



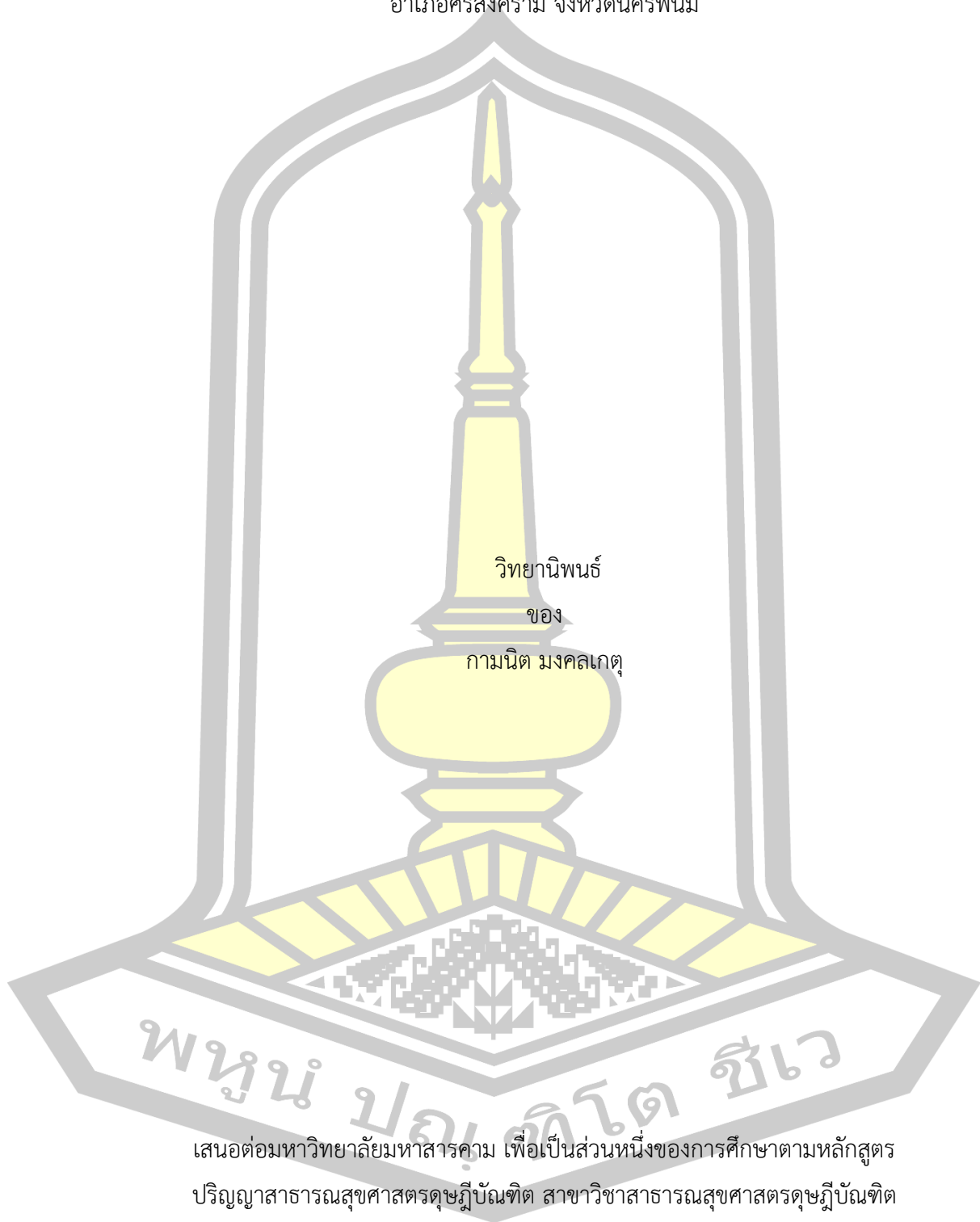
การพัฒนาแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

วิทยานิพนธ์
ของ
กานันต์ มงคลเกตุ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม



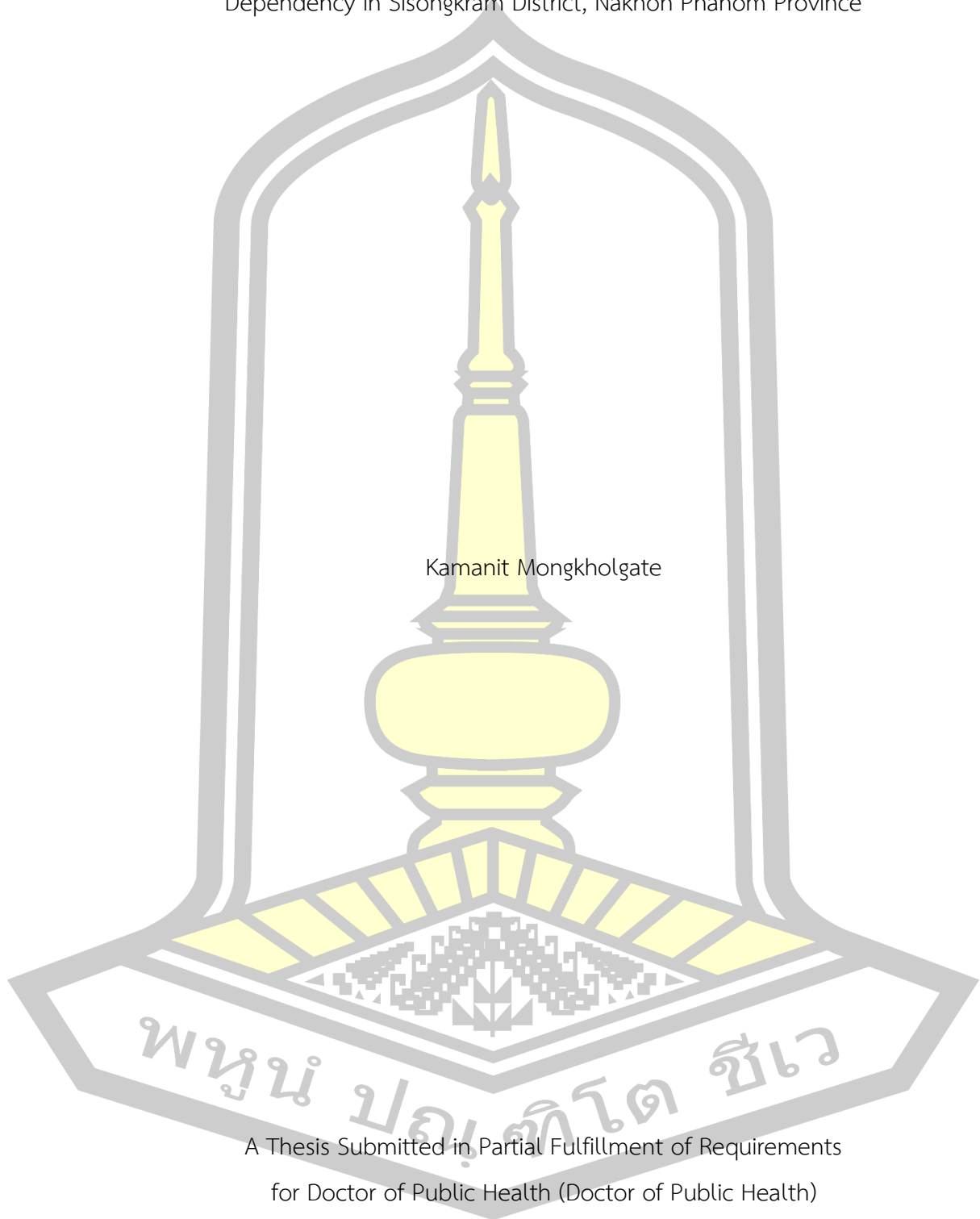
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Long Term Care Development Model at The District level for Elderly
Dependency in Sisongkram District, Nakhon Phanom Province

Kamanit Mongkholgate



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

November 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายกามนิต มงคลเกตู แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
สาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลิทองดีสกุล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

กรรมการ

(รศ. ดร. สุณิรัตน์ ยั่งยืน)

กรรมการ

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

กรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

(รศ. ดร. สุภัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธรรณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม		
ผู้วิจัย	กานินิต มงคลเกตุ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดปัญหาเนื่องจากภาวะโรคเรื้อรังและขาดการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากแบบสอบถาม ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มเป้าหมาย 115 คน ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว โดยขึ้นวางแผน ขึ้นปฏิบัติการ ขึ้นสังเกตผล และขึ้นสะท้อนผล กลุ่มเป้าหมาย 499 คน ระยะที่ 3 ประเมินผลการดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาการดูแลระยะยาว กลุ่มเป้าหมาย 928 คน และประเมินตามหลัก UCCARE กลุ่มเป้าหมาย 21 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ การปฏิบัติให้บริการดูแลระยะยาว ความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาว และการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาว มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัว

ผลการวิจัย ระยะที่ 2 พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในเสนอกิจกรรม แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจเลือกกิจกรรม การขับเคลื่อนกิจกรรมกระบวนการตามหลัก UCCARE ผู้สูงอายุที่

มีภาวะพึ่งพิงได้รับความช่วยเหลือตรงตามความต้องการ มีความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิจัย ระยะที่ 3 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงลดลง เปลี่ยนมาเป็นกลุ่มติดบ้านและติดสังคมเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น และมีระดับความพึงพอใจมากขึ้น กลุ่มผู้ดูแล มีการปฏิบัติมากกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความพึงพอใจมาก เพิ่มขึ้น และ พชอ. พชต. คณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีบทบาทระดับมากและมากกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีส่วนร่วมระดับมาก และทุกด้านมากกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความพึงพอใจมาก เพิ่มขึ้น ผลการประเมินผลตามหลัก UCCARE พบว่า ทั้ง 6 องค์ประกอบ ภายหลังการพัฒนา มีระดับการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา

สรุป รูปแบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรขับเคลื่อนกิจกรรมกระบวนการตามหลัก UCCARE เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง, การดูแลระยะยาว

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว

TITLE	The Long Term Care Development Model at The District level for Elderly Dependency in Sisongkram District, Nakhon Phanom Province		
AUTHOR	Kamanit Mongkholgate		
ADVISORS	Associate Professor Songkramchai Leetongdeesakul , Ph.D. Terdsak Promarak , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

Currently, dependent elderly people face problems due to chronic diseases and lack of correct health care. Therefore, there is a need to find ways to solve this problem. The objective of the research is to study the development of a long-term care model at the district level for dependent elderly people at Srisongkram district, Nakhon Phanom province. A Mixed Methods research design Phase 1 studied factors related to long term care at the district level for the dependent elderly from the questionnaires form for the participants were 115 caregivers of dependent elderly. Phase 2, development of the long-term care process by the planning stage operational stage, observation stage and reflection stage for 499 people target group. Phase 3, evaluate the results of operations according to the process of developing long-term care, 928 people and evaluate according to UCCARE principles. 21 people target group analyze data with descriptive statistics includes enumerating frequencies, numbers, percentages, means, standard deviations and analysis qualitative data by classifying data, gather connections and create conclusions.

The results of the research in Phase 1 found that, factors in all aspects were positively correlated with the quality of the dependent older adults at a high level ($P < .01$). The variables that could predict factors affecting the quality of life of dependent older adults were long-term care service practice , service participation in

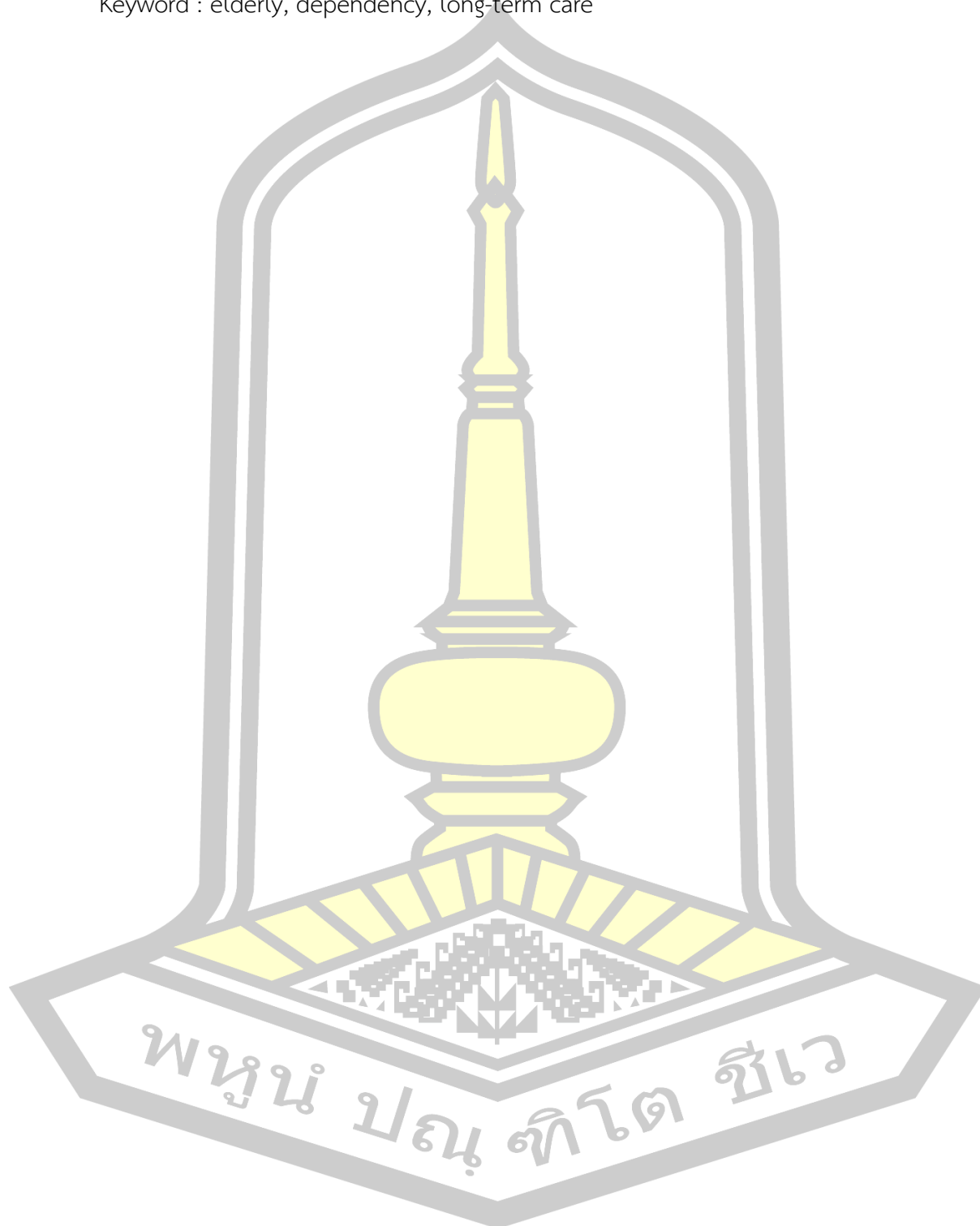
long-term care , and long-term care service satisfaction . These factors were positively correlated and had a statistically significance level of .05 for all items.

