัย

ระยะที่ 1: ขั้นเตรียมการชุมชน

1. การเลือกพื้นที่ศึกษาและประชากรเป้าหมาย

1.1 การเลือกพื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลชุมชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ที่จัดทำโดยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า ชุมชนเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ เป็นชุมชนที่สมาชิกในชุมชนมีศักยภาพ มีความเข้มแข็งของคนในชุมชน มีความพร้อมและกระตือรือร้นในการแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน

1.2. ประชากรเป้าหมาย

ผู้วิจัยได้ประชุมผู้นำชุมชน กลุ่มอสม. กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มสตรี เพื่อประเมินปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา พบว่า ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุที่ชุมชนต้องการให้แก้ปัญหา ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ประชากรเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

1.3. จัดตั้งกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้วิจัยได้ประชุมผู้นำชุมชน กลุ่มอสม. กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มสตรี เพื่อหาอาสาสมัครเป็นจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีหน้าที่เป็นแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และเป็นนักวิจัยในชุมชน ซึ่งทำหน้าที่ประเมินปัญหา ดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการดำเนินการวิจัย ซึ่งสมาชิกกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวน 17 คน

2. เตรียมความพร้อมกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.1. จัดการอบรมระเบียบวิธีวิจัยเบื้องต้นให้กับกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินการวิจัย

2.2. ชี้แจงกระบวนการและขั้นตอนการวิจัย ร่วมกันกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย

2.3. กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบในการดำเนินการวิจัยของกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ระยะ 2: กระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอน 1. การวิเคราะห์ สังเคราะห์ สืบเสาะสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการ

1.1. จัดเวทีสุขภาพเพื่อระดมความคิดเห็นต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย คนที่อาศัยในชุมชน ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ทีมบริหารชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นต้น ดำเนินรายการโดยกลุ่มจิตอาสาผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีกิจกรรมดังนี้

- นำเสนอสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชนโดยกลุ่มจิตอาสาฯ ซึ่งข้อมูลนี้เป็นข้อมูลที่ได้จากการสุ่มสำรวจของโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่

- สอบถามและระดมความคิดเห็นของคนในชุมชนเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุทั้งความต้องการของตัวผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน และเป้าหมายของชุมชนในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้ดีขึ้น

- สรุปประเด็นปัญหา ความต้องการและเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1.2. กลุ่มจิตอาสาฯ วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ โดยสำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุในชุมชน ลักษณะของปัญหา ความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหา ความต้องการในการแก้ไขปัญหา แนวทางในการแก้ไขปัญหา และเครื่องมือที่ใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยมีกิจกรรมดังนี้

- ประชุมกลุ่มจิตอาสาฯ นำข้อสรุปที่ได้จากเวทีสุขภาพมาวิเคราะห์ความต้องการและปัญหาเร่งด่วนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และวางแผนการดำเนินงาน
- ประเมินความพร้อมของชุมชนทั้งในด้านงบประมาณ ทุนทางสังคม และทรัพยากรที่มีอยู่
- ทำแผนที่ชุมชน เพื่อศึกษาบริบทของชุมชน ทุนทางสังคม สำรวจหาบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล ทำเครื่องหมายเพื่อใช้ในการกำหนดขอบเขต การแบ่งหน้าที่ และการวางแผนการดูแล

1.3. สำรวจสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยกลุ่มจิตอาสาฯ เพื่อทราบสภาพปัญหาที่แท้จริง โดยใช้แบบสำรวจสถานะสุขภาพที่กลุ่มจิตอาสาฯ ร่วมกันพิจารณาจากแบบสำรวจสุขภาพที่มีอยู่ของกระทรวงสาธารณสุขมาดัดแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

1.4. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริบทของปัญหาและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนว่ามีลักษณะอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

ขั้นตอน 2 ออกแบบ และสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (ฉบับร่าง)

2.1. นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาประชุมปรึกษาหารือกันในกลุ่มเพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อใช้ในการออกแบบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน

2.2. จัดเวทีคืนข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ให้ชุมชนได้รับทราบ และระดมความคิดเห็นเพื่อร่วมกันออกแบบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย กลุ่มจิตอาสาฯ คนในชุมชน ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ตัวแทนจากโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ และผู้แทนฝ่ายบริหารด้านผู้สูงอายุของเทศบาลนครเชียงใหม่

2.3. นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน (ฉบับร่าง) มาวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของกลุ่มจิตอาสาฯ เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับชุมชนการเคหะหนองหอย

2.4. จัดอบรมความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้กับกลุ่มจิตอาสาฯ โดยคณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอยเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่ และโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่

2.5. จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ
ในชุมชน

ขั้นตอน 3 ทดลองใช้

นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน (ฉบับร่าง) ไป
ทดลองใช้ภายใต้สภาพการณ์ที่เป็นจริงในชุมชน เพื่อศึกษาประสิทธิภาพ ปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะ
เกิดขึ้นขณะดำเนินงาน การบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ ผู้ใช้และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการ
ดำเนินงานอย่างไร

ขั้นตอน 4 การประเมินและปรับปรุง

ภายหลังจากที่นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน
(ฉบับร่าง) ไปใช้แล้ว ได้รวบรวมข้อมูลที่ได้ในระหว่างการทำงานและผลของการใช้รูปแบบการ
ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน (ฉบับร่าง) มาประเมินและวิเคราะห์หา
ประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการใช้ การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับ
ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน ส่วนที่ต้องยกเลิกการปฏิบัติ ส่วนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข หรือส่วนที่ต้อง
ขยายผลต่อไป

ขั้นตอน 5 การเผยแพร่

นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้คนในชุมชน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
ในการดูแลผู้สูงอายุ และบุคคลภายนอกชุมชน โดยการจัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน และการเผยแพร่ใน
รูปแบบของรายงานฉบับสมบูรณ์ในเรื่องรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและ
ชุมชนให้กับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว)

การวิจัยในระยะที่ 1

การดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง ตุลาคม 2557 ได้ดำเนินกิจกรรม
3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 : ประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงโครงการวิจัยและวางแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม
วิจัยชุมชน

กิจกรรม 2: ประชุมทีมวิจัยเพื่อเตรียมการการสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุ

กิจกรรม 3: สัมภาษณ์สถานการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน

กิจกรรม 4: (ส่วนหนึ่งในกิจกรรม 7) อบรมความรู้และทักษะให้กับครอบครัวและ
อาสาสมัครชุมชน

โดยกิจกรรมต่างๆมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : ประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงโครงการวิจัยและวางแผนการดำเนินงานร่วมกับทีมวิจัยชุมชน
วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ณ ศาลาอเนกประสงค์ชุมชนเคหะหนองหอย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทีมวิจัยชุมชนเข้าใจแผนงานและทิศทางการดำเนินงานโครงการวิจัย
2. เพื่อให้ทีมวิจัยกำหนดบทบาทและตำแหน่งหน้าที่ของแต่ละคน
3. เพื่อวางแผนการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ทีมวิจัย ผู้นำชุมชน ประธาน อสม ประธานงานผู้สูงอายุ และกรรมการชุมชน จำนวน 10 คน

เป้าหมายของกิจกรรม:

- ทีมวิจัยเข้าใจแผนงานและทิศทางการดำเนินงานโครงการวิจัย
- กำหนดบทบาทและตำแหน่งหน้าที่ของทีมวิจัย
- แนวทางในการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการดำเนินการ

1. การดำเนินโครงการวิจัย

ทีมวิจัยจาก ม.ช. ได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และเปิดโอกาสให้ทีมวิจัยชุมชนซักถาม จนเกิดความเข้าใจตรงกันในแผนงานและทิศทางการดำเนินงานโครงการวิจัย

2. การกำหนดบทบาทและตำแหน่งหน้าที่ของทีมวิจัย

2.1. หัวหน้าทีมวิจัย ได้แก่ อ.ดร.ณัฐยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ มีหน้าที่บริหารโครงการ , ให้ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันในชุมชน

2.2. ผู้รับผิดชอบจากคณะพยาบาล มช. และโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ ได้แก่ ผศ.ดร.ศิริรัตน์ ปานอุทัย อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มช. , คุณจรรยา ชัยพาน พยาบาลจากรพ.เทศบาลฯ และคุณศุภณัฐ อร่ามศรี พยาบาลจากศูนย์สุขภาพชุมชนแขวงเม้งราย ทำหน้าที่วางแผนงานร่วมกับทีมวิจัยของชุมชน

2.3. หัวหน้าทีมวิจัยชุมชน ได้แก่ คุณอำพรณ อภัย ประธานอสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ รับผิดชอบหน้าที่การดำเนินงาน และการประสานงานระหว่างทีมวิจัย

2.4. ผู้จัดการโครงการ ได้แก่ คุณสุเวช สุภาจิต ประธานชุมชนการเคหะเชียงใหม่ รับผิดชอบหน้าที่ การดำเนินงานและการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน และติดตามผลการดำเนินงาน

2.5. เลขานุการ ได้แก่ คุณปราณี ชัยไพบูลย์ ประธานผู้สูงอายุชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ทำหน้าที่บันทึกการประชุม เก็บ / เตรียมเอกสาร และงานธุรการ

หมายเหตุ มีการตั้งผู้ช่วยเลขานุการ ได้แก่ คุณปิยะนันท์ สระทองจันทร์ ทั้งนี้เพื่อช่วยในด้านเอกสารต่าง ๆ นอกจากนี้ทีมวิจัยชุมชนจะทำหน้าที่เป็นกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วย ซึ่งมีจำนวน 16 คน

ลักษณะของกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นชาย 1 คน หญิง 15 คน อายุระหว่าง 36-63 ปี อายุเฉลี่ย 53.5 ปี ระดับการศึกษาตั้งแต่ ประถมศึกษา ถึง ปริญญาตรี ส่วนใหญ่อยู่ระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.75 ประกอบอาชีพ ได้แก่ ค้าขาย รับจ้าง แม่บ้าน และช่างเสริมสวย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 50

3 วางแผนการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน

3.1. การจัดทำแผนที่ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ทั้งนี้เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติงาน และลงพื้นที่จริง โดยเบื้องต้นได้ให้งบประมาณไว้ 1,000 บาท ในการจัดจ้างทำแผนที่ชุมชน

3.2. ในการดำเนินงานต่าง ๆ จะต้องมีการประสานงานต่าง ๆ ของทีมวิจัย และมีความจำเป็นที่จะต้องใช้โทรศัพท์ในการประสานงานกับทีมวิจัย จึงได้ให้งบ ประมาณ 200 บาท แก่หัวหน้าทีมวิจัยเพื่อใช้ในการประสานงานต่าง ๆ

3.3. ในการดำเนินงานเบื้องต้น จะได้มีการทำการสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมโครงการ โดยได้มีการร่างแบบสำรวจและจะนำมาเสนอต่อที่ประชุมในครั้งต่อไป ทั้งนี้ อ.ดร.ณัฐยานันท์ จะเป็นผู้ร่างแบบสำรวจมาให้

3.4. ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ออกเนื่องจากนี้จะมีการประชุมเพื่อดำเนินกิจกรรมเป็นระยะ ๆ ตามแผนปฏิบัติการไป

4. การนัดหมาย

การนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปในวันที่ 26 พฤษภาคม 2557 เวลา 9.00 น.

บทเรียน

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมนี้คือ

1. ได้ทราบถึงความพร้อมและความตั้งใจในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คนในชุมชนบางคนมีประสบการณ์การสำรวจข้อมูลข้อมูลมาบ้าง สามารถแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ ซึ่งสามารถส่งเสริมคุณค่าและความภาคภูมิใจของคนในชุมชน
2. ได้เรียนรู้การทำวิจัยเพื่อท้องถิ่น
3. ได้เรียนรู้การกำหนดบทบาทหน้าที่ และการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ

ปัญหาและอุปสรรค

1. ในชุมชนแห่งนี้ไม่มีข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่แน่ชัด เนื่องจากโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ มีบุคลากรน้อย ทำให้ดูแลได้ไม่ทั่วถึง ข้อมูลที่มีอยู่เกิดจากการสุ่ม

ที่ประชุมตกลงที่จะสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุใหม่ทั้งหมด เพื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามความสามารถในการทำกิจกรรม สำรวจหาครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล และสำรวจสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุในชุมชน

2. ไม่มีแผนที่ชุมชนที่ระบุครัวเรือนอย่างชัดเจน

ที่ประชุมตกลงที่จะจัดทำแผนที่ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ เพื่อให้ช่วยต่อการปฏิบัติงาน และลงพื้นที่จริง โดยกำหนดงบประมาณไว้ 1,000 บาท และให้นางปิยะนันท์ สรทองจันทร์ เป็นผู้รับผิดชอบ

3. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไม่มีความมั่นใจว่าจะทำการวิจัยชุมชนได้หรือไม่ เพราะไม่เคยทำมาก่อน ที่ประชุมตกลงจะให้ อ.ดร.ณัฐยานี อบรมวิธีการวิจัยเบื้องต้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน

กิจกรรม 2: ประชุมทีมวิจัยเพื่อเรียนรู้วิธีการวิจัยเบื้องต้นและเตรียมการสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุ วันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ณ ศาลาอเนกประสงค์ชุมชนเคหะหนองหอย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทีมวิจัยชุมชน (อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ) มีความเข้าใจในระเบียบวิธีวิจัยเบื้องต้น
2. เพื่อเตรียมการลงพื้นที่สำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ทีมวิจัย ผู้นำชุมชน ประธาน อสม ประธานงานผู้สูงอายุ และกรรมการชุมชน จำนวน 18 คน

เป้าหมายของกิจกรรม

1. ทีมวิจัยมีความเข้าใจในระเบียบวิธีวิจัยเบื้องต้น
2. ทีมวิจัยมีความเข้าใจตรงกันในการสำรวจข้อมูล
3. ทีมวิจัยจัดสรรภาระงานและหน้าที่รับผิดชอบในการลงสำรวจข้อมูลในพื้นที่ในแต่ชอย

ผลการดำเนินงาน

การเรียนรู้ระเบียบวิธีวิจัยเบื้องต้น

เมื่อเสร็จสิ้นการเรียนรู้ ทีมวิจัยชุมชนระบุว่า “มีความมั่นใจขึ้น น่าจะทำได้ อยากทำ อยากลองดู” จึงให้ช่วยกันกำหนดคำถามการวิจัย

ได้คำถามการวิจัยว่า “รูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยอาสาสมัครในชุมชน ในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร”

กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยคือ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยอาสาสมัครชุมชน ในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

การดำเนินงานโดยใช้แผนผังชุมชน

1. แผนผังชุมชนการเคหะเชียงใหม่ได้จัดทำเสร็จแล้ว โดยจะใช้แผนผังชุมชนในการดำเนินงานคือ จะมีสัญลักษณ์ไว้ที่บ้านที่มีผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซ้ำซ้อน และอสม. เพื่อที่จะได้รู้

ว่านะใครอยู่ตรงไหนในพื้นที่ของชุมชน โดยที่ประชุมได้มีมติให้ใช้หมุดสีเป็นสัญลักษณ์แต่ละอย่าง ดังนี้

- 1.1 หมุดสีฟ้า / น้ำเงิน ให้ใช้แทนผู้สูงอายุ
- 1.2 หมุดสีชมพู ให้ใช้แทนผู้สูงอายุที่มีภาวะซ้ำซ้อน
- 1.3 หมุดสีเขียว ให้ใช้แทนอสม.

2. การกำหนดพื้นที่รับผิดชอบในการสำรวจ / คัดกรอง ของคณะกรรมการทีมวิจัย มีดังต่อไปนี้

ด้านหน้า	นายสุเวช	สุภาจิต	รับผิดชอบ	ช.20 และถนนเมน
	นางจรงค์	พานชาติรี	รับผิดชอบ	ช.22 และ ช.700ปี
	นางสมปอง	เงาศรี	รับผิดชอบ	ช.25 และ ช.16
	นางปั่นหยี	สุขจิตร	รับผิดชอบ	ช.18 และ ช.24
	นางสุดเฉลี่ยว	ทรายเขียว	รับผิดชอบ	ช.เมน และ ช.2
	นางปิยะนันท์	สระทองจันทร์	รับผิดชอบ	ช.1 และ ช.4-6
	นางจันศรี	ตันโน	รับผิดชอบ	ช.3 และ ช.8
	นางทักษอร	เตี้ยวตระกูล	รับผิดชอบ	ช.9 และสนง.เคหะ
	น.ส.อุไร	ปณธิยะ	รับผิดชอบ	ช.10
	นางชลิตา	กาคำ	รับผิดชอบ	ช.11
	นางพรทิพย์	ชุ่มใจ	รับผิดชอบ	ช.12
	นางตุ้มคำ	สิงหล	รับผิดชอบ	ช.13
	น.ส.พิมพ์พิชชา	มุสิกพันธุ์	รับผิดชอบ	ช.14-15
	นางลาวัลย์	สุนันตะ	รับผิดชอบ	ช.17 และ ช.19
	นางอำพรรณ	อภัย	รับผิดชอบ	ช.21
	นางลัทธพรณ	พีระถาวร	รับผิดชอบ	ช.21 และ ช.23
	นางปราณี	ชัยไพบุลย์	รับผิดชอบ	ช.23 และริมเหมือง

3. ในการสำรวจนั้นคณะกรรมการทีมวิจัยสามารถที่จะแบ่งงานให้อสม.ที่เป็นเจ้าของพื้นที่ที่ไม่ได้เป็นคณะกรรมการทีมวิจัย แต่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตนเองได้ทำการสำรวจให้ได้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระจายงานและความสะดวกในการทำงาน

4. ในการสำรวจในครั้งนี้ให้สำรวจผู้สูงอายุทุกคนที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ของชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ไม่ว่าจะเป็นเจ้าของบ้าน หรือบ้านเช่า รวมถึงกลุ่มคนชาติพันธุ์(คนต่างด้าว) โดยอย่างน้อยขอให้อยู่ในพื้นที่ชุมชนไม่น้อยกว่า 3 เดือน

แบบฟอร์มในการสำรวจ/คัดกรองผู้สูงอายุ และเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

จะใช้แบบฟอร์มที่นำมาเสนอในที่ประชุม โดยมีทั้งหมด 6 หน้า แบ่งเป็น 5 ส่วนประกอบด้วย และขอให้คณะกรรมการทีมวิจัย ช่วยกันทำให้ครบทุกหน้า โดยให้เขียนอาชีพของผู้ที่ถูกสำรวจไว้ที่หัวข้อย่อยในเรื่องของรายได้ ตรงคำว่าอื่น ๆ ให้ระบุอาชีพของผู้ถูกสัมภาษณ์ และให้ส่วนของผลการประเมินให้เว้นไว้ เพื่อที่หัวหน้าทีมวิจัยจะทำการลงรายละเอียดให้

งบประมาณในการสำรวจ/คัดกรอง และของที่ระลึกของผู้ที่ให้สัมภาษณ์

1. ได้มีการตั้งงบประมาณในการสำรวจ คือ 30 บาท / ชุด / คนที่ถูกสัมภาษณ์ โดยให้สำรวจเท่าที่จะทำได้ โดยเบื้องต้น คาดว่าน่าจะสำรวจได้ประมาณ 200 ชุด (ผู้สูงอายุ 200 คน) แต่ทั้งนี้อาจจะสำรวจได้มากกว่าหรือน้อยกว่าจำนวนที่ตั้งไว้ก็ได้ แบบฟอร์มการสำรวจ / คัดกรองสามารถรับได้ตั้งแต่วันที่ 2 มิถุนายน 2557 เป็นต้นไป

2. การจ่ายค่าตอบแทนจะดูจากจำนวนใบแบบฟอร์มการสำรวจที่นำมาส่งคืน และข้อมูลในแบบฟอร์มการสำรวจต้องครบถ้วน จึงจะจ่ายค่าตอบแทนให้

3. กำหนดส่งแบบฟอร์มการสำรวจ / คัดกรอง โดยสามารถส่งได้จนถึง วันพุธที่ 18 มิถุนายน 2557 ก่อน 9.30น. จะมีการตรวจแบบฟอร์มก่อนและจะทำการจ่ายเงิน ในวันเดียวกัน ตั้งแต่ เวลา 10.00 น.

