

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาล ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

ทศวรรณ เจริญวงศ์*, สงครามชัย ลีทองดี**, วิโรจน์ เขมรัมย์***

*หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

✉ tassawan.mms@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล สุ่มตัวอย่างจากกลุ่มเป้าหมาย คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง, บุคลากรสาธารณสุขผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวน 119 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานคือ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทข้อมูลพื้นฐาน 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 4) การวางแผนดำเนินงาน 5) อบรมฟื้นฟูนักบริบาลผู้สูงอายุ 6) ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 7) การสังเกตติดตาม และ 8) ประเมินผล และถอดบทเรียน ภายหลังการพัฒนาแบบ พบว่ากลุ่มภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงความรู้การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบ

สรุปได้ว่าปัจจัยด้านความสำเร็จที่สำคัญประกอบด้วย 1) การมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน 2) การพัฒนาศักยภาพของนักบริบาลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4) งบประมาณสนับสนุนเพียงพอ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, นักบริบาลผู้สูงอายุ

Article info:

Received: Sep 10, 2019

Revised: Nov 30, 2019

Accepted: Dec 21, 2019

Original article

The model for the home-bound elderly care in community thought elderly care in BOK Health Promoting Hospital, Nong Thanam Sub-district, Kukawbun District, Ubon Ratchathani Province

Tasawan Charoenwong*✉, Songkramchai Leethongdee**, Wirote Semrum***

*Master of Public Health, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**Faculty of Public Health, Mahasarakham University

***Ubon Ratchathani Provincial Office

✉ tassawan.mms@gmail.com

Abstract

Manner research takes action this time have the objective for develops care old people group format sticks a house in the community by The Model for the Home-bound Elderly Care in Community though Elderly Care Giver in BOK Health Promoting Hospital, Nong Thanam Sub-district, Kudkawbun district, Ubon Ratchathani, be manner research takes action 4 pillar step, be planning, Planning, practice Action, the observation is (Observation), and reflecting, take a random from the target group be , the participant relates, public health personnel, old people and a superintendent, 119 persons amounts, pick collect manner quantity data by use the questionnaire that establishes, analyze manner quantity data by use manner statistics describes , for example , , percentage, average, the part deviates the standard, and manner statistics estimates to are, Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test, collect data quality manner , by group conversations , and analyze manner quality data by manner substance analysis, the research result meets that, the procedure develops this time , there is 8 the step , for example, 1) the education confiscates, 2) having appointed working group 3) analysis common data 4) planning s operate 5) train to resuscitate extremely 6) old peoples s take action to take care 7) old observation peoples, follow, and 8) evaluate , and take off a lesson, later format development, meet that , participant network group , and public health personnel , there is knowledge change, participating in, and the contentment in care old people format , for old people group and a superintendent , meet that , there is knowledge change , the behavior and the contentment build [wasp] the format improve before more format development , can summarize that , side success important factor composes 1) having policy and 2) distinct development latency regulations of extremely old people continuously 3) participating in of 4) network budget participants support enough.

Keywords: The model for the home-bound elderly care, elderly home group, caregiver

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ และอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรลดลง โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป กว่า 900 ล้านคน หรือร้อยละ 12 ของประชากรโลก และ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีจำนวน เพิ่มขึ้นเป็น 2,000 ล้านคน หรือร้อยละ 22 ของประชากรโลก ประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ในปี 2564 และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 ประชากรที่มีสัดส่วน ผู้สูงอายุสูงขึ้นย่อมหมายถึงภาระของรัฐ ชุมชน และ ครอบครัว ในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการ ยิงชีพ และการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสม ที่จะต้องสูงขึ้นตามไปด้วยจึงจำเป็นต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ประชากรสูงวัยอย่างรวดเร็วนี้ (ปราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.), 2559)

ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีความเปราะบาง เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ร่างกายจะเสื่อมถอย และอ่อนแอลง จิตใจมีการแปรปรวน เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2554) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยย่อมส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง (กรมการแพทย์, 2557)

การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเรื้อรัง และภาวะความเสื่อมของร่างกายและจิตใจทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งเกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องการพึ่งพาและความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคม (จุฑาทิพย์ งอยจันทรศรี และอรสา กงตาล, 2555)

การดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์ และการบริการทางด้านสังคม (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ในชีวิตประจำวันมุ่งเน้นด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Pender, 2002)

ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกกตำบลหนองทันทน์ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถการทำกิจกรรมประจำวัน จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 550 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 495 คน (ร้อยละ 90) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 55 คน (ร้อยละ 10) โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวาย และกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 213 คน (ร้อยละ 38.72) ซึ่งเป็นโรคเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง และทำให้มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการผู้ดูแล แต่เนื่องจากสมาชิกครอบครัวที่อยู่ในวัยทำงาน ต้องออกไปทำงานนอกบ้านไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลายเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

จากผลการประเมินการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกกพบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลจากนักบริบาลผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10 จากเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงควรได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จากนักบริบาลผู้สูงอายุครบทุกคนคิดเป็นร้อยละเปอร์เซ็นต์ และมีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2561)

บทบาทนักบริบาลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่จะเข้ามาดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านคือผู้ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่น ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบดูแลกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้ายการขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของ

ผู้สูงอายุสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านกรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้องจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ชัดเจน ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลหลักด้านบุคลากรขาดประสบการณ์ในการนำกลุ่มนักบริการผู้สูงอายุเข้าดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านในชุมชน ด้านงบประมาณขาดแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณที่ชัดเจน ทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณเป็นไปได้ยากและ การดำเนินงานตามนโยบายไม่ต่อเนื่องผู้วิจัยในบทบาทผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Manager : CM) ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงสนใจศึกษาและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ชะลอการเจ็บป่วยหรือสามารถกลับมาอยู่ในสังคมได้เหมือนเดิมและมีภาวะปกติ หรือป้องกันไม่ให้กลุ่มเหล่านี้กลายเป็นกลุ่มติดเตียงซึ่งจะเป็นภาระของครอบครัวและสังคมในที่สุด

คำถามงานวิจัย

รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากร

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับประเด็นหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 57 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ รวม 62 คน ได้แก่

1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 55 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 7 คน

2. ด้านพื้นที่

ศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

3. ด้านระยะเวลา

ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 รวมระยะเวลา 8 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Action Research) ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของ เคมมิต และแมคแท็กการ์ท (Kemmis et al 1988) ที่ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) โดยมีขั้นตอนการศึกษาวิจัยตามกรอบแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle

ประชากรเป้าหมาย การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 57 คน และกลุ่มที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ จำนวน 62 คนรวมทั้งสิ้น 119 คนตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ภาควิชาเวชศาสตร์ในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกก ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ภาควิชาการสังคมและภาควิชาบริการสุขภาพ 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ร่วมวิจัยถอนตัวจากการศึกษาวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติหน้าที่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามหนังสือรับรองเลขที่ PH 044/2562

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกกตำบลหนองทันน้ำ อำเภอภูพาน จังหวัดอุบลราชธานี ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

2.1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิดเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง ทำการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการครั้งเดียว การแปลผลโดยใช้การแจกแจงความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.0–79.9) ความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 60.0 ลงมา) 3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกก จำนวน 20 ข้อ ให้เลือกตอบ 5 ระดับคือมากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยคิดคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น(กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์, 2558) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์ช่วงค่าเฉลี่ย ดังนี้มีส่วนร่วมระดับมาก(คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00) มีส่วนร่วมระดับปานกลาง(คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67) มีส่วนร่วมระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33) และ 4) ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านในชุมชน โดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกก เป็นข้อคำถามเลือกตอบ 5 ระดับ คือมากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย ประยุกต์ตามแนวคิดของเบสท์ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 174 อ้างอิงจาก Best, 1977) ดังนี้ พึงพอใจระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00) พึงพอใจระดับปานกลาง(คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67) และพึงพอใจระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

2.1.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 2) แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.0–79.9) ความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 60.0 ลงมา) 3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ ให้เลือกตอบ 5 ระดับคือมากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยคิดคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์, 2558) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์ช่วงค่าเฉลี่ย ดังนี้ มีส่วนร่วมระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00) มีส่วนร่วมระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67) มีส่วนร่วมระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33) และ 4) ความพึงพอใจต่อการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามเลือกตอบ 5 ระดับ คือมากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย ประยุกต์ตามแนวคิดของเบสท์ (สุมัทนา กลางคารและวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ดังนี้ พึงพอใจระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00) พึงพอใจระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67) และพึงพอใจระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