The results of the research in Phase 2 found that, the target group was involved in proposing activities, leave comments and decide on activities implementation of activities according to the principles of UCCARE. Elderly people who are dependent receive help that meets their needs. There is satisfaction from both service recipients, service providers, and those involved in helping dependent elderly people.

The results of the research in Phase 3 revealed that, the dependent elderly group has the ability to carry out daily activities, after the development it was found that the number of elderly people stuck in bed decreased and, changed to become a home-loving group and increasingly addicted to society. Quality of life overall are better and most of them had a high level of satisfaction. Care givers of dependent elderly had significantly more long-term care practices than before development ($p < .05$), participated in long-term care more than before the development with statistical significance ($p < .05$) and had an increasing very high level of satisfaction. And, in the group of the District Quality of Life Development Committee , The Sub-district quality of life development committee and the Sub- committee on caring for dependent elderly found that, their roles in long-term care were at a high level and significantly greater than before the model was developed ($p < .05$). Participated in long-term care more than before the development with statistical significance ($p < .05$) and had a very high level of satisfaction increasingly. The results of the evaluation according to UCCARE principles showed that all 6 components after the development were developed increasingly from before development.

Summary: Long-term care models for the elderly who are dependent, activities should be driven according to UCCARE principles. So that, all sectors can participate in helping and caring for the elderly who are dependent that make the elderly with dependency have a better quality of life.

Keyword : elderly, dependency, long-term care



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความอนุเคราะห์ให้ความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดีสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน ประธานกรรมการสอบ (ผู้ทรงคุณวุฒิ) รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรด กรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร.สุมนัสนา กลางคาร กรรมการสอบ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ยั่งยืน กรรมการสอบ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะอาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านเป็นอย่างสูงยิ่งที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดหลักสูตรการเรียน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุมนัสนา กลางคาร คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชรรัตน์ มังคละศิริ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ขอบคุณภรรยา บุตรชาย บุตรสาว ญาติพี่น้อง ทีมงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และทีมงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม ที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจเป็นที่ปรึกษา คอยช่วยเหลือทุกสิ่งทุกอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อในครั้งนี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ประโยชน์และคุณค่าจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำไปใช้ปรับปรุง พัฒนางานในหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ของหน่วยงาน ชุมชน ประเทศชาติ และเพื่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงานของผู้วิจัย

พูน ปณ จิตโต ชีเว

กามนิต มงคลเกตุ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฌ
สารบัญ.....	ญ
สารบัญตาราง.....	ฐ
สารบัญภาพประกอบ.....	ด
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 ความสำคัญของการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	8
2.2 แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาว	15
2.3 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นโยบาย แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต	55
2.4 แนวคิดการจัดบริการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.....	69
2.5 การวิจัยแบบผสมผสาน.....	77
2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	93
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	97

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	108
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	109
3.1 รูปแบบการวิจัย	109
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	111
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	114
3.4 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	122
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	124
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย.....	125
3.7 จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย.....	126
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	127
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	127
4.2 ลำดับการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	127
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	128
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	199
5.1 สรุปผลการวิจัย	199
5.2 อภิปรายผล	203
5.3 ข้อเสนอแนะ	205
บรรณานุกรม.....	206
ภาคผนวก.....	216
ภาคผนวก ก เครื่องวิจัยชุดที่ 1.....	217
ภาคผนวก ข เครื่องวิจัยชุดที่ 2.....	227
ภาคผนวก ค เครื่องวิจัยชุดที่ 3.....	239
ภาคผนวก ง เครื่องวิจัยชุดที่ 4	248
ประวัติผู้เขียน.....	251

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	วิวัฒนาการของแบบแผนการวิจัยแบบผสมวิธีตั้งแต่ ค.ศ. 2003 ถึง ปัจจุบัน ค.ศ. 2018...	80
ตาราง 2	ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม	112
ตาราง 3	ข้อมูล CM CG และ CC อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม	112
ตาราง 4	คุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 115).....	129
ตาราง 5	ระดับการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 115).....	130
ตาราง 6	ระดับการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 115).....	131
ตาราง 7	ระดับความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 115).....	131
ตาราง 8	ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 115).....	132
ตาราง 9	เมทริกซ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดและตัวแปรเกณฑ์	132
ตาราง 10	ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยใช้ปัจจัยการปฏิบัติให้บริการดูแลระยะยาว (X1), การมีส่วนร่วม ให้บริการดูแลระยะยาว (X2) และความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาว (X3).....	133
ตาราง 11	คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 429)	135
ตาราง 12	จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามผลประโยชน์ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) (รายข้อ) ก่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (N = 429)	138
ตาราง 13	ความถี่และร้อยละของผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 429)	142
ตาราง 14	ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 429).....	144

ตาราง 15 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัคร บริหารท้องถิ่น (N = 204).....	145
ตาราง 16 การปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ก่อนการพัฒนา (N = 204).....	148
ตาราง 17 การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ก่อนการพัฒนา (N = 204).....	150
ตาราง 18 ความพึงพอใจในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ก่อนการพัฒนา (N = 204).....	153
ตาราง 19 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 295).....	154
ตาราง 20 บทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนา (N = 295).....	157
ตาราง 21 การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และ คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนา (N = 295).....	158
ตาราง 22 ความพึงพอใจในการให้บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และ คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนา (N = 295).....	160
ตาราง 23 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามผลประเมินความสามารถใน การประกอบกิจวัตรประจำวัน (รายข้อ) หลังการพัฒนา (N = 429).....	165
ตาราง 24 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามผลประเมินความสามารถใน การประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 429).....	168
ตาราง 25 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 429).....	169

ตาราง 26 สรุปผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม รายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 429)	173
ตาราง 27 ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนา (N = 429)	173
ตาราง 28 การประเมินการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ภายหลังการพัฒนา (N = 204).....	174
ตาราง 29 สรุปผลการประเมินการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 204).....	176
ตาราง 30 เปรียบเทียบการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนหลังการพัฒนา (N = 204).....	177
ตาราง 31 การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ภายหลังการพัฒนา (N = 204).....	178
ตาราง 32 สรุปผลการประเมินการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 204)	181
ตาราง 33 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 204).....	182
ตาราง 34 ความพึงพอใจในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 204)	183
ตาราง 35 บทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนา (N = 295)	184
ตาราง 36 ผลการประเมินบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 295).....	185

ตาราง 37 เปรียบเทียบบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 295).....	186
ตาราง 38 การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนา (N = 295).....	187
ตาราง 39 ระดับการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 295)....	189
ตาราง 40 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 295).....	190
ตาราง 41 ความพึงพอใจในการให้บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการพัฒนา (N = 295).....	191
ตาราง 42 ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบตามหลัก UCCARE ในการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา	192
ตาราง 43 การแปลผลการประเมินตามหลัก UCCARE ในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา	198



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แบบแผนแบบคู่ขนาน (The Convergent Design)	84
ภาพประกอบ 2 แบบแผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design)	85
ภาพประกอบ 3 แบบแผนแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design)	85
ภาพประกอบ 4 แบบแผนการทดลองผสมผสาน (Experimental (Intervention) Design)	87
ภาพประกอบ 5 แบบแผนการศึกษากรณี (Case Study Designs)	88
ภาพประกอบ 6 แบบแผนความยุติธรรมทางสังคม (Participatory social Justice Design)	89
ภาพประกอบ 7 แบบแผนการประเมินโปรแกรม (Program Evaluation Design)	90
ภาพประกอบ 8 แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานทั้ง 12	92
ภาพประกอบ 9 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart	96
ภาพประกอบ 10 กรอบแนวคิดในการวิจัย	108
ภาพประกอบ 11 รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม	163



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ในประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่า หรือ 280,000 คน ในปี พ.ศ. 2567 (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2553) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจาก จำนวนผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่องจนเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เมื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้มีการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจ และการเกื้อหนุนทางสังคมระหว่างประชากรวัยต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2557 มีผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 14.9 ของ ประชากรทั้งหมด หรือ 10,014,699 คน แต่กลับมีทิศทางตรงข้ามกับอัตราส่วนเกื้อหนุนที่ลดลงจาก ร้อยละ 9.3 ในปี พ.ศ. 2537 เหลือร้อยละ 4.5 ในปี พ.ศ. 2557 ต่อประเด็นนี้ในหลายต่างประเทศได้พยายามแก้ปัญหา โดยการพัฒนาารูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและควบคุมค่าใช้จ่ายของประเทศ รวมถึงแนวทางการเปลี่ยนแปลงโดยภาพรวม ที่ทุกประเทศพยายามสนับสนุนผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงให้ได้รับการดูแลอยู่ในครอบครัวและชุมชน (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

ปัจจุบันประเทศไทย มีประชากร 64.5 ล้านคน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 9.4 ล้านคน หรือ ร้อยละ 14.57 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป เท่ากับ 6.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.77 การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยอัตราของประชากรผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ในปี พ.ศ. 2553 มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 10.7 ของประชากรรวม หรือ 7.02 ล้านคน และใน ปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.8 ของประชากรรวม (8.3 ล้านคน) ปัจจุบันประเทศไทย มี สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทย จะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) นั่นหมายถึงว่าในอีก 10 ปี ข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) (กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2562 กำหนดแนวทางเพื่อสนับสนุนให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหน่วยบริการ หรือสถาน

บริการ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และบุคคลอื่นที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งจะเป็นการจัดบริการที่ให้ความครอบคลุมแก่ผู้มีภาวะพึ่งพิงในประชาชนคนไทย ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มวัย ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ต้องมีผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือ เนื่องจากบางคนไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันบางอย่างได้ หรืออาจถึงต้องมีผู้คอยช่วยเหลือตลอดเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ทำให้มีปัญหาในเรื่องของคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเท่าที่ควร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

ทั้งนี้ รัฐบาลได้มีการเตรียมพร้อมรับมือและวางแนวทางเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการตั้งแต่ระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ และตำบล ตลอดจนด้านสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม คือ การทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง ชะลอการเกิดโรคและความเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และวางระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยได้ถือปฏิบัติตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ซึ่งกำหนดความชัดเจนไว้ใน “นโยบายรัฐบาลข้อที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น เน้นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว การทำงานเชิงบูรณาการของทุกหน่วยงานกับทุกภาคที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ (จิราภรณ์ อุ่นเสียม, 2559)

การประเมินระบบบริการสุขภาพอำเภอ ส่วนใหญ่มีการจัดบริการที่ใช้บริการปฐมภูมิเป็นหลักสำคัญในการจัดบริการที่จำเป็นให้กับประชาชน สำหรับประเทศไทยมีการพัฒนาการของสาธารณสุขมูลฐาน และบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องให้ความสำคัญกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านการจัดการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (CUP management) โดยใช้บริการปฐมภูมิเป็นตัวหลักสำคัญในการจัดบริการที่จำเป็น อย่างไรก็ตามปัญหาในการจัดการระบบบริการสุขภาพอำเภอต้องการความสมดุลของการบริหารจัดการในพื้นที่ ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และชุมชน เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในพื้นที่ จึงมีการนำแนวคิดระบบบริการสุขภาพอำเภอเพื่อทำให้เกิดการประสานงานการจัดการ และการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน กับการประเมินคุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ (Primary care attributes) จะทำให้เกิดความเชื่อมโยงของการพัฒนาการจัดการและการจัดบริการในอำเภอและ UCCARE (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2562)

อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 429 คน ทั้งนี้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอศรีสงคราม ยังคงมีลักษณะการทำงานที่แยกส่วนขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องของระบบ รวมทั้งทักษะและความรู้ของอาสาสมัครในชุมชนไม่เพียงพอที่จะทำหน้าที่ช่วยเหลือในการให้บริการของชุมชน ในกรณีการเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังนั้น การสร้างรูปแบบแนวทางการพัฒนาโดยใช้หลัก UCCARE ประกอบด้วย (1) การงานเป็นทีม (Unity Team) (2) การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) (3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation) (4) การชื่นชม และให้คุณค่า (Appreciation) (5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) และ(6) การแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Essential care) ผสมผสานกับการดำเนินการขับเคลื่อน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอศรีสงคราม

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมสมรรถภาพทางกายและการส่งเสริมรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า สมรรถภาพทางกาย ส่วนมากอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม มีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม และมีสุขภาพดีขึ้น มีอารมณ์สดชื่น และแจ่มใสขึ้น (เชียง เกาขิต และพรณราย เทียมทัน, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่า การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อศึกษาสถานการณ์ และพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ ผู้ให้บริการประกอบด้วย ทีมหมอครอบครัว จำนวน 6 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly caregiver) จำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุหรือญาติผู้สูงอายุ จำนวน 13 คน ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนา ไม่มีระบบการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีแนวทางการทำงานที่เหมาะสม ไม่เป็นที่รู้จักของชุมชนและขาดความมั่นใจในการทำงานในชุมชน หลังพัฒนาระบบได้กระบวนการจัดการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การแต่งตั้งคณะทำงาน (2) การทำแผนปฏิบัติงานร่วมกัน (3) การคัดกรองขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ (4) การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ (6) การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือญาติและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์, 2564) และศึกษารูปแบบการบริหารงานและปัจจัยทางการบริหารในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปฏิบัติงานควรมีการพัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอในการดำเนินงาน เพื่อสร้างขวัญ

และกำลังใจให้เกิดประสิทธิภาพ (ดิลก อ่อนลา, 2563) จากการศึกษาค้นคว้าข้างต้นผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เพื่อเป็นส่วนช่วยยืนยัน การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ต่อไป

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม เป็นแนวทางทางหนึ่งที่น่าสนใจ การเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ให้ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพและได้รับสิทธิตามชุดสิทธิประโยชน์อันพึงได้รับ โดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ที่เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ

1.2.2 รูปแบบหรือกระบวนการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1.3.2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

1.3.2.2 การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

1.3.2.3 ประเมินผลการดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 สามารถค้นพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยหลักวิชาการและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

1.4.2 สร้างรูปแบบการพัฒนาเพื่อดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ในพื้นที่อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

1.4.3 พัฒนาระบบและกระบวนการการดำเนินงานเพื่อดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยมีรายละเอียดผู้ร่วมการวิจัย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 429 คน
2. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ CM จำนวน 20 คน CG จำนวน 170 คน และ CC จำนวน 14 คน รวม 204 คน
3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 21 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จำนวน 244 คน และคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อนุกรรมการ LTC) จำนวน 30 คน รวม 295 คน

1.5.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการปฏิบัติของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมขับเคลื่อน ความพึงพอใจในการให้บริการของผู้ดูแล บทบาทของคณะกรรมการ พชอ. พชต. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. พชต. และความพึงพอใจในการจัดบริการ

การวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย พชอ. จำนวน 21 คน พชต. จำนวน 244 คน คณะอนุกรรมการ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 คน CM จำนวน 20 คน และ CG จำนวน 170 คน CC จำนวน 14 คน ในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

1. จัดตั้งศูนย์ LTC / แต่งตั้งคณะกรรมการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. การพัฒนาบทบาทคณะกรรมการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. การกำหนดตัวชี้วัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4. การจัดตั้งกองทุน เพื่อระดมทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
5. การเยี่ยมเสริมพลังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ ให้ความช่วยเหลือตามความต้องการและปัญหาที่พบตามความเหมาะสม

การวิจัยระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามหลัก UCCARE

1.5.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การดูแลระยะยาวในพื้นที่ รูปแบบการดูแลระยะยาว

1.5.4 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาวิจัย ระหว่าง มกราคม ถึง กันยายน 2566

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในพื้นที่ อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ทั้งชายและหญิงที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ ต้องการความช่วยเหลือ หรือการเฝ้าระวังจากบุคคลอื่น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ Mahoney and Barthel ได้ค่าคะแนน ระดับ 0-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในการทดแทนความสามารถเชิงปฏิบัติในชีวิตประจำวันเป็นส่วนใหญ่จนถึงพึ่งพิงทั้งหมด

1.6.2 การดูแลระยะยาว หมายถึง ส่วนหนึ่งของระบบทางสุขภาพและระบบทางสังคมการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน ให้ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการหรือผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้

1.6.3 การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมติดตามและประเมินผล ในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการหาข้อมูลการ

ให้บริการสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเอง ให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือ โดยรวมที่ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ

1.6.4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ เป็นไปตามระดับความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคม จากหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ระดับอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม อย่างต่อเนื่องตามชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

- 1) บริการด้านสาธารณสุข ได้แก่
 - 1.1 บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล
 - 1.2 บริการดูแลที่บ้าน สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
 - 1.3 บริการกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด
 - 1.4 บริการด้านการพยาบาล และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์
- 2) บริการด้านสังคม ได้แก่
 - 2.1 บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 2.2 บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่น ๆ

1.6.5 การพัฒนารูปแบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การพัฒนาแนวทางการ การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่อำเภอศรีสงคราม ตามแนวทางที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกำหนดขึ้น ได้แก่

- จัดตั้งศูนย์ LTC / แต่งตั้งคณะกรรมการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- การพัฒนาบทบาทคณะกรรมการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- การกำหนดตัวชี้วัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- การจัดตั้งกองทุน เพื่อระดมทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- การเยี่ยมเสริมพลังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ ให้ความช่วยเหลือตามความ

ต้องการและปัญหาที่พบ ตามความเหมาะสม

พนุน ปณ จิต ชีเว

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้เพื่อการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดตัวแปร กรอบแนวคิดในการวิจัย และแนวทางการดำเนินงานวิจัยจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาว
- 2.3 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นโยบาย แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 2.4 แนวคิดการจัดบริการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- 2.5 การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)
- 2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดงานวิจัย

2.1 แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เรียบเรียงข้อมูล โดยแบ่งเป็น 4 หัวข้อย่อย ได้แก่ ความหมายของผู้สูงอายุ การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ สถานการณ์ผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

สำหรับความหมายของผู้สูงอายุนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่ไว้หลายท่าน อาทิ

WHO (2001) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุ จากการกำหนดของสังคมหรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ และประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป

United Nations (2007) องค์การสหประชาชาติได้ให้ ความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้กำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก

บรรลุ ศิริพานิช (2542) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุในปี ปฏิทินซึ่งเห็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกัน เป็นมาตรฐานสากล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2556) กล่าวว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ซึ่งแม้จะไม่นิยามไว้ตรง ๆ ว่าผู้สูงอายุ คือ คนที่มีอายุเท่าใด แต่ได้ระบุในมาตรา 53 กล่าวว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ” แสดงนัยว่าในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2556) อธิบายว่า พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 3 ที่ระบุว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) อธิบายว่า จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2557 “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2558) อธิบายว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ “ประชากรสูงอายุ” หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

ขวัญเรือน กล้าขยัน (2562) ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลหรือประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป นับจาก พ.ศ.เกิด และมีสัญชาติไทย

สรุป ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุในปีปฏิทินเกิดเป็นมาตรฐานสากลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีสัญชาติไทย

2.1.2 การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ

สำหรับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ สามารถจำแนกได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย (2558) ได้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่ม โดยได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) และมีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือ ทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

การตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุร่วมกับประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเมื่อผ่านการคัดกรองจำแนกข้างต้นแล้วต้องได้รับการประเมินโดย ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) เป็นระยะ ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินซ้ำเพื่อดูความถูกต้องของการคัดกรองร่วมกับประเมินความจำเป็นด้านบริการสุขภาพและบริการด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลและได้รับบริการ 2) เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล 3) ทำการประเมินซ้ำเป็นระยะตามความจำเป็น เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับการพึ่งพิงและการได้รับการตอบสนองตามความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุ เมื่อมีการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ข้อมูลจากการคัดกรองและประเมินภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความตระหนักของคนในชุมชนท้องถิ่น และวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายนั้น ๆ ร่วมกัน

ประเทศไทยได้แบ่งกลุ่มย่อยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติม เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุระยะยาวตามชุดสิทธิประโยชน์ออกเป็น 4 กลุ่มย่อย ดังนี้

- 1) กลุ่มติดบ้าน (กลุ่มที่ 1) มีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง
- 2) กลุ่มติดบ้าน (กลุ่มที่ 2) มีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่มีภาวะสับสนทางสมอง
- 3) กลุ่มติดเตียง (กลุ่มที่ 3) มีคะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง
- 4) กลุ่มติดเตียง (กลุ่มที่ 4) มีคะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิตส่วนเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ TAI (Typology of The Aged with Illustration) ได้ถูกนำมาใช้ในการวางแผนการรักษและการคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ แตกต่างกัน ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านการเคลื่อนที่ (Motility)
- 2) ด้านจิตใจและสติปัญญา (Mental)
- 3) ด้านการกินอาหาร (Eating)
- 4) ด้านการขับถ่าย (Toilet)

แต่ละมิติจะแบ่งระดับเป็น 6 ระดับตามความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น โดย 0 เป็นระดับที่ทำกิจกรรมนั้นได้น้อยที่สุด และ 5 เป็นระดับที่ทำกิจกรรมนั้นได้มากที่สุด และเมื่อนำกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน มาพิจารณาร่วมกันจะสามารถแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มใหญ่ (9 กลุ่มย่อย) ได้แก่

- 1) กลุ่ม Immobilize กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้น้อย (ติดเตียง) และมีปัญหาด้านการกิน
 - 1.1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้น้อย (ติดเตียง) และมีปัญหาการกินอาหารมาก เรียกกลุ่ม I1
 - 1.2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้น้อย (ติดเตียง) และมีปัญหาการกินอาหารปานกลาง เรียกกลุ่ม I2
 - 1.3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้น้อย (ติดเตียง) และมีปัญหาการกินอาหารเล็กน้อย เรียกกลุ่ม I3
- 2) กลุ่ม Confuse หรือกลุ่มที่มีปัญหาไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือไม่รู้บุคคล เวลา สถานที่ หรือมีปัญหาพฤติกรรมซึ่งสร้างความรำคาญหรือเดือดร้อนต่อผู้ดูแล หรือมีปัญหาในด้านการตัดสินใจหรือความจำ
 - 2.1 กลุ่ม Confuse มาก ร่วมกับมีปัญหาการกินและขับถ่ายมาก เรียกกลุ่ม C2
 - 2.2 กลุ่ม Confuse มาก ร่วมกับมีปัญหาการกินและขับถ่ายปานกลาง เรียกกลุ่ม C3
 - 2.3 กลุ่ม Confuse มาก ร่วมกับมีปัญหาการกินและขับถ่ายน้อย เรียกกลุ่ม C4
- 3) กลุ่ม Border คือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้ดี หรือต้องการช่วยเหลือบ้าง และสับสนน้อย คือ รู้บุคคล เวลา สถานที่ และไม่มีปัญหาพฤติกรรมผิดปกติ แต่อาจมีเพียงการสูญเสียความจำหรือการตัดสินใจ
 - 3.1 กลุ่ม Border ที่มีปัญหาในเรื่องการกินและการขับถ่ายมาก เรียกกลุ่ม B3
 - 3.2 กลุ่ม Border ที่มีปัญหาในเรื่องการกินและการขับถ่ายปานกลาง เรียกกลุ่ม B4
 - 3.3 กลุ่ม Border ที่ไม่มีปัญหาในเรื่องการกินและการขับถ่ายน้อย เรียกกลุ่ม B5

จากสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จะเห็นได้ว่าจำเป็นต้องได้รับบริการทั้งในด้านบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคม โดยการ จัดชุด สิทธิประโยชน์ด้านบริการด้านสุขภาพให้เป็นไปตามระดับความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุ ให้ได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลอย่างต่อเนื่องตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

- 1) บริการด้านสาธารณสุข ได้แก่
 - 1.1 บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล
 - 1.2 บริการดูแลที่บ้าน สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
 - 1.3 บริการกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด
 - 1.4 บริการด้านการพยาบาล และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์

2) บริการด้านสังคม ได้แก่

2.1 บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.2 บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่น ๆ

สรุป การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพและการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมได้อย่างทั่วถึง โดยการคัดกรองแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการด้านสุขภาพให้เป็นไปตามระดับความต้องการและจำเป็นของผู้สูงอายุของแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม

2.1.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ สามารถสรุปประเด็นสถานการณ์ผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้ดังนี้

WHO (1998) กล่าวว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่ เพิ่มขึ้น โดยพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 7,537,000 คน หรือร้อยละ 11.8 ของประชากร ซึ่งคาดการณ์ว่า ในปี 2563 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 11 ล้านคน หรือร้อยละ 17.0 ของ ประชากรไทยทั้งประเทศ

ชินฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ (2550) กล่าวว่า สังคมไทยกำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็น สังคมผู้สูงอายุซึ่งเกิดขึ้นภายในช่วง 20 ปีที่แล้ว (พ.ศ. 2533) ขณะนั้นประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 4 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 7.0 ของประชากรทั้งประเทศ และ ในปีพ.ศ.2550 มีผู้สูงอายุเกือบ 7 ล้านคน คาดว่าใน ปีพ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนเป็น 11 ล้านคน (ประมาณร้อยละ 17.0 ของประชากรทั้งประเทศ) หมายความว่า 1 ใน 6 คน ของคนไทยตอนนั้นจะเป็นผู้สูงอายุ

United Nations (2015) อธิบายว่า ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.0 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั่วโลกได้ เข้าเกณฑ์ที่เรียกได้ว่าเป็น “สังคมสูงวัย” ประชากรในแต่ละภูมิภาคมีระดับ การสูงวัยไม่เท่ากัน ทวีปยุโรปมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงสุดในขณะที่ทวีปแอฟริกา มีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่ำสุด ทวีปเอเชียซึ่งมีประชากรราว 1 ใน 3 ของประชากรโลกมีประชากรสูงอายุประมาณ 508 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 56.0 ของประชากรสูงอายุทั้งโลกส่วนอาเซียนมีประชากรรวมทั้งหมด 630 ล้านคน เกือบครึ่งหนึ่ง ของประชากรอาเซียนอยู่ในประเทศอินโดนีเซีย โดยรวมแล้วอาเซียนมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 59 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 0.9 ของประชากรทั้งหมด ประเทศอาเซียนที่เข้าเกณฑ์เป็นสังคมสูงวัยแล้วมี 3 ประเทศ คือ ประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ 18.0 ประเทศไทย ร้อยละ 16.0 และประเทศเวียดนาม ร้อยละ 10.0 ส่วนประเทศที่มี

ประชากรมากที่สุดในอาเซียน คือ ประเทศอินโดนีเซียมีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 21 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 0.8 ของประชากรทั้งหมด

นางนุช แยมวงษ์ (2557) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” คือ ประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10.0 ของ ประชากรทั้งหมด เป็นผลมาจากปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) คนไทยนิยมมีบุตรน้อยลง จากการวางแผนครอบครัวที่ดี ทำให้เด็กที่เกิดใหม่มีจำนวนน้อยลงเรื่อย ๆ 2) การพัฒนาด้าน การแพทย์และการสาธารณสุขในช่วงระยะเวลาสามสิบปี ที่ผ่านมามีคนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจุบัน คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยโดยรวม 72 ปี (เพศชาย 68 ปี และเพศหญิง 75 ปี) จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากร ผู้สูงอายุอย่างชัดเจนนี้ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญโดยมีนโยบาย ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับประชากร ผู้สูงอายุมากขึ้น โดยมีการศึกษาถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิต สวัสดิการ การส่งเสริมสุขภาพ รายได้ การทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และชุมชนของผู้สูงอายุ เป็นต้น ทำให้มีข้อมูลจำนวนมากในการนำมาวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่ต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ในหลายด้านที่จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้สุขสบายขึ้น สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลง

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2558) กล่าวว่า ในประเทศไทยพบว่า ประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกลายเป็นสังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10.0 คือ สูงกว่าร้อยละ 4.0 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น และคาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20.0 ในปีพ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28.0 ในปี พ.ศ. 2574

มูลนิธิสถาบันพัฒนาและวิจัยผู้สูงอายุไทย (2559) อธิบายว่า ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 กล่าวคือ มีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรผู้สูงอายุ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งแสดงถึงการเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ขณะเดียวกันสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจและความต้องการการบริการสุขภาพของประเทศ

สรุป ปัจจุบันสังคมผู้สูงวัยมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว กลายเป็นสังคมสูงวัยทั่วทั้งโลก รวมทั้งประเทศไทย และมีอัตราเพิ่มยิ่งขึ้นไปในอนาคต ดังนั้น

เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ จึงควรศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต

2.1.4 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ประเวศ วะสี (2543) ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุว่า เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

สภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย (Physical Well-Being) หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่พิการ มีเศรษฐกิจ หรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตรายมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

สภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต (Psychological Well-Being) หมายถึง จิตที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว มีความเมตตาสัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัวก็จะมีสภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

สภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม (Social Well-Being) หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรมเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีระบบการบริการที่ดี มีความเป็นประชาสังคม

สภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตได้สัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูง เช่น การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระพุทธเจ้า ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่มีความเห็นแก่ตัวแต่เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ ผ่อนคลาย เบาสบาย มีความปิติ และมีความสุขที่รำลึกซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

วัยสูงอายุเป็นช่วงรอยต่อของชีวิต ซึ่งเปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอารมณ์ และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเปราะบางจากสภาวะที่สมบูรณ์ในทางใดทางหนึ่งหรือในหลาย ๆ ด้าน ดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวัง ส่งผลกระทบไปถึงภาวะสุขภาพกาย และการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรเรียนรู้ทำความเข้าใจพร้อมทั้งปรับตัวให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนั้น ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุยังจำเป็นต้องมีความเข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุและหาทางช่วยเหลือด้วย ความเข้าใจเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข

สรุป ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรเรียนรู้ทำความเข้าใจพร้อมทั้งปรับตัวให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ครอบครัว

ผู้ดูแล รวมถึงคนในชุมชน จึงต้องมีความเข้าใจเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข

2.2 แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาว

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลระยะยาวและได้เรียบเรียงข้อมูล โดยแบ่งเป็น 5 หัวข้อย่อย ได้แก่ ความหมายของการดูแลระยะยาว ประเภทการดูแลระยะยาว การศึกษารูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ และนโยบายระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของภาครัฐ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 ความหมายของการดูแลระยะยาว

สำหรับความหมายของการดูแลระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวไว้หลายท่าน อาทิ

คอฟ (Koff, 1982) ได้ให้ความหมายระบบการดูแลระยะยาว เป็นความเชื่อมโยงบริการทางสังคมและบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ระหว่างการให้บริการที่ผ่านสถาบันและไม่ผ่านสถาบัน รวมถึงการประสานความร่วมมือระหว่างนโยบายสาธารณะ งบประมาณ การจัดการรายบุคคล ในการจัดเตรียมทางเลือกที่เหมาะสมให้แก่บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีทางเลือกหลากหลายในการสนับสนุนให้บุคคลเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ (อ้างถึงใน เกวลี เขียววิชัย, 2560)

เนลดา แมคคอลล์ (Nelda McCall 2001) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลระยะยาวว่า หมายถึง ความต่อเนื่องของการบริการทางการแพทย์และสังคม ถูกออกแบบมาเพื่อรองรับความต้องการของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน บริการการดูแลระยะยาวนั้นประกอบด้วย การให้บริการทางการแพทย์แบบดั้งเดิมโดยแพทย์และโรงพยาบาล ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการในชุมชน เช่น หน่วยงานบริการดูแลที่บ้าน ผู้ให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สถานบริการและสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน บริการทางสังคมและที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ การดูแลระยะยายังรวมถึงการบริการที่มากกว่าการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการบริการทางสังคมตลอดจนบริการทางการแพทย์

จอร์จินส์ มิวเซอร์ และกาย คาร์ริน (Jorine Muiser and Guy Carrin, 2007) ได้กล่าวว่า การดูแลระยะยาวไม่ได้มีเพียงแค่การดูแลในเชิงสถาบันเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลที่บ้านหรือชุมชนวัตถุประสงค์ของการดูแลคือ การรวมบริการทางการแพทย์ พยาบาล และบริการทางสังคม เพื่อ

ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้มีชีวิตอย่างปกติเท่าที่จะเป็นไปได้ในประเทศส่วนใหญ่รูปแบบการดูแลระยะยาวนั้นจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและสังคม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2000) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลระยะยาว (Long-term care) ว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบทางสุขภาพและระบบทางสังคม ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแล โดยผู้ให้การดูแลแบบไม่เป็นทางการ คือ ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน และผู้ให้การดูแลแบบเป็นทางการคือ บุคลากรทางวิชาชีพและผู้ช่วย เช่น นักสุขภาพ นักสังคม บุคลากรด้านอื่น ๆ และการดูแลโดยอาสาสมัคร

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวว่า เป็นการจัดบริการอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อทดแทนความต้องการพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถให้กระทำหน้าที่ทางสังคม มีสุขภาพและความเป็นอยู่ทางสังคมที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เป็นลักษณะของการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัวสถาบัน และชุมชน โดยให้มีการกระจายบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมไปถึงกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นการจัดบริการทางสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการวินิจฉัย บำรุงรักษา ส่งเสริมสุขภาพ บริการทางสังคมที่เน้นการป้องกัน สร้างเสริมและพัฒนาความเป็นอยู่ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ตามอัตภาพ ครอบคลุมการให้ ๑) บริการทางสังคม การช่วยเหลือที่พักอาศัย การช่วยเหลือส่วนบุคคลหรือบริการอื่น ๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) ได้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวว่า เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรม รวมถึงบริการในสถาบันหรือในชุมชนหลายระดับ เช่น สถานดูแลกลางวัน บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่พักชั่วคราว การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน บริการฟื้นฟูสภาพ การดูแลที่ต้องอาศัยทักษะทางการแพทย์ การดูแลระยะสุดท้าย และการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมักเป็นการดูแลที่แตกต่างจากสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) (อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2553) ได้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวว่า เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมรวมถึงบริการในสถาบันหรือในชุมชนหลายระดับ เช่น สถานดูแลกลางวัน บริการสุขภาพที่บ้านการดูแลที่พักชั่วคราวการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านบริการฟื้นฟูสภาพการดูแลที่ต้องอาศัยทักษะทางการแพทย์การดูแลระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองซึ่งมักเป็นการดูแลที่แตกต่างจากสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วเรศม์ สุวรรณระดา (2552) ได้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวว่า เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ อันมีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของร่างกายหรือเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการ โดยดูแลกิจวัตรประจำวันดูแลทางการเงิน ที่อยู่อาศัย และการดูแลอื่น ๆ ที่เป็นสิ่งจำเป็น โดยอาจเป็นการดูแลจากครอบครัวชุมชน และในสถาบัน

คะนิงนิจ ศรีบัวเอี่ยม (2554) ให้ความหมายของ ระบบการดูแลระยะยาว เป็นการจัดการดูแล กลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการหรือผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้บุคคลกลุ่มนี้มีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข โดยจะมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพ การดำรงรักษาสุขภาพ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ฉะนั้นระบบการดูแลระยะยาวจึงเป็นการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและด้านสังคม ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนความพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว เพื่อนบ้าน) บริการทดแทนดังกล่าวจะเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการบำบัดฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552)

สุธาสนี ช่วยใจดี (2556) ได้กล่าวว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พิการ /ทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้เลย ให้ได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรทางด้านสุขภาพ) และผู้ดูแลไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อนบ้าน) ในการให้ความช่วยเหลือครอบคลุมทุกมิติทางสุขภาพสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม

เกวลี เขียววิชัย (2560) อธิบายว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการจัดบริการสุขภาพร่วมกับบริการทางสังคมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์) และรูปแบบไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว เพื่อนบ้าน) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สรุป ระบบการดูแลระยะยาว เป็นการจัดการดูแล กลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการหรือผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้บุคคลกลุ่มนี้มีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจะมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพ การดำรงรักษาสุขภาพ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

2.2.2 ประเภทการดูแลระยะยาว

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับประเภทการดูแลระยะยาว ดังนี้

การดูแลระยะยาวมีหลายประเภทขึ้นอยู่กับลักษณะการให้บริการ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2000) ได้แบ่งประเภทของการดูแลระยะยาว การดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การดูแลในสถาบัน (Institutional or Residential Long Term Care) การให้การดูแลที่มีบุคคลตั้งแต่ 3 คนหรือมากกว่าในสถานที่เดียวกัน 2) การดูแลที่บ้าน (Home Care) การดูแลเฉพาะในบ้านหรือการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วม เช่น ศูนย์ดูแลกลางวัน หรือการบริการดูแลชั่วคราว รวมถึงการให้การดูแลกับบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงาน หรือในชุมชนแออัด 3) การดูแลแบบเป็นทางการ (Formal Care) การจัดบริการของภาครัฐ องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร (ระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ) หรือองค์กรภาคเอกชน โดยมีผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์) และผู้ช่วยที่ช่วยดูแลในการอาบน้ำแต่งตัว 4) การดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Care) การดูแลโดยสมาชิกของครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัครนอกจากนี้ เรอ์ดอร์ เอช. คอฟฟ์ (Theodore H. Koff, 1982 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ได้แบ่งประเภทของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการที่บ้าน (Integrated Home-Service Center Model) เป็นศูนย์ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการทางสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกจากครอบครัวจัดบริการในศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นั้นทำหน้าที่ ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความพร้อมและความสะดวก โดยเสียค่าบริการบางส่วน มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น บริการการดูแลสุขภาพบริการให้คำปรึกษา จัดรถรับส่ง การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน และบริการด้านกฎหมาย

