แบบฟอร์มขอรับทุนโครงการ
เสนอต่อคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ภายใต้ทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม แผนงานระบบบริการสุขภาพ
: การพัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร

โครงการย่อยที่ 4.6 การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ (New normal) ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation)

หัวหน้าโครงการหลัก:

พญ.พัชรี พุทธชาติ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
เบอร์โทรศัพท์ 081-5996156 Email: patcharee.pu@cpird.in.th
หน่วยงาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา
เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-338100

ผู้ร่วมดำเนินโครงการ

1. นางเพ็ญศิริ อัตถาวงศ์
   ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน)
   เบอร์โทรศัพท์ 081-2760504 Email: phensi.attha@gmail.com
   หน่วยงาน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสงขลา
   เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-338100 ต่อ 162
2. นางสาวรวิสรา แก้วกระเศรษฐ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   เบอร์โทรศัพท์ 081-7661435 Email: kaewkraset@gmail.com
   หน่วยงานศูนย์สุขภาพชุมชนกุโบร์รวมใจ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา
   เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-313261
3. นางสาวปาริชาติ ธนากุลรังสี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   เบอร์โทรศัพท์ 091-8417866 Email: paricharttana@gmail.com
   หน่วยงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนพาณิชย์ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา
   เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-322983
4. นางภัสราภรณ์ แก้วทองมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   เบอร์โทรศัพท์ 088-7913960 Email: patsaraponrn@gmail.com
   หน่วยงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนชลาทัศน์ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา
   เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-313254

5. นางวสุทิดา นนทพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์ 089-4665054. Email: 01taoluang@gmail.com
หน่วยงาน ศูนย์บริการสาธารณสุขเตาหลวง เทศบาลนครสงขลา
เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน 074-313708

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปี 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2561) มีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์" ในปีพ.ศ. 2565 จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การเสื่อมถอยของร่างกาย อวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่ เป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันจากอุบัติเหตุ พลัดหกล้ม กระดูกหัก เป็นต้น จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นได้ (แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564) **การประเมินสภาพและจัดการภาวะฉุกเฉินแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล ที่โรงพยาบาล และหลังจำหน่ายกลับไปบ้าน ย่อมก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และเป็นสิ่งสำคัญในพัฒนาระบบการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้สูงอายุ**

จากรายงานของ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ปี 2560-2562 ในเขตอำเภอเมืองสงขลามีจำนวนประชากรสูงอายุ ร้อยละ 17.3, 18.4 และ 19.4 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับที่สูงกว่าภาพรวมของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสงขลา ปี 2562 จำนวนทั้งหมด 24,172 คน จำแนกกลุ่มตามระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 22,223 คน กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) 1,793 คน และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) 156 คน คิดเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงถึงร้อยละ 8.1 (เอกสารการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปี 2562) **ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ของสังคมไทยเป็นสมาชิกในครอบครัว รวมถึงแกนนำในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล** เพราะต้องทำหน้าที่แทนบุคลากรสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ยังมุ่งเน้นการเตรียมผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นหลัก จนมักละเลยภาระปัญหาและสุขภาพของผู้ดูแลเอง

ดังนั้น**การวางแผนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลรักษาสมดุลระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม** (ณัชศฬา, สุปรีดา และยุพาพิน, 2561) การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลแบบองค์รวมและครบวงจรเพื่อให้ได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาใน

โรงพยาบาลเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และความต่อเนื่องในการประสานการดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (สายพิณ และปิยะภรณ์, 2557)

การพัฒนาระบบการดูแลและให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group) ให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ามีประสิทธิผลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล มีความเครียดลดลง (วิยะดา และปะราลี, 2561) **และมีสุขภาพจิตดีขึ้น** (Rodriguez-Sanchez, et al., 2013) อย่างไรก็ตามเพื่อรับมือกับภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 (COVID-19) จึงได้มีการนำเทคโนโลยีในการสื่อสารบริการสุขภาพ (Telehealth) มาใช้มากขึ้น และเกิดผลลัพธ์ที่ดีเช่นกัน จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ Telehealth ในต่างประเทศ (Banbury, Nancarrow, Dart, Gray and Parkinson, 2018 และ Appleman et al., 2020) พบว่า **การทำกลุ่มโดยใช้ Video teleconference สะดวกและให้ผลลัพธ์ของการรักษาไม่ด้อยกว่าการเข้ากลุ่มแบบตัวต่อตัว (in-person/face to face groups) และผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความพึงพอใจสูง** ดังนั้น การนำ telehealth มาให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ พยาบาลระดับตำบล และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ร่วมกับการให้ความรู้และทักษะในการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ น่าจะเป็นวิธีหนึ่งซึ่งสอดคล้องกับวิถีใหม่ (New normal) และนโยบาย “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2564-2565 ที่จะช่วยเสริมสร้างพลังและความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ดูแลและเกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีและใช้ชีวิตในชุมชนต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ (New normal) ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation)
2. พัฒนาสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและในชุมชน

พื้นที่ดำเนินการ/กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ดูแลและอาสาสมัครชุมชนที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 60 ราย ที่อาศัยในกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิบ่อยาง (N-PCU บ่อยาง) เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา อ.เมือง จ.สงขลา

วิธีดำเนินการ

ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของ

ผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและในชุมชน โดยกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับบริการให้คำปรึกษาออนไลน์ การศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ (Situation Analysis)

จากข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองสงขลา ปี 2562 จำนวนทั้งหมด 24,172 คน จำแนกกลุ่มตามระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 22,223 คน กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) 1,793 คน และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) 156 คน คิดเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงถึงร้อยละ 8.1 (เอกสารการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปี 2562) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ของสังคมไทยเป็นสมาชิกในครอบครัว รวมถึงแกนนำในชุมชน เช่น อสม. ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังมุ่งเน้นการเตรียมผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นหลัก จนมักละเลยภาระปัญหาและสุขภาพของผู้ดูแลเอง ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิบ่อยาง เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลาเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงได้ร่วมมือกับโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ศึกษาและดำเนินโครงการเกี่ยวกับสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 เป็นต้นมา เริ่มต้นจากโครงการศึกษาผลของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตจังหวัดสงขลา ในปีพ.ศ. 2561 และโครงการพัฒนาระบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในปีพ.ศ. 2562

ขั้นตอนที่ 1 (Research: R1) ประเมินปัญหาและความต้องการของพื้นที่ (Assessment/ problem)

จากการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระและความทุกข์ใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเมืองสงขลาและภูเก็ต พบว่าระดับความทุกข์ใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก (เฉลิมพงษ์, 2563) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และพยาบาลเวชปฏิบัติทีมหน่วยบริการปฐมภูมิบ่อยาง เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา พบว่ายังไม่มีระบบการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ชัดเจนและยังต้องพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ของผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 (Develop: D1) พัฒนารูปแบบ (Development/model)

ทำการพัฒนารูปแบบกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับบริการให้คำปรึกษาออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ข้อมูลจากปัญหาและความต้องการของพื้นที่ และการทบทวนวรรณกรรม

ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการจัดกลุ่มระดมสมอง เพื่อเป็นแนวทางที่นำไปสู่การแก้ปัญหา สมาชิกกลุ่มเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 *แผนการดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน* ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม และปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย วิธีการปฏิบัติ เป้าหมาย ระยะเวลาและสถานที่ดำเนินการ สื่อ อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบกิจกรรม

1.2 *คู่มือการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ และเอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ* ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าเนื้อหา จากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากสื่อทางอินเตอร์เน็ตเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ ในการดูแลและให้คำปรึกษาญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งสื่อให้ความรู้เป็นเอกสารแจกให้กับกลุ่มตัวอย่างทบทวนด้วยตนเอง ได้แก่

1.2.1 *คู่มือการดูแลด้านจิตใจและสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง* ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและการดูแลในผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงภาวะ ได้แก่ ภาวะเหนื่อยล้าเกินกำลังของผู้ดูแล การปฐมพยาบาลทางจิตใจแนวทางการดูแลด้านจิตสังคมในชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต การพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม บริหารร่างกายด้วยมณีเวชและการนวดตนเองเพื่อการผ่อนคลาย

1.2.2 *คู่มือการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่บ้าน* ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การจัดการดูแลเบื้องต้น การปรึกษาและส่งต่อที่เหมาะสม การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ เป็นต้น

1.3 *แอปพลิเคชันสำหรับ Tele-consultation* ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ แอปพลิเคชัน 3 หมอรู้จักคุณ หรือแอปพลิเคชัน คุยกับหมอ เพื่อให้คำแนะนำ ปรึกษา รักษา ประสานงาน และส่งต่อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งชนิด Google Form และแบบฟอร์มในกระดาษ ในกรณีที่ผู้ตอบไม่สามารถใช้แอปพลิเคชันได้ โดยให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดใน Google Docs เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2.2 แบบประเมินภาระโรค Zarit-12 ฉบับภาษาไทย (อรวรรณ, รสสุคนธ์, ชัชวาลย์ 2558) ที่พัฒนาจากแบบวัด Zarit's burden interview: ZBI ของ Steven H. Zarit and Judy M. Zarit, (1983, 1990) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามมีทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ผลกระทบความเครียด ความรู้สึกเอาใจใส่ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4 คะแนนรวม

0-48 คะแนน การแปลผลระดับภาระโรค 0-10 คะแนน ไม่มี-น้อย 10-20 คะแนน น้อย-ปานกลาง >20 คะแนน สูง

2.3 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-12 ที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 36 ภาษา Thai GHQ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดี โดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เป็นแบบสอบถามที่ประชาชนสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงเหมาะที่จะนำไปใช้กับบุคคลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านด้วยตนเองได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบ แบบสอบถามเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง ข้อคำถามของ Thai GHQ จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypocondriasis) (ธนา, 2539)

2.4 *แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับแปลภาษาไทย (จันทนา, 2561)* โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) แบบสอบถาม EQ-5D-5L ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรมยามว่าง อาการเจ็บปวดอาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล ความซึมเศร้า แต่ละด้านมี 5 ตัวเลือกซึ่งเรียงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่มีปัญหาจนถึงมีปัญหามากที่สุด ส่วนที่สองเป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง หรือ Visual Analog Scale (VAS) มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง ทั้งนี้คะแนนอรรถประโยชน์คำนวณจากคำตอบในส่วนแรกโดยใช้ตารางคะแนนอรรถประโยชน์ที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละประเทศ และถูกใช้สอบถามในประชากรที่หลากหลาย เช่น ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งในครัวเรือนและในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุ

2.5 *แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living Index: Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย* ดัดแปลงโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบบประเมินนี้เมื่อใช้ประเมินในผู้สูงอายุ พบว่ามีความน่าเชื่อถือ (validity) อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี

2.6 *แบบวัดความรู้ก่อนและหลังอบรมเรื่องการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ*

ขั้นตอนที่ 3 (Research: R2) Trial prototype

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง *ได้แก่ แผนการดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน คู่มือการดูแลด้านจิตใจและสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคู่มือการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่บ้าน*

แบบวัดความรู้ก่อนและหลังอบรมเรื่องการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5-10 ราย ในเขตอ.เมือง จ.สงขลา เพื่อทดสอบหาระดับความเที่ยง โดยใช้วิธีหาคู่สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient)

ขั้นตอนที่ 4 (Develop: D2) Develop prototype

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ให้มีความเหมาะสมต่อกลุ่มตัวอย่างที่จะนำไปใช้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำและจากผลการทดลองใช้

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ (Implementation)

ขั้นตอนที่ 5 (Research: R3) Apply the prototype to a larger group

การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่เป้าหมาย เครือข่ายบริการปฐมภูมิบ่อยางทั้ง 4 แห่ง โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แบบ Explanatory Sequential Design ช่วงแรกเป็นการวิจัยหลักเชิงปริมาณ (QN) Quasi-experimental study, pre-post intervention เพื่อตอบคำถามการวิจัย และต่อด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (QL) เพื่อช่วยในการอธิบายผลให้กระจ่างยิ่งขึ้น ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2564 โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ก่อนการทดลอง

1) การเตรียมพื้นที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และการเตรียมผู้ช่วยวิจัย
2) การประเมินก่อนการทดลองโดยผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

- สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำแบบประเมินภาระโรค Zarit-12 ฉบับภาษาไทย (ZBI-12) และแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-12
- สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย และ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย

การดำเนินการทดลอง การทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) และการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation)

ผู้ดูแลสามารถใช้อุปกรณ์สื่อสาร เช่น smart phone/tablet/computer และเครือข่ายอินเตอร์เน็ตจากที่บ้าน ส่วนทีมบุคคลากรใช้อุปกรณ์และเครือข่ายอินเตอร์เน็ตจากสถานพยาบาล ทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ณ สถานที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง โดยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (personal protection equipment: PPE) การล้างมือ การเว้นระยะห่างส่วนบุคคล (physical distancing) เป็นต้น การทำกิจกรรมแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 เดือน

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงกระบวนการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และอบรมเชิงปฏิบัติการ 2

เรื่องได้แก่ การใช้แอปพลิเคชันสำหรับ Tele-consultation และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน การประเมินอาการผู้ป่วยสูงอายุ การช่วยเหลือเบื้องต้น และการขอความช่วยเหลือจากระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ดำเนินการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) การประเมินความรู้และทักษะก่อนการอบรม สำหรับผู้ดูแลและอาสาสมัคร ในการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2) การอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินที่บ้าน การขอความช่วยเหลือ และการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนทีมปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินเข้าช่วยเหลือ โดยมีการบูรณาการกับระบบการทำงานของทีมปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินและห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลา และการใช้ แอปพลิเคชันสำหรับ Tele-consultation เพื่อให้สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือและร้องขอความช่วยเหลือได้ถูกต้องเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในสถานการณ์จริง
3) การประเมินความรู้และทักษะหลังการอบรม สำหรับผู้ดูแลและอาสาสมัคร ในการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) ระยะการดำเนินการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

- *เดือนที่ 1-5* การดำเนินการในแต่ละครั้ง ให้สมาชิกกลุ่มได้พูดถึงปัญหาการดูแลและแนวทางในการแก้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมกลุ่มดำเนินการโดยผู้นำกลุ่มซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกขึ้นมาเป็นผู้นำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มรับหน้าที่ดำเนินการกลุ่ม เริ่มจากเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนพูดถึงปัญหาการดูแลทั้งในอดีตและปัจจุบัน

2. ผู้นำกลุ่มหยิบยกปัญหาที่กลุ่มสนใจขึ้นมาพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แสดงความคิดเห็นพร้อมกับให้สมาชิกร่วมกันหาแนวทางการแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกที่มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและได้ผ่านพ้นปัญหาดังกล่าวไปแล้ว ได้บอกเล่าถึงวิธีการแก้ปัญหาให้กับสมาชิกทราบ จากนั้นจึงให้สมาชิกคนอื่นๆ แสดงความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการดูแลพร้อมกับหาข้อสรุปแนวทางการดูแลในแต่ละปัญหา

3. ผู้ดำเนินโครงการและทีมผู้ช่วยเป็นผู้คอยกระตุ้นให้กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างทั่วถึง คอยเชื่อมโยงคำพูดของสมาชิกแต่ละท่านขณะร่วมกันอภิปรายและเสนอแนะข้อมูลในเรื่องการดูแลด้านจิตใจและสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยและแนวทางการช่วยเหลือ การจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่บ้าน และสนับสนุนให้สมาชิกมีโอกาสแสดงบทบาททั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือในเวลาเดียวกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

4. ในช่วงท้ายของกิจกรรมในแต่ละครั้ง ผู้ดำเนินโครงการเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้นำกลุ่มและทีมผู้ดำเนินโครงการร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญของการสนทนาที่เกิดขึ้นในกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง

5. ผู้ดำเนินโครงการเน้นย้ำกับสมาชิกกลุ่มถึงความสำคัญของการนำผลที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มในแต่ละครั้งนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน พร้อมกับแจ้งกำหนดการมาประชุมกลุ่มในครั้งต่อไปอีก 1 เดือนถัดไป

3) ระยะการสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

- *เดือนที่ 6* ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลการนำสิ่งที่ได้รับจากกลุ่มไปปฏิบัติต่อตนเองและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน รวมถึงสิ่งที่ตนเองนั้นได้รับจากการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน หลังจากนั้นจึงยุติสัมพันธภาพและปิดการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ระยะที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