2.1.3 แบบสอบถามชุดที่ 3 สำหรับ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 1.1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็น จำนวน 10 ข้อ 1.2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 11 ข้อ 2) แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม

ติดบ้าน จำนวน 20 ข้อมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้ (สุมัทนา กลางคารและวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.0–79.9) ความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 60.0 ลงมา) 3) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 28 ข้อ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 11 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ ด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 5 ข้อ และด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเชิงบวก และลบ กำหนดค่าคะแนนเชิงบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ข้อความเชิงลบ กำหนดให้ค่าคะแนน ในทิศทางตรงกันข้ามและกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัว แบ่งการปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ (พุทธิดา จันดอนแดง, 2556, อ้างอิงจาก สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) พฤติกรรมระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 2.34–3.00) พฤติกรรม ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33) และ พฤติกรรม ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66) 4) แบบสำรวจภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 9 ข้อซึ่งพัฒนาโดยอรพรพรทองแดง (2544) มีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ 82.14 % และค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 97.56 % ในการตอบคำถามด้วยแบบสำรวจภาวะซึมเศร้าโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจจากความรู้สึกของตนเองและอาการนี้เป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปคำตอบแบ่งเป็น 2 ข้อย่อยให้เลือกตอบว่ามีและไม่มีการแปลผลถ้าตอบคำถามว่ามีตั้งแต่ 5 ข้อหรือมากกว่าคือบ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้า 5) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุเป็นข้อคำถามเลือกตอบ 5 ระดับ คือมากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย ประยุกต์ตามแนวคิดของเบสท์ (สุมัทนา กลางคารและวรพจน์

พหุสัณยพจน์, 2553: 174 อ้างอิงจาก Best, 1977) ดังนั้น ฟังพอใจระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00) ฟังพอใจระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67) และฟังพอใจระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

2.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การบันทึก (Record) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง สร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดของการวิจัย

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการตรวจสอบด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม พิจารณาข้อคำถาม และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา มีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไปทุกข้อคำถาม

3. การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน การวัดความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) ในส่วนของการประเมินการมีส่วนร่วม การประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติตัว และการประเมินความพึงพอใจ ที่มีมาตรวัดแบบ Rating Scale ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ต้องมากกว่า 0.75 การวัดความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) ในส่วนของการประเมินการมีส่วนร่วม การประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติตัว และการประเมินความพึงพอใจ ที่มีมาตรวัดแบบ Rating Scale ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

3.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 3) ความพึงพอใจต่อการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

3.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 3) ความพึงพอใจต่อการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

3.3 แบบสอบถามชุดที่ 3 สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 3) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต่อการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

4. การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกตามประเด็นปัญหา และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานีใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) จำนวน

12 กระบวนการ ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) 1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอภูพาน จังหวัด อุบลราชธานี 2) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย แยกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมใน กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใน ชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ได้แก่ ภาควิชาการชุมชน/ท้องถิ่น ตัวแทนจากภาควิชาการสังคม และภาควิชาการสุขภาพรวม จำนวน 57 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน การประเมินผลการพัฒนารูปแบบ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและ ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 62 คน ประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อรูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ 3) การประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) วิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุใน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก 4) วางแผน ในการดำเนินงาน

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนัก บริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบก ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้น ที่ 1 และติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

3. ขั้นการสังเกตผล (Observation) การติดตามและ เก็บรวบรวมข้อมูล

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อ ถอดบทเรียน และสรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และ ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้ พฤติกรรม การมี ส่วนร่วมและความพึงพอใจประชากร โดยใช้สถิติเชิง พรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้สถิติเชิง พรรณนาแจกแจงค่าความถี่และค่าร้อยละ

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน คือ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบันทึกการ ประชุม การสังเกต การสนทนากลุ่มและข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ของผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปสาระสำคัญที่ได้

จากการดำเนินกิจกรรมโดยนำข้อมูลที่ได้มา ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตาม ประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ ข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิง เนื้อหา (Content Analysis)