2) รูปแบบรวมบริการ (Congregate Service Model) เป็นการรวบรวมบริการการจัดบริการพื้นฐานหลายประเภทด้วยกัน ให้การดูแลโดยสถาบันครอบครัวจึงมีบทบาทน้อย โดยการจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ จัดบริการในบ้านพักคนชราหรือครอบครัวอุปถัมภ์ มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น ให้บริการด้านอาหาร นันทนาการ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน บริการรถรับส่ง และให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การบริการแตกต่างจากรูปแบบแรกโดยเป็นการให้บริการของสถาบันและบริการส่วนใหญ่เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

3) รูปแบบดูแลที่บ้าน (Home Care Service) บริการเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว เป็นการเลี้ยงไม่ให้ผู้สูงอายุเข้าไปอยู่ในสถาบัน จึงจัดบริการที่บ้าน มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น บริการอาหาร บริการแม่บ้าน บริการทางโทรศัพท์ บริการดูแลสุขภาพกลางวัน บริการเยี่ยมบ้าน และบริการรับส่งในการไปโรงพยาบาล

4) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) เป็นบริการที่ให้การบำบัดฟื้นฟูและการพักฟื้นหลังจากการเจ็บป่วย การดูแลในสถาบันจะทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือหรือพึ่งพาตนเองได้น้อยลง บริการในสถาบันต้องอาศัยงบประมาณจากรัฐ จัดบริการในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาระยะยาว มีบริการห้องพักทำความสะอาด ให้การดูแลทางการแพทย์และพยาบาล นันทนาการ อาชีวบำบัด และบริการสังคมอื่น ๆ ส่วน ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2554) ได้แบ่งประเภทของการดูแลระยะยาวออกเป็น 2 ประเภท คือการดูแลในสถาบัน (Institutional Care) และการบริการดูแลในชุมชน (Community Care Services) ตามประเทศออสเตรเลียและประเทศญี่ปุ่น (Australia of Health and Welfare, 2005; Lassey and Lassey, 2001 อ้างถึงใน เภาลี เขียววิชัย, 2560) ดังนี้

1) การดูแลสถาบัน (Institutional Care) คือ การให้การดูแลในสถานบริการ ได้แก่

1.1) สถานพยาบาลฉุกเฉิน (Acute Care) เช่น โรงพยาบาลที่ให้บริการกรณีผู้ป่วยสูงอายุมีอาการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน และต้องการพักรักษาตัวระยะยาวในโรงพยาบาล

1.2) สถานพยาบาลกึ่งฉุกเฉิน (Sub-acute Care) ให้บริการรายที่พ้นภาวะวิกฤต แต่ยังต้องการการฟื้นฟูก่อนกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.3) สถานดูแลระยะยาว (Institutional Long-Term Care) เป็นสถานบริการที่ต้องการการพยาบาลบางส่วน เช่น สถานบริการผู้สูงอายุ (Nursing Home) สถานดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต (Hospice Care) สถานดูแลชั่วคราว (Respite Care) หรือต้องการที่พักอาศัยเท่านั้น เช่น บ้านพักคนชรา (Residential Home)

2) การบริการดูแลในชุมชน (Community Care Services) โดยการช่วยเหลือด้านกิจกรรมและความต้องการพื้นฐาน เช่น การดูแลกิจกรรมส่วนตัวในชีวิตประจำวัน การรับประทาน อาหารปรับปรุงที่อยู่อาศัย โดยมีบริการสนับสนุนการดูแลที่บ้าน เช่น บริการเยี่ยมบ้าน ช่วยเหลืองานบ้านจัดส่งอาหารถึงบ้าน ศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลกลางวัน ศูนย์บริการกลางวัน เป็นต้น ส่วน วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) ได้แบ่งประเภทของการดูแลระยะยาวออกเป็น 3 ประเภท โดยให้ความสำคัญกับ “สถานที่” ที่ให้การดูแล ดังนี้

2.1) การดูแลในครอบครัว (Home Care) ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลในครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุข อบอุ่น เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของนักวิชาชีพ นักวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัวสามารถทำงานร่วมกัน เพื่อช่วยฟื้นฟูผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ การดูแลในครอบครัวอาจแบ่งได้เป็น การดูแลของสมาชิกในครอบครัว และการซื้อบริการจากภายนอกหรือทั้งสองประเภทร่วมกัน

2.2) การดูแลโดยชุมชน (Community Care) เป็นการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างจิตสำนึกของประชาชนในการดำเนินงานเพื่อชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในบ้านจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตให้มีการดูแลที่เหมาะสม

2.3) การดูแลในสถาบัน (Institution Care) เป็นการจัดการบริการเพื่ออำนวยความสะดวกในรูปแบบที่พักอาศัย แบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลในสถานสงเคราะห์ (Elderly Home Care) ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุที่ยากไร้ โดยหน่วยงานของภาครัฐหรือเอกชนในลักษณะการให้บริการฟรี ให้บริการพื้นฐาน ปัจจุบัน 4 การพยาบาลและการส่งคนสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแล (Nursing Home Care) ให้บริการฟื้นฟูร่างกาย ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีการบริการนันทนาการอื่น ๆ

2.4) การดูแลในสถานการณพิเศษ เป็นการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย โดยให้ความสำคัญกับการควบคุมและบรรเทาอาการเจ็บป่วยมากกว่าการรักษาโรคจะเห็นได้ว่า การพิจารณาประเภทการดูแลระยะยาวของนักวิชาการดังกล่าว มีความคาบเกี่ยวของการบริการโดยการแบ่งประเภทการดูแลระยะยาวของ เฮอร์ดอร์ เอช. คอฟฟ์ รูปแบบการรวมบริการและรูปแบบการดูแลในสถาบันมีความคล้ายกันในด้านสถานที่และการบริการ วรรณรัตน์ เจริญกิจกุล (2558) ได้อธิบายว่า ประเภทการดูแลระยะยาวจากนักวิชาการดังกล่าว โดยยึดจากมิติของผู้ให้บริการและสถานที่เป็นหลัก ดังนั้น การดูแลระยะยาวจะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ การดูแลที่บ้านโดยสมาชิกครอบครัว การดูแลในชุมชนโดยบุคคลในชุมชน และการดูแลในสถาบันโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญ และได้ทบทวนการดูแลระยะยาว 2 รูปแบบ คือ การดูแลระยะยาวในชุมชน และการดูแลระยะยาวในสถาบัน ดังนี้

1. การดูแลระยะยาวในชุมชน

การดูแลในชุมชน (Community Care) คือ บริการหรือการสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุข ภาวะที่ดีอยู่ได้ด้วยตนเอง เป็นการดูแลโดยครอบครัว เพื่อน และชุมชน เป้าหมายในการดูแลระยะยาวของชุมชน คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (Department of Human Service, 1989 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ศรีธารงค์ สวัสดิ์ และคณะ, 2550)

1) แนวคิดการดูแลระยะยาวในชุมชน

แนวคิดการให้ชุมชนเป็นผู้ดูแลถูกพัฒนามาจากแนวคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) ร่วมกับแนวคิดการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม และเครือข่ายทางสังคมโดย เน้นที่ศักยภาพภาพของปัจเจกบุคคล คือ ความต้องการมีอิสระเสรีภาพในการดูแลตนเอง คุณค่าของการเป็นมนุษย์ และศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล แนวคิดการดูแลในชุมชนเป็น รูปแบบหนึ่งในการลดการเข้าสู่สถานบริการ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนให้บุคคลในชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะผู้นำ

ชุมชนจะเป็น แก่นสำคัญในการวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงทำหน้าที่ในการประสานงานดูแลภายในชุมชน และระหว่างชุมชนกับองค์กรส่วนกลุ่มคนวัยหนุ่มสาวจะช่วยให้ เป็น กำลังด้านการใช้ความคิด กลุ่มที่กำลังจะเข้าสู่วันสูงอายุจะช่วยให้ในการกำหนดทิศทางความต้องการของผู้สูงอายุในอนาคตส่วนกลุ่มผู้สูงอายุเองจะสามารถถ่ายทอดความรู้ความสามารถของตนเองให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

2) รูปแบบของการดูแลระยะยาวในชุมชน

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2550 ได้รวบรวมรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานภาครัฐยังเป็นกลไกหลักในการจัดให้มีรูปแบบกิจกรรมหรือบริการต่าง ๆ และได้ให้ความสำคัญกับการให้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ (Home Care and Community Care for the Elderly) รูปแบบในการดูแลระยะยาวในชุมชนมี ดังนี้

1. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care for the Elderly)

ในปี พ.ศ. 2545 กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อเป็นระบบที่ดูแลและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชน โดยความร่วมมือของประชาชนกับท้องถิ่น และได้ขยายพื้นที่ในการดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ในส่วนของสภาผู้สูงอายุไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระราชชนนี และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้เปิดโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนอนามัย ให้ฝึกอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อทำหน้าที่ดูแล ผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

2. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันได้ขยายการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ

3. วัดส่งเสริมสุขภาพ

วัดเป็นสถานที่รวมพลังศรัทธาของชาวบ้าน เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงมีโครงการ “วัดส่งเสริมสุขภาพ” เพื่อให้เป็นสถานที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของประชาชน

4. ชมรมผู้สูงอายุ (Elderly Club)

ชมรมผู้สูงอายุเป็นที่พบประพุดคุย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุ ด้วยกันในระยะแรกได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นบริเวณสถานีนอนามัย โรงพยาบาล

ชุมชน หรือ โรงพยาบาลทั่วไป ในปี พ.ศ. 2548-2549 มีวาระแห่งชาติ เรื่อง “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) จึงได้มีการส่งเสริมให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในทุกตำบลโดยการสนับสนุนของ กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร และสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

5. ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (Multi-Purpose Senior Citizen Center)

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์ เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุได้เริ่มโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป็นศูนย์กลางการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลในชุมชน บริหารงานโดยสมาชิกในชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา มีกิจกรรมได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายและโภชนาการ การประกอบอาชีพ การถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ รวมถึงการบำเพ็ญประโยชน์ของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ศสพ. ยศ 2549 ได้แบ่งรูปแบบในการดูแลโดยชุมชนออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Daycare for Older Persons)

เป็นรูปแบบที่จัดบริการโดยชุมชน รวมบริการพื้นฐานด้านสังคม และสุขภาพ เพื่อช่วยให้ ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวได้นานที่สุดโดยอาจจะให้บริการที่บ้านหรือที่ศูนย์ของชุมชนก็ได้ โดยทั่วไปบริการดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวันเป็นบริการเพื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการดูแล เศรษฐกิจ และ สังคมให้ผู้สูงอายุที่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยวได้ออกมาพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยกัน หรือบุคคลอื่น ๆ ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลชั่วคราวของทางครอบครัวเป็นสถานที่ฟื้นฟูสุขภาพ และเป็นที่ให้บริการที่พยายาช่วยชั่วคราวลักษณะกิจกรรมในการดูแลดังกล่าวนี้ประกอบด้วย การดูแลรักษาพยาบาลทั่วไป การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการและจิตใจช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว และกิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ

2. ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multi-purpose Senior Center)

ศูนย์อเนกประสงค์เป็นสถานที่ที่ช่วยอำนวยความสะดวกของชุมชน ในการให้บริการ แก่ ผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์นี้เพื่อช่วยคลายความเหงาให้กับผู้สูงอายุ ให้การช่วยเหลือดูแลส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว จัดอาหารที่ถูกต้องโภชนาการ ส่งเสริมสุขภาพให้บริการทางการแพทย์ ทันตแพทย์ จักษุแพทย์ กายภาพบำบัด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ และจัดกิจกรรมในการหารายได้หรือแลกเปลี่ยนทักษะทั้งนี้มีลักษณะกิจกรรมภายในศูนย์ประกอบด้วยกิจกรรมเกี่ยวกับการสมาคมและนันทนาการ (Social and Recreational Programs) เพื่อให้เกิดความสนุกสนานและ สัมพันธภาพที่ดีซึ่งกันและกัน สร้างโอกาสในการปรับตัวกับผู้อื่นและพัฒนาบุคลิกภาพในการ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นกิจกรรมดังกล่าวได้แก่ งานฉลองในโอกาสสำคัญต่าง ๆ กิจกรรมที่เกี่ยวกับ