4. สำหรับงบประมาณของที่ระลึกที่จะให้ผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ คือ 10 บาท / คน โดยที่ประชุมมีมติให้จัดซื้อน้ำยาล้างจานของชุมชน ให้เป็นของที่ระลึก เพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้แก่คนในชุมชน โดยเบื้องต้น ให้จัดซื้อน้ำยาล้างจานไว้ 200 ขวด ทั้งนี้อาจมีการสั่งซื้อเพิ่มในกรณีที่มีการสำรวจของมูลได้มากกว่า 200

5. ของที่ระลึกที่จะนำไปให้แก่ผู้ที่ถูกสัมภาษณ์จะให้แก่คณะกรรมการทีมวิจัย ในวันที่มารับแบบฟอร์มการสำรวจโดยจะให้เท่ากับจำนวนของแบบฟอร์มการสำรวจที่คณะกรรมการได้เบิกไป

เรื่องอื่นๆ

ได้มีการแต่งตั้งให้ คุณลาวัลย์ สุนันตะ เป็นคณะกรรมการทีมวิจัยเพิ่มขึ้นมาอีก 1 ท่าน

บทเรียน

1. เรียนรู้ระเบียบวิธีวิจัยเบื้องต้น โดยที่ทีมวิจัยชุมชนระบุว่า “มีความมั่นใจขึ้น น่าจะทำได้ อยากทำ อยากลองดู”

2. เรียนรู้เกี่ยวกับการแบ่งงาน การเจรจาต่อรองเพื่อให้ได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน การคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าผลประโยชน์ส่วนตน

ปัญหาและอุปสรรค

1. บางคนมีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องสำรวจมากเนื่องจากเป็นโซนที่เคยรับผิดชอบดูแลประชาชน ที่ประชุมมีมติให้ คนที่มีโซนรับผิดชอบใกล้เคียงหรือผู้ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องสำรวจมีน้อยไปช่วยในโซนที่มีผู้สูงอายุอยู่มาก

รูปกิจกรรม



รูปที่ 1 แสดงการชี้แจงพื้นที่สำรวจข้อมูลและแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบในการสำรวจข้อมูล

กิจกรรม 3: สำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน

วันที่ 18 มิถุนายน 2557 ณ ศาลาอเนกประสงค์ชุมชนเคหะหนองหอย

วัดอุประสงค์

เพื่อหาข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ทีมวิจัย ผู้นำชุมชน ประธาน อสม ประธานงานผู้สูงอายุ และกรรมการชุมชน จำนวน 18 คน

ผลการดำเนินงาน

1. ทีมวิจัยแต่ละคนนำแบบสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยกลุ่มจิตอาสาฯ ที่ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจภาวะสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งใช้เวลาในการสำรวจทั้งหมดประมาณ 3 สัปดาห์ ซึ่งแบบสำรวจประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่ ผู้ดูแล รายได้ แหล่งรายได้ การได้รับเบี้ยยังชีพ รายจ่าย สิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรัง ค่าดัชนีมวลกาย การมองเห็น การได้ยิน การใช้มือทำงานละเอียด การกลืนปัสสาวะ การขับถ่ายอุจจาระ การกลืนอุจจาระ

ส่วนที่ 3 การสำรวจฟัน ได้แก่ จำนวนฟันที่เหลือ ฟันผุ ฟันโยก อาการปวดฟัน เสียวฟัน เหงือกอักเสบ หินปูน

ส่วนที่ 4 สุขภาพจิต ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 5 ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity daily living)

2. นางปิยะนันท์ สระทองจันทร์ นางอำพรณ์ อภัย นางตุ้มคำ สิงหกุล และนางลัทธพร พิระถาวร ร่วมกันตรวจเช็คความครบถ้วนของข้อมูล เมื่อตรวจเช็คข้อมูลแล้วพบว่า สำรองผู้สูงอายุได้ทั้งหมด 283 คน

3. ข้อมูลในแบบสอบถามทั้งหมด อ.ดร.ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ จะเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม SPSS

ผลการสำรวจข้อมูล

	ผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตนเอง/พึ่งพิงน้อย	ผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/พึ่งพิงมาก
จำนวน	264 คน ชาย 103 คน หญิง 161 คน	24 ชาย 4 คน หญิง 20 คน
อายุ	60-89 ปี เฉลี่ย 68.38 ปี	63-94 ปี เฉลี่ย 81.42 ปี
ลักษณะการอยู่อาศัย	อาศัยอยู่คนเดียว 26 คน อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง 37 คน อาศัยอยู่กับบุตร 81 คน	อาศัยอยู่คนเดียว 1 คน อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง 2 คน อาศัยอยู่กับบุตร 14 คน อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร 5 คน อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น 2 คน

	ผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตนเอง/พึ่งพิงน้อย	ผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/พึ่งพิงมาก
	อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร 109 คน อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น 10 คน	
ผู้ดูแล	ไม่มีผู้ดูแลตอนกลางวัน 62 คน มีผู้ดูแล 202 คน	ไม่มีผู้ดูแลตอนกลางวัน 3 คน มีผู้ดูแล 21 คน
โรคประจำตัวที่พบมาก 5 อันดับแรก	ความดันโลหิตสูง จำนวน 151 คน ไขมันในเลือดสูง จำนวน 85 คน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม จำนวน 67 คน เบาหวาน จำนวน 50 คน ต้อกระจก/ต้อหิน จำนวน 37 คน	โรคหลอดเลือดสมอง/มีความพิการ จำนวน 16 คน โรคเรื้อรัง/ชรา จำนวน 7 คน ภาวะสมองเสื่อม จำนวน 1 คน

บทเรียน

1. ได้ฝึกการสำรวจข้อมูล การใช้แบบสอบถาม และการพูดคุยกับผู้สูงอายุ
2. จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางกลุ่มแกนนำอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเห็นร่วมกันว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือพึ่งพิงน้อยจะจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยเริ่มที่ประเด็น ความดันโลหิตสูงกับไขมันในเลือดสูง สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือพึ่งพิงมากจะ เน้นให้การช่วยเหลือดูแลตามปัญหาการเจ็บป่วยที่บ้าน และส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถที่จะดูแล ผู้สูงอายุได้ ส่วนผู้สูงอายุคนใดที่ไม่มีผู้ดูแล กลุ่มแกนนำอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุจะจัดเวรเข้าไปดูแล
3. การประเมินตนเองของกลุ่มแกนนำอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มแกนนำฯ ขาด ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง จึงมีความต้องการที่จะให้มีการจัดอบรมวิธีการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง
4. ข้อมูลจากการสำรวจเบื้องต้นเป็นข้อมูลทั่วไป ไม่ได้เจาะจงปัญหารายบุคคล ทางกลุ่ม แกนนำฯ ประชุมตกลงร่วมกันจะสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมในผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้/พึ่งพิง มาก/ติดเตียง เพื่อจะได้วางแผนการช่วยเหลือและเยี่ยมบ้าน

ปัญหาและอุปสรรค

1. การจัดประชุม หรือการสำรวจข้อมูลตามบ้าน กระทำได้ไม่สะดวก เนื่องจากอยู่ภายใต้กฎ ัยการศึกษา สมาชิกทีมวิจัยหลายท่านเป็นผู้นำชุมชนและทีมงานบริหารชุมชนจึงถูกเพ่งเล็ง
2. ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. บางบ้านไม่เต็มใจที่จะให้ข้อมูล

รูปกิจกรรม



รูปที่ 2 แสดงกิจกรรมการรวบรวมข้อมูลและตรวจเช็คความครบถ้วนของข้อมูล

กิจกรรม 4: (ส่วนหนึ่งในกิจกรรม 7) อบรมความรู้และทักษะให้กับครอบครัวและอาสาสมัครชุมชน เรื่อง “การฟื้นฟูสภาพผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว”

วันที่ 9 กรกฎาคม 2557 ณ ศาลาอเนกประสงค์ชุมชนเคหะหนองหอย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

พยาบาลประจำศูนย์ข้างคลาน โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ ประธาน อสม การเคหะชุมชน ทีมอสม การเคหะ กรรมการฝ่ายผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ประสานงานวิจัยเพื่อชุมชน เจ้าหน้าที่ศูนย์ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ศูนย์บริหารงานวิจัย และทีมวิจัย จำนวน 42 คน

เป้าหมาย

เพื่อให้กลุ่มแกนนำอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง มีความพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว

ผลการดำเนินงาน

1. กิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นลักษณะการบรรยาย และมีการสาธิตย้อนกลับ โดยผู้เข้าอบรมจะได้เอกสารประกอบการอบรม และฝึกการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

2. ก่อนการอบรมให้ผู้เข้าอบรมทุกท่านทำแบบประเมินความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว

3. อบรมตามโปรแกรมดังนี้

๐๙.๐๐ – ๑๐.๓๐ น. **การฟื้นฟูสภาพทางกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

- การฝึกการควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนและมือ
- การฝึกกิจวัตรประจำวันและการดัดแปลงอุปกรณ์ช่วยต่างๆ
- ปัญหาการสื่อความหมายและการสื่อสาร
- การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม

วิทยากร: คุณวรินทร์รัตน์ ผัดวงษ์ นักกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรม

ฟื้นฟู รพ. นครพิงค์

๐๑0.๓๐ – ๑๐.๔๕ น. **พักรับประทานอาหารว่าง**

๑๐.๔๕ – ๑๑.๐๐ น. **การฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม**

วิทยากร: คุณวรินทร์รัตน์ ผัดวงษ์ นักกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรม

ฟื้นฟู รพ. นครพิงค์

๑๑.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. **น.ฝึกปฏิบัติการการฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม**

๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. **พักรับประทานอาหารกลางวัน**

๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐ น. **การฟื้นฟูสภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ฝึกปฏิบัติ)**

- การจัดท่านอน
- การเคาะปอด
- การเคลื่อนไหวข้อต่อ การออกกำลังกาย และการเคลื่อนย้ายตัว

วิทยากร: คุณศรัญญา แสงชุมสืบ นักกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู รพ.นครพิงค์

4. เมื่อสิ้นสุดการเข้าอบรม ผู้เข้าอบรมทุกท่านจะได้รับการประเมินความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว

บทเรียน

1. จากการทำแบบสอบถามระดับความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 28 คน พบว่า ก่อนการเข้าร่วมอบรมผู้ตอบแบบทดสอบมีความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว อยู่ในระดับ 2-3 คือ มีความรู้ไม่ถึงความรู้ปานกลาง ภายหลังการเข้าร่วมอบรมผู้ตอบแบบทดสอบมีความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้พิการ

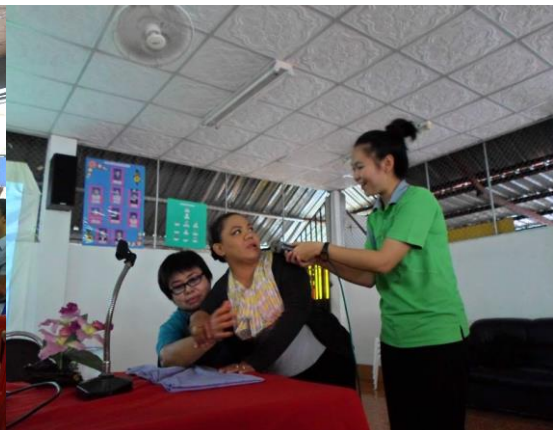
ทางร่างกายและการเคลื่อนไหว อยู่ในระดับ 4-5 คือ มีความรู้มากถึงมากที่สุดผู้เข้ารับการอบรมมีระดับความพึงพอใจต่อการอบรมครั้งนี้ในระดับมากที่สุด

2. ได้นำข้อมูลความรู้จากการอบรมไปเผยแพร่ให้ผู้ป่วยและญาติ

ปัญหาและอุปสรรค

ไม่มี

รูปกิจกรรม



รูปที่ 3 แสดงการฝึกการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและช่วยในการเคลื่อนไหว

กิจกรรมที่ 5 การเตรียมการเพื่อวางแผนการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากแบบ เจาะลึก

วันที่ 18 พฤศจิกายน 2557 ณ ศาลาอเนกประสงค์ชุมชนเคหะหนองหอย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ทีมวิจัยจำนวน 15 คน

เป้าหมาย

- ทีมวิจัยชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินสุขภาพแบบเจาะลึกปัญหาสุขภาพ
รายบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
- มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการลงพื้นที่
- ผู้สูงอายุให้วันและเวลาในการไปประเมินสุขภาพที่บ้าน

ผลการดำเนินการ

1. หัวหน้าโครงการฯ แจกแผนการดำเนินงานที่จะดำเนินการในระยะที่ 2 โดยกิจกรรมที่จะ
ทำต่อจากนี้ไปคือ การวางแผนประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบเจาะลึกปัญหาสุขภาพ
รายบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
2. หัวหน้าโครงการฯ แจ้งผลการสำรวจสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุครั้งสำรวจเมื่อเดือน
มิถุนายน 2557
3. หัวหน้าโครงการฯ แจ้งจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 3 มีจำนวน 19 ราย แต่ใน
ปัจจุบันเหลืออยู่ 13 ราย เนื่องจากเสียชีวิตไปแล้ว 6 ราย ซึ่งผู้สูงอายุ 13 รายนี้จะเป็นกลุ่มเป้าหมาย
ที่จะประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบเจาะลึกปัญหาสุขภาพรายบุคคลและ
สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
4. ที่ประชุมวางแผนเพื่อการลงเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ประเมินความ
ต้องการการดูแล ประเมินสภาพแวดล้อมของบ้าน และคุณภาพการดูแลของผู้ดูแล โดยกำหนดการลง
เยี่ยมบ้านคือ
วันที่ 24 พฤศจิกายน 2557 เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ จำนวน 4 บ้าน ได้แก่ นางเอื้องไข
พานิชศิริ บ้านนางดี ทัดทอง บ้านนางเมี้ยน แดงกล่อม บ้านนางปานแก้วจันทร์ผล
สำหรับผู้สูงอายุที่เหลืออยู่ นางวัชรีย์ มณีวงษ์ และนางปิยะนันท์ สระทองจันทร์ จะไป
ประสานและนัดหมายผู้สูงอายุในการลงเยี่ยมบ้าน
5. กำหนดสมาชิกวิจัยที่รับผิดชอบดูแลประเมินผู้สูงอายุในวันที่ 24 พฤศจิกายน 2557 ได้แก่
นางอำพรณ์ อภัย นางลันธพรณ พิงถาวร นางปราณี ชัยไพบุลย์ และนางสาวสุวารี ฉิระโส
6. นัดหมายมาพบกันเพื่อรับฟังการอธิบายขั้นตอนและวิธีการในการประเมินสุขภาพแบบ
เจาะลึกปัญหาสุขภาพรายบุคคลที่ศาลาอเนกประสงค์ชุมชนเคหะหนองหอยในวันที่ 24 พฤศจิกายน
2557 เวลา 09.00 น.

7. การสำรวจความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุติดเตียงและประเมินการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย

7.1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน

7.2. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การจัดทำ การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ การป้องกันและดูแลแผลกดทับ การป้องกันและดูแลปัญหาท้องผูก

7.3. การดูแลอาหาร ได้แก่ การทำอาหารที่ให้ทางสายยางและทางปาก การป้อนอาหารและน้ำ

7.4. การดูแลผู้มีอุปการะและการให้ยา ได้แก่ มีการให้อาหารทางสายยาง ใช้ ออกซิเจน มีสายสวนปัสสาวะ มีท่อหลอดลมคอและการดูดเสมหะ มีทวารเทียมทางหน้าท้อง มีล้างไตทางช่องท้อง การให้ยา และการทำแผล

1. ทีมวิจัยชุมชนได้ทราบถึงปัญหาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งที่ผ่านอาจทราบมาแล้วบ้าง แต่ไม่มีข้อมูลตัวเลขที่ชัดเจน และไม่มีการจัดแบ่งเป็นหมวดหมู่

2. ชุมชนมีข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ไปเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

3. ทีมวิจัยชุมชนเรียนรู้ในการจัดสรรแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

4. สร้างความภูมิใจและความเป็นห่วงเป็นใยแก่ญาติผู้ป่วย

5. ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุที่ดีขึ้นกว่าเดิม

6. เป็นการเปิดโอกาสในการเข้าถึงและสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง อสม กับชาวบ้าน

7. การอบรมต่างๆ แล้ว อสม นำไปปฏิบัติ ทำให้ชาวบ้านเกิดความเชื่อถือและมั่นใจ รวมถึงความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุในชุมชน

8. ชาวบ้านมีความสนใจในเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น

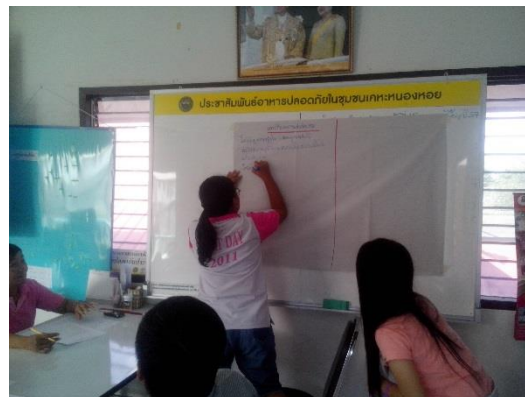
ปัญหาและอุปสรรค

1. ทีมวิจัยชุมชนไม่มั่นใจว่าผู้สูงอายุจะให้ไปเยี่ยมที่บ้านหรือไม่ เนื่องจากบางครอบครัวไม่มั่นใจในศักยภาพของ อสม หรือบางบ้านจะให้เข้าบ้านเฉพาะคนที่คุ้นเคยเท่านั้น ที่ประชุมแนะนำให้ลองไปพูดคุยกับผู้สูงอายุก่อนว่าโครงการนี้จะช่วยมาดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยทีมที่ลงเยี่ยมบ้านจะมีพยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มช และพยาบาลจากโรงพยาบาลเทศบาลมาตรวจสุขภาพที่บ้าน ซึ่งถ้ามีการชี้แจงให้ผู้สูงอายุเข้าใจ ผู้สูงอายุน่าจะยินยอมให้ไปเยี่ยมบ้านได้ แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่ยินยอมให้เยี่ยมที่บ้านก็ให้ทำตามความยินยอมของผู้สูงอายุ

2. มีผู้ป่วยบางคนไม่ได้เป็นผู้สูงอายุ แต่อยากเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ และอยากให้ทีมวิจัยไปเยี่ยมบ้าน

3. ผู้สูงอายุบางบ้านมีพยาบาลเป็นผู้ดูแล ญาติไม่ให้ อสม เข้าไปหาผู้สูงอายุในบ้าน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงตัวผู้สูงอายุได้

รูปกิจกรรม



รูปที่ 4 การเตรียมการเพื่อวางแผนการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากแบบเจาะลึก

กิจกรรมที่ 6 ลงพื้นที่สำรวจประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากแบบเจาะลึก

วันที่ทำกิจกรรม เดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม 2557 ณ ชุมชนเคหะหนองหอย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- ผู้สูงอายุจำนวน 24 คน
- ทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 16 คน
- นักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ช. จำนวน 6 คน
- อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 10 คน

เป้าหมาย

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไป ปัญหา และความต้องการที่ผู้สูงอายุและครอบครัวเผชิญอยู่
2. เพื่อให้ได้ข้อมูลในการนำมาสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครในชุมชน

ผลการดำเนินงาน

1. ประเมินได้ทุกบ้านตามที่กำหนด บางบ้านนัดไว้ก่อนล่วงหน้าแล้ว แต่บังเอิญญาติมีธุระ ได้ทำการนัดหมายใหม่ ในวันอื่นๆ

2. สามารถรวบรวมข้อมูลได้ในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

2.1. ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่ ผู้ดูแล รายได้ แหล่งรายได้ การได้รับเบี้ยยังชีพ รายจ่าย สิทธิการรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุกลุ่มพึงพิงมากมีทั้งหมด 24 คน เป็นชาย ชาย 4 คน หญิง 20 คน อายุอยู่ระหว่าง 63-94 ปี เฉลี่ย 81.42 ปี

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	23	
คริสต์	1	
ระดับการศึกษา		
อ่านหนังสือไม่ได้	7	
อ่านออก เขียนไม่ได้	2	
อ่านออก เขียนได้	5	
ประถมศึกษา	5	
มัธยมศึกษา	0	
ปวช/ปวส	0	
ปริญญาตรี	4	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	
สภาพสมรส		
โสด	0	
หม้าย	14	
คู่	9	
หย่า/แยก	0	
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อาศัยอยู่คนเดียว	1	
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง	2	
อาศัยอยู่กับบุตร	14	
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร	5	
อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น	2	
ผู้ดูแล		

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีผู้ดูแล	3	
มีผู้ดูแล	21	
บุคคลในครอบครัว	18	
บุคคลอื่น	2	
โรคประจำตัว		
โรคหลอดเลือดสมอง/ความพิการ	16	
โรคเรื้อรัง/ชรา	7	
ภาวะสมองเสื่อม	1	

2.2. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

2.2.1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

- การอาบน้ำบนเตียง 4 ราย
- การเคลื่อนย้าย (บนเตียง / นอกเตียง/การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน) 24 ราย
- การขับถ่าย (ต้องมีคนช่วยหรือคนอยู่ดูแล) 18 ราย
- การแต่งกาย (ช่วยทั้งหมด/มีการช่วยบางส่วน) 18 ราย

2.2.2. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

- การจัดท่า 4 ราย
- การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ 24 ราย
- การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 4 ราย (ยังไม่พบแผลกดทับ)
- การป้องกันและดูแลปัญหาท้องผูก 24 ราย

2.2.3. การดูแลอาหาร ได้แก่

- การให้อาหารทางสายยาง 1 ราย
- การป้อนอาหารและน้ำ 4 ราย

2.2.4. การเยี่ยมบ้าน 24 ราย โดยส่วนใหญ่ต้องการให้มาเยี่ยมเยียน พูดคุย หรือให้คนแนะนำด้านความรู้ต่างๆ อยากให้มีแพทย์หรือพยาบาลมาเยี่ยมบ่อยๆ อยากให้บริการตรวจสอบสุขภาพและเจาะเลือด เนื่องจากบางรายการพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลค่อนข้างลำบาก แต่ถ้าไม่ว่างมีอาสาสมัครมาเยี่ยมก็ดีใจ และดีใจที่ชุมชนมาช่วยดูแล

2.2.5. ประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

- มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้น้อย 1 ราย
- มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้ปานกลาง 19 ราย

- มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้มาก 4 ราย

2.2.6. ประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

- คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างไม่ดี 1 ราย
- คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่กลางๆ 13 ราย
- คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ดี 7 ราย
- คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุด 3 ราย

บทเรียน

1. อาสาสมัครได้เรียนรู้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ
2. อาสาสมัครได้เรียนรู้วิธีการพูดคุยกับผู้สูงอายุและคนในครอบครัว ได้ไปเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด
3. อาสาสมัครได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม และการทำงานร่วมกับคนอื่นที่ไม่ใช่คนในชุมชน
4. อาสาสมัครได้ความสุข ความอึดใจ ความรู้สึกดีๆ ที่ได้ไปเยี่ยมผู้ป่วย
5. อาสาสมัครรู้สึกอุ่นใจ และมั่นใจ เมื่อมีพยาบาลไปด้วย และรู้สึกว่าชาวบ้านให้การต้อนรับดีกว่าตอนที่มาเยี่ยมบ้านเอง
6. อาสาสมัครได้ความสุขสนุกสนาน เมื่อหลังไปเยี่ยมบ้านแล้วมารับประทานอาหารร่วมกัน
7. อาสาสมัครเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนแผนงาน เมื่อพบว่า บางครั้งการดำเนินงานไม่ได้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ เช่น กำหนดไว้จะประเมิน 4 บ้าน ทั้งที่นัดหมายแล้ว แต่พบว่า ญาติไม่อยู่บ้าน พาผู้สูงอายุไปหาหมอ บางบ้านตั้งใจจะพบญาติ แต่ญาติไม่อยู่พบแต่ผู้ดูแล

ปัญหาและอุปสรรค

1. นัดหมายครอบครัวแล้ว แต่ไม่มีคนอยู่บ้าน หรือนัดหมายญาติแต่ญาติไม่อยู่ ทำให้เสียเวลาในการไปประเมิน ต้องเพิ่มวันในการประเมิน และต้องนัดหมายกันใหม่ให้ครบทั้งอาสาสมัคร ผู้วิจัย และนักศึกษาพยาบาล
2. บางครั้งไปถึงบ้านแล้ว เจ้าของบ้านไม่พร้อมที่จะให้เข้าบ้าน ทำให้ต้องมาวันใหม่
3. บางบ้านเข้าหายาก ไม่ค่อยอยากให้อาสาสมัครมาหา แต่ถ้ามีพยาบาลไปด้วย (หัวหน้าทีมวิจัย) เจ้าของบ้านจะยอมให้เข้าไปประเมินผู้สูงอายุได้
4. การถ่ายภาพ อาสาสมัครไม่กล้าถ่ายภาพขณะทำกิจกรรม เกรงใจ ไม่กล้าขอถ่ายภาพ บางคนไม่มีกล้องถ่ายรูป ภาพจากมือถือก็ไม่ค่อยชัด บางครั้งใช้วิธีการสังเกต ถ้าบ้านไหนคงไม่ยอมให้ถ่ายรูปก็จะได้ ถ่ายภาพเฉพาะเท่าที่จำเป็น และคาดว่าเจ้าบ้านยินยอม

รูปกิจกรรม



กิจกรรม 7: สร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน

วันที่ดำเนินการ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- ทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 16 คน
- พยาบาลจากโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ 2 คน
- หัวหน้าโครงการวิจัย (คณะพยาบาลศาสตร์ มช) 1 คน

เป้าหมาย

- สามารถกำหนดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน (ฉบับร่าง)

ผลการดำเนินงาน

กำหนดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุดังนี้

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยอาสาสมัครผู้ดูแลและครอบครัว ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การสอนวิธีการดูแลผู้สูงอายุให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล การจัดเวร

ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวันสำหรับบ้านที่ไม่มีผู้ดูแล และการจัดเวทีศาลาชุมชน เพื่อรับเรื่องแจ้งต่างๆ

1. เริ่มต้นดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจากที่สำรวจ (ตอนเริ่มต้นมี 19 คน จากนั้นระหว่างการเยี่ยมบ้านดูแลมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีก 5 คน เป็น 24 คน) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เน้นการเยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพ ฟันฟูสภาพ พูดคุยให้กำลังใจ และแนะนำความรู้ด้านสุขภาพ

2. เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย หรือต้องการความช่วยเหลือ ให้มาแจ้งที่ศาลาชุมชน จะมีทีมอาสาสมัครอยู่ประจำทุกวันจันทร์ถึงศุกร์เวลา 09.00 – 12.00 น. นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือสามารถขอความช่วยเหลือได้เช่นกัน

3. เมื่อมีอาการฉุกเฉิน ให้โทรศัพท์มาที่ประธานชุมชนเพื่อประสานการดูแล (ที่ชุมชนนี้ไม่มีศูนย์สุขภาพชุมชน) จะมีการจัดรถไปส่งโรงพยาบาลตามสิทธิของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ไม่สามารถไปเองได้

4. กรณีที่ทีมอาสาสมัครแก้ปัญหาไม่ได้ ส่งไลน์หรือโทรศัพท์หาหัวหน้าโครงการ (อ.ดร.ณัฐธยาน์) เพื่อขอคำปรึกษา

5. ผู้สูงอายุที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ จะประสานโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ ช่วงไหนที่มีนักศึกษากายภาพบำบัดมาฝึกงาน หรือเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน จะได้กำหนดนัดหมายลงเยี่ยมบ้านพร้อมกัน (ปกติจะนานๆ มาเยี่ยมผู้สูงอายุ หรือจะมาเยี่ยมเฉพาะ case ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาล)

6. ประสานไปที่เทศบาลขอตารางการลงเยี่ยมบ้านของเทศบาลนครเชียงใหม่ ที่จะมีเจ้าหน้าที่ที่ดูแลด้านผู้สูงอายุและนักจิตวิทยาลงเยี่ยมบ้าน จะได้จัดตารางการเยี่ยมบ้านให้ตรงกัน

บทเรียน

1. อาสาสมัครในชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบและการวางแผนเอง
2. อาสาสมัครในชุมชนรู้สึกสบายใจไม่ยุ่งยากในการดำเนินงาน เพราะสามารถเลือกวิธีการดำเนินงานได้
3. อาสาสมัครในชุมชนรู้สึกมั่นใจในการทำงาน เพราะได้ดำเนินงานร่วมกับทีมพยาบาลจากโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ และคณะพยาบาลศาสตร์ ม.ช. เพราะที่ผ่านมาเวลาลงไปเยี่ยมบ้านเอง ไม่ค่อยมั่นใจ และชาวบ้านก็ไม่ค่อยอยากให้ทำอะไรเพราะไม่มั่นใจในความสามารถของอาสาสมัคร แต่ถ้าทำงานร่วมกับพยาบาลมั่นใจว่า ชาวบ้านจะเต็มใจให้เข้าไปดูแล

ปัญหาและอุปสรรค

ไม่มี

กิจกรรม 8: จัดเวทีระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัว และชุมชน(ฉบับร่าง)

วันที่ดำเนินการ เดือนมกราคม 12 มกราคม 2558

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- ผู้สูงอายุ
- ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- ชาวบ้านในชุมชน
- ทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

เป้าหมาย

- ได้ข้อมูลจากคนในชุมชนมาปรับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัว และชุมชน
- ได้รับความเห็นชอบยอมรับจากคนในชุมชน

ผลการดำเนินงาน

- อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุอยากให้มีการอบรมทบทวนสิ่งที่เคยเรียนมา และอบรมเพิ่มเติม มีคนในชุมชนบางรายอยากให้จัดอบรมอีกครั้งเหมือนที่เคยจัดมาก่อน
- ผู้สูงอายุและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ทีมงานได้นำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ
- ผู้สูงอายุอยากให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ด้วย อยากให้ดูแลทุกๆ กลุ่ม

บทเรียน

1. จากคำแนะนำของผู้สูงอายุที่อยากให้ดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ด้วย จึงวางแผนว่าจะให้การดูแลที่เน้นไปในการส่งเสริมสุขภาพ
2. คำแนะนำที่ได้จากข้อคิดเห็นในวันนี้ นำไปปรับปรุงแก้ไข และใช้เป็นแนวทางในการเยี่ยมบ้านต่อไป

ปัญหาและอุปสรรค

-โครงการที่จะจัดให้ดำเนินการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ไม่ได้อยู่ในแผน เงินวิจัยไม่ได้ครอบคลุมกิจกรรมในส่วนเหล่านี้ จึงปรึกษากับทีมวิจัยจะหางบประมาณจากแหล่งทุนภายนอก ซึ่งพบว่า มีทุนของสปสข จังหวัดเชียงใหม่ แต่โครงการต้องเขียนโดยคนในชุมชน จึงตกลงกันในที่ประชุมว่า จะช่วยกันเขียนโครงการและหัวหน้าโครงการวิจัย (อ.ดร.ณัฐธยาน์) จะแนะนำวิธีการเขียนโครงการและช่วยตรวจทานให้

กิจกรรมที่ 9: ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน(ฉบับร่าง)
และวางแผนการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดย

วันที่ดำเนินการ เดือนมกราคม

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

เป้าหมาย

1. ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชน
2. กำหนดวันเวลาทำงานภาคปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน

ผลการดำเนินงาน

1. โครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ทางชุมชนเลือกที่จะจัดทำเกี่ยวกับโครงการการออกกำลังกาย และโครงการอาหารปลอดภัย ให้สมาชิกไปศึกษาหาข้อมูล ความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการ แล้วจะนัดหมายในการเขียนโครงการต่อไป
2. โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้น้อย จะเน้นในเรื่องการเยี่ยมบ้าน และดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล
3. มอบหมายให้อาสาสมัครที่รับผิดชอบในแต่ละซอย นัดหมายผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อดำเนินการเยี่ยมบ้าน
4. กลุ่มอาสาสมัครทำงานหลายบทบาท เช่น อสม ทีมวิจัยชุมชน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จึงตกลงเรียกชื่อกลุ่มใหม่เป็น กลุ่มจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ปัญหาและอุปสรรค

ผู้ทำงานในทีมวิจัยมีบทบาทหลายอย่างในชุมชน เช่น ทีมวิจัย อสม อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กรรมการชุมชน เมื่อเวลาลงพื้นที่ชุมชนก็มักทราบว่าโครงการที่ทำอยู่นี้เป็นเรื่องใด ทางสมัชชาใหม่มาชิกในกลุ่มลงความเห็นว่าจะตั้งชื่อใหม่เพื่อชุมชนจะได้เข้าใจว่าเป็นงานของ อสม และเพื่อจะได้รับสมาชิกในทีมใหม่ในอนาคต จึงตั้งชื่อกลุ่มว่า จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

กิจกรรมที่ 10: นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังฉบับแก้ไขที่ร่วมกันปรับปรุงไปปฏิบัติ

วันที่ดำเนินการ เดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม 2558

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- กลุ่มจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ 17 คน
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 24 คน
- ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 24 ครอบครัว
- อาจารย์พยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1 คน

- นักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

7 คน

- อาจารย์จากคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2 คน
- นักศึกษากายบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 8 คน
- นักกายบำบัด โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ 2 คน
- นักจิตวิทยา เทศบาลนครเชียงใหม่ 1 คน
- เจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลนครเชียงใหม่ 1 คน
- ทีมแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ 6 คน

เป้าหมาย

เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เหมาะสมสำหรับชุมชนการเคหะหนองหอย

ผลการดำเนินงาน

1. การพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ทีมวิจัยร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเทศบาลตำบลหนองหอย เชียงใหม่ ได้จัดโครงการการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะที่ 2 วันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2558 ในโครงการนี้ได้จัดกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนไปร่วมการอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติม ซึ่งเนื้อหาที่อบรมได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับ การดูแลผู้สูงอายุที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลผู้สูงอายุที่พ่นยา การฟื้นฟูสภาพทางกายภาพบำบัด และการฟื้นฟูสภาพทางกิจกรรมบำบัด

2. จัดตารางวันและเวลาในการเยี่ยมบ้าน และผู้รับผิดชอบในการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมบ้าน 24 ครั้งเรือน

3. จัดเวรประจำที่ศาลาชุมชน เพื่อให้ชาวบ้านมาติดต่อแจ้งเรื่องราวต่างๆ รวมทั้งเรื่องผู้สูงอายุ จำนวนวันละ 5 คน (รวมทั้ง อสม. ที่มีอยู่ในชุมชน) ติดต่อกับศาลาชุมชนตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น.

4. ในระหว่างการเยี่ยมบ้านพบว่า นอกจากปัญหาด้านสุขภาพแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงสวัสดิการต่างๆ ของรัฐ ในเรื่องเบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้พิการ และด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ทีมวิจัยเลยบรรจุเป็นประเด็นที่อยู่ในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

5. สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ดูแลตนเองได้ ทางทีมวิจัยจะจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยได้เขียนโครงการออกกกำลังกายโดยไม่พอง และโครงการอาหารปลอดภัย ซึ่งทีมวิจัยได้เขียนโครงการขออนุมัติงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)

6. ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อประกอบรูปแบบในการดูแลจะคงเหลือแบบประเมินข้อมูลทั่วไปและสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่

อาสาสมัครสามารถประเมินด้วยตนเองได้ ส่วนเครื่องมืออื่นๆ ที่เคยใช้ประเมินจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่พยาบาลประเมิน

บทเรียน

1. การพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ระยะที่ 2 ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีความมั่นใจในการลงพื้นที่เพื่อช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเครือข่ายระหว่างกลุ่มจิตอาสาในชุมชนการเคหะหนองหอยกับกลุ่มจิตอาสาของเทศบาลตำบลหนองหอยเชียงใหม่
2. การจัดเวรประจำที่ศาลาชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถมาขอความช่วยเหลือได้สะดวก นอกจากนี้ยังสามารถร่วมงานต่างๆ ของชุมชนมาร่วมที่ส่วนกลางที่ศาลาชุมชน เจ้าหน้าที่ที่ทำหลายบทบาท สามารถที่จะทำงานหลายๆ บทบาทได้พร้อมๆ กัน
3. ได้เครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับจิตอาสาในชุมชนในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลทั่วไปและสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ
4. ได้ฝึกการเขียนโครงการเพื่อขอแหล่งทุนสนับสนุนจากภายนอก

ปัญหาและอุปสรรค

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว และประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว จำนวนข้อค่อนข้างมากและค่อนข้างจะเป็นข้อคำถามที่ชาวบ้านรู้สึกเหมือนมาจับผิด จึงได้มีการปรับแนวทางในการดำเนินงานใหม่

จากการประชุมร่วมกันจึงเห็นว่า การประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวจะใช้เป็นการสอบถามว่า เรื่องอะไรที่ครอบครัวดูแลได้ เรื่องอะไรที่ครอบครัวดูแลไม่ได้ ชุมชนจะร่วมกันหาหรือช่วยเหลือ ส่วนการประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ทางอาสาสมัครจะใช้วิธีการสังเกต และประชุมหาความคิดเห็นร่วมกัน ประเมินโดยภาพรวมว่า ครอบครัวดูแลได้เหมาะสมหรือไม่ ถ้าดูแลไม่เหมาะสม ชุมชนจะร่วมกันดูแลในประเด็นใด หรือจะส่งต่อให้หน่วยงานอื่นๆ อย่างไร

รูปกิจกรรม

กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ระยะที่ 2



กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ระยะที่ 2 (ต่อ)



กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน (ต่อ)



กิจกรรมที่ 11: ประเมินผลการดำเนินงานเพื่อถอดบทเรียนการทำงานและกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนในอนาคต

วันที่ดำเนินการ วันที่ 6 กรกฎาคม 2558

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

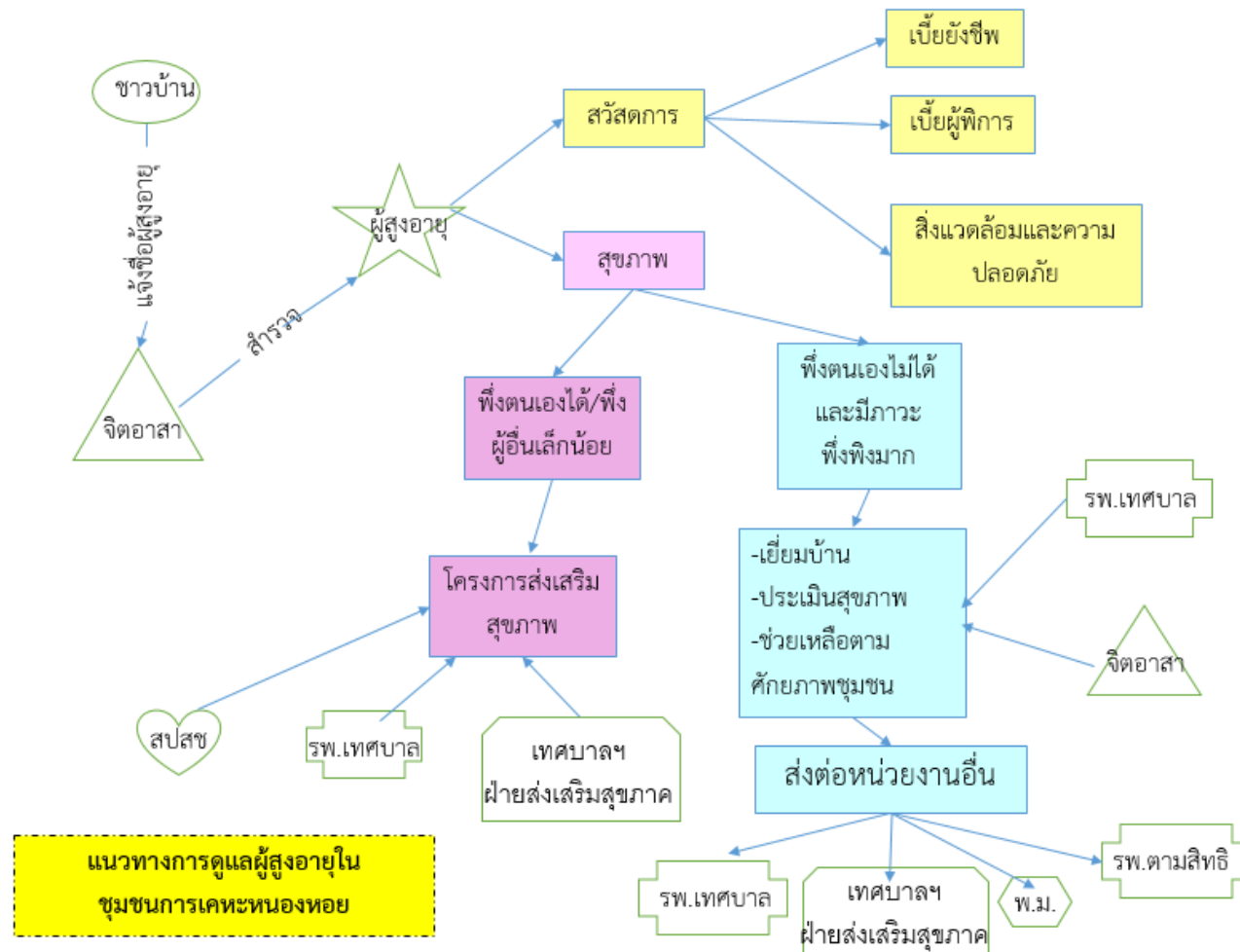
ทีมวิจัยชุมชน 14 คน

เป้าหมาย

1. ได้ผลสรุปข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก
2. ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในอาสาสมัครในชุมชน
 - แนวปฏิบัติเพื่อให้ชาวบ้านมาแจ้งข่าวหรือความช่วยเหลือกับกลุ่มจิตอาสาในชุมชน
 - รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยกลุ่มจิตอาสาในชุมชน
3. สรุปประเด็นการเปลี่ยนแปลงของชุมชนตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนจบโครงการ
4. สรุปปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน
5. สรุปสิ่งที่ชุมชนยังต้องการที่จะทำต่อในอนาคต
6. เตรียมงานเพื่อคืนข้อมูลให้กับชุมชน

ผลการดำเนินงาน

1. นำเสนอข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก (ในบทที่ 4)
2. ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในอาสาสมัครในชุมชน (ในบทที่ 4)
3. สิ่งที่ยากทำในอนาคตเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อยากทำโครงการการดูแลผู้สูงอายุเรื้อรังโดยชุมชนอย่างต่อเนื่อง อยากจัดให้มีการนิมนต์พระไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านในรายที่ต้องการพูดคุยกับพระหรืออยากฟังพระเทศน์ หรือใส่บาตรพระ
4. จัดทำกำหนดการงานเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน
5. แบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน ได้แก่ ฝ่ายอาหารว่างและอาหารกลางวัน ฝ่ายทะเบียน ฝ่ายเครื่องดื่ม ฝ่ายประเมินสุขภาพวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ฝ่ายทำบอร์ด
6. โมเดลการดูแล/รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและครอบครัว



ปัญหาและอุปสรรค

1. มีผู้สูงอายุบางรายเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ แต่ก็อยากให้มีการเยี่ยมบ้านด้วย

วิธีแก้ไข ชี้แจงให้ทราบว่าในเบื้องต้นเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อน ถ้าการทำงานเป็นรูปร่างที่ชัดเจน อาจจะเริ่มดูแลหรือเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ส่วนผู้สูงอายุที่รู้สึกหว่าเวื่อยากให้มีคนไปเที่ยวหา ทางกลุ่มแวะเยี่ยมทักทายก่อนที่จะไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กิจกรรมเตรียมงานคืนเวทีสู่ชุมชน



กิจกรรมที่ 12: จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน

วันที่ดำเนินการ วันที่ 25 กรกฎาคม 2558

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- ชาวบ้านในชุมชนการเคหะหนองหอย 58 คน
- พยาบาลจากโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ 2 คน
- ทีมวิจัยชุมชน 16 คน

เป้าหมาย

เพื่อเผยแพร่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยอาสาสมัครในชุมชน ชุมชนการเคหะหนองหอยเชียงใหม่ ให้กับคนในชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลภายนอกชุมชน

ผลการดำเนินงาน

1. นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยอาสาสมัครในชุมชน

2. ผู้ร่วมงานได้แสดงความคิดเห็น ชักถาม และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
3. ชาวบ้านในชุมชนยินดีและยอมรับที่มีจิตอาสาและผู้สูงอายุในชุมชน
4. ผู้สูงอายุที่อาศัยในแถบที่เป็นคอนโดมิเนียม เสนอขอให้ไปทำโครงการวิจัยในฝั่งที่อาศัยใน

คอนโดมิเนียม

ปัญหาและอุปสรรค

ไม่มี

กิจกรรมเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน



บทที่ 4

ผลการดำเนินงาน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่” เพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 2) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 3) เพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 4) เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1: เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

1.1. ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของชุมชนการเคหะหนองหอย

ประวัติชุมชน

ชุมชนการเคหะหนองหอย เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ในแขวงกาวิละ อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ แต่เดิมชุมชนการเคหะหนองหอยอยู่ภายใต้การดูแลของการเคหะแห่งชาติ ต่อมาเมื่อชุมชนมีการขยายตัวมากขึ้น การเคหะแห่งชาติจึงได้ส่งมอบชุมชนให้อยู่ในการดูแลของเทศบาลนครเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2529 นับจากนั้นจนถึงปัจจุบัน รวมตัวเป็นชุมชนชื่อว่า “ชุมชนการเคหะหนองหอย”

ลักษณะพื้นที่และที่ตั้ง

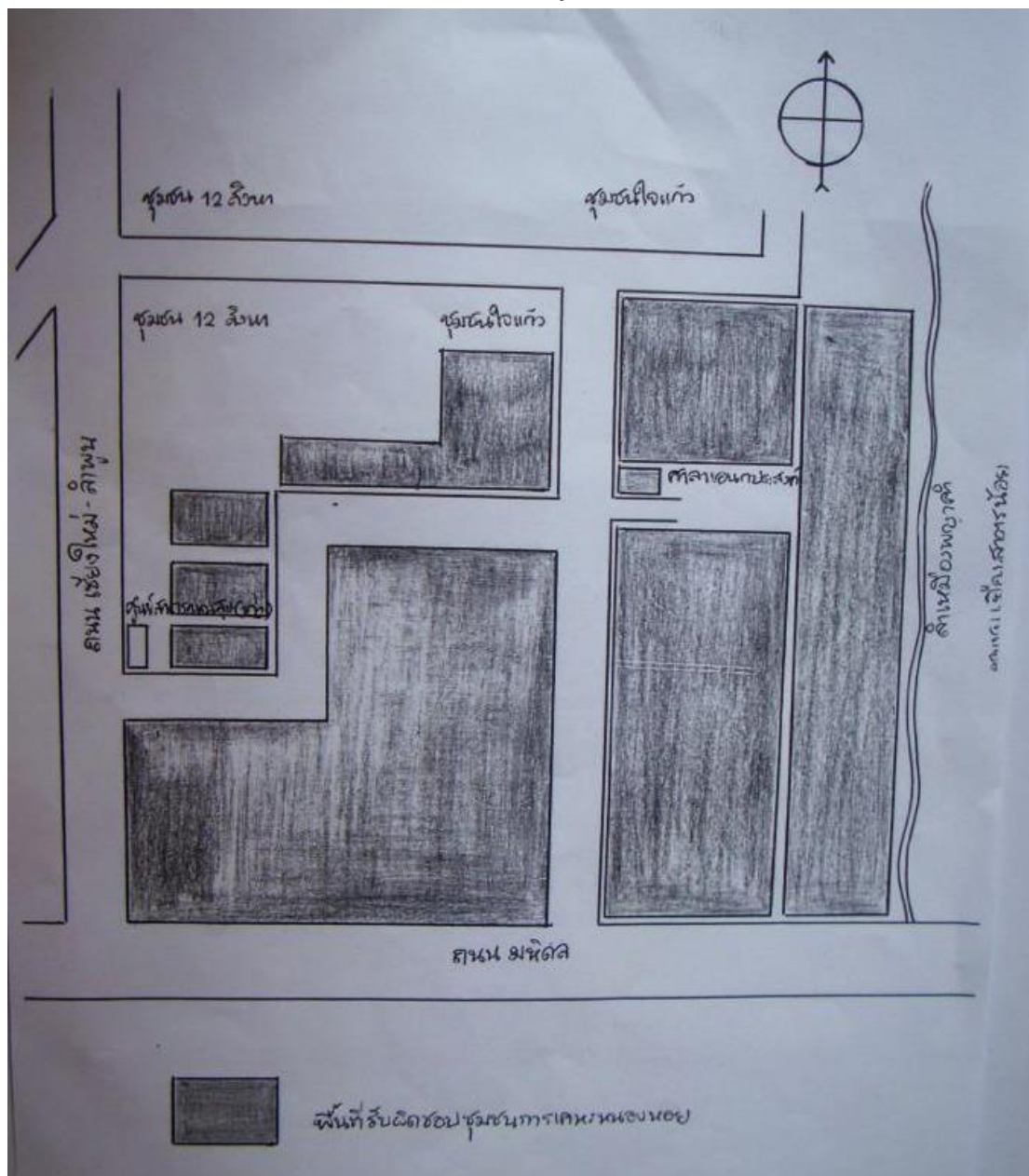
ชุมชนการเคหะหนองหอยเป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่และค่อนข้างแออัด ตั้งอยู่ในแขวงกาวิละ เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ตำบลหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ลักษณะชุมชนเป็นหมู่บ้าน บ้านจัดสรร หอพัก ทาวน์เฮาส์ และตึกแถว ไม่มีพื้นที่ในการทำเกษตร มีจำนวน 1,112 ครัวเรือน มีประชากรทั้งสิ้น 4,365 คน

ทิศเหนือติดกับชุมชนใจแก้ว และชุมชน 12 สิงหาคม

ทิศใต้ติดกับถนนมหิดล

ทิศตะวันออกติดกับลำเหมืองพญาคำ

ทิศตะวันตกติดกับถนนเชียงใหม่-ลำพูน



รูปที่ 5 แสดงแผนที่ชุมชนการเคหะหนองหอย

ลักษณะคนในชุมชน

สมาชิกในชุมชนมีทั้งผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มาตั้งแต่ดั้งเดิมและผู้ที่ย้ายถิ่นฐานมาอยู่ใหม่ ประกอบด้วยคนทุกภาคในประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคอีสาน ซึ่งนับถือศาสนาพุทธ คริสต์ และอิสลาม

สถานที่ใกล้เคียงชุมชน

ตลาดสดหนองหอย โรงแรมดิแอตเวนเจอร์ โรงแรมฮอว์ลีย์อิน กองกำกับการตำรวจภูธรภาค 5

อาชีพ

คนในชุมชนมีการประกอบอาชีพส่วนตัว รับจ้าง ค้าขาย รับราชการ ธุรกิจส่วนตัว นักศึกษา และแม่บ้าน

สังคมและเศรษฐกิจ

การติดต่อสัมพันธ์ภายในชุมชนและภายนอกชุมชน

1. หน่วยงานให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

1.1. ด้านสุขภาพ การรับบริการบริการด้านสาธารณสุขจะได้รับบริการจากศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครเชียงใหม่ (ตั้งอยู่ในแขวงเม้งราย) โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเซ็นทรัลแม่ริมเชียงใหม่ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท โดยประชาชนต้องไปเข้ารับบริการเองที่โรงพยาบาลไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครเชียงใหม่ซึ่งตั้งอยู่ในแขวงเม้งรายให้บริการด้านสุขภาพโดยพยาบาล เป็นบริการเชิงรับที่ไม่มีการเยี่ยมบ้าน ยกเว้นกรณีที่มีการส่งต่อความดูแลจะเข้าไปเยี่ยมเป็นรายๆไป ไม่ได้บริการครอบคลุมทุกครัวเรือน นอกจากนี้ยังมีทีมจากภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ลงพื้นที่ช่วยดูแลสุขภาพชุมชนเป็นครั้งคราว

1.2. ด้านสังคมสงเคราะห์ ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ยากไร้ได้รับการช่วยเหลือจากกองสวัสดิการเทศบาลนครเชียงใหม่ ในการรับเบี้ยยังชีพ เสื่อกันหนาว ผ้าห่ม เป็นต้น ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ขอความช่วยเหลือจากงานป้องกันและควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครเชียงใหม่

1.3. ด้านความสะอาดและสิ่งแวดล้อม ชุมชนจะประสานงานขอความช่วยเหลือจากงานรักษาความสะอาด งานโยธาแขวงกาวิละ เทศบาลนครเชียงใหม่

1.4. ด้านการป้องกันยาเสพติด ประสานงานกับงานป้องกันยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครเชียงใหม่

2. องค์กรต่างๆภายในชุมชน ประกอบด้วย คณะกรรมการชุมชน กลุ่มพัฒนาสตรี ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กองทุนแม่ของแผ่นดิน และกลุ่มเยาวชน ทูปี นัมเบอร์วัน

ภูมิปัญญาท้องถิ่น

จัดตั้งกลุ่มทำผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เช่น ยาหม่อง พิมเสน ยาน้ำ พิมเสน เพื่อเป็นของชำร่วยในงานพิธีต่างๆ และมีการประกวดเพื่อสุขภาพ

ข้อมูลทางเศรษฐกิจ

ประชาชนในชุมชนมีรายได้ปานกลาง

ผลิตภัณฑ์ในชุมชน ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เช่น ยาหม่อง พิมเสน ยาน้ำ พิมเสน เพื่อเป็นของชำร่วยในงานพิธีต่างๆ และร้านค้าชุมชนโดยใช้เงินจากกองทุน SML

ร้านค้าในชุมชนมี 14 ร้าน และร้านอาหาร 16 ร้าน

กิจกรรมชุมชน

-การออกกำลังกาย โดยการเต้นแอโรบิกในชุมชน เวลา 18.00-19.00 น. มีลานกิจกรรมข้างศาลาอเนกประสงค์ที่ใช้กิจกรรมต่างๆในชุมชน

-การสำรวจสิ่งจำเป็นพื้นฐาน

-การสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยอาสาสมัครชุมชน

-การตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นโดยอาสาสมัครชุมชน เมื่อพบความผิดปกติจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ เช่น การตรวจวัดความดัน การหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด

ประเพณีของชุมชน

-วันขึ้นปีใหม่ จัดขึ้นในวันที่ 1 มกราคม

-งานวันเด็ก จัดขึ้นให้กับเด็กในชุมชนทุกวันเสาร์ที่ 2 ของเดือนมกราคม

-งานประเพณีสงกรานต์ จัดขึ้นระหว่างวันที่ 13-15 เมษายน มีการทำบุญตักบาตรข้าวสารอาหารแห้ง สรงน้ำพระ รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในชุมชน

-ทุกวันที่ 12 สิงหาคม, 5 ธันวาคม, และ 31 ธันวาคม การทำบุญตักบาตรข้าวสารอาหารแห้ง ที่ลานอเนกประสงค์ชุมชนการเคหะหนองหอย

-ทุกวันเข้าพรรษามีการจัดอบรมฟังเทศน์ให้กับเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และประชาชนทั่วไป

-งานประเพณียี่เป็ง (ลอยกระทง) จัดโครงการทำกระทงใบตองให้กับเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และประชาชนทั่วไป

ระบบการสื่อสารของชุมชน

ในชุมชนมีการแจ้งข้อมูลข่าวสารทางเสียงตามสาย ซึ่งจุดส่งสัญญาณอยู่ที่ศาลาอเนกประสงค์ชุมชนการเคหะหนองหอย แต่บางครั้งถ้าสมาชิกในชุมชนไม่อยู่บ้าน ไม่ได้ยินเสียงตามสาย ตัวแทนชุมชนจะเข้าหาสมาชิกถึงบ้าน นอกจากนี้มีจัดบอร์ดแจ้งข้อมูลข่าวสารต่างๆและให้ความรู้ ซึ่งบอร์ดตั้งอยู่ที่ศาลาอเนกประสงค์ชุมชนการเคหะหนองหอย

ข้อจำกัดในด้านต่างๆของชุมชน

1. สาธารณสุขในชุมชน ในชุมชนไม่มีการให้บริการสาธารณสุขในชุมชน และไม่มีการให้บริการในระดับปฐมภูมิ

2. ทรัพยากรธรรมชาติ ในชุมชนไม่มีทรัพยากรธรรมชาติ

จากบริบทของชุมชนการเคหะหนองหอยสะท้อนให้เห็นว่าชุมชนมีความต้องการองค์ความรู้และรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีหลายครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เอง และในชุมชนไม่มีการให้บริการสาธารณสุขและบริการในระดับปฐมภูมิ จึงมีความต้องการความช่วยเหลือในการพัฒนาศักยภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในบ้านและในชุมชนได้

1.2. ลักษณะแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุแต่เดิมครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลเองเป็นหลัก เมื่อเจ็บป่วยครอบครัวจะพาไปโรงพยาบาล หลังออกจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ซึ่งครอบครัวดูแลผู้สูงอายุเองไม่มีคนช่วยเหลือ ไม่มีการเยี่ยมบ้าน หรือบางครั้งมีการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่พยาบาลนานๆ ครั้ง ภายในชุมชนเองไม่มีสถานเฝ้าระวัง ไม่มีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ต้องดูแลกันเองแบบตามมีตามเกิด ผู้สูงอายุบางรายอยู่เพียงลำพัง ไม่มีญาติจะดูแลตนเองเท่าที่จะทำได้ หรือบางครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนเกิดอาการเจ็บป่วยกำเริบและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ จึงมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งคนในชุมชนเป็นกลุ่มคนที่สามารถให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุได้

การจะพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุต้องอาศัยกลุ่มคนหรือกลุ่มแกนนำอาสาสมัครในการดูแล เนื่องจากการดำเนินงานครั้งแรกในชุมชน ชุมชนจึงเสนอให้ทีมวิจัยชุมชนเป็นกลุ่มแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งกลุ่มแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีทั้งหมด 16 คน เป็นหญิง 15 คน ชาย 1 คน มีอายุระหว่าง 36-63 ปี อายุเฉลี่ย 53.5 ปี ระดับการศึกษาตั้งแต่ ประถมศึกษา ถึง ปริญญาตรี ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.75 ประกอบอาชีพ ได้แก่ ค้าขาย รับจ้าง แม่บ้าน และช่างเสริมสวย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 50

1.3. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ในการสำรวจผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ครั้งที่ 1 ทีมวิจัยได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ดี/พึ่งพาผู้อื่นน้อย กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ปานกลาง/พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้น้อย/พึ่งพาผู้อื่นมาก ซึ่งพบว่า

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอยมีจำนวน 283 คน เป็นชาย 107 คน และหญิง 176 คน ซึ่งมีรายละเอียดข้อมูลต่างๆดังนี้

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่ม 1 พึ่งตนเองได้	194	68.6
กลุ่ม 2 พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง	70	24.7
กลุ่ม 3 พึ่งพาผู้อื่นมาก	19	6.7
รวม	283	100

จากตาราง 1 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชุมชนการเคหะหนองหอยเชียงใหม่ มีจำนวน 283 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ได้พึ่งพาผู้อื่น จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 68.6 กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมบางอย่าง รวมทั้งผู้สูงอายุที่ขบอยู่แต่ในบ้านไม่ค่อยออกนอกบ้านไปไหน จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7

ตาราง 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
อายุเฉลี่ย 71.91 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 94 ปี		
อายุ 60-69 ปี	161	56.9
อายุ 70-79 ปี	78	27.6
อายุ 80-89 ปี	42	14.8
อายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป	2	0.7

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	107	37.8
หญิง	176	62.2
ศาสนา		
พุทธ	264	93.3
คริสต์	13	4.6
อิสลาม	3	1.1
อื่นๆ	2	0.8
ระดับการศึกษา		
อ่านหนังสือไม่ได้	19	6.8
อ่านออก เขียนไม่ได้	13	4.6
อ่านออก เขียนได้	35	12.4
ประถมศึกษา	91	32.2
มัธยมศึกษา	49	17.3
ปวช/ปวส	20	7.1
ปริญญาตรี	41	14.5
สูงกว่าปริญญาตรี	14	4.9
สภาพสมรส		
โสด	14	4.9
หม้าย	91	32.2
คู่	159	56.2
หย่า/แยก	18	6.4
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อาศัยอยู่คนเดียว	27	9.6
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง	39	13.8
อาศัยอยู่กับบุตร	91	32.2
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร	114	40.3
อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น	12	4.2
ผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	63	22.3
มีผู้ดูแล	220	77.7
บุคคลในครอบครัว	212	74.9

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคคลอื่น	69	24.4
รายได้ รายได้เฉลี่ย 6921.7 บาท < 2348 บาท ≥ 2348 บาท (ที่มา: เส้นความยากจน ข้อมูลจากการสำรวจ ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน แยก ตามจังหวัด) รายจ่าย รายจ่ายเฉลี่ย 5909.1 บาท	105 178	37.1 62.9
แหล่งรายได้ เบี้ยยังชีพ เบี้ยพิการ จากการทำงานในปัจจุบัน บำเหน็จ/บำนาญ ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร ค่าเช่าที่ดิน/บ้าน จากบุตร/สมาชิกในครอบครัว อื่นๆ	79 5 39 53 4 8 83 3	27.9 1.8 13.8 18.7 1.4 2.8 29.3 1.1

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเคหะหนองหอยจำนวน 283 คน มีอายุเฉลี่ย 71.91 ปี อายุต่ำสุด 60 ปีและอายุสูงสุด 94 ปี มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี จำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 56.9 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 อยู่ระหว่าง 80-89 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 และอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7

ผู้สูงอายุเป็นชาย 107 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8 หญิง 176 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาเป็นศาสนาคริสต์ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับประถมศึกษา จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 32.2 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่สมรส จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 56.2

หม้าย 91 คน คิดเป็นร้อยละ 32.2 หย่าร้าง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 และโสด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 4.9

ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 46.3 อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 13.8 และอาศัยอยู่คนเดียว 27 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6

ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีจำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 77.7 ผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัว 212 คน คิดเป็นร้อยละ 74.9 ผู้ดูแลเป็นบุคคลอื่น 69 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 และผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลมีจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 22.3

รายได้ของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนประมาณ 6921.7 บาท เมื่อใช้เส้นแบ่งความยากจนสำหรับบุคคลในจังหวัดเชียงใหม่ที่ 2348 บาท พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 2348 บาท ซึ่งถือว่ามีความยากจน มีจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 2348 บาท ซึ่งถือว่าพ้นขีดความยากจน มีจำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมาจากบุตรหรือสมาชิกในครอบครัว จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 รองลงมามีรายได้จากเบี้ยยังชีพ 79 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 สำหรับรายจ่ายเฉลี่ยของผู้สูงอายุต่อคนต่อเดือนเป็น 5909.1 บาท

ตาราง 3 แสดงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพของรัฐ (บัตรทอง)	136	48.1
ประกันสังคม	23	8.1
ประกันชีวิต	3	1.1
ข้าราชการบำนาญ	71	25.1
เบิกต้นสังกัดอื่น	13	4.6
จ่ายเอง	14	4.9
อื่นๆ	20	7.1
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	151	53.4
ไขมันในเลือดสูง	85	30
ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม	67	23.7
เบาหวาน	50	17.7
กระดูกพรุน	44	15.5

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่อกระจก/ต้อหิน	37	13.1
ไม่มีโรคประจำตัว	34	12
เก๊าท์	26	9.2
โรคหัวใจ	21	7.4
อื่นๆ	21	7.4
หูตึง หูหนวก	20	7.1
โรคอ้วน	16	5.7
สมองเสื่อม	14	4.9
โรคหลอดเลือดสมอง	10	3.5
ต่อมลูกหมากโต	9	3.2
มะเร็ง	7	2.5
อัมพฤกษ์/อัมพาต	6	2.1
โรคไตวาย	5	1.8
โรคปอด	3	1.1
ดัชนีมวลกาย		
ผอม (BMI < 18)	26	9.2
ปกติ (BMI 18-24)	48	18.82
น้ำหนักตัวเกิน (BMI 25-30)	184	72.16
อ้วน (BMI > 30)	23	9.02
การมองเห็น		
การมองเห็นปกติ	40	17
สายตาสั้น	36	12.7
สายตายาว	124	43.8
สายตามัว/ตาพร่า	72	25.4
การได้ยิน		
ได้ยินชัดทั้งสองข้าง	243	85.8
ได้ยินแค่ข้างเดียว	25	8.8
การรับรู้รส		
ปกติ	261	92.2
ไม่ค่อยรู้รส	12	4.2
การเคี้ยวอาหาร		
ปกติ	191	67.5

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคี้ยวไม่ค่อยได้	82	29.0
การใช้มือทำงานละเอียด เช่น การจับของชิ้นเล็กๆ การเย็บผ้า		
ทำได้ดี	187	66.1
ทำไม่ค่อยได้	56	19.8
ทำไม่ได้	25	8.8
ความสามารถในการกลืนปัสสาวะในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
กลืนได้ปกติ	168	59.4
กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง	90	31.8
กลืนไม่ได้	23	8.1
ใส่สายสวนปัสสาวะ	1	0.4
อาการแสดงของการกลืนปัสสาวะไม่ได้		
เมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะจะปัสสาวะรดทันทีก่อนไม่ทัน	25	8.8
ปัสสาวะเล็ดเวลาไอหรือจาม	48	17
ปวดปัสสาวะบ่อย กลืนไม่ได้	28	9.1
ปัสสาวะไม่พุ่ง (ก่อนถ่ายปัสสาวะต้องรอนานก่อนจะออก หรือต้องเบ่งหลายครั้งกว่าจะเสร็จ)	8	2.8
ปัสสาวะไม่สุด รู้สึกเหลือปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ	5	1.8
ปัสสาวะกะปริดกะปรอย	4	1.4
ปัสสาวะรดแบบผสม (มีหลายอาการอย่างรวมกัน)	11	3.9
การขับถ่ายอุจจาระ		
เป็นเวลาทุกวัน	186	65.7
เป็นปกติวันเว้นวัน	37	13.1
ไม่ปกติ	12	4.2
2-3 วันครั้ง	27	9.5
ท้องผูก	15	5.3
อื่นๆ	5	1.8

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสามารถในการกลืนอาหารในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
กลืนได้ปกติ	201	71.0
กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง	52	18.4
กลืนไม่ได้	18	6.4
ต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ	8	2.8
อื่นๆ	2	0.7
จำนวนฟันในปาก		
< 20 ซี่	100	35.3
≥ 20 ซี่	183	64.7
สุขภาพจิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
หดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง	65	23.0
เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน	88	31.1

จากตาราง 3 แสดงข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุในด้านสิทธิการรักษาพยาบาลและภาวะสุขภาพ โดยสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้สิทธิประกันสุขภาพของรัฐ (บัตรทอง) จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 รองลงมาเป็นสิทธิข้าราชการบำนาญ จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 25.1

ด้านโรคประจำตัว ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่เป็นกันมากอันดับหนึ่งคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 อันดับสองคือ ไขมันในเลือดสูง จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 30 อันดับสามคือ ข้ออักเสบหรือข้อเข่าเสื่อม จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7

ค่าดัชนีมวลกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 72.16 ภาวะปกติ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 ภาวะผอม จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 9.2 และภาวะอ้วน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 9.02

ความสามารถในการมองเห็น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสายตาวาย จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมามีอาการตามัว/ตาพร่า จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4 สายตาสั้น จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 สายตาสอดคล้อง 48 คน คิดเป็นร้อยละ 17

ความสามารถในการได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีหูที่ได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 85.8 ได้ยินเพียงข้างเดียว 25 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8

การรับรส ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรสได้ตามปกติ จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 92.2 ไม่ค่อยรู้รส จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ส่วนการเคี้ยวอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ปกติมีจำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 67.5 มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 29

การใช้มือทำงานละเอียด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถใช้มือทำงานละเอียดได้ดี จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 66.1 ผู้สูงอายุที่ใช้มือทำงานละเอียดไม่ค่อยได้มีจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 และผู้สูงอายุที่ใช้มือทำงานละเอียดไม่ได้มีจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8

ความสามารถในการกลืนปัสสาวะในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถกลืนปัสสาวะได้ตามปกติมีจำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4 กลืนปัสสาวะไม่ได้เป็นบางครั้งมีจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 กลืนปัสสาวะไม่ได้ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 และต้องใส่สายสวนปัสสาวะมีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 ในกรณีที่ผู้สูงอายุกลืนปัสสาวะไม่ได้ อาการที่พบความผิดปกติมากที่สุดคือ มีปัสสาวะเล็ดเวลาไอหรือจาม จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 17.0 รองลงมามีอาการปวดปัสสาวะบ่อยกลืนไม่ได้ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 9.8

การขับถ่ายอุจจาระ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขับถ่ายอุจจาระปกติ ทุกวัน มีจำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 ขับถ่ายอุจจาระปกติ แต่ถ่ายวันเว้นวัน มีจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 13.1 และมีปัญหาท้องผูกจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 สำหรับความสามารถในการกลืนอุจจาระ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลืนอุจจาระได้ปกติมีจำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 71 กลืนอุจจาระไม่ได้เป็นบางครั้งมีจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 18.4 และกลืนอุจจาระไม่ได้มีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4

จำนวนฟันของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวนฟันมากกว่า 20 ซี่ ซึ่งเป็นจำนวนฟันที่ยังคงสามารถช่วยในการบดเคี้ยวอาหารได้ โดยผู้สูงอายุที่มีจำนวนฟันมากกว่า 20 ซี่มีจำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 และผู้สูงอายุที่มีจำนวนฟันน้อยกว่า 20 ซี่ที่อาจมีอุปสรรคต่อการบดเคี้ยวอาหารมีจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3

สุขภาพจิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังมีจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 23.0 และผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินมีจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1

ประเด็นและแนวโน้มปัญหาด้านผู้สูงอายุในอนาคต

จากการประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนหนองหอย พบประเด็นและแนวโน้มปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคตดังนี้

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วไป พบว่า มีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้และผู้สูงอายุที่พึ่งพิงน้อยจำนวน 264 คน และผู้สูงอายุกลุ่มที่ติดเตียงและมีภาวะพึ่งพิงมากจำนวน 19 ราย ดังนั้นเพื่อป้องกันผลกระทบด้านการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือชะลอการดำเนินของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ส่วนกลุ่มที่ 2 ควรได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือในเรื่องความเจ็บป่วยโดยครอบครัว

2. ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวจำนวน 27 คน อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง 39 คน และไม่มีผู้ดูแล 63 คน แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากอยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแล หรืออยู่กับคู่สมรสที่อายุมากเหมือนกัน ทำให้อาจมีปัญหาเรื่องผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันหรือช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจจะต้องได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร อาศัยอยู่กับบุตร และอาศัยอยู่กับบุคคลอื่นควรได้รับการส่งเสริมเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวให้ครอบครัวตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่ดีและมีความสุขที่บ้าน

3. แหล่งรายได้ พบว่า แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมาจากบุตรหรือสมาชิกในครอบครัว รองลงมาเป็นเบี้ยยังชีพ ซึ่งจะแสดงแนวโน้มว่าปัญหาแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุอาจมีมากขึ้น ในรายที่ผู้สูงอายุไม่มีบุตร ไม่มีผู้ดูแล นอกจากนี้ถ้ารัฐบาลไม่มีนโยบายอุดหนุนเบี้ยยังชีพแล้ว ความมั่นคงด้านรายได้ของผู้สูงอายุจะลดลง

4. โรคประจำตัวที่พบมาก 5 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม เบาหวาน และต้อกระจก/ต้อหิน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคไปในทิศทางที่แย่ง ผู้สูงอายุกลุ่มเหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ

5. สิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพของรัฐ (บัตรทอง) ซึ่งถ้าผู้สูงอายุไม่ดูแลตนเอง และอาการเจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่รัฐต้องตั้งงบประมาณอุดหนุนจะเพิ่มมากขึ้นด้วย

6. ปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเกิน มีผู้สูงอายุบางส่วนที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นบางครั้ง กรณีที่ผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไม่ได้ อาการที่พบความผิดปกติมากที่สุดคือ มีปัสสาวะเล็ดเวลาไอหรือจาม ซึ่งจากปัญหาสุขภาพที่พบดังกล่าว สามารถวางแผนการดูแลและการส่งเสริมได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การฝึกการขมิบ หรือ Kegel exercise เพื่อลดอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.4. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก

ทีมวิจัยและกลุ่มแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้สำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก ซึ่งเป็นการสำรวจครั้งที่ 2 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก ซึ่งมีลักษณะข้อมูลดังนี้

1.4.1. ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่ ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมากมีทั้งหมด 24 คน เป็นชาย ชาย 4 คน หญิง 20 คน อายุอยู่ระหว่าง 63-94 ปี เฉลี่ย 81.42 ปี ในระหว่างการวิจัยเสียชีวิตไป 9 คน เหลือผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย 15 คน

ตาราง 4 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก

ลักษณะ	จำนวน (คน)		ร้อยละ
ศาสนา			
พุทธ	23		
คริสต์	1		
ระดับการศึกษา			
อ่านหนังสือไม่ได้	7		
อ่านออก เขียนไม่ได้	2		
อ่านออก เขียนได้	5		
ประถมศึกษา	5		
มัธยมศึกษา	0		
ปวช/ปวส	0		
ปริญญาตรี	4		
สูงกว่าปริญญาตรี	1		
สถานภาพสมรส			
โสด	0		
หม้าย	14		
คู่	9		
หย่า/แยก	0		
ลักษณะการอยู่อาศัย			
อาศัยอยู่คนเดียว	1		

ลักษณะ	จำนวน (คน)		ร้อยละ
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง	2		
อาศัยอยู่กับบุตร	14		
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร	5		
อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น	2		
ผู้ดูแล			
ไม่มีผู้ดูแล	3		
มีผู้ดูแล	21		
บุคคลในครอบครัว	18		
บุคคลอื่น	2		
โรคประจำตัว			
โรคหลอดเลือดสมอง/ความพิการ	16		
โรคเรื้อรัง/ชรา	7		
ภาวะสมองเสื่อม	1		

1.4.2. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

1.4.2.1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

- การอาบน้ำบนเตียง 4 ราย
- การเคลื่อนย้าย (บนเตียง / นอกเตียง/การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน) 24 ราย
- การขับถ่าย (ต้องมีคนช่วยหรือคนอยู่ดูแล) 18 ราย
- การแต่งกาย (ช่วยทั้งหมด/มีการช่วยบางส่วน) 18 ราย

1.4.2.2. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

- การจัดทำ 4 ราย
- การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ 24 ราย
- การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 4 ราย (ยังไม่พบแผลกดทับ)
- การป้องกันและดูแลปัญหาท้องผูก 24 ราย

1.4.2.3. การดูแลอาหาร ได้แก่

- การให้อาหารทางสายยาง 1 ราย
- การป้อนอาหารและน้ำ 4 ราย

1.4.3. ประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

- มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้น้อย 1 ราย

- มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้ปานกลาง 19 ราย
- มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้มาก 4 ราย

1.4.4. ประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

- คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างไม่ดี 1 ราย
- คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่กลางๆ 13 ราย
- คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ดี 7 ราย
- คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุด 3 ราย

ประเด็นและแนวโน้มของปัญหาจากการประเมินสถานการณ์ของผู้สูงอายุกลุ่มพึงพิง

ผู้สูงอายุกลุ่มพึงพิงมากมีทั้งหมด 24 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 63-94 ปี เฉลี่ย 81.42 ปี ในระหว่างการวิจัยเสียชีวิตไป 9 คน เหลือผู้สูงอายุกลุ่มพึงพิงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย 15 คน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง

ผู้สูงอายุกลุ่มพึงพิงมากส่วนใหญ่เป็นหม้าย อาศัยอยู่กับบุตร มีอาศัยอยู่คนเดียวเพียง 1 คน แสดงให้เห็นว่า ในชุมชนแห่งนี้ยังเป็นสังคมที่ครอบครัวเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ดังนั้นควรส่งเสริมบทบาทและศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น

โรคที่เป็นสาเหตุทำให้เป็นผู้ป่วยติดเตียงคือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคนี้ส่วนใหญ่จะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่น จากการสำรวจสภาพผู้สูงอายุพบว่า การดูแลส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการ ได้แก่ การเคลื่อนย้าย (บนเตียง / นอกเตียง/การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน) การพลิกตัว การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ การดูแลเรื่องท้องผูก และการได้รับอาหารใช้วิธีการป้อน

สำหรับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้ปานกลาง และมีคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

จากข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าวได้นำไปใช้ในการวางแผนสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2: เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวีละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ในการกำหนดรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอยจะใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของคนทุกภาคส่วนในชุมชน โดยได้มีการจัดประชุม 2 ครั้ง เพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าต้องการรูปแบบอย่างไร โดยผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและ

ชุมชน ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ชาวบ้านในชุมชน ทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มสตรีชุมชนการเคหะหนองหอย พยาบาลจากโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ และทีมวิจัยชุมชน ซึ่งได้รูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน (ฉบับร่าง) ดังนี้

1. ชุมชนกำหนดให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่พึ่งตนเองได้/พึ่งพาผู้อื่นน้อย และกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้/ผู้สูงอายุติดเตียง/ผู้สูงอายุพิการ/พึ่งพาผู้อื่นมาก

2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้/พึ่งพาผู้อื่นน้อยจะเน้นในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นในเรื่องการออกกำลังกายและอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพ ในช่วงเริ่มต้นชุมชนเลือกที่จะออกกำลังกายโดยใช้ไม้พอง สำหรับอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพจะเน้นอาหารที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และอาหารปลอดภัยปราศจากสารพิษ การดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพจะใช้งบประมาณที่เขียนโครงการขออนุมัติงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ซึ่งในการเขียนโครงการส่งเสริมสุขภาพนั้น ทีมวิจัยได้ช่วยพัฒนาการเขียนโครงการให้กับกลุ่มแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

3. กลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้/ผู้สูงอายุติดเตียง/ผู้สูงอายุพิการ/พึ่งพาผู้อื่นมากจะเน้นการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลตามความต้องการที่ได้จากการสำรวจ การเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพตามปัญหาเฉพาะราย การฟื้นฟูสภาพ การพูดคุยให้กำลังใจ และการแนะนำความรู้ด้านสุขภาพ

4. การแจ้งเรื่องร้องทุกข์จะเป็นการรับเรื่องผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังรายใหม่ หรือผู้สูงอายุที่เคยอยู่ในกลุ่มพึ่งตนเองเปลี่ยนเป็นกลุ่มที่พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หรือผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ให้มาแจ้งที่ศาลาชุมชน จะมีทีมอาสาสมัครอยู่ประจำทุกวันจันทร์ถึงศุกร์เวลา 09.00 – 12.00 น. มีจำนวนวันละ 5 คน (รวมทั้ง อสม ที่มีอยู่ในชุมชน)

5. เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน ให้โทรศัพท์มาที่หัวหน้ากลุ่มแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ประธานชุมชน หรือประธานอสม เพื่อประสานการดูแลให้ความช่วยเหลือ หรือจัดรถไปส่งโรงพยาบาลตามสิทธิของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ไม่สามารถไปเองได้

6. กรณีที่ทีมอาสาสมัครแก้ปัญหาไม่ได้ ส่งไลน์หรือโทรศัพท์หาหัวหน้าโครงการ (อ.ดร.ณัฐธยาน์) เพื่อขอคำปรึกษา (ในอนาคตคาดว่าผู้ที่จะช่วยแก้ไขปัญหให้กับแกนนำอาสาสมัครจะเป็นพยาบาลประจำโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่)

7. กรณีผู้สูงอายุที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จะประสานโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ เพื่อนัดหมายการลงเยี่ยมบ้าน

8. กรณีผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจ จะประสานไปที่นักจิตวิทยาของเทศบาลนครเชียงใหม่ เพื่อนัดหมายการลงเยี่ยมบ้าน

9. กรณีผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสวัสดิการและสิ่งแวดล้อม จะประสานไปที่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลด้านผู้สูงอายุของเทศบาลนครเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัว และชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ก่อนที่จะนำรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนไปดำเนินการ ได้มีการจัดอบรมการพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ซึ่งทีมวิจัยร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเทศบาลตำบลหนองหอย เชียงใหม่ ได้จัดโครงการการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการให้ความรู้และพัฒนาทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนระยะที่ 2 เป็นทบทวนความรู้และทักษะต่างๆ ที่เรียนไประยะที่ 1 และเพิ่มเติมความรู้ด้านทักษะในการดูแลสุขภาพเฉพาะปัญหาซึ่งเนื้อหาที่อบรม ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับ การดูแลผู้สูงอายุที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลผู้สูงอายุที่พ่นยา การฟื้นฟูสภาพทางกายภาพบำบัด และการฟื้นฟูสภาพทางกิจกรรมบำบัด

หลังจากกลุ่มแกนนำอาสาสมัครผ่านการอบรมแล้วได้นำรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชน ไปดำเนินการกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก 19 คนเป็น 24 คน จึงได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านดังนี้

3.1. **การเยี่ยมบ้าน** มีจำนวน 24 ราย แต่ละรายมีการเยี่ยมบ้าน 2-4 ครั้ง โดยเฉลี่ยเยี่ยมบ้านๆ ละประมาณ 2 ครั้ง โดยส่วนใหญ่ต้องการให้มาเยี่ยมเยียน พูดคุย หรือให้คำแนะนำด้านความรู้ต่างๆ อยากให้มีแพทย์หรือพยาบาลมาเยี่ยมบ่อยๆ อยากให้บริการตรวจสุขภาพและเจาะเลือดเนื่องจากบางรายการพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลค่อนข้างลำบาก แต่ถ้าไม่ว่างมีอาสาสมัครมาเยี่ยมก็ดีใจ และดีใจที่ชุมชนมาช่วยดูแล

3.1.1. มีผู้สูงอายุ 1 ราย ที่มีปัญหาในครอบครัว ลูกเลี้ยงไม่ยอมดูแลให้ออกจากบ้าน ผู้สูงอายุมีปัญหาขาทั้งสองข้างอ่อนแรง ได้เข้าไปเยี่ยมพร้อมกับนักกายภาพบำบัดและนักศึกษากายภาพบำบัดจากคณะเทคนิคการแพทย์ ม.ช. สอนให้อาสาสมัครทำกายภาพบำบัด และประเมินกล้ามเนื้อเพื่อจัดหาไม้เท้า ในช่วงที่แก้ปัญหาเรื่องคนดูแลไม่ได้ ทางชุมชนจัดให้อาสาสมัครไปดูแลวัน

ละ 1 คนทุกวัน ระหว่างนี้ประธานชุมชนได้ไปคุยเจรจากับลูกเลี้ยงเพื่อขอให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่ที่บ้านนี้ต่อไปเนื่องจากเป็นบ้านที่ผู้สูงอายุเคยเป็นเจ้าของมาก่อน วันหนึ่งผู้สูงอายุหกล้มมีแผล ในระหว่างที่ลงเยี่ยมบ้านกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า ขาอ่อนแรงมากขึ้นและแผลหายช้ากลัวติดเชื้อ แพทย์จึงนำเข้ารักษาในโรงพยาบาล ในระหว่างที่ผู้สูงอายุเข้ารักษาในโรงพยาบาล เป็นช่วงพักฟื้นทำกายภาพบำบัดเตรียมกลับบ้าน ทางลูกเลี้ยงยืนยันจะไม่ให้ผู้สูงอายุกลับมาบ้านอีก ทางชุมชนจึงประสานไปทางพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อขอส่งตัวไปบ้านพักคนชราที่อำเภอแม่แตง หรือที่บ้านธรรมปกรณ์ ในระหว่างที่เจ้าหน้าที่ประเมินเรื่องเครือญาติ ผู้สูงอายุยืนยันบ้านนั้นเป็นของตนจะกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงทำให้การประสานการดูแลอยู่ในช่วงการเจรจาไกล่เกลี่ยระหว่างชุมชน เจ้าหน้าที่ทางพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ และลูกเลี้ยง แต่ในระหว่างที่เรื่องยังไม่เรียบร้อย ผู้สูงอายุมีอาการทรุดลงและเสียชีวิตในโรงพยาบาล

3.1.2 มีผู้สูงอายุ 2 ราย ที่ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน

3.1.2.1. รายที่ 1 ขาทั้งสองข้างไม่ค่อยมีแรงใช้ไม้เดินสี่ขาช่วย ตอนเยี่ยมบ้านครั้งแรกพบว่า ไม่มีใครอยู่ด้วยในตอนกลางวัน อาศัยอยู่กับลูกชาย 1 คน ซึ่งกลางวันไปทำงาน ลูกจัดหาอาหารทิ้งไว้พร้อมจานใส่อาหารวางบนโต๊ะใกล้ๆเตียง และมีเก้าอี้นั่งถ่ายใกล้ๆตั้งอยู่ใกล้ๆ เตียง ทางอาสาสมัครช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุบริหารขา ฝึกให้ผู้สูงอายุเดินโดยใช้ไม้เท้าสี่ขา กระตุ้นให้ทำทุกวัน โดยมีอาสาสมัครที่บ้านอยู่ใกล้เคียงอาสาไปช่วยดูแลและเยี่ยมเยียน เวลาผ่านไป 2 เดือน ผู้สูงอายุนี้นี้สามารถใช้ไม้เท้าสี่ขาเดินออกมานอกบ้าน มาพบปะพูดคุย

3.1.2.2. รายที่ 2 ขาทั้งสองข้างไม่ค่อยมีแรงใช้ไม้เดินสี่ขาช่วย ขาไม่ค่อยมีกำลัง ตอนเยี่ยมบ้านครั้งแรกพบว่า ไม่มีใครอยู่ด้วยในตอนกลางวัน อาศัยอยู่กับลูกชาย 1 คน ซึ่งกลางวันไปทำงาน ผู้สูงอายุต้องจัดยารับประทานเอง และดูแลกิจวัตรประจำวันเองเท่าที่ทำได้

ทางอาสาสมัครช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุบริหารขา ฝึกให้ผู้สูงอายุเดินโดยใช้ไม้เท้าสี่ขา กระตุ้นให้ทำทุกวัน โดยมีอาสาสมัครที่บ้านอยู่ใกล้เคียงอาสาไปช่วยดูแลและเยี่ยมเยียน (ชุมชนนี้บ้านเป็นห้องแถวชั้นเดียวติดกัน ไม่เกิดความยุ่งยากในการที่ต้องไปดูแล) คอยดูแลและวังไม่ให้เกิดการล้ม แนะนำญาติจัดสิ่งแวดลอมภายในบ้านเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม และคอยไปดูว่า เกิดอะไรขึ้นกับผู้สูงอายุหรือไม่

3.2. การประสานการดูแล

มีผู้สูงอายุ 1 รายที่ประสานการดูแลไปที่โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ และประสานไปทางพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อส่งตัวไปบ้านพักคนชราที่อำเภอแม่แตง หรือที่บ้านธรรมปกรณ์

3.3. การเขียนโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกันเขียนโครงการเพื่อขอพิจารณาทุนจาก สปสช. เชียงใหม่ ในเรื่องการออกกำลังกายโดยใช้ไม้พอง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4: เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ภายหลังจากการที่ได้นำรูปแบบไปดำเนินการประมาณ 3 เดือน และนำผลที่ได้มาประเมินร่วมกันระหว่างกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ชาวบ้านในชุมชนการเคหะหนองหอย ทีมวิจัยชุมชน ทีมแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ ซึ่งสรุปรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนได้ดังนี้

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในอาสาสมัครในชุมชน

แนวทางในการดำเนินงาน

กรณีมีผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

1. ติดต่อที่ศาลาชุมชนตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น.
2. โทรศัพท์ติดต่อประธานชุมชน ประธานอสม หรือประธานผู้สูงอายุ

เมื่อพบผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

สอบถามปัญหาที่ต้องการการช่วยเหลือ ซึ่งที่ผ่านมาทางกลุ่มได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุใน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านสวัสดิการ (เบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้พิการ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย) และด้านสุขภาพ

ด้านสวัสดิการ ได้แก่ เบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้พิการ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

1. ให้คำแนะนำในการดำเนินการ
2. กรณีเรื่องเบี้ยยังชีพ และเบี้ยผู้พิการ ถ้าผู้สูงอายุและครอบครัวไม่สามารถดำเนินการเองได้ ให้เขียนคำร้องและยื่นเอกสารทั้งหมดที่ศาลาชุมชน ประธานชุมชนจะไปดำเนินการที่ศาลากลางจังหวัด

3. กรณีเรื่องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย กลุ่มอาสาสมัครจะดำเนินการสำรวจปัญหา ร่วมกันปรึกษาหารือแก้ไขปัญห และแก้ไขปัญหตามศักยภาพชุมชน ในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ จะส่งเรื่องไปยังเทศบาลนครเชียงใหม่

ด้านสุขภาพ

1. กรณีผู้สูงอายุที่เคยสำรวจสุขภาพแล้ว

- ไปพบผู้สูงอายุ สอบถามปัญหา และดำเนินการแก้ไขตามปัญหา กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ ส่งต่อผู้ป่วยไปตามสิทธิการรักษา

2. กรณีผู้สูงอายุรายใหม่

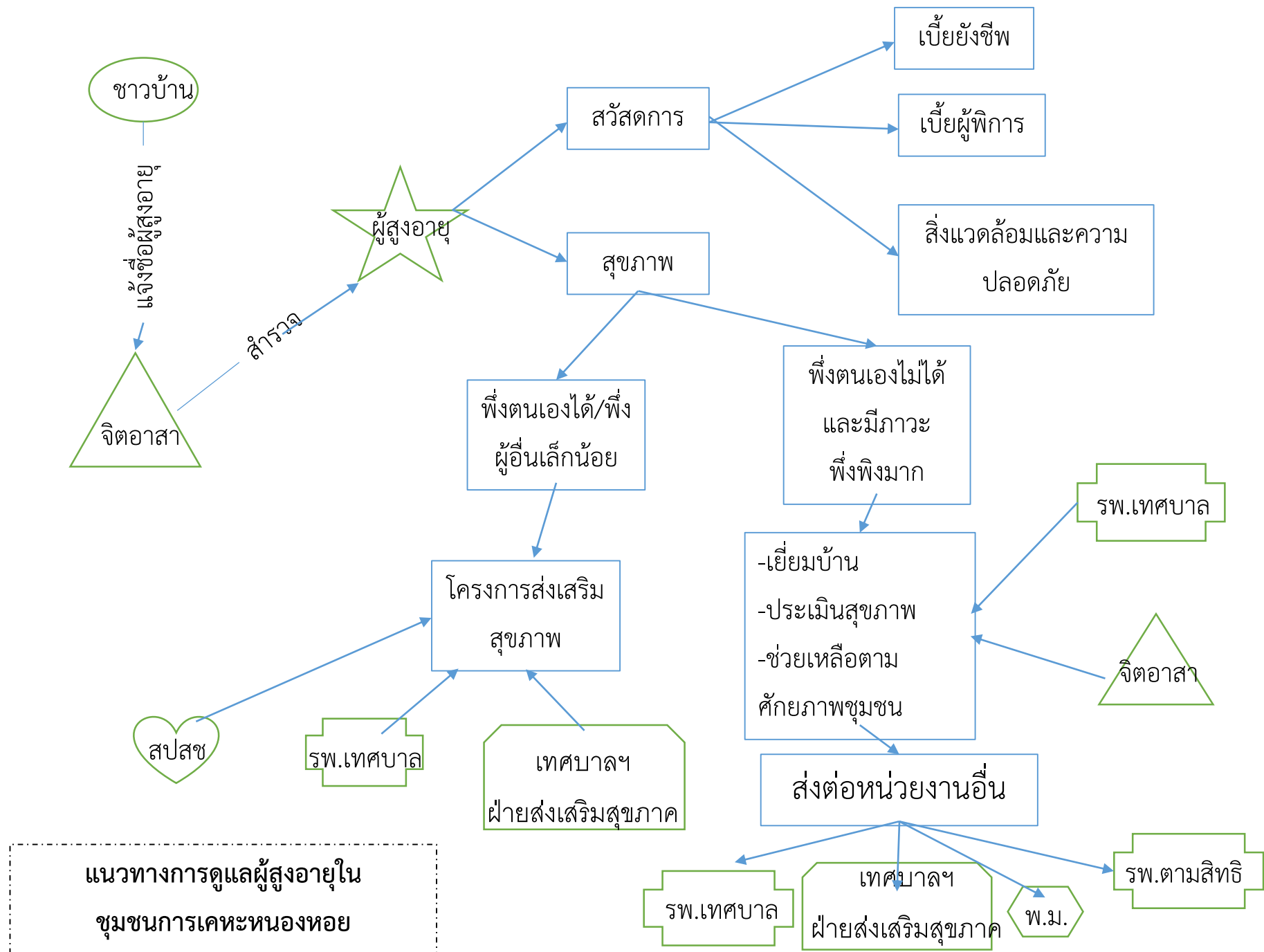
- ประเมินสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุเพื่อแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ และกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้

2.1. กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ จะจัดให้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพตามแผนงานที่เทศบาลนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้กำหนดไว้

2.2. กลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ดำเนินการดังนี้

- เยี่ยมบ้าน
- ประเมินสภาพปัญหาที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ
- ดำเนินการช่วยเหลือตามศักยภาพของชุมชน
- กรณีที่ชุมชนดำเนินการเองไม่ได้ ส่งต่อความช่วยเหลือไปที่หน่วยงานได้แก่ โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ เทศบาลนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาของผู้สูงอายุ และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่

ซึ่งแนวทางในการดำเนินงานตามแผนภูมิดังนี้



ผลการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโดยอาสาสมัครผู้ดูแลและครอบครัว

จุดเด่น

1. เป็นรูปแบบการดูแลที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่บ้าน ได้อยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว ไม่ต้องไปอยู่ที่โรงพยาบาล
2. เป็นรูปแบบการดูแลที่สร้างความผูกพันให้กับคนในครอบครัวและชุมชน ที่มีการช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
3. เป็นรูปแบบที่บริหารจัดการโดยอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชนเป็นหลัก
4. ผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขปัญหาย่างรวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก เหมือนไปโรงพยาบาล
5. สร้างการทำงานที่เป็นระบบ แม้เปลี่ยนคนเข้ามาเป็นอาสาสมัครก็สามารถดำเนินการได้
6. ช่วยแก้ไขปัญหที่ชุมชนแห่งนี้ไม่มีระบบบริการแบบปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งไม่มีเจ้าหน้าที่รัฐเข้าไปดูแล การมีอาสาสมัครผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลระยะยาวที่บ้าน

ปัญหาและอุปสรรค

1. การดำเนินการโดยอาสาสมัคร ไม่มีค่าตอบแทน อาจไม่มีแรงจูงใจ เมื่อเกิดความเหนื่อยล้า อาจหยุดการดำเนินการไป
2. ชุมชนแห่งนี้ไม่มีระบบบริการแบบปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน อาจไม่มีความต่อเนื่องในการดูแล ไม่มีที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาที่ซับซ้อน
3. การจัดระบบอาสาสมัครในการเข้าไปให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันกระทำโดยประธานชุมชน ซึ่งถ้าการเมืองท้องถิ่นมีการเปลี่ยนแปลง อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานได้

โอกาสพัฒนา

1. อยากมีหน่วยงานรัฐมาร่วมดำเนินการ เพื่อให้โครงการมีความต่อเนื่อง สร้างความมั่นใจให้กับอาสาสมัคร เนื่องจากเป็นผู้เชี่ยวชาญมากกว่า
2. การร่วมดำเนินการกับเจ้าหน้าที่รัฐ จะช่วยกระตุ้นให้เกิดดำเนินงานเกิดความต่อเนื่อง

บทที่ 5

สรุป และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและอาสาสมัคร ในชุมชน การเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้ดำเนินการ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2557 ถึง เดือนกรกฎาคม 2558

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีความเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง จำนวน 288 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้/มีภาวะพึ่งพิงน้อย จำนวน 264 คน กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จำนวน 24 คน สำหรับแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีทั้งหมด 16 คน

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการชุมชน ประกอบด้วย การเลือกพื้นที่ศึกษาและประชากรเป้าหมาย การเตรียมความพร้อมกลุ่มแกนนำจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ระยะที่ 2 กระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย ขั้นตอน 1. การวิเคราะห์ สังเคราะห์ สำนวนสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการ ขั้นตอน 2 ออกแบบ และสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (ฉบับร่าง) ขั้นตอน 3 ทดลองใช้ ขั้นตอน 4 การประเมินและปรับปรุง ขั้นตอน 5 การเผยแพร่

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครในชุมชน ประกอบด้วยเรื่อง สุขภาพ และสวัสดิการสังคม (เบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้พิการ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย) โดยแบ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่ม 1 พึ่งตนเองได้/พึ่งผู้อื่นเล็กน้อย และกลุ่ม 2 พึ่งตนเองไม่ได้ และมีภาวะพึ่งพิงมาก ซึ่งกลุ่ม 1 ได้รับการประเมินสุขภาพและร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาสาสมัครได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เขียนโครงการเสนอขอรับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากแหล่งทุนต่างๆ สำหรับกลุ่ม 2 มีการเยี่ยมบ้านและประเมินสุขภาพ และช่วยเหลือตามศักยภาพของชุมชนโดยอาสาสมัครและทีมจากโรงพยาบาลเทศบาล กรณีมีปัญหา ส่งต่อที่โรงพยาบาลเทศบาล ฝ่ายงานผู้สูงอายุเทศบาลเมือง หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่

ประเด็นและแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิ ละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือมีภาวะพึ่งพิงน้อย ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือชะลอการดำเนินของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ และผู้สูงอายุกลุ่มที่ติดเตียงและมีภาวะพึ่งพิงมาก ควรได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือในเรื่องความเจ็บป่วยโดยครอบครัว

ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะต้องอยู่คนเดียวมากขึ้น หรืออยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน และไม่มีผู้ดูแล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านสังคมในอนาคตที่ชุมชนหรือรัฐต้องเข้ามาดูแลมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

แหล่งรายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แหล่งรายได้มากจากบุตรและเบี้ยยังชีพ ซึ่งถ้าไม่มีบุตร หรือเบี้ยยังชีพแล้วผู้สูงอายุไม่มีรายได้ รัฐจะมีนโยบายอย่างไรในการส่งเสริมรายได้ คนส่วนใหญ่เริ่มมีจำนวนบุตรน้อยลง บางครอบครัวแต่งงานไม่มีบุตร บางครอบครัวมีบุตรเพียงคนเดียว องค์การบริหารส่วนตำบลอาจต้องมียุทธศาสตร์หลักในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันในชีวิตที่มั่นคง และประสานการจัดสวัสดิการตามปัญหาความเดือดร้อนกรณีต่างๆ

โรคประจำตัวที่พบมาก 5 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม เบาหวาน และต่อกระเจก/ต่อหีน เป็นกลุ่มโรคที่ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้ดำเนินไปในทิศทางที่แย่ลง

ประเด็นและแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากเป็นการดูแลระยะยาวที่ต้องอาศัยคนในครอบครัวให้การดูแล ซึ่งพบว่า ชุมชนแห่งนี้ยังเป็นสังคมที่ครอบครัวเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมบทบาทและศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น

ความต้องการการดูแลการดูแลส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการ ได้แก่ การเคลื่อนย้าย (บนเตียง / นอกเตียง/การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน) การพลิกตัว การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ การดูแลเรื่องท้องผูก และการได้รับอาหารใช้วิธีการป้อน จึงควรส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุ

สังคมไทยยังยึดถือค่านิยมเรื่อง “กตัญญูตเวที” ถือว่าการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวันเป็นบทบาทหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัวเป็นหลัก ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ใน

ระดับปานกลาง และมีคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ถ้าครอบครัวได้รับการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลมากขึ้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีขึ้น

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโดยอาสาสมัครผู้ดูแลและครอบครัว

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยอาสาสมัครผู้ดูแลและครอบครัว เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว เนื่องจากโรงพยาบาลในปัจจุบันเน้นการดูแลแบบเฉียบพลันเป็นหลัก ระบบบริการปฐมภูมิก็มีข้อจำกัดด้านบุคลากร แม้ว่าโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชนเพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ก็พบว่า ยังขาดกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูและการติดตามประเมิน สำหรับการระบบการดูแลในสถาบันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีเพียงในภาคเอกชน และผู้ใช้บริการที่มีความสามารถในการจ่ายเป็นหลัก

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยอาสาสมัครผู้ดูแลและครอบครัว เป็นรูปแบบการจัดการในชุมชนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผู้สูงอายุได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นจากครอบครัวและชุมชน สามารถใช้ชีวิตอิสระในชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการจัดระบบบริการในชุมชน

1. การออกปฏิบัติงานในชุมชนในครั้งแรก ควรประกอบด้วยทีมจากโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอย (เทศบาลนครเชียงใหม่มีนโยบายจะเปิดดำเนินการในเร็วๆ นี้) นักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกันได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านสุขภาพและสังคม

2. ควรมีพยาบาลประจำศูนย์ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอยเพื่อทำหน้าที่จัดการระบบอาสาสมัครในการเข้าไปให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะรายที่ขาดคนดูแลในครอบครัวแทนประธานชุมชนซึ่งอาจหมดวาระไปกับการเมืองท้องถิ่น และฝึกสอนญาติในการดูแลภาวะเจ็บป่วยและการทำกิจวัตรประจำวัน

3. ในการออกให้บริการด้านสุขภาพ ควรมีนักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด โดยเน้นการฝึกสอนญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการสนับสนุนการดูแลด้านสังคม สนับสนุนการปรับ

สภาพแวดล้อมในบ้านให้เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในรายที่ไม่สามารถจัดการเองได้

5. ควรต้องมีนักสังคมสงเคราะห์ทำบทบาทหน้าที่เป็นผู้จัดการบริการด้านสังคม ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการได้รับการสนับสนุนเฉพาะราย

6. อาจมีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากนักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัดอย่างทั่วถึง

การวิเคราะห์ผลที่ได้จากการดำเนินงานทำกิจกรรมในภาพรวม

1. การตอบวัตถุประสงค์การทำงาน

การดำเนินงานของทีมวิจัยเริ่มจากการสอบถามความต้องการของชุมชนว่าต้องการสนใจแก้ไขปัญหาเรื่องใดในชุมชน สมาชิกในชุมชนเห็นร่วมกันว่าต้องการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และครอบครัวไม่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย จึงต้องการให้มีคนช่วยเหลือดูแลและให้คำแนะนำในการดูแล ทั้งนี้เนื่องมาจากว่า เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หรือโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด ซึ่งโรงพยาบาลเหล่านั้นจะจำหน่ายผู้ป่วยค่อนข้างเร็ว ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเองที่บ้าน ซึ่งชุมชนแห่งนี้ไม่มีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาลประจำตำบล หรือหน่วยงานของรัฐที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต่อที่บ้าน แม้ว่าชุมชนแห่งนี้จะอยู่ภายใต้การดูแลของศูนย์สุขภาพชุมชนแขวงเม้งราย แต่เจ้าหน้าที่ของศูนย์มีจำนวนไม่เพียงพอ ไม่สามารถดูแลคนทุกชุมชนได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อน ทำให้ภาระการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจึงเป็นหน้าที่ของครอบครัว จึงเป็นภาระที่ครอบครัวต้องการการช่วยเหลือมาก

จากสถานการณ์ดังกล่าวทีมวิจัยจึงได้สำรวจข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุตามเอกสารที่มีการบันทึกไว้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแขวงเม้งราย พบว่า เป็นข้อมูลที่ได้จากการสุ่มสำรวจ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนและไม่ละเอียดพอที่จะนำมาใช้ประกอบในการสร้างรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนได้ จึงได้ทำการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนใหม่พร้อมทำแผนที่เดินดิน เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนการเคหะหนองหอย แขวงกาวิละ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ได้ข้อมูลดังที่แสดงไว้ในบทที่ 4 และจะได้นำข้อมูลเหล่านั้น

ไปใช้ประกอบการสร้างรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและชุมชนต่อไป

ส่วนการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้ เพราะว่าได้ดำเนินงานตามขั้นตอนวิธีการที่ได้กำหนดไว้ในแผนการปฏิบัติงาน

2. การเรียนรู้

สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการนำการวิจัยเพื่อท้องถิ่นมาใช้ในชุมชนแห่งนี้ พบว่า

1. การวิจัยเพื่อท้องถิ่นเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาในชุมชน ช่วยให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการใช้ข้อมูลมาวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และวางแผนในการพัฒนาชุมชน

2. ทีมวิจัยเรียนรู้การสำรวจหาข้อมูล นำข้อมูลมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ทีมวิจัยชุมชนได้ทราบถึงปัญหาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งที่ผ่านอาจทราบมาแล้วบ้าง แต่ไม่มีข้อมูลตัวเลขที่ชัดเจน และไม่มีการจัดแบ่งเป็นหมวดหมู่ และนำข้อมูลต่างๆเหล่านั้นไปใช้ในการวางแผนพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

3. ทีมวิจัยได้เรียนรู้วิธีการดำเนินงานวิจัย ได้เรียนรู้ในการหาปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุ กำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา และการปรับแผนงานตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

4. ทีมวิจัยได้เรียนรู้การทำงานแบบที่ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างคนในชุมชน ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข และร่วมกันกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา

5. ทีมวิจัยได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามความถนัดและความสามารถ บางคนแม้ไม่มีประสบการณ์มาก่อนจะอาสาที่จะเรียนรู้และศึกษางานที่ทำ เช่น การทำหน้าที่เป็นเลขการประชุม การเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสอบถาม เป็นต้น

6. ความรู้ในด้านสุขภาพที่ได้จากการเรียนรู้เมื่อเข้าโครงการวิจัยสามารถนำไปเผยแพร่หรือแนะนำให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้

7. สร้างความภูมิใจและความเป็นห่วงเป็นใยแก่ญาติผู้ป่วย

3. ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง

ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากการนำการวิจัยเพื่อท้องถิ่นมาใช้ในชุมชนแห่งนี้ พบว่า

1. ชุมชนมีความตื่นตัวในการแก้ไขปัญหาในชุมชน ให้ความร่วมมือและสนใจในกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน เนื่องจากการมีนักวิชาการเข้ามาอยู่ในทีมวิจัยและร่วมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ชุมชนมั่นใจและยินยอมให้อาสาสมัครในชุมชนเข้ามาดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมากขึ้น

2. ชุมชนมีความมั่นใจในศักยภาพของคนในชุมชนที่จะร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา

3. คนในชุมชนรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญ เนื่องจากได้แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนเองรู้ให้คนอื่นฟัง และมีการนำข้อมูลที่น่าเสนอกลับมาใช้ในการพัฒนาชุมชน
4. อาสาสมัครในชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นกว่าที่เคยได้รับการอบรมจากการเป็น ผู้ช่วยสาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ความรู้ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติจริง
5. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ และมีการเยี่ยมบ้านบ่อยมากขึ้นกว่าเดิม
6. การจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีการจัดการตามต้องการของคนในชุมชน
7. ทีมวิจัยชุมชนมั่นใจในตนเองว่าสามารถทำงานวิจัยได้ มีความกระตือรือร้น และอยากที่จะแก้ปัญหาในชุมชน
8. แผนการทำงานมีความชัดเจนมากขึ้น เมื่อได้ลงมือปฏิบัติและมีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
9. พัฒนานักวิจัยชุมชนให้เป็นวิทยากรชุมชน ดำเนินการประชุม ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชน นอกจากนี้ นักวิจัยชุมชนบางคนได้รับการฝึกการเป็นเลขาและการบันทึกการประชุม
10. ทีมวิจัยชุมชนสามารถสำรวจข้อมูลด้วยตนเอง นำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาวิเคราะห์สถานการณ์ และสร้างรูปแบบในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ข้อมูลเป็นฐานคิดในการแก้ไขปัญหาของชุมชน
11. ทีมวิจัยชุมชนสามารถนำประสบการณ์ที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้ไปดำเนินการวิจัยในโครงการอื่นๆได้ เพราะได้เรียนรู้วิธีการดำเนินการวิจัย และเรียนรู้การทำงานร่วมกันที่เป็นระบบมากขึ้น
12. ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง แกนนำจิตอาสา กับชาวบ้าน

4. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ในช่วงแรกของการดำเนินงานยังขาดข้อมูลที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ทำให้ต้องใช้เวลาในการดำเนินงานสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุใหม่ ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างล่าช้า เนื่องจากเป็นงานใหม่ของชุมชนและสมาชิกในทีมหลายท่านติดภาระส่วนตัว นอกจากนี้มีปัญหาเรื่องการเมืองจากการประกาศกฎอัยการศึก ทำให้ทีมวิจัยไม่สะดวกในการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในช่วงเริ่มต้น

ในช่วงดำเนินการแต่ละกิจกรรมมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการบ้าง ดังที่
เขียนไว้ในบทที่ 3

ข้อเสนอแนะจากชุมชน

1. อยากทำโครงการการดูแลผู้สูงอายุเรื้อรังโดยอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง
2. อยากจัดให้มีการนิมนต์พระไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านในรายที่ต้องการพูดคุยกับพระหรือ
อยากฟังพระเทศน์ หรือใส่บาตรพระ
3. ผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้บางราย อยากให้มีโครงการเยี่ยมบ้านด้วย
4. ผู้สูงอายุที่อาศัยในแถบที่เป็นคอนโดมิเนียม เสนอขอให้ไปทำโครงการวิจัยในฟังกที่อาศัย
ในคอนโดมิเนียม

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครชุมชน
ในชุมชนการเคหะหนองหอยเชียงใหม่

ชื่อ-นามสกุล ผู้สูงอายุ.....นามสกุล.....

บ้านเลขที่.....ซอย.....

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน.....ผู้ประเมิน.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

1. อายุ.....ปี

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3. ศาสนา

☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ อ่านหนังสือไม่ได้
☐ อ่านออก เขียนได้
☐ มัธยมศึกษา
☐ ปริญญาตรี

☐ อ่านออก เขียนไม่ได้
☐ ประถมศึกษา
☐ ปวช/ปวส
☐ สูงกว่าปริญญาตรี

5. สถานภาพสมรส

☐ โสด
☐ คู่

☐ หม้าย
☐ หย่า/แยก

6. ลักษณะการอยู่อาศัย

☐ อาศัยอยู่คนเดียว
☐ อาศัยอยู่กับบุตร

☐ อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง
☐ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร

- ☐ อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น
7. ผู้ดูแล ☐ ไม่มี ☐ มี ผู้ดูแลเป็นใคร ระบุ.....
8. รายได้ตนเอง ☐ มี จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
แหล่งรายได้ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ เบี้ยยังชีพ ☐ เบี้ยพิการ ☐ จากการทำงานในปัจจุบัน
☐ บำเหน็จ/บำนาญ ☐ ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร ☐ ค่าเช่าที่ดิน/บ้าน
☐ จากบุตร/สมาชิกในครอบครัว ☐ อื่นๆ ระบุ.....
☐ ไม่มีแหล่งความช่วยเหลือ.
9. การได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับ ☐ ไม่ได้รับ
10. รายจ่ายตนเอง เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
☐ ค่าอาหาร จำนวน.....บาท ☐ ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า.....บาท
☐ ค่ามาปนกิจศพ จำนวน.....บาท ☐ ค่าทำบุญ/บริจาค.....บาท
☐ ค่ายา จำนวน.....บาท ☐ ค่าเดินทาง.....บาท
☐ ค่าเสื้อผ้า จำนวน.....บาท ☐ อื่นๆ.....บาท
11. สิทธิการรักษาพยาบาล (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ บัตรทอง ☐ ประกันสังคม ☐ ประกันชีวิต
☐ ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ ☐ เบิกต้นสังกัด ☐ จ่ายเอง
☐ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

12. โรคประจำตัว ☐ มี (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ ความดันโลหิตสูง ☐ เบาหวาน ☐ ไขมันในเลือดสูง
☐ โรคหัวใจ ☐ โรคปอด ☐ อัมพฤกษ์/อัมพาต

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ มะเร็ง | ☐ เก๊าท์ | ☐ ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม |
| ☐ สมองเสื่อม | ☐ กระดูกพรุน | ☐ โรคหลอดเลือดสมอง |
| ☐ หูตึง หูหนวก | ☐ โรคไตวาย | ☐ ต้อกระจก/ต้อหิน |
| ☐ โรคอ้วน | ☐ ต่อมลูกหมากโต | |
| ☐ อื่นๆ..... | | |
| ☐ ไม่มี | | |

13. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร (BMI =)

14. ความสามารถทางกาย

- | | | | | |
|------------------------------------|---|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| สายตา | ☐ ปกติ | ☐ สายตาสั้น | ☐ สายตายาว | ☐ ตามัว/ตาพร่า |
| การได้ยิน | ☐ ได้ยินชัดทั้งสองข้าง | ☐ ได้ยินแค่ข้างเดียว | | |
| การได้กลิ่น | ☐ ปกติ | ☐ ไม่ค่อยได้กลิ่น | | |
| การรับรส | ☐ ปกติ | ☐ ไม่ค่อยรู้รส | | |
| การเคี้ยวอาหาร | ☐ ปกติ | ☐ เคี้ยวไม่ค่อยได้ | | |
| การใช้มือทำงานละเอียด เช่น เย็บผ้า | ☐ ทำได้ดี | ☐ ทำไม่ค่อยได้ | ☐ ทำไม่ได้ | |

15. การกลั้นปัสสาวะในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ กลั้นได้ปกติ | ☐ กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง |
| ☐ กลั้นไม่ได้ | ☐ ใส่สายสวนปัสสาวะ |

กรณีที่ไม่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ อาการของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของท่านเป็นอย่างไร (ตอบได้หลายข้อ)

- | |
|---|
| ☐ เมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะจะปัสสาวะรดทันทันที กลั้นไม่ทัน |
| ☐ ปัสสาวะเล็ดเวลาไอหรือจาม |
| ☐ กระเพาะปัสสาวะโป่งและมีน้ำปัสสาวะหยดออกมาอย่างต่อเนื่อง |
| ☐ ปวดปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่ได้ |
| ☐ ปัสสาวะไม่พุ่ง (ก่อนถ่ายปัสสาวะต้องรอนานก่อนจะออก หรือต้องเบ่ง |

หลายครั้งกว่าจะเสร็จ)

- | |
|--|
| ☐ มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังการถ่ายปัสสาวะ (ปัสสาวะไม่สุด รู้สึกเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะ) |
|--|

- ☐ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย คือ ถ่าย ๆ หยุด ๆ หลายครั้ง
- ☐ ปัสสาวะรดแบบผสม (มีหลายอาการอย่างรวมกัน)

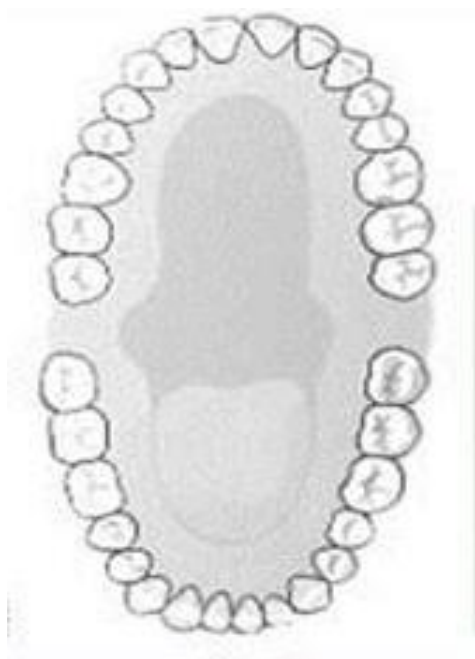
16. การขับถ่ายอุจจาระ

- ☐ เป็นเวลา ทุกวัน ☐ เป็นปกติวันเว้นวัน ☐ ไม่ปกติ
- ☐ 2-3 วันครั้ง ☐ ท้องผูก ☐ อื่นๆ.....

17. การกลั้นอุจจาระในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ กลั้นได้ปกติ ☐ กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง ☐ กลั้นไม่ได้
- ☐ ต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ ☐ ถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง
- ☐ อื่นๆ

ส่วนที่ 3 การตรวจสอบสุขภาพฟัน



ให้ทำเครื่องหมายเหล่านี้ลงบนฟันที่ท่านประเมินได้

○ ฟันผุ จำนวน.....ซี่

- ✓ ฟันโยก จำนวน.....ซี่
- X ไม่มีฟันในปาก จำนวน.....ซี่

ทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับอาการผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐

มีอาการปวดฟัน

☐

มีอาการปวดเสียวฟัน

☐

มีเหงือกอักเสบ

☐

มีหินปูน

ส่วนที่ 4 สุขภาพจิต

ข้อคำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน		

ส่วนที่ 5 การคัดกรองความสามารถในการทำกิจกรรม

รายการกิจกรรม	ทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด	ทำไม่ได้ด้วยตนเองหรือทำได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วย
1. การรับประทานอาหาร (การตัดอาหารเข้าปาก/การดื่มน้ำ)		
2. การแต่งตัว (การสวมใส่เสื้อผ้า)		
3. การทำความสะอาดร่างกาย (การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม)		
4. การใช้ห้องส้วม (การลุกนั่งส้วม และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ)		

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามระดับความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว

ชื่อ.....

อายุ.....ปี เพศ.....

☐ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

☐ อาสาสมัคร

☐ ผู้ดูแล

คำชี้แจง

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่าน โดยมีข้อกำหนด คือ

1 หมายถึง มีความรู้น้อยที่สุด

2 หมายถึง มีความรู้น้อย

3 หมายถึง มีความรู้ปานกลาง

4 หมายถึง มีความรู้มาก

5 หมายถึง มีความรู้มากที่สุด

“ท่านมีความรู้เรื่องสิ่งต่างๆเหล่านี้ในระดับใดในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและสมองเสื่อม”

ข้อความ	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
1. การฝึกการควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนและมือ					
2. การฝึกกิจวัตรประจำวันและการดัดแปลงอุปกรณ์ช่วยต่างๆ					
3. การสื่อความหมายและการสื่อสาร					
4. การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม					
5. การจัดท่านอน					
6. การเคาะปอด					
7. การเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ					
8. การเคลื่อนย้ายตัว					
9. การออกกำลังกาย					

ภาคผนวก ค

ประวัตินักวิจัย

1. อ.ดร.ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ (นักวิจัย หัวหน้าโครงการ)

อายุ 47 ปี เกิดวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2510 สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

ที่อยู่ กลุ่มวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 110 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 โทรศัพท์ (053) 94-9055, มือถือ 0897015715 E-mail k_chunnawong@hotmail.com

การศึกษา ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาชีพ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประสบการณ์การทำงาน

- กรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ แผน ข ภาคพิเศษ
- เลขานุการศูนย์วิจัยและนวัตกรรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- คณะกรรมการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มช.
- อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประสบการณ์การวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

2556: ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทำกิจกรรมทางกาย และการควบคุมภาวะเมตาบอลิกในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

2545 : ผลของการใช้โปรแกรมเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

2544 : การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ร่วมโครงการวิจัย

2556: ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในนักท่องเที่ยวยุคสูงวัยที่เวียงกุมกาม อ.สารภี จ. เชียงใหม่

2550 : ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาด้านการฝึกปฏิบัติทางคลินิกต่อผลสัมฤทธิ์ทางการฝึกปฏิบัติทางอายุรศาสตร์ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มช.

2. ผศ.ดร.ศิริรัตน์ ปานอุทัย (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 53 ปี วันเดือนปีเกิด 17 ธันวาคม 2504 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 053-94-9093 e-mail: sirratpanuthai@hotmail.com

ประวัติการศึกษา

-2540 Ph.D University of Washington สหรัฐอเมริกา

อาชีพ

-อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประสบการณ์การทำงาน

-กรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต หลักสูตรปกติ

- กรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ แผนก วิชาการพิเศษ

- เลขานุการคณะกรรมการบริหารศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

-ประธานศูนย์วิจัยและนวัตกรรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประสบการณ์การทำวิจัย

2557 ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ

2552 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้

โครงการร่วมวิจัย

2557 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทักษะคิดต่อภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

2557 ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคระบบหัวใจที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ

2557 ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ

2554 การพัฒนาศูนย์กลางการดูแลระยะกลางแบบเบ็ดเสร็จสำหรับผู้สูงอายุ

3. คุณจรรยา ชัยพาน (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 53 ปี วันเดือนปีเกิด 01/12/2504 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ ทำงาน 053-282380 หรือ 053-233214 ต่อ 109 มือถือ 081-9619292 e-mail: cm_14465@hotmail.com, cm.99912@gmail.com

ประวัติการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลวิชาชีพชั้นสูง(เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลลำปาง

อาชีพ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่

ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 10 ปี

4.คุณศุภนุช อร่ามศรี (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 55 ปี วันเดือนปีเกิด 28/06/2502 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ เบอร์โทรศัพท์ ที่ทำงาน 053-282380 e-mail: Supanuch_ars@hotmail.com

ประวัติการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลวิชาชีพชั้นสูง(เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่

อาชีพ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่

ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 10 ปี

5. นายสุเวช สุภาจิต (หัวหน้าทีมวิจัยชุมชน)

อายุ 59 ปี วันเดือนปีเกิด 6 ตุลาคม 2498 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 543/75 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 0817060755

ประวัติการศึกษา มัธยมศึกษา

อาชีพ ค้าขาย

ประสบการณ์ทำงาน

- ประธานชมุชมุขการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2542 - ปัจจุบัน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2557 - ปัจจุบัน
- ประธานชุมชนเครือข่ายของแขวงกาวิละ ตั้งแต่ปี 2548 - ปัจจุบัน
- คณะกรรมการสปช.เทศบาลนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2555 - ปัจจุบัน
- ประธานตำรวจอาสา สภอ.แม่ปิง ตั้งแต่ปี 2551 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการอาหารปลอดภัย ปี 2556

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ 100 ปี สำมะโนประชากรประเทศไทย ของ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2553

6. นางอำพรรณ อภัย (ผู้จัดการโครงการวิจัยในชุมชน)

อายุ 61 ปี วันเดือนปีเกิด 27 ตุลาคม 2496 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/275 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 086-9248226

ประวัติการศึกษา มัธยมศึกษา

อาชีพ แม่บ้าน

ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- ประธานอสม.การเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2550 - ปัจจุบัน
- อสม.เชี่ยวชาญสาขาหลักประกันสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2556 - ปัจจุบัน
- คณะกรรมการมูลนิธิเพื่อนหญิง ตั้งแต่ปี 2551 - ปัจจุบัน
- จัดทำโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557
- จัดทำโครงการพืชผักสมุนไพรพื้นบ้าน ปี 2556
- เข้าร่วมโครงการอาหารปลอดภัย ปี 2556

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
 - ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ปี 2557
 - ร่วมสำรวจข้อมูลผู้ป่วยติดเตียง ปี 2556
 - ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน
 - ร่วมโครงการวิจัยการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน – 12 ปี ของสถาบัน
- โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2554

7. นางปราณี ชัยไพบุลย์ (เลขานุการโครงการและผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 58 ปี วันเดือนปีเกิด 4 มิถุนายน 2499 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/284 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 082-1852367

ประวัติการศึกษา ประถมศึกษา

อาชีพ ค้าขาย

ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- ประธานผู้สูงอายุชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2556 - ปัจจุบัน
- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2542 - ปัจจุบัน
- อสม.เชี่ยวชาญสาขาส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2556 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557
- เข้าร่วมโครงการพืชผักสมุนไพรพื้นบ้าน ปี 2556

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน ปี 2556
- ร่วมสำรวจข้อมูลผู้ป่วยติดเตียง ปี 2556
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน

8. นางทักษอร เตียวตระกูล (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 61 ปี วันเดือนปีเกิด 1 มิถุนายน 2496 สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/345 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 081-8859782

ประวัติการศึกษา มัธยมศึกษา

อาชีพ ค้าขาย

ประสบการณ์ทำงาน

- ประธานสตรีชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2555 - ปัจจุบัน
- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2551 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557
- เข้าร่วมโครงการพืชผักสมุนไพรพื้นบ้าน ปี 2556

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน

- ร่วมโครงการวิจัยการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน – 12 ปี ของสถาบัน
โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2554

9. นางลัทธพรณ พิระถาวร (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 53 ปี วันเดือนปีเกิด 1 กันยายน 2504 สัญชาติ พุทธ ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/277 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์
081-8859571

ประวัติการศึกษา มัธยมศึกษา

อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2549 - ปัจจุบัน
- อสม.เชี่ยวชาญสาขาส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2556 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557
- เข้าร่วมโครงการขยับกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ปี 2556
- เข้าร่วมโครงการอาหารปลอดภัย ปี 2556
- โครงการร่วมพลังชุมชนป้องกันเอดส์ ปี 2555

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน ปี 2556
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน
- ร่วมโครงการวิจัยการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน – 12 ปี ของสถาบัน
โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2554

10. นางจงรักษ์ พานชาติ (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 50 ปี วันเดือนปีเกิด 11 กุมภาพันธ์ 2507 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/864 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์
081-9607477

ประวัติการศึกษา ปริญญาตรี

อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2536 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557
- จัดทำโครงการขยับกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ปี 2556

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน

11. นางสาวปอง เกาศรี (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 49 ปี วันเดือนปีเกิด 1 มกราคม 2508 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/780 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 086-6722633

ประวัติการศึกษา มัธยมศึกษา

อาชีพ รับจ้าง

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2548 - ปัจจุบัน
- อสม.เชี่ยวชาญสาขาป้องกันโรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน / ความดันสูง) ตั้งแต่ปี 2554 - ปัจจุบัน
- อสม.เชี่ยวชาญสาขาผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2555 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน

12. นางต๋มคำ สิงหกุล (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 63 ปี วันเดือนปีเกิด 7 กันยายน 2494 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/379 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 089-7566680

ประวัติการศึกษา ประถมศึกษา

อาชีพ รับจ้าง

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2547 - ปัจจุบัน
- อสม.เชี่ยวชาญสาขาส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2556 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557
- เข้าร่วมโครงการร่วมพลังชุมชนป้องกันเอดส์ ปี 2555

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน
- ร่วมโครงการวิจัยการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน - 12 ปี ของ

สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2554

- ร่วมสำรวจข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ 100 ปี สำมะโนประชากรประเทศไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2553

13. น.ส.อุไร ปันธิยะ (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 44 ปี วันเดือนปีเกิด 21 มิถุนายน 2513 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/380 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 086-1155937

ประวัติการศึกษา ประถมศึกษา

อาชีพ รับจ้าง

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2547 - ปัจจุบัน
- อสม.เชี่ยวชาญสาขาส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2556 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557
- เข้าร่วมโครงการขยับกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ปี 2556
- เข้าร่วมโครงการอาหารปลอดภัย ปี 2556
- โครงการร่วมพลังชุมชนป้องกันเอดส์ ปี 2555

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน ปี 2556
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน
- ร่วมโครงการวิจัยการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน - 12 ปี ของสถาบัน

โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2554

14. นางจันศรี ตันโต (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 46 ปี วันเดือนปีเกิด 23 เมษายน 2511 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 541/210 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 086-9170064

ประวัติการศึกษา ประถมศึกษา

อาชีพ แม่บ้าน

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2548 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557
- โครงการร่วมพลังชุมชนป้องกันเอดส์ ปี 2555

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน

15. นางพรทิพย์ ชุ่มใจ (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 54 ปี วันเดือนปีเกิด 23 มิถุนายน 2503 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/210 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 081-0208828

ประวัติการศึกษา ประถมศึกษา

อาชีพ ช่างเสริมสวย

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2551 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน
- ร่วมโครงการวิจัยการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน - 12 ปี ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2554

16. นางปิ่นหยี สุขจิตร (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 63 ปี วันเดือนปีเกิด 15 พฤศจิกายน 2594 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/809 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 083-2080831

ประวัติการศึกษา ประถมศึกษา

อาชีพ ค้าขาย

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2542 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557

- คณะกรรมการชุมชนการเคหะ ตั้งแต่ปี 2556 - ปัจจุบัน

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน
- ร่วมโครงการวิจัยการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน - 12 ปี ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2554

17. น.ส.พิมพ์พัชชา มุสิกพันธ์ (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 51 ปี วันเดือนปีเกิด 7 กุมภาพันธ์ 2506 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/243 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 081-7246035

ประวัติการศึกษา มัธยมศึกษา

อาชีพ รับจ้าง

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2542 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน

18. นางสุดเจี๊ยว ทราบเขียว (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 54 ปี วันเดือนปีเกิด 29 กรกฎาคม 2503 สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/789 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 084-1514778

ประวัติการศึกษา มัธยมศึกษา

อาชีพ ค้าขาย

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2542 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน

19. นางชลิตา กาคำ (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 54 ปี วันเดือนปีเกิด 13 พฤศจิกายน 2503 สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/196 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 087-1905730

ประวัติการศึกษา ประถมศึกษา

อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2549 - ปัจจุบัน
- อสม.เชี่ยวชาญสาขาส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2556 - ปัจจุบัน
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557
- เข้าร่วมโครงการร่วมพลังชุมชนป้องกันเอดส์ ปี 2555

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน
- ร่วมโครงการวิจัยการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน – 12 ปี ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2554

20. นางปิยนันท์ สระทองจันทร์ (ผู้ร่วมวิจัย)

อายุ 36 ปี วันเดือนปีเกิด 22 มิถุนายน 2521 สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ติดต่อได้ 543/196 การเคหะ ถ.ลำพูน ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เบอร์โทรศัพท์ 081-2357619

ประวัติการศึกษา ปริญญาตรี

อาชีพ แม่บ้าน

ประสบการณ์ทำงาน

- อสม.ชุมชนการเคหะเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2551 - ปัจจุบัน
- อสม.เชี่ยวชาญสาขาป้องกันโรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน / ความดันสูง) ตั้งแต่ปี 2554 - ปัจจุบัน
- คณะกรรมการเครือข่ายเอดส์ภาคประชาชน ตั้งแต่ปี 2556 - ปัจจุบัน
- จัดทำโครงการล้อมรั้วด้วยรักพิทักษ์เด็กและเยาวชน พันภัยเอดส์และยาเสพติด ปี 2557
- จัดทำโครงการวัยใสต้านภัยเอดส์ ปี 2556
- จัดทำโครงการร่วมพลังชุมชนป้องกันเอดส์ ปี 2555
- เข้าร่วมโครงการชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก ปี 2557

- เข้าร่วมโครงการอาหารปลอดภัย ปี 2556

ประสบการณ์การวิจัย

- ร่วมสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เทศบาลนครเชียงใหม่ ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ปี 2557
- ร่วมสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยโรคเมตาบอลิซึม ตั้งแต่ปี 2552 - ปัจจุบัน
- ประสานงานและร่วมโครงการวิจัยการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน - 12 ปี ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2554
- ร่วมสำรวจข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ 100 ปี สำมะโนประชากรประเทศไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2553

บรรณานุกรม

- กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ (2011) การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี KKU Research Journal, 16(4), 416-427.
- รัชนี้ สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2556). การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 6(3), 25-41.
- เล็ก สมบัติ (2549) ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน กรุงเทพฯ: มีสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย)
- นงลักษณ์ พะไยยะและสัญญา ศรีรัตนะ (2554) ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- นิชภา โมราถบ, ชไมพร กาจนกิจสกุล, ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุณทัย, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, และพุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ (2555). บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 6(2), 122-131.
- มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2555). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2554. กรุงเทพฯ: บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด จาก www.thaitgri.org ค้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2556.
- วรรณภา อรุณแสง และลัดดา ดำาริการเลิศ. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัย
- ระบบสาธารณสุข (สวรส.) ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). ครอบครัวและผู้สูงอายุ. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ (บก.), การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550. แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2550). การดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน. ข้อเสนอเชิงนโยบายบูรณาการ
- ศิริพันธุ์ สาสัต์ย์ (2553). ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน
- ศูนย์สุขภาพชุมชนการเคหะหนองหอย (2556). ข้อมูลชุมชนการเคหะหนองหอย
- สมคิด ปุณณะศิริ จินต์จุฑา รอดพาล สมคิด ตีร์ราภิ และวิราวรรณ จันทมูล (2552) ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วารสารกองการพยาบาล, 36(3), 47-57.

สนใจ วินิจกุล, และนิตยา สุขชัยสงค์ (2556). ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารเกื้อการุณย์, 20(2), 84-99.

สภายาบาล (2553). ร่าง ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. สภายาบาล

สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี

จำกัด.

สายฤดี วรจิโกภาทร ประภาพรรณ จูเจริญ กมลพรรณ พันพืง สาวิตรี ทยานศิลป์ และดวงใจ บรรทัด (2550). ระบบการดูแลของผู้สูงอายุ. ใน ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงวัย : การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. เครือข่ายนักวิจัย MERIT จาก 5 สถาบันในมหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 76-94.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2554) รายงานการสาธารณสุขไทย 2551-2553 กระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;295(18):2148-2157.

Chapman, S.A., Keating, N., & Eales, J. (2003). Client-centered, community-based care for frail seniors. *Health Social Care Community*, 11, 253-261.

Cho, E., Kim, E.Y., & Lee, N.J. (2013). Effects of Informal Caregivers on Function of Older Adults in Home Health Care. *West Journal of Nursing Research*, 35, 57-76.

Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans (2008) Board on Health Care Services, INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. "RETOOLING FOR AN AGING AMERICA: BUILDING THE HEALTH CARE WORKFORCE". THE NATIONAL ACADEMIES PRESS.

Ducharme, F.C., Levesque, L.L., Lachance, L.M., Kergoat, M.J., Legault, A.J., Beaudet, L.M., & Zarit, S.H. (2011). Learning to be a Family Caregiver: Efficacy of an Intervention Program for Caregivers Following Diagnosis of Dementia in a Relative. *Gerontologist*, 51(4), 484-494.

- Hunt, R. (1997). Overview of community based nursing, In: Hunt R, Zurek EL. Introduction to community based nursing. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven, 3-29
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2008). Population aging and the well-being of elderly in Thailand. Retrieved March 23, 2014, from <http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/rr08-659>
- Leff B, Reider L, Frick KD, et al. Guided care and the cost of complex healthcare: a preliminary report. *Am J Manag Care*. 2009;15(8):555-559.
- Reinhard SC, Levine C, Samis S; Public Policy Institute. Home Alone: Family Caregivers Providing Complex Chronic Care. AARP website. www.aarp.org/home-family/caregiving/info-10-2012/home-alone-family-caregivers-providing-complex-chronic-care.html. 2012. Accessed October 9, 2013.
- Resenbloom-Brunton, D.A., Henneman, E.A., & Inouye, S.K. (2010). Feasibility of Family Participation in a Delirium Prevention Program For The Older Hospitalized Adult. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(9), 22-23.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors Determining the Impact of Care-giving on Caregivers of Elderly Patients with Dementia. A Systematic Literature Review. *Maturitas*, 66(2), 191-200.
- Schulz, R., Beach, S.R., Hebert, R.S., Martire, L.M., Monin, J.K., Tompkins, C.A., & Albert, S. (2009). Spousal Suffering and Partner's Depression and Cardiovascular Disease: The Cardiovascular Health Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 246-254.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23(3), 191-203.
- Smith, C. E. (1994). A model of caregiving effectiveness for technologically dependent adults residing at home. *Advances in Nursing Science*, 17(2), 27-40.
- Walker, A., Pratt, C. C., & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members: A critical review. *Family Relations*, 44, 404-411.

WHO. (2002). Innovative care for chronic condition: building blocks for action: global report. Available from:

<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccglobalreport.pdf>