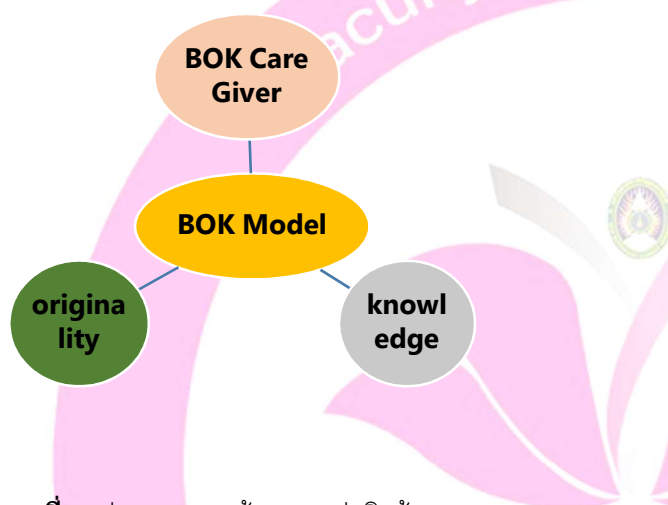
สรุปผลการวิจัย

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้ แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนักบริบาล ผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้ คณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบโดยอาศัยการขับเคลื่อน ของภาคีเครือข่ายหรือเรียกว่า BOK MODEL (ภาพที่ 1) ดังนี้

1.1 BOK Care Giver=คือนักบริบาลผู้สูงอายุที่ผ่าน การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver: CG)

1.2 O= Originality ความคิดริเริ่ม, ความคิดที่แปลกใหม่ แตกต่างจากความคิดเดิม นำความรู้มาประยุกต์ให้เกิดสิ่งใหม่ขึ้น ไม่ซ้ำกับของเดิมโดยการยึดเอานโยบายรัฐบาลในการเข้าถึงชุมชนในการจัดให้มีระบบการดูแลส่งเสริม

1.3 K=knowledge ความรู้, การจัดการข้อมูล (Data) โดยการ ค้นหา รวบรวม และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ประมวลผลให้เป็นสารสนเทศ (Information) จัดการเชิงระบบบนพื้นฐานของข้อมูล จนกลายเป็นองค์ความรู้ (Knowledge)



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเซตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล “BOK MODEL”

2. กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบท/ข้อมูลพื้นฐาน 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 4) การวางแผนดำเนินงาน 5) อบรมฟื้นฟูนักบริบาลผู้สูงอายุ 6) ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 7) การสังเกต ติดตาม และ 8) ประเมินผล และถอดบทเรียน

3. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่ากลุ่มภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงความรู้การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบดังตารางที่ 1-9

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ BOK MODEL

ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) เป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังการประสพอุบัติเหตุความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันมีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัดส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559) นักบริบาลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนักบริบาลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบโดยอาศัยการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายหรือเรียกว่า BOK MODEL โดยมีผู้ดูแลหรือ “นักบริบาลผู้สูงอายุ” เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว อธิบายได้ว่า การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคมสุขภาพเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวันโดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัวเพื่อนเพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัวชุมชนหรือสถานบริการ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2552) สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวชุมชนและองค์กรรัฐ พบว่า รูปแบบการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นควรมี 3 ภาคส่วน คือผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกายจิตและสังคม

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยพบว่า มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบท/ข้อมูลพื้นฐาน 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 4) การวางแผนดำเนินงาน 5)อบรมฟื้นฟูนักบริบาลผู้สูงอายุ 6) ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 7) การสังเกตติดตาม และ 8) ประเมินผล และถอดบทเรียน อธิบายได้ว่า หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาลชุมชนและครอบครัว อาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559) สอดคล้องกับหลักการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559) คือ 1) เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager, CM) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของรวิวรรณ ศิริสมบุรณ์ และณภัทรกฤต จันทวงศ์ (2558) ทำการวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านลำ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดสระบุรี พบว่า ควรเพิ่มศักยภาพทีม

สนับสนุนให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุมีเวทีเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน นักบริบาลควรได้รับการคัดเลือกจากผู้ที่มีความตั้งใจจริง ควรมีช่องทางการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นทางการเพื่อการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องอย่างราบรื่น

3. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นก่อนการพัฒนา รูปแบบ อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ BOK MODEL โดยผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบที่เริ่มต้นจากการศึกษาบริบท/ข้อมูลพื้นฐาน การแต่งตั้งคณะทำงาน มีการประชุม/วิเคราะห์ข้อมูล/วางแผนดำเนินงาน การอบรมฟื้นฟูนักบริบาลผู้สูงอายุ ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ การสังเกต ติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียน โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559) ส่งผลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมทุกกระบวนการของการพัฒนาเกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นก่อนการพัฒนา รูปแบบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของธารินทร์ คุณยศยิ่ง (2556) ศึกษาเรื่องการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภาวะการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากในชุมชนมีระบบและเครือข่ายการดูแลและความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดี ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเป็นผลกระทบทางบวกมากกว่าผลกระทบทางลบ

ระบบและเครือข่ายการดูแลนั้นควรเป็นความร่วมมือของคนในชุมชนตั้งแต่คนในครอบครัวชุมชนภาคีภาคเอกชนภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลในระยะยาวที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพและบทบาทการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ทั้งในครอบครัว เครือข่ายชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลต่อเนื่องในชุมชน การ บริการเชิงรุก การบริการในสถานพยาบาล การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และการรับข้อมูล/ให้คำปรึกษา ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

1.2 ควรพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งเสริมการทำงานใน

ลักษณะภาคีเครือข่ายในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ส่งเสริมการทำงานเชิงรุกให้ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ โดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันไม่ให้เกิดกับประชากรผู้สูงอายุและกลุ่มอื่น ๆ

1.3 ควรอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในและวงนอกที่เป็นเครือข่าย และชุมชน

ด้านการดูแล และการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรวิจัยและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นแนวทางในการที่จะใช้เป็นรูปแบบของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ต่อไป

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลที่เป็นญาติ อสม.และนักบริบาล

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Ubon Ratchathani Rajabhat University

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญและศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. **รามาศิขิตสาร**. 14, 385-399.
- กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองศรีสะเกษจังหวัดศรีสะเกษ. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**. 34(6), 551-559.
- จุฑาทิพย์อัยจันทร์ศรีและอรสาगतาล. (2555). **การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์**. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo14.pdf>. [สืบค้น 20 เมษายน 2561].
- พทุธิดา จันดอนแดง. (2556). **การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐจังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2560). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2559**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ปราโมทย์ประสาทกุล. (2559). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558**. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน).
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง. (2556). **การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รวิวรรณ ศิริสมบุญ และณภัทร กฤตจันทวงศ์. (2558). การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านลำอำเภอนิเวศน์จังหวัดสระบุรี. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 24(6), 1075-1085.
- วิราพรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. **วารสารสภาการพยาบาล**. 29(3), 3-10.
- สุ่มทนา กลางคาร และวราพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). **หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สาครามเปเปอร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2559). **คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Deakin University (Vic.). (1982). *The action research planner*. Deakin Univ. Retrieved from https://books.google.co.th/books/about/The_Action_Research_Planner
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in Nursing Practice*. 4th ed. Upper saddle river: Pearson education.

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Ubon Ratchathani Rajabhat University

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ (n=50)

ความรู้	$\bar{X}$	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (P)
ก่อนการพัฒนา	13.52	1.67	50	1,176	6.05	0.000*
หลังการพัฒนา	17.32	1.87	50			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=50)

การมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (P)
ก่อนการพัฒนา	3.61	0.28	50	1,274.00	6.15	0.000*
หลังการพัฒนา	4.51	0.33	50			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=50)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (P)
ก่อนการพัฒนา	3.68	0.38	50	1,275.00	6.28	0.000*
หลังการพัฒนา	4.54	0.41	50			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=7)

ความรู้	$\bar{X}$	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (P)
ก่อนการพัฒนา	13	1.53	7	28.00	2.37	0.02*
หลังการพัฒนา	16	1.39	7			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=7)

การมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (P)
ก่อนการพัฒนา	2.97	0.17	7	28.00	2.37	0.02*
หลังการพัฒนา	4.43	0.49	7			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=7)

ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (P)
ก่อนการพัฒนา	3.31	0.16	7	28.00	2.37	0.02*
หลังการพัฒนา	4.66	0.44	7			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=62)

ความรู้	$\bar{x}$	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (P)
ก่อนการพัฒนา	11.03	2.48	62	1,926.00	6.68	0.000*
หลังการพัฒนา	14.50	22.27	62			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=62)

พฤติกรรม	$\bar{x}$	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (P)
ก่อนการพัฒนา	3.15	0.30	62	1945.00	6.79	0.000*
หลังการพัฒนา	3.68	0.46	62			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 9 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=62)

ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob (P)
ก่อนการพัฒนา	3.03	0.34	62	666.00	5.23	0.000*
หลังการพัฒนา	3.71	0.42	62			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05