ขั้นตอนที่ 6 Assess the effectiveness and efficiency the prototype

1) การประเมินหลังการทดลองโดยผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

- สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำแบบประเมินภาระโรค Zarit-12 ฉบับภาษาไทย (ZBI-12) และแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-12

- สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย และ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) (Research: R4) เป็นการประเมินศักยภาพชุมชน (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครแกนนำ) โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองรวมทั้งช่วยเหลือพึ่งพากันและกัน เพื่อการป้องกันความเสี่ยง จัดการภาวะฉุกเฉินคุกคามชีวิต และฟื้นฟูสภาพได้ถูกต้อง รวดเร็ว และเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จากรูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ (New normal) ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) ที่สร้างขึ้นเพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โดยมีการประเมินผลศักยภาพดังต่อไปนี้

1. การประเมินทักษะในการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนโดยใช้ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ และสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุของผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและในชุมชน

2. การสนทนากลุ่ม (Group discussion) จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 8-12 คน เพื่อการสะท้อนมุมมองแนวคิด ด้านศักยภาพในการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนโดยใช้ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ และสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุของผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม 45-90 นาที โดยคัดเลือกบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพในการดูแลกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้เข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ ในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะใช้ข้อคำถามกึ่งโครงสร้าง จำนวน 6 ข้อดังต่อไปนี้

2.1 ความรู้สึกของการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างไร

2.2 มุมมองเกี่ยวกับศักยภาพของท่านในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ (New normal) ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) และการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินเป็นอย่างไร

2.3 ความคิดเห็นของท่านในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร

2.4 อุปสรรคในการทำกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) และการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินเป็นอย่างไร

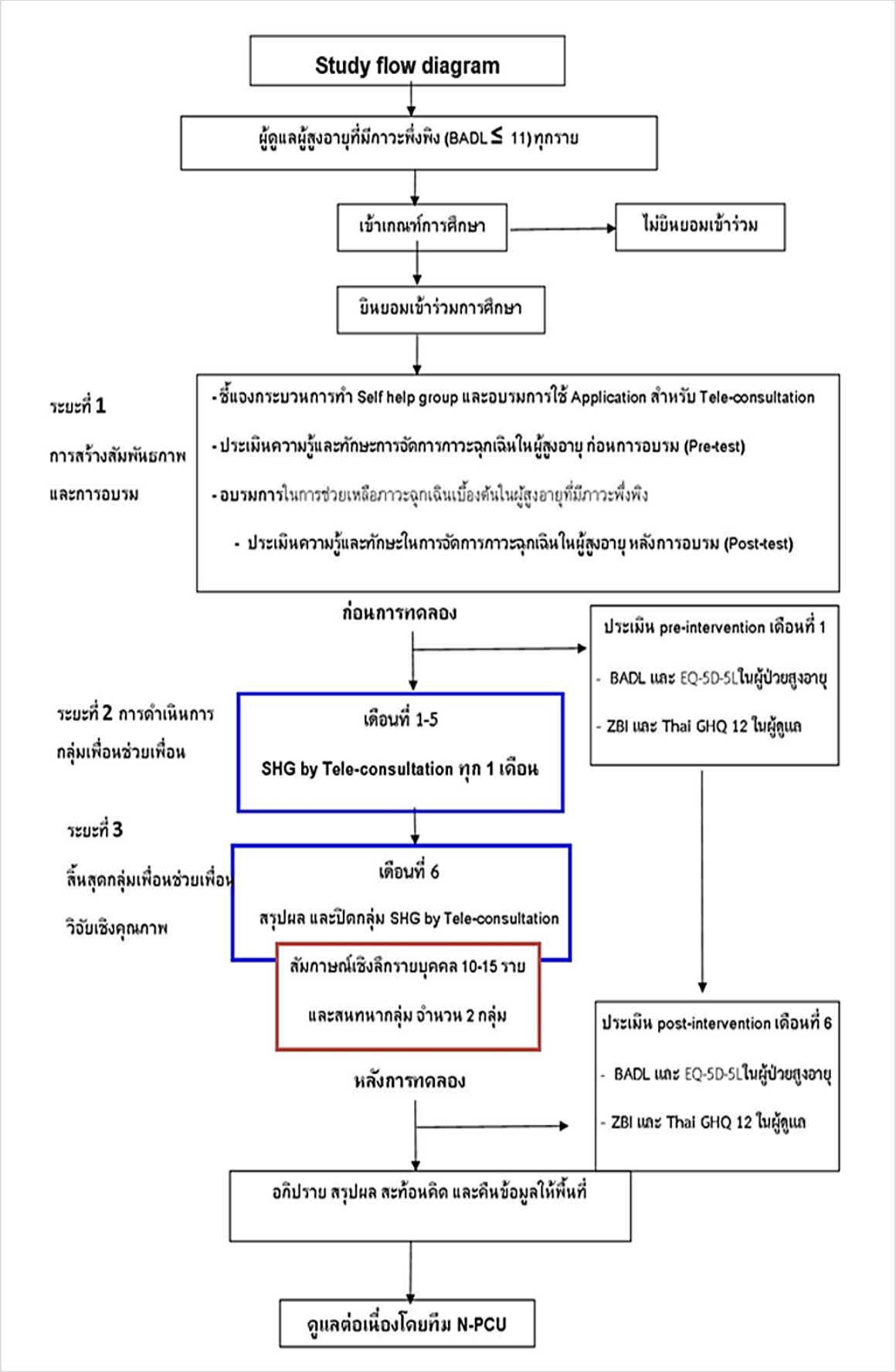
2.5 ท่านมีข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) และแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างไร

2.6 จุดเด่น จุดพัฒนาในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ ในการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ (New normal) ด้วยเทคโนโลยีการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-consultation) ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

ระยะที่ 5 การสะท้อนผล (Development 4)

การระดมสมองเพื่ออภิปราย สรุปผล สะท้อนคิด และคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนและระยะเวลาดำเนินการ ดังภาพ


Study flow diagram
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (BADL ≤ 11) ทุกราย
เข้าเกณฑ์การศึกษา
ไม่ยินยอมเข้าร่วม
ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
ระยะที่ 1
การสร้างสัมพันธภาพ
และการอบรม
- ชี้แจงกระบวนการทำ Self help group และอบรมการใช้ Application สำหรับ Tele-consultation
- ประเมินความรู้และทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ ก่อนการอบรม (Pre-test)
- อบรมการในการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ประเมินความรู้และทักษะในการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ หลังการอบรม (Post-test)
ก่อนการทดลอง
ประเมิน pre-intervention เดือนที่ 1
- BADL และ EQ-5D-5L ในผู้ป่วยสูงอายุ
- ZBI และ Thai GHQ 12 ในผู้ดูแล
ระยะที่ 2 การดำเนินการ
กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
เดือนที่ 1-5
SHG by Tele-consultation ทุก 1 เดือน
ระยะที่ 3
สิ้นสุดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
วิจัยเชิงคุณภาพ
เดือนที่ 6
สรุปผล และปิดกลุ่ม SHG by Tele-consultation
สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล 10-15 ราย
และสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม
ประเมิน post-intervention เดือนที่ 6
- BADL และ EQ-5D-5L ในผู้ป่วยสูงอายุ
- ZBI และ Thai GHQ 12 ในผู้ดูแล
หลังการทดลอง
อภิปราย สรุปผล สะท้อนคิด และคืนข้อมูลให้พื้นที่
ดูแลต่อเนื่องโดยทีม N-PCU

ตัวชี้วัดความสำเร็จ (จำแนกตัวชี้วัดระดับ Output, ระดับ Outcome, ระดับ Impact)

Output

มีรูปแบบบริการสุขภาพในการให้คำปรึกษาและการสร้างกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในวิถีใหม่ด้วยเทคโนโลยีบริการปรึกษาแพทย์ออนไลน์ (tele-consultation)

Outcomes

1. ร้อยละ 75 ของกลุ่มผู้ดูแลและแกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้รับความรู้ ทัศนคติและทักษะในการดูแลและจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุได้
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (BADL) ดีขึ้นหรือคงที่ หรือมีภาวะพึ่งพิงลดลงหรือคงที่

Impact

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) ดีขึ้น และกลุ่มผู้ดูแลและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองในการจัดการภาวะฉุกเฉิน

ลงนาม ..... หัวหน้าโครงการ

(แพทย์หญิง พัชรี พุทธชาติ)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