การศึกษาและวัฒนธรรม (Educational and Cultural Programs) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงความสามารถในการเรียนรู้ของตนกิจกรรมในลักษณะนี้ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมศึกษาเพื่อพัฒนาตนเอง เช่น การเรียนภาษาอังกฤษคอมพิวเตอร์รวมถึงกิจกรรมทัศนศึกษาในสถานที่ประวัติศาสตร์หรือแหล่งท่องเที่ยวทั่วไป เป็นต้น กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ (Health Service and Nutrition Programs) เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ดูแลสุขภาพของตนเอง ถือเป็นกิจกรรมหลักของศูนย์เอนกประสงค์ มีการจัดบริการตรวจสอบสุขภาพการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ให้ความรู้ด้านโภชนาการและอาจมีกิจกรรมที่นอกเหนือจากนี้

3. ชมรมผู้สูงอายุ (Senior Citizen Club)

ชมรมผู้สูงอายุถูกจัดตั้งโดยชุมชน เป็นกิจกรรมที่ก่อตั้งโดยผู้สูงอายุเอง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534) ได้ให้ความหมายของ ชมรมผู้สูงอายุว่า หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่จำนวน 20 คนขึ้นไป มารวมตัวกันเพื่อการพัฒนาตนเองในด้านสุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษา วัฒนธรรม การศึกษาหลักธรรมและร่วมกันพัฒนาสังคม เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมเป็นสำคัญ ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานที่ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลโรงเรียนศาลากลางจังหวัดและที่อื่นๆ การดำเนินกิจกรรมที่ทำประจำคือกิจกรรมทางศาสนาออกกำลังกายและตรวจสอบสุขภาพแต่บริการจัดขึ้นเป็นครั้งคราวอาจจะเดือนละครั้ง หรือตามแต่โอกาสเพื่อประโยชน์ของสมาชิกในชมรม

4. บริการดูแลจากเพื่อนบ้านและอาสาสมัคร (Neighborhood Care and Voluntary Service)

บริการดูแลจากเพื่อนบ้าน (Neighborhood Care) ความเป็นเพื่อนบ้านเป็นระบบเกื้อกูลของ คนในชุมชน และเป็นเครือข่ายของกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกันทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การดูแลจากเพื่อนบ้านนั้นหมายถึงการที่บุคคลรับบริการจากเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการของชุมชนในกลุ่มคนที่มีลักษณะ ค่านิยมรูปแบบการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกันมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ หรือมีความคุ้นเคยกัน และสมัครใจในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันการดูแลจากเพื่อนบ้านนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนในชุมชนเดียวกัน ให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันความใกล้ชิดจะช่วยให้เข้าถึงปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ก่อนการช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ๆ ลักษณะกิจกรรมดังกล่าว ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เป็นเพื่อนคุยการอ่านหนังสือให้ผู้สูงอายุฟังการบริการนี้มีข้อจำกัดในเรื่องการจัดการ หากการจัดการไม่เข้มแข็งแล้วระบบการเกื้อกูลก็จะไม่แข็งแกร่งหากดำเนินการไปได้ด้วยดีบริการนี้จะช่วยให้เสริมสร้างระบบชุมชนให้ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

บริการจากอาสาสมัคร (Voluntary Service) เป็นกลุ่มที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของศูนย์เอนกประสงค์อาสาสมัครที่เข้ามาทำงานต้องเป็นผู้ที่เสียสละเป็นพิเศษ มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน โดยภารกิจส่วนใหญ่คือ งานช่วยเหลือทั่วไป งานฟื้นฟูสุขภาพ งานทัศน

ศึกษาสังคมวัฒนธรรม และกิจกรรมชุมชนสัมพันธ์ ในส่วนการดำเนินงานตามที่อยู่อาศัยจะเป็นลักษณะของการเยี่ยมบ้าน

แนวความคิดการดูแลระยะยาวเป็นแนวความคิดที่ลดการพึ่งพิงจากบริการในสถาบัน โดยประสานแนวความคิดพึ่งพาตนเองการมีส่วนร่วม และระบบเครือข่ายทางสังคมเข้าไว้ด้วยกันโดยคนในชุมชนเพื่อคนในชุมชนและให้ความสำคัญกับการให้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับรูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชน จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ มีรูปแบบที่เหมือนกันคือ รูปแบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุและศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน การดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นการดำเนินงาน (วรรณรัตน์ เอียร์พิจกุล, 2558) อธิบายว่า รูปแบบในการดูแลระยะยาวในชุมชน ประกอบด้วย 6 รูปแบบ ได้แก่

- 1) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยใช้คนในชุมชนดูแลคนในชุมชนเข้าไปเยี่ยมบ้าน ดูแลช่วยเหลือทั่วไป พ้นพู่สุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2) การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่มี ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และต้องการการดูแลสุขภาพ
- 3) วัดส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้วัดเป็นศูนย์รวมของชุมชนให้มาทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชน
- 4) ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และตนเองสนใจ
- 5) ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุและบุคคลในชุมชน มีกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย กิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น
- 6) บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ เป็นบริการที่ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวผู้สูงอายุชั่วคราวโดยดูแลเรื่องการฟื้นฟูทางร่างกาย การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ

สรุปได้ว่า การดูแลระยะยาวเป็นแนวความคิดเพื่อลดการพึ่งพิงจากบริการในสถาบันโดยการพึ่งพาตนเองและการมีส่วนร่วม ของคนในชุมชนและเครือข่ายในชุมชน และให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. รูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

การบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ได้แก่ การดูแลระยะยาวในครอบครัว (Home care) การดูแลระยะยาวในชุมชน (Community Care) และดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institutional Care)

ซึ่งแต่ละรูปแบบก็มีการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างกัน สำหรับงานวิจัยนี้ผู้ศึกษาได้เลือกศึกษา การดูแลระยะยาวในสถาบัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน

การดูแลในสถานบริการ (Institutional Care) เป็นการให้บริการในสถานบริการ หรือให้บริการ ณ สถานที่ตั้งแนวความคิดการดูแลในสถาบันมีพื้นฐานมาจาก แนวความคิดในการ ให้บริการที่เน้นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง (Direct Treatment) และแนวคิดปฏิบัติเชิงสหวิชา (Interdisciplinary Approach) เป็นการร่วมมือระหว่างวิชาชีพ เพราะปัญหาของผู้สูงอายุไม่สามารถ แก้ไขได้โดยวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง มีลักษณะแนวทางในการทำงานกันเป็นทีม เน้นการประสานงาน และการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจะเป็นการประสานงานกันระหว่างองค์การหน่วยงาน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

2) คำจำกัดความการดูแลในสถาบัน

การให้บริการดูแลในสถาบันเป็นอีกทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ให้บริการการ ดูแลรักษา พื้นฟูในรูปแบบของสถานบริการ ทั้งนี้ผู้ให้คำจำกัดความของการดูแลใน สถาบัน ดังนี้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลในสถาบันว่าเป็นการจัดบริการ และกิจกรรมขั้นพื้นฐานในรูปแบบที่พักอาศัย เพื่อให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ให้ การดูแลปกป้องรวมถึงพัฒนาศักยภาพโดยการเสริมสร้างทักษะให้กับผู้รับบริการเพื่อให้สามารถกลับ เข้าไป อยู่ร่วมกันกับครอบครัวชุมชน และสังคมได้อย่างปกติ

วรรณรัตน์ เจริญพิบูล (2558) ได้อธิบายว่า การดูแลในสถาบันเป็นการจัดบริการใน รูปแบบที่พักอาศัยรูปแบบหนึ่งโดยเน้นด้านให้การช่วยเหลือดูแล จัดกิจกรรมต่างๆ ตามความ เหมาะสม ดังนั้น “การดูแลระยะยาว ในสถาบัน” หมายถึง การจัดบริการดูแลในรูปแบบที่พักอาศัย สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุ อำนวยความสะดวก มีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อ ตอบสนองความต้องการการดูแลของ ผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ โดยผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน

สรุป การดูแลในสถาบันเป็นรูปแบบที่พักอาศัยตามวิถีชีวิตและความเป็นอยู่เพื่อ ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ โดยได้รับบริการจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชนโดยให้ การช่วยเหลือดูแลและจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

2.2.3 การศึกษารูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน ประเทศไทย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2000 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552: 13-14) ได้แบ่ง รูปแบบระบบการดูแลระยะยาว ตามมิติของสถานที่และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) หมายถึง การเตรียมการดูแลของบุคคลตั้งแต่ 3 คน หรือมากกว่าในสถานที่เดียวกัน

2) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการเตรียมการดูแลในบ้านหรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น หรือเป็นชุมชนแออัด

3) การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) เป็นการจัดการบริการโดยองค์การภาครัฐ องค์การ เอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมีสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์ฯ) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัครเป็นผู้ให้บริการ

4) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแลโดย ครอบครัว เพื่อน บ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550: 43 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552: 14) ได้กล่าวถึง รูปแบบระบบการดูแลระยะยาว ตามมิติแหล่งให้บริการ ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

1) บริการดูแลในสถานบริการ (Institutional-Based Care) เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุ ในสถานที่ ที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่ ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน

2) บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) เป็นบริการในชุมชนหรือบ้าน ของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุ กลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมบ้านโดย อาสาสมัคร เป็นต้น

รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ได้ดำเนินการผสมผสานการมีส่วนร่วม ของสถานบริการ ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ให้บริการเชิงรุกของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่อาศัย ต้นทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตามแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557-2561 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการในด้าน สุขภาพและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และส่งต่อผู้สูงอายุไปยังสถาน บริการอื่นเมื่อเกินขีดความสามารถในการรักษา (สังวาลย์ พงษ์พิสิษฐ์, 2550: 15)

สังวาลย์ พงษ์พิสิษฐ์ (2550) ได้กล่าวถึงรูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยว่า ดำเนินการผสมผสานการมีส่วนร่วมของสถานบริการ ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ให้บริการเชิงรุกของหน่วยบริการปฐมภูมิที่อาศัยต้นทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ตามแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการในด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และส่งต่อผู้สูงอายุไปยังสถานบริการอื่นเมื่อเกินขีดความสามารถในการรักษา

จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ (2552) กล่าวว่า จากการศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยในงานวิจัยหลายชิ้นพบตรงกันว่า ครอบครัวไทยมีข้อจำกัดในการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ที่ทำให้บุตรซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีจำนวนลดลงมาก รวมทั้งแบบแผนการย้ายถิ่นของคนในวัยหนุ่มสาวและคนในวัยแรงงานที่ย้ายออกจากถิ่นที่เกิดไปทำงานในพื้นที่อื่น ทำให้กำลังหลักของครอบครัว ที่จะดูแลผู้สูงอายุระยะยาวลดลง ด้วยเหตุนี้ที่ผ่านมา รัฐบาลจึงมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในการดูแลระยะยาว ส่งผลให้เกิดกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ขึ้น เช่น กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน อันนำไปสู่การพัฒนา โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ในปีพ.ศ. 2546 และขยายผลครอบคลุมทั่วประเทศใน อีก 10 ปีต่อมา โครงการพัฒนารูปแบบระบบบริการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (Community Health Care and Social Welfare Services Model for Thai Older Persons: CTOP) ซึ่งริเริ่มโดยกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2550 และได้รับการพัฒนาต่อมาเป็น โครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง รวมทั้งกลุ่มอายุอื่นที่ต้องการ ความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (Long Term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People: LTOP) ในปีพ.ศ.2556 กิจกรรมและโครงการเหล่านี้ ก่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในรูปภาคีเครือข่าย ที่ประกอบด้วยองค์กรและบุคลากร ด้านสุขภาพ (โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอสม.) องค์กรปกครองท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) หน่วยราชการส่วนภูมิภาค (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัด) และภาคีอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ วัด โรงเรียน สถาบันอุดมศึกษา เป็นต้น (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2556)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) ได้กล่าวว่า หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพครอบคลุม ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชน ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อยกระดับศักยภาพของหน่วย บริการปฐมภูมิ ให้มีศักยภาพการทำงานเพิ่มขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนบทบาทของบุคลากรให้สามารถทำงานเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล ระบบส่งต่อ ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้สามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (มหกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจุด

เปลี่ยนระบบสาธารณสุขไทย, 2552 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) โดยมีแนวคิดงานบริการว่า “รพ.สต. จะคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ควรได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมและเสมอภาค” ซึ่งเป็นการกระจายความรับผิดชอบการ ให้บริการสุขภาพลงสู่ชุมชน บริการสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงเป็นความเกี่ยวข้องกับรูปแบบ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยตรง คือ การดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านและ ชุมชน ตามหลักการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมการ ให้บริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพแก่ ผู้สูงอายุผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านแบบองค์รวม ร่วมกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อันจะทำให้ เกิดผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และชุมชน โดยมีทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่รับผิดชอบให้บริการที่เข้มแข็ง ร่วมกับครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพ โดยมีระบบช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ อสม. ครอบครัว และผู้สูงอายุ เชื่อมโยงกับระบบส่งต่อ-รับกลับ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (End of Life Care) ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวในชุมชนของประเทศไทย

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) พบว่า ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมา มุ่งเน้นให้บริการแก่ประชาชนที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง การบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในชุมชนหรือในสถานบริการในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง ยังมีข้อจำกัดอีกมาก ทั้งลักษณะการช่วยเหลือด้านสังคมมักเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว เฉพาะหน้ามิใช่การดูแลอย่างต่อเนื่อง ภาระหลักในการดูแลผู้สูงอายุยังเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว ในขณะที่สถานบริบาลระยะยาวและระยะกลางในสังคมไทยยังไม่ได้มีการพัฒนาเท่าที่ควร ส่งผลต่อ ค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวต้องแบกรับภาระในการรับบริการดูแลในสถานบริบาลสูงถึง 15,000-52,500 บาทต่อเดือน ขณะที่ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางถึงพึ่งพิง ทั้งหมดของครัวเรือนที่มีรายได้ปานกลางขึ้นไปอยู่ที่ 81,537 บาทต่อปี ทั้งที่รายได้เฉลี่ยของประชากร ไทยอยู่ที่ประมาณ 187,000 บาทต่อปีเท่านั้น แม้ว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการดูแล รักษา ตลอดจนการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพก็ตาม แต่ข้อจำกัดที่สำคัญของระบบบริการ สาธารณสุขของไทยต่อการให้บริการ ได้แก่ ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน ยังคงเน้นการดูแลแบบเฉียบพลันเป็นหลัก โดยเฉพาะระบบการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อพ้นระยะ เฉียบพลันไปแล้วยังมีช่องว่างในการให้บริการอยู่มาก เช่น กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่าย จากโรงพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ แต่กลับ พบว่าได้รับการฝึกสอนทำกายภาพบำบัดเพียง ร้อยละ 55 และได้รับการประเมินความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพียงร้อยละ 22 ก่อนจำหน่าย ทั้งที่บริการและข้อมูลดังกล่าวเป็น สิ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนและตั้งเป้าหมายในการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ระบบบริการปฐมภูมิ ก็มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในแง่ของจำนวนและศักยภาพของบุคลากรในการ ให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้มีการจ้างนักกายภาพบำบัดในการ ให้บริการในโรงพยาบาลและบริการเชิงรุก และโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง จัดทีมให้บริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อรองรับการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามจากการประเมินการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ในสมอง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพียงสองในสามที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดภายหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาล และส่วนใหญ่เป็นการทำให้โดยญาติโดยผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตโรงพยาบาลอำเภอที่มี นักกายภาพบำบัดเท่านั้น

เกวลี เขียววิชัย (2560) อธิบายว่า รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้ดำเนินการยกระดับศักยภาพหน่วยบริการ ปฐมภูมิซึ่งหน่วยบริการสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้บริการสุขภาพเชิงรุก โดยการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพในด้านการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และส่งต่อผู้รับบริการกรณีที่เกิดความสามารถทางการรักษา เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ภายใต้ความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ

สรุป รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือในการดำเนินการผสมผสานการมีส่วนร่วมของสถานบริการ ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการให้บริการเชิงรุกของหน่วยบริการปฐมภูมิที่อาศัยต้นทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ

2.2.4 ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันหลากหลาย บางประเทศนำแนวคิดประกันทางสังคม (Social Insurance) มาใช้ในรูปแบบของการประกันการดูแลระยะยาว (Long-term Care Insurance) บางประเทศนำแนวคิดเรื่องการบังคับการออมมาใช้ บางประเทศใช้แนวคิดของการจัดบริการสังคม (Social Services) บางประเทศใช้แนวคิดความรับผิดชอบส่วนบุคคลเป็นหลัก หรือบางประเทศมีการผสมผสานหลักการต่าง ๆ เข้าด้วยกันความแตกต่างของแนวคิดดังกล่าวส่งผลให้รูปแบบวิธีการจัดหาเงินงบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน บางประเทศผู้สูงอายุต้องใช้จ่ายเงินรายได้และ/หรือเงินออมของตนเองเพื่อรับบริการดูแล บางประเทศผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมจ่ายทั้งในส่วนของเบี้ยประกันและการจ่ายเงินบางส่วน ณ จุดรับบริการ หรือบางประเทศหากเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะพึ่งพิงสูง รัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลเอง (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559) ประเทศญี่ปุ่น ได้เริ่มใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบระบบการประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance) เมื่อปี พ.ศ. 2543 ซึ่งก่อนจะเริ่มใช้ระบบ ยังคงเป็นครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ ต่อมาได้มีการพัฒนา

ปรับปรุงเป็นการใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาว ซึ่งสามารถสรุปได้ 4 ประการ คือ ประการแรก เพื่อให้เป็นระบบช่วยเหลือกันระหว่างประชาชนทุกคนในการรองรับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวยามชราภาพและมีภาวะพึ่งพิง ประการที่สอง เพื่อให้ได้รับการยอมรับจากประชาชนจึงจัดตั้งเป็นระบบประกันที่มีความชัดเจนระหว่างสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องจ่าย ประการที่สาม เพื่อให้เป็นระบบที่มีความหลากหลายในด้านผู้ให้บริการ โดยผู้รับบริการสามารถเลือกผู้ให้บริการได้อย่างอิสระ และประการสุดท้าย เพื่อแยกการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวออกจากระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ ทำให้ระบบนี้เริ่มมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้นในปีพ.ศ.2532 และต่อมาในปีพ.ศ. 2557 รัฐบาลญี่ปุ่นได้แก้ไขกฎหมายเพื่อให้เกิด “ระบบการดูแลในพื้นที่แบบบูรณาการ” ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับ บริการที่เหมาะสมในพื้นที่ที่ตนเองอาศัยอยู่ โดยออกแบบให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทั้งบริการ รักษาพยาบาล บริการการดูแล บริการด้านที่อยู่อาศัย และบริการการสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวัน นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพขึ้นมาใหม่ เรียกว่า ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) โดยการขอรับบริการการดูแลระยะยาวภายใต้ระบบใหม่นี้ ผู้ขอรับบริการ (หรือผู้ประกันตน) จะต้องยื่นเรื่องที่สำนักงานของรัฐบาลท้องถิ่นและเข้ารับ การประเมินความจำเป็นในการรับบริการ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากคณะกรรมการประเมิน ซึ่งใช้มาตรฐานการประเมินที่กำหนดไว้เหมือนกันทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังต้องได้รับการรับรองจากแพทย์อีกด้วย ผู้ประกันตนที่เข้ารับการประเมินถูกจัดเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ และผู้ที่ไม่เข้าข่าย เมื่อประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้จัดการการดูแลจะออกแบบแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการบนพื้นฐานของผลการประเมินตามระดับของความจำเป็นในการรับการดูแลและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ (เกวลี เชียรวิชัย, 2560)

และจากการศึกษาของ Colombo, F. et al (2011) อธิบายว่า ในอนาคตแรงกดดันในการดูแลระยะยาวจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากเหตุผล 4 ประการ คือ

ประการแรก การขยายตัวอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุในประเทศต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางประชากรจะทำให้เกิด ความต้องการการดูแลระยะยาวในสังคมด้วยเช่นกัน

ประการที่สอง การเปลี่ยนแปลงรูปแบบทาง สังคม เช่น การลดลงของขนาดครอบครัว การเปลี่ยนแปลงรูปแบบที่อยู่อาศัยของประชาชน และการเพิ่มขึ้นของแรงงานหญิงในตลาดแรงงาน ทำให้มีแนวโน้มการลดลงของผู้ให้การดูแลอย่างไม่เป็นทางการนำไปสู่ความต้องการการดูแลแบบที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

ประการที่สาม สังคมกลายเป็นสังคมอุดมสมบูรณ์ บุคคลมีความต้องการบริการคุณภาพที่ดีขึ้น และการตอบสนองต่อระบบการดูแล ทางสังคมที่มากขึ้น บุคคลจะต้องการระบบการดูแลแบบการเน้นผู้ป่วย (Patient-oriented) และต้องการการจัดหาบริการการดูแลอื่น ๆ

ประการที่สี่ การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีจะช่วยเพิ่มความ เป็นไปได้สำหรับการ บริการดูแลระยะยาวที่บ้านแต่อาจจะมีความต้องการที่แตกต่างกันขององค์กรที่ให้การดูแล สิ่งเหล่านี้ เป็นแรงกดดันสำหรับการปรับปรุงการจัดหาบริการการดูแล การปฏิบัติงาน และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (Colombo F. et al, 2011)

สำหรับการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ ประเทศที่พัฒนาแล้วหลาย ๆ ประเทศทั้งใน ยุโรป และเอเชียต่างก็เผชิญกับสังคมผู้สูงอายุและบางประเทศเองอย่างประเทศญี่ปุ่นนั้นได้กลายเป็น สังคม ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว โดยรัฐบาลของแต่ละประเทศได้มีการดำเนินงานในการให้บริการ ดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งด้านบริการทางการแพทย์และสังคม ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงรูปแบบการ ดูแลระยะ ยาวของผู้สูงอายุในประเทศต่าง ๆ ดังนี้

รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีการจัดบริการดูแลระยะยาวในรูปแบบ “ระบบประกันการดูแลระยะ ยาว” (Long-term Care Insurance System) โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ การดูแลที่บ้าน และการ ดูแลในสถานบริการ สำหรับการดูแลที่บ้านนั้นผู้สูงอายุที่เข้ารับการบริการที่บ้านหรือผู้สูงอายุ อาจจะไป ใช้บริการด้วยตนเอง ซึ่งการบริการนี้ให้บริการทั้งด้านสุขภาพและสังคม (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552: 28-32 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 39-43)

1.บริการในบ้าน (In-home Services) เป็นบริการที่ช่วยเหลือดูแลผู้เจ็บป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจดำรงชีวิตอย่างยากลำบากโดยบริการนี้มีรูปแบบให้การให้การ ดูแลที่บ้านบริการดูแลแบบไป-กลับ และบริการฝากดูแลระยะสั้น

1.1) บริการดูแลที่บ้าน (Home Help Service)

บริการดูแลที่บ้านให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน (Home-visit Rehabilitation) และให้คำแนะนำทางการแพทย์ที่บ้าน (Home-visit Rehabilitation) ซึ่งการฟื้นฟู สมรรถภาพที่บ้านเป็นบริการที่ช่วยฟื้นฟูการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นโดย จัดส่งนัก กายภาพบำบัดไปทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยที่บ้านและผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์ประจำตัวสำหรับบริการให้คำแนะนำทางการแพทย์ที่บ้าน เป็นบริการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ เจ็บป่วยที่ไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้โดยจัดส่งแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร เป็นต้น

1.2) บริการดูแลแบบไปกลับ (Commuting Care Services)

บริการดูแลแบบไปกลับ มีทั้งการให้บริการดูแลกลางวัน (Day-service Nursing Care) และ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Day-service Rehabilitation) สำหรับบริการดูแล กลางวันจัดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ส่งเสริมการดูแลสุขภาพและ ช่วยลดภาระครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโดยทางการศูนย์บริการดูแลกลางวันในชุมชนจะทำหน้าที่ จัดรถรับส่งผู้สูงอายุให้มาใช้บริการมีการบริการตรวจสุขภาพ บริการให้คำแนะนำ ปรีกษาปัญหาทาง

สุขภาพกายและสุขภาพใจบริการอาบน้ำ และการกิจกรรมนันทนาการในส่วนของการฟื้นฟูสมรรถภาพกลางวันเป็นบริการเพื่อช่วยฟื้นฟูการทรงตัวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยจัดรถรับส่ง ผู้ป่วยให้มารับบริการกายภาพบำบัดที่ศูนย์บริการ

1.3) บริการฝากดูแลระยะสั้น (Short-term Stay Service)

บริการฝากดูแลระยะสั้นมีทั้ง บริการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการสังคม (Welfare Short Stay) และบริการฝากดูแลระยะสั้นทางการแพทย์ (Medical Short Stay) สำหรับบริการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการสังคมเป็นบริการเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่ไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลได้เป็นการชั่วคราว เนื่องจากผู้ดูแลเจ็บป่วยหรือติดภารกิจ เป็นต้น โดยผู้ดูแลสามารถฝากผู้สูงอายุได้ที่บ้านพักดูแลผู้สูงอายุแบบพิเศษ ในระยะเวลา 7-42 วัน ลักษณะในการบริการคือ ให้การ ดูแลในชีวิตประจำวัน และให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพในส่วนของการฝากดูแลระยะสั้นทางการแพทย์เป็นบริการที่คล้ายคลึงกับการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการสังคมแต่สิ่งที่แตกต่างกันคือจะเน้นจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์เป็นพิเศษ และสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ชั่วคราว

1.4) บริการให้เช่าและให้เงินช่วยเหลือซื้ออุปกรณ์ดูแลสุขภาพ (Rental and Allowance for Health Care Equipment) บริการลักษณะนี้ได้แก่ บริการให้เช่าอุปกรณ์ดูแลสุขภาพ (Rental of Health Care Equipment) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพให้สามารถพึ่งพาตนเองได้และอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการให้เช่าอุปกรณ์ของบริษัทเอกชนหรือที่สำนักงานเขตที่ตนอาศัยอยู่อุปกรณ์ดังกล่าวได้แก่ รถเข็นผู้ป่วย เตียงพิเศษ ที่นอนแบบออตม อุปกรณ์ช่วยเหลืออื่นที่ไม่เท่า เป็นต้น และบริการให้เงินช่วยเหลือในการซื้ออุปกรณ์เพื่อการดูแลสุขภาพ (allowance for purchasing home health care equipment) บริการช่วยเหลือในการซื้ออุปกรณ์นี้จะช่วยอำนวยความสะดวกในการอาบน้ำหรือการขับถ่ายให้แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านวงเงินในการช่วยเหลือนี้ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อครัวเรือนและผู้ประกันตนต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร้อยละ 10 ของจำนวนเงินที่ใช้ซื้ออุปกรณ์อุปกรณ์ดังกล่าวได้แก่ อ่างอาบน้ำเก้าอี้นั่งช่วยอาบน้ำ อุปกรณ์ช่วยขับถ่ายเคลื่อนที่ เป็นต้น

1.5) บริการให้เงินช่วยเหลือการปรับปรุงบ้าน (Allowance for Home Remodeling) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงปลอดภัยในการใช้ชีวิตอยู่ในบ้านไม่ให้เกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ โดยมีวงเงินในการช่วยเหลือซ่อมแซมบ้านไม่เกิน 20,000 บาท ต่อ 1 ครัวเรือน ทั้งนี้ ผู้ประกันตนต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร้อยละ 10 ของวงเงินที่ใช้ปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน บริการซ่อมแซมบ้าน ได้แก่ การติดตั้งราวจับการปรับพื้นทางเดินที่ต่างระดับ การปรับปรุงพื้นหรือทางเดินเพื่อกันลื่น การปรับปรุงหน้าต่างประตูให้สะดวกในการเปิดปิด และติดตั้งอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกในการใช้งานในห้องน้ำ

1.6) บริการอื่น ๆ (other service) เป็นบริการเสริมนอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น โดยรัฐบาลของแต่ละท้องถิ่นได้จัดบริการ ได้แก่ บริการบ้านพักในกลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Dementia Elderly Group Home) เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ดำเนินชีวิตอย่างยากลำบาก โดยให้ผู้สูงอายุ 5-9 คนมาใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันเป็นกลุ่มในบ้านพักและมีผู้ดูแลที่ให้บริการในด้านต่าง ๆ และ ศูนย์ดูแลแบบพิเศษ (Specific Facilities for Nursing Care) บริการนี้ดำเนินการโดยภาคเอกชนที่ได้รับการรับรองจากทางจังหวัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของบริการระบบประกัน เช่น บ้านพักผู้สูงอายุแบบ เสียค่าธรรมเนียมต่ำ ลักษณะในการบริการคือ การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัด ดูแลเรื่องสุขภาพอนามัย เป็นต้น

2. บริการดูแลในสถาบัน (Institutional Services)

เป็นการให้บริการดูแลในสถานบริการ ได้แก่ บ้านพักดูแลผู้สูงอายุพิเศษ (Special Nursing Home for the Elderly) ศูนย์ดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Care Facilities for the Elderly) สถานบริบาลทางการแพทย์ (Medical Nursing Care Facilities)

2.1) บ้านพักดูแลผู้สูงอายุพิเศษ เป็นบริการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลอันเนื่องมาจากการบกพร่องทางด้านร่างกายหรือจิตใจ และมีความไม่สะดวกในการดูแลที่บ้าน โดยให้การดูแลการทำกิจวัตรประจำวันและบริการอื่น ๆ ทั้งด้านสุขภาพอนามัยและนันทนาการ

2.2) ศูนย์ดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นบริการที่ผสมผสานระหว่างบ้านผู้สูงอายุและ โรงพยาบาล กล่าวคือรองรับผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาลลักษณะในการให้บริการจึงเน้นการฟื้นฟูสุขภาพทางร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่บ้านได้ตามปกติ

2.3) สถานบริบาลทางการแพทย์บริการที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยหนักหรือป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์หรือพยาบาลอย่างต่อเนื่องลักษณะบริการจะเน้นการให้บริการทางการแพทย์เป็นหลักเมื่ออาการดีขึ้นต้องกลับไปอาศัยที่บ้านตามเดิม

รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์

รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์มีทั้งแบบการดูแลในสถานบริการการดูแลแบบไม่ค้างคืน และมีสถานบริการเฉพาะอาการ โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (วรเวชม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552: 28 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ได้แก่

1. บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ (Residential Long-Term Care) โดยมีสถานบริการ 6 ประเภท คือ

(1) โรงพยาบาล สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและเรื้อรัง

(2) โรงพยาบาลชุมชน (Community Hospital) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการ

ฟื้นฟูสุขภาพ

- (3) สถานะบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home)
- (4) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospices)
- (5) สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Home for Dementia Patients)
- (6) ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Cluster Living or Apartment)

2. การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (Non-residential Long-Term Care) โดยมีสถานบริการ แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่

- (1) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพกลางวัน (Day Rehabilitation Center)
- (2) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ (Social Day Care Center)
- (3) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกลางวัน (Day Care Centers for Dementia Patients)
- (4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) ที่ให้บริการรักษาทาง การแพทย์ที่บ้าน (Home Medical Care) บริการพยาบาลที่บ้าน (Home Nursing Care) และการช่วยเหลืองานบ้าน (Home Help)

เกาหลี เชี่ยวชาญ (2560) อธิบายว่าประเทศสิงคโปร์มีรูปแบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุ หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การบริการการดูแลในศูนย์ (Center-Based Care) การบริการการดูแลระยะสั้น (Respite Care) และการบริการการดูแลที่บ้าน (Home-Based Care) โดยการเข้ารับการดูแลจากบริการประเภทต่าง ๆ ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถติดต่อผ่าน Agency for Integrated Care หรือ AIC ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ประสานการส่งตัวผู้รับการดูแลไปยังระบบต่าง ๆ โดยหน่วยงานนี้จะได้รับเงินอุดหนุนผ่านกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) ประเทศมาเลเซีย มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ยังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก แต่ก็ได้เริ่มมีการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุบ้าง เช่น การก่อตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุรายวัน (Pusat Jagaan Harian Waega Emas) เพื่อส่งเสริมพัฒนาพลัง (Active Aging) นอกจากนี้ Department of Social Welfare ได้ร่วมมือกับ Help Age Korea ผลักดันโครงการ Home Help Services Program เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัคร ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 เป็นต้นมา

รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียมีรูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบันที่เรียกว่า “Institutional setting” เป็นบริการที่จัดเพื่อผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ไร้ความสามารถ ผู้ป่วย ผู้ที่ไม่มีบ้าน คนยากจน ครอบครัวหย่าร้าง ผู้ที่มีความผิดปกติทางร่างกายและนักโทษ โดยแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

- 1) สถานะบริบาล (Nursing Home) เป็นบริการของภาครัฐและเอกชน แบบบ้านพักฟื้นฟู และโรงพยาบาล โดยมีบริการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต

2) บริการที่พัก (Hostel) หรือ Care accommodation for the retired or aged สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมาอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ในลักษณะบ้านสำหรับผู้เกษียณอายุที่เป็นสมาชิกของศาสนา รวมถึงหมู่บ้านของผู้สูงอายุประกอบด้วยห้องนั่งเล่นห้องอาหาร เป็นต้น ทั้งนี้ ไม่รวมถึงบริการทางการแพทย์และพยาบาล

3) ที่พักสำหรับผู้พิการ (Hostels for the disabled)

4) โรงพยาบาลหรือสถาบันรักษาทางจิต (Psychiatric hospitals or institutions) (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552: 34 อ้างถึงใน Government Offices of Sweden, 2007)

รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศสวีเดน

รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศสวีเดน มีรูปแบบดังต่อไปนี้ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552 อ้างถึงใน Government Offices of Sweden, 2007)

1) บริการภายในบ้าน (Home care service) บริการผู้ช่วยในการซื้อของ ทำความสะอาดทำอาหาร ซักผ้าและดูแลผู้สูงอายุ

2) บริการดูแลกลางวัน (Adult day care) บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น somatic disease โดยได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เฉพาะที่ถูกคัดเลือกแล้ว

3) บริการติดตั้งเครื่องรับส่งสัญญาณบอกเหตุ (Personal safety alarms) ผู้สูงอายุบุคคลใด ความสามารถจะได้รับการติดตั้งอุปกรณ์ส่งสัญญาณบอกเหตุเพื่อความปลอดภัย

4) บริการบ้านพักระยะสั้น (Short stay housing) เป็นบริการบ้านพักระยะสั้น เพื่อพักฟื้นหลังจากออกจากโรงพยาบาลที่ช่วยดูแลชั่วคราวแทนสมาชิกในครอบครัว

5) บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)

6) บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือ (Assistive devices) เป็นบริการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือสำหรับผู้ไร้ความสามารถ

7) บริการปรับปรุงที่อยู่อาศัย (Home adaptations) บริการปรับปรุงที่อยู่อาศัยทั่วไป เช่น การปรับปรุงห้องน้ำ

8) บริการขนส่ง (Transportation services) ผู้สูงอายุที่ต้องการเดินทางสามารถขอความช่วยเหลือในการเดินทางได้

9) บ้านพักพิเศษ (Special housing) เป็นบริการดูแลทางด้านสังคมและสุขภาพ และให้ที่พักในระยะสั้นในบ้านพิเศษ

10) บริการช่วยเหลืองานบ้าน (practical services for the elderly) บริการผู้สูงอายุบาดเจ็บ เช่น การทำความสะอาด การซักผ้า เป็นต้น

11) บริการทำฟัน (Dental care) บริการที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดามีบริการที่พักอาศัยโดยการดูแลในระดับรัฐ เรียกว่า “Residential care facilities” แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552: 35 อ้างถึงใน Hicks, Fortin & Button, 2002)

- 1) บริการห้องและที่พักอย่างเดียวโดยไม่มีการดูแล
- 2) บริการห้อง และที่พักพร้อมให้คำปรึกษา
- 3) บริการห้องและที่พักพร้อมการดูแลหรือโรงเรียนพิเศษการประชุมลักษณะในการ

ให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 ดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันอันเนื่องมาจากความสามารถทางกายและจิตใจที่ลดถอยลง

ระดับที่ 2 ดูแลทางการแพทย์โดยพยาบาลวิชาชีพในบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังแต่ยังแข็งแรงหรือบุคคลที่ไร้ความสามารถทางร่างกายและจิตใจ

ระดับที่ 3 ดูแลบุคคลที่ต้องการรับบริการทางการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพอันเนื่องมาจากป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือไร้ความสามารถทางร่างกายและจิตใจ

ระดับที่ 4 บริการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลที่มากกว่า 3 ประเภทดังกล่าว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของแต่ละประเทศที่สำคัญที่ได้มีการศึกษาในกรณีศึกษาของต่างประเทศ พบว่า

ในกรณีการศึกษาที่ประเทศเกาหลีใต้ เป็นสังคมที่ยึดหลักการดำรงชีวิตและการจัดระเบียบทางสังคมตามลัทธิ ให้ความสำคัญกับความกตัญญูต่อบุคคลและการเคารพผู้อาวุโส ยึดหลักว่าครอบครัวมาก่อน สวัสดิการรัฐบาลมาทีหลัง ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในสังคมเกาหลีใต้จะยึดการดูแลโดยครอบครัวเป็นหลัก แต่เมื่อเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2008 รัฐบาลเกาหลีใต้ได้เริ่มนำระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long Term Care Insurance System) มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเปลี่ยนจากการดูแลโดยครอบครัวมาเป็นการดูแลโดยสังคมโดยใช้ระบบประกันสังคม และได้พัฒนาต่อเนื่องเป็นระบบประกันการดูแลระยะยาวเหมือนในประเทศญี่ปุ่น ในปีพ.ศ. 2551 โดยระบบประกันการดูแลระยะยาวในเกาหลีใต้ตั้งอยู่บนหลักการพื้นฐานเบื้องต้น 5 ประการ ได้แก่ ระบบถ้วนหน้ายึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้มีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการ เปิดให้มีส่วนร่วมจากผู้จัดบริการหลายภาคส่วนยึดหลักความเป็นปึกแผ่นทางสังคม (Social Solidarity) และให้ความสำคัญกับการดูแลภายในครอบครัวที่เน้นการป้องกันและการฟื้นฟูเป็นอันดับแรก (เกวลี เชียรวิชัย, 2560)

ในกรณีการศึกษาที่ประเทศสิงคโปร์ มีรูปแบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุ หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การบริการการดูแลในศูนย์ (Center-Based Care) การบริการการดูแลระยะสั้น (Respite Care) และการบริการการดูแลที่บ้าน (Home-Based Care) โดยการเข้ารับการดูแลจากบริการประเภทต่าง ๆ ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถติดต่อผ่าน Agency for Integrated Care หรือ AIC ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ประสานการส่งตัวผู้รับการดูแลไปยังระบบต่าง ๆ โดยหน่วยงานนี้จะได้รับเงินอุดหนุนผ่านกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) ประเทศมาเลเซีย มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ยังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก แต่ก็ได้เริ่มมีการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุบ้าง เช่น การก่อตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายुरายวัน (Pusat Jagaan Harian Waega Emas) เพื่อส่งเสริมพลัง (Active Aging) นอกจากนี้ Department of Social Welfare ได้ร่วมมือกับ Help Age Korea ผลักดันโครