

รายงานส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

จัดทำโดย นางสาวสุนันทา ชัยวิทย์กุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๐ รสสุคนธ์ มโนชญากร
สำนักอนามัย

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารมหานครระดับต้น รุ่นที่ ๓๗
สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

๑. หัวข้อ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

๒. ความสำคัญของการศึกษาที่มาของการนำเสนอ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นพลวัตที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมโลกและประเทศไทย จากการสำรวจของกรมกิจการผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปแบ่งเป็นเพศชาย ๔,๙๒๐,๒๙๗ ราย เพศหญิง ๖,๒๑๕,๗๖๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗๓ ของประชากรทั้งหมด กรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปแบ่งเป็นเพศชาย ๔๔๑,๙๐๓ ราย เพศหญิง ๖๒๑,๙๖๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๗๘ ของประชากรทั้งหมดและในเขตดอนเมืองมีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป แบ่งเป็นเพศชาย ๑๐,๙๒๓ ราย เพศหญิง ๑๔,๖๘๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๔๑ ของประชากรทั้งหมดในเขตดอนเมือง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มติดบ้านจำนวน ๒,๓๕๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๒๐ ของประชากรทั้งหมด การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังเป็นบทบาทของครอบครัว จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของขนาดครัวเรือนจาก ๖ คนในปี ๒๕๐๓ เหลือ ๓ คนในปี ๒๕๕๓ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักไม่ได้เตรียมตัว และไม่มีความรู้ด้านการดูแลอย่างเป็นระบบ ทั้งยังมีปัญหาด้านสุขภาพและได้รับผลกระทบหลายด้านจากการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากบทบาทของผู้ดูแลหลักแล้วญาติและเพื่อนบ้านใกล้ชิด มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยแบบไม่เป็นทางการ ด้วยมิตรไมตรีที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตามโอกาสที่มี หากพวกเขาได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุ จะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทต่อการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ (Nurse Care Manager) จึงได้จัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก ครอบครัวและชุมชนทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุด และพึ่งพาคนอื่นให้น้อยที่สุด

ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๐ รสสุคนธ์ มโนชญากร สำนักอนามัยเป็นหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิมิมีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตดอนเมืองโดยให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค ด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการทำงานเชิงรุกและเชิงรับเพื่อให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ ตระหนักถึงปัญหาที่ผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนตามมา เพื่อดำเนินงานตามวิสัยทัศน์ของกรุงเทพมหานครข้อที่๓ มหานครสำหรับทุกคนประเด็นยุทธศาสตร์ที่๑๑ จัดสิ่งอำนวยความสะดวกและสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส จึงได้จัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ฟังฟังโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างความมีคุณค่าในตัวเอง เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ดูแล ครอบครัวมีองค์ความรู้ มีทักษะที่ถูกต้องในการดูแล สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสามารถมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น ซึ่งพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและจะส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถดำรงได้อย่างมีคุณภาพและปกติสุข

๓. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้และเป็นระบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังกลุ่มติดบ้าน
๒. เพื่อป้องกันและชะลอภาวะฟังฟังของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

๔. เป้าหมาย

พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก ครอบครัวและชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังกลุ่มติดบ้าน ในเขตตอนเมืองโดยพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ จำนวน ๓๐คน ในเวลา ๖ เดือน

๕. แนวคิด/หลักการที่ใช้ในการศึกษา

๕.๑ แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker)

โรเซนสตอร์ค (Rosenstock) เป็นผู้ริเริ่มแบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมป้องกันของบุคคล โดยแนวคิดได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของคัทเลวิน (Kurt Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรม บุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและจะหลีกเลี่ยงห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา โรเซนสตอร์คได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างไรอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของตนพอสมควร 3) การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีต่อบุคคลนั้น โดยจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรคนั้นๆ การปฏิบัติไม่ควรจะมีอุปสรรค ทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกต่อการปฏิบัติ ความอายต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคนั้นๆ ต่อมาเบคเกอร์ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลโดยเพิ่มปัจจัยและสิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมและปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพ หลีกเลียงการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อและรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึ่งโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการปฏิบัติที่เหมาะสมจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมคือการที่บุคคลจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงสู่พฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่ามีวิธีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องเปลี่ยนแปลงต้องมีประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแบบเดิมแต่หากมีการรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นไม่มีประโยชน์ต่อการหลีกเลี่ยงต่อการเกิดโรคก็จะเป็นอุปสรรคในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม

๕.๒ แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Concept) ของเฮ้าส์ (House)

แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์หรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัวเช่น พ่อ-แม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ ๒ ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามี การเปลี่ยนแปลงทางสังคมตลอดเวลา สรุปได้ว่าแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ประเภทของแรงสนับสนุน แบ่งออกเป็น ๔ ประเภท คือ

๑. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion support) เช่น การให้ความพอใจ การ

ยอมรับนับถือ ความหวังใย การกระตุ้นเตือน

๒. การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้คำรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา

๓. การให้ข้อมูลข่าวสาร (information support) เช่น การให้คำแนะนำตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

๔. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental support) เช่น แรงงาน เงินเวลา

๕.๓ พยาบาลผู้จัดการสุขภาพ (Nurse Care Manager)

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องสื่อสารกับบุคคลทุกสาขาอาชีพ เป็นบุคคลที่มีหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมดูแลช่วยเหลือประชาชนในทุกกลุ่มวัยและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เสี่ยงและป่วย รวมทั้งการดูแลภาวะสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้มีความปลอดภัยต่อการอยู่อาศัยของประชาชน โดยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดีและชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ความหมายของพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ (Care Manager)

พยาบาลผู้จัดการสุขภาพหมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นผู้นำข้อมูลสุขภาพของคนในชุมชนมาวิเคราะห์เพื่อหาปัญหาและสร้างการมีส่วนร่วมของบุคคล ชุมชน มีการประเมินปัญหาและความต้องการของประชาชนในชุมชน มีการร่วมวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพโดยตรงหรือมีการแก้ปัญหาร่วมกันกับชุมชน พยาบาลผู้จัดการสุขภาพเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นแกนหลักในการดูแลสุขภาพประชาชนและชุมชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีบทบาทในการให้บริการดูแลสุขภาพชุมชนและสุขภาพผู้ป่วย ผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้าน โดยเน้นบทบาทของผู้บริหารจัดการแบบบูรณาการด้านการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน (Community Care Manager) และการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้านเป็นรายกรณี (Case Manager) ได้แก่ การปรึกษาการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย การติดต่อสื่อสารและประสานงานบริการการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว การนัดหมายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างพยาบาลครอบครัวและทีมสุขภาพ (สหวิชาชีพ) ในศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลในเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและครบวงจรโดยมีบทบาทและสมรรถนะที่สำคัญได้แก่ การจัดการ การประสานงาน การบริการและการใช้เครื่องมือ

๕.๔ การนำหลัก SWOT Analysis ของอัลเบิร์ต ฮัมฟรี (Albert Humphrey)

เป็นหลักการวิเคราะห์รูปแบบหนึ่งที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดมาตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๖๗ โดยจะใช้ในการประเมินสถานการณ์และวางแผนกลยุทธ์รวมทั้งตรวจสอบสภาพองค์กรทั้งภายในและภายนอกซึ่งจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล ๔ อย่างด้วยกันคือ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค เพื่อแก้ปัญหาภายในและภายนอกองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและต้องหาจุดแข็งเพื่อลบจุดอ่อน รวมถึงหากลยุทธ์สร้างความแข็งแกร่งภายใต้โอกาสจากที่เกิดขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบจากอุปสรรคต่าง ๆ องค์กรประกอบของ SWOT เป็นการนำตัวอักษรหน้าในภาษาอังกฤษของหลักการทั้งหมดมารวมกันเพื่อใช้ในการจดจำซึ่งประกอบไปด้วย

S มาจากคำว่า Strength หมายถึง จุดแข็งหรือข้อได้เปรียบเป็นปัจจัยภายในที่มีผลต่อการดำเนินการขององค์กร ซึ่งองค์กรจะต้องค้นหาความสามารถที่โดดเด่นเพื่อนำมากำหนดเป็นกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับลักษณะการบริหารงานขององค์กร

W มาจากคำว่า Weakness หมายถึง จุดอ่อนหรือข้อเสียเปรียบเป็นปัจจัยภายในที่มีผลกระทบหรือส่งผลเสียต่อการบริหารงานขององค์กร

O มาจากคำว่า Opportunity หมายถึงโอกาสหรือปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวยให้การทำงานขององค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่การดำเนินงาน

T มาจากคำว่า Threat หมายถึง อุปสรรคหรือข้อจำกัดที่เป็นปัจจัยคุกคามต่อการดำเนินการขององค์กร เป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากการควบคุมและวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางป้องกันให้ได้รับผลกระทบหรือความเสียหายน้อยลง

การนำหลัก SWOT มาวิเคราะห์ผู้ศึกษาพิจารณาแล้วเห็นควรนำมาใช้ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดำเนินการที่จะจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยพบว่ามีจุดอ่อนคือมีการสร้างแกนนำเพื่อช่วยเหลืองานพยาบาลดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุแต่พบว่าแกนนำไม่ได้นำความรู้ไปดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุเพราะไม่มีเวลาและผู้ดูแลหลักขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยผู้จัดการสุขภาพ

ปัจจัยภายใน	
ข้อได้เปรียบ/จุดแข็ง(Strength)	ปัญหา/จุดอ่อน(Weakness)
<p>๑. ศูนย์บริการสาธารณสุขมีทีมพยาบาลครอบครัว (Family Nurse) ที่มีความรู้ในการปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชน</p> <p>๒. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ (Care Manager)</p> <p>๓. มีการสร้างแกนนำผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลืองานพยาบาลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>๔. ศูนย์บริการสาธารณสุขมีอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ในชุมชน</p>	<p>๑. อัตรากำลังพยาบาลครอบครัวไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนประชากรที่ต้องได้รับการดูแล (๑/๑๐,๐๐๐) ศบส.๖๐ มีพยาบาลครอบครัว ๖ คนดูแล ประชากรในพื้นที่เขตดอนเมือง ๑๗๐,๐๕๑ คน</p> <p>๒. มีภาระงานที่ไม่ได้อยู่ในแผนงานเช่นงานด่วนทำให้การบริหารจัดการการวางแผนงานไม่ได้ตามแผนที่ควรจะเป็น</p> <p>๓. ผู้เข้ารับการฝึกอบรมไม่ได้นำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ไม่มีเวลาที่จะไปดูแล</p> <p>๔. บางชุมชนไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) อสส.บางคนไม่ปฏิบัติหน้าที่เพียงต้องการคงสถานภาพการเป็น อสส.เท่านั้น และอสส.ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ</p>
ปัจจัยภายนอก	
โอกาส (Opportunity)	อุปสรรค (Treat)
<p>๑. พยาบาลครอบครัวได้รับการอบรมพัฒนาความรู้</p> <p>๒. ทีมพยาบาลครอบครัวมีประชุมวางแผนงานประจำเดือนทุกเดือน</p> <p>๓. ศูนย์บริการสาธารณสุขมีการสร้างเครือข่ายในการทำงานได้แก่ สำนักงานเขตดอนเมือง ประธานชุมชนและกรรมการหมู่บ้าน ทหาร ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.)</p> <p>๔. ทีมพยาบาลครอบครัวจัดโครงการฝึกผู้ดูแลให้มีความรู้เกิดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>	<p>๑. มีการโยกย้าย ปรับเปลี่ยนงาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการบริหารจัดการ</p> <p>๒. มีภารกิจเร่งด่วนเข้ามาแทรกงานประจำที่ได้วางแผนไว้บ่อย</p> <p>๓. เครือข่ายภาคประชาชนในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) และผู้ดูแลในชุมชนขาดความรู้ที่เป็นระบบและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>๔. โครงการอาจไม่ได้รับการตอบสนองจากกลุ่มผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน</p>

จากการเชื่อมโยงของSWOT Analysis และการใช้หลัก TOWS จับคู่สถานการณ์ ภายในและสถานการณ์ภายนอกวิเคราะห์เป็น ๔ คู่ปรากฏผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

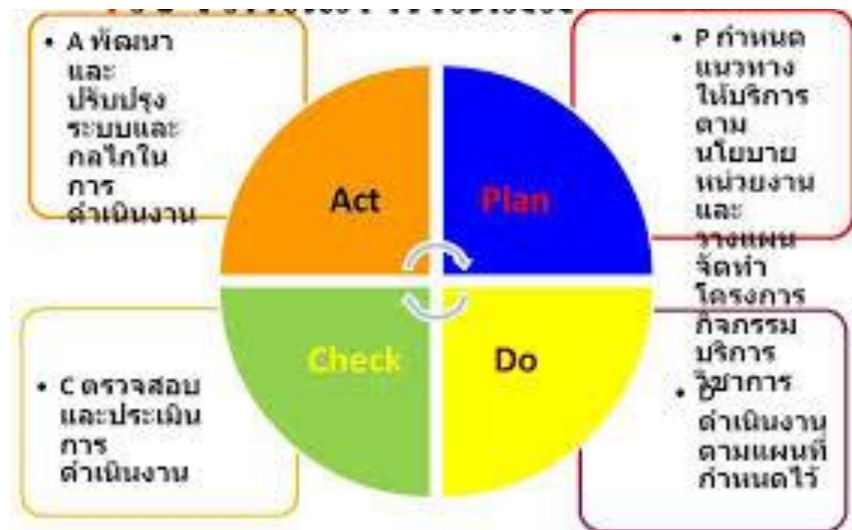
๑.) ยุทธศาสตร์เชิงรุก (SO Strategies) : เป็นการใช้จุดแข็งเมื่อมีโอกาส (O) เอื้ออำนวยเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ด้วยจุดแข็งของที่มีพยาบาลครอบครัวและนโยบายผู้บริหารระดับสูงที่ให้การสนับสนุนบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงาน บุคลากร ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและมีองค์ความรู้ในแต่ละวิชาชีพของตนเองสามารถทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้ดี และเป็นต้นแบบให้ผู้ดูแลหลัก ครอบครัวและชุมชน

๒.) ยุทธศาสตร์เชิงรับ (ST Strategies) : เป็นการใช้จุดแข็ง (S) มาลดอุปสรรค (T) จากภายนอก ผู้ดูแลหลัก ครอบครัวและชุมชน ขาดความรู้ ขาดทักษะที่ถูกต้องในการดูแล ผู้สูงอายุ ดังนั้นการนำจุดแข็งที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมีที่มพยาบาลครอบครัวที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชนมาเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีคุณภาพ

๓.) ยุทธศาสตร์เชิงพัฒนา (WO Strategies) : เป็นการใช้จุดอ่อน (W) เพื่อเพิ่มช่องทางการตอบรับโอกาส (O) จากภายนอก จากการที่บางชุมชนไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร (อสส.) ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถคัดเลือกและจัดอบรมประชาชนที่สนใจ และสมัครใจเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลือประชาชนในชุมชนของตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและส่งผลดีต่อประชาชนในชุมชนต่อไป

๔.) ยุทธศาสตร์เชิงทดแทน (WT Strategies) : เป็นการใช้จุดอ่อน (W) และ หลีกเลี่ยงอุปสรรค (T) โดยการปรับการดำเนินงานให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบันที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ สร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนเพื่อยกระดับให้เป็นบุคคลต้นแบบ

๕.๕ แนวคิดวงจรคุณภาพของเดมมิง (PDCA)



คิดค้นโดยวอลท์เตอร์ ชิวฮาร์ท (Walter Shewhart) ผู้บุกเบิกการใช้สถิติสำหรับการอุตสาหกรรมและต่อมาวงจรนี้เริ่มเป็นที่รู้จักกันมากขึ้นเมื่อ เอ็ดวาร์ด เดมมิง (W. Edward Deming) ปรมาจารย์ด้านการบริหารคุณภาพเผยแพร่ให้เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพนักงานภายในโรงงานให้ดียิ่งขึ้นและช่วยค้นหาปัญหาอุปสรรคในแต่ละขั้นตอนการผลิตโดยพนักงานเองวงจรคุณภาพของเดมมิง หมายถึง ระบบการบริหารงานที่มีคุณภาพประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การตรวจสอบหรือการประเมิน (Check) การนำผลการประเมินกลับไปปรับปรุงแก้ไขการทำงาน (Action) การใช้วัฏจักรคุณภาพของเดมมิงต้องดำเนินการอย่างมีวินัยให้ครอบคลุมวงจรหมุนเวียนไปซึ่งอธิบายได้ดังนี้

๑. การวางแผน (Plan: P) เป็นส่วนประกอบของวงจรที่มีความสำคัญ เนื่องจากการวางแผนเป็นจุดเริ่มต้นของงานและเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การทำงานในส่วนอื่นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนในวงจรเดมมิงเป็นการหาคำตอบของปัญหาโดยวิธีการระดมความคิด การหาสาเหตุของปัญหา การหาวิธีการแก้ปัญหา การจัดตารางการปฏิบัติงาน การกำหนดวิธีดำเนินการ การกำหนดวิธีการตรวจสอบและประเมินผล

๒. การปฏิบัติตามแผน (Do: D) เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ในตารางการปฏิบัติงาน ทั้งนี้สมาชิกกลุ่มต้องมีความเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นในแผนนั้น ๆ ความสำเร็จของการนำแผนมาปฏิบัติต้องอาศัยการทำงานด้วยความร่วมมือเป็นอย่างดีจาก

สมาชิกตลอดจนการจัดการทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานตามแผนนั้นๆในขั้นตอนนี้ ขณะที่ลงมือปฏิบัติจะมีการตรวจสอบไปด้วยหากไม่เป็นตามแผนอาจจะต้องมีการปรับแผนใหม่ และเมื่อแผนนั้นใช้งานได้ก็นำไปใช้เป็นแผนและถือปฏิบัติต่อไป

๓. การตรวจสอบ (Check: C) หมายถึง การตรวจสอบดูว่าเมื่อปฏิบัติตามแผน หรือการแก้ปัญหาตามแผนแล้ว ผลลัพธ์เป็นอย่างไร สภาพปัญหาได้รับการแก้ไขตรงตามเป้าหมายที่กลุ่มตั้งใจหรือไม่ การไม่ประสบผลสำเร็จอาจจะเกิดจากสาเหตุหลายประการเช่น ไม่ปฏิบัติตามแผน ความไม่เหมาะสมของแผน การเลือกใช้เทคนิคที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

๔. การดำเนินการให้เหมาะสม (Action: A) เป็นการกระทำภายหลังที่ กระบวนการขั้นตอนตามวงจรได้ดำเนินการเสร็จแล้วขั้นตอนนี้เป็นการนำเอาผลจากขั้นตอนการ ตรวจสอบ (C) มาดำเนินการให้เหมาะสมต่อไป

การนำวงจรการปรับปรุงคุณภาพ (PDCA Cycle) มาใช้ในการบูรณาการ จัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเริ่มจากการ รวบรวมข้อมูลวางแผนเขียนโครงการ กำหนดกิจกรรมและดำเนินให้เป็นไปตามขั้นตอนสามารถ บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ประสานงานความร่วมมือจากบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อ สร้างการมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมครบถ้วน มีการติดตาม ประเมินผลงาน มีการทบทวน แก้ไข ปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๖. แนวทางการดำเนินการ/ระยะเวลา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๖.๑ ชั้นเตรียมการ ศึกษารวบรวมข้อมูล วางแผนเขียนโครงการ

๖.๒ ชั้นดำเนินการ เลือกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL๕-๑๑) และมีผู้ดูแล หลักที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ๓๐คนโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน มีกิจกรรมทั้งหมด ๔ กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ ๑. สร้างสัมพันธภาพ พร้อมให้แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ ให้การดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบายให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวันเน้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองตามความสามารถที่มีอยู่โดยผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประสาน เชื่อมโยงระหว่างบุตรหลานและญาติมิตรกับผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ ๒. ส่งเสริมทักษะในการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริม ความจำ การปรุงอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การรับประทานยาประจำตัว

กิจกรรมที่ ๓. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัวโดยการเยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพ ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละรายและตอบข้อคำถามของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ ๔. การให้ข้อมูลข่าวสาร โดยโทรศัพท์สอบถามอาการ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย

ระยะเวลาดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา

รายละเอียดแนวทางการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม	ต.ค. ๖๓	พ.ย. ๖๓	ธ.ค. ๖๓	ม.ค. ๖๔	ก.พ. ๖๔	มี.ค. ๖๔	ผู้รับผิดชอบ
๑. ศึกษารวบรวมข้อมูลวางแผนเขียนโครงการ	<—>						พยาบาล ครอบครัว
๒. ขออนุมัติงบประมาณและแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินโครงการ	<—>						พยาบาล ครอบครัว
๓. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อวางแผนกิจกรรม	<—>						พยาบาล ครอบครัว
๔. ประชาสัมพันธ์โครงการให้ชุมชนทราบ	<—>						พยาบาล ครอบครัว
๕. จัดกิจกรรมดำเนินการตามรูปแบบ	<—	—	—	—	—	—>	สหสาขาวิชาชีพ
๖. ประเมินผลการดำเนินงานของโครงการ						<—>	พยาบาล ครอบครัว
๗. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจัดทำนำเสนอเป็นรายงานผลโครงการ						<—>	พยาบาล ครอบครัว

๗. ประโยชน์จากการศึกษา

๑. ผู้ดูแลหลัก ครอบครัวและชุมชน มีความรู้ ทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
๒. สร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง
๓. ได้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
๔. ผู้ดูแลได้รับความภาคภูมิใจ ได้รับคำชมและการยอมรับ

๘. งบประมาณ

ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๐ รสสุคนธ์ มโนชญากร สนับสนุนบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินกิจกรรม

๙. แนวทางการติดตามและประเมินผล

๙.๑ ตัวชี้วัดความสำเร็จระดับผลผลิต (Out put) และหรือระดับผลลัพธ์ (Out come)

ระดับผลผลิต (Out put)

ผู้ดูแลหลัก ครอบครัวและชุมชนมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระดับผลลัพธ์ (Out come)

ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น

๙.๒ วิธีการ/เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามและการประเมินผล (สำเร็จ)

การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ

การติดตาม ประเมินความรู้ ประเมินทักษะของผู้ดูแลหลัก ครอบครัวและชุมชน โดยการสุ่มถามและให้ทำให้อายุ มีการทบทวนสัปดาห์ย้อนกลับ พร้อมให้กำลังใจ

๑๐. ข้อเสนอแนะ

๑. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวเป็นบทบาทภาระของผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและช่วยแบ่งเบาภาระและผลกระทบของผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม

๒. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน เครือญาติและเพื่อนบ้านที่เป็นครัวเรือนใกล้เคียงมีบทบาทสำคัญควรเพิ่มศักยภาพให้สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลหลักได้หรือสามารถแบ่งเบาในบางช่วงต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันได้ ส่วนบทบาทอื่นๆ

เช่น ประชามชชน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข.ควรทำงานในลักษณะภาคีเครือข่าย และขับเคลื่อนงานให้เป็นกลไกในการทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกปล่อยปละละเลย

๓. ในระดับเขต ควรจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นปัจจุบันเพื่อใช้ในการวางแผนการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมต่อไป

๔. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดกลยุทธในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงต้องเจ็บป่วยและกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๕. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาศัยอยู่บ้านของตนเองได้อยู่กับลูกหลาน ญาติ เพื่อนบ้านเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังนั้นจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ชุมชนควรพัฒนาระบบให้การสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้นและเอื้อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชนจึงเป็นประเด็นสำคัญอันดับต้น ๆ ที่จะต้องพัฒนา

คำนำ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหารมหานครระดับต้นรุ่นที่๓๗ จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี หรือเครื่องมือทางการบริหารมาจัดทำผลงานส่วนบุคคล ผู้เข้ารับการอบรมในส่วนของสำนักอนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการระดับปฐมภูมิมีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชน จากสถานการณ์การเป็นสังคมผู้สูงอายุเป็นพลวัตที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมโลกและประเทศไทย ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้นโดยที่ผู้ดูแลไม่ได้เตรียมตัว ขาดความรู้ในการดูแลอย่างเป็นระบบ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ได้คุณภาพ ในฐานะบุคลากรสาธารณสุขเห็นควรจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก ครอบครัวและชุมชนให้มีความพร้อมในการที่จะดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำในการจัดทำรายงานฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจในการที่จะศึกษาต่อไป

สุนันทา ชัยวิทย์ยางกุล

๘ กันยายน ๒๕๖๓

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร(๒๕๖๒).คู่มือพัฒนาระบบ
การพยาบาลที่บ้านโดยพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ.กรุงเทพฯ:เอ็กซ์.โปร.พริ้นท์ติ้ง.
วิไลวรรณ ทองเจริญ.(๒๕๕๘).ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ พิมพ์ครั้งที่ ๒
กรุงเทพฯ:เอ็นพีเพรส.
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร.(๒๕๖๒).สถิติกรุงเทพมหานคร
๒๕๖๒.ค้นเมื่อ ๖สิงหาคม ๒๕๖๓, จาก <http://www.bangkok.go.th>.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน.(๒๕๕๒). สมองเสื่อม.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง
Smart Care For Peple With Dementia.กรุงเทพฯ:คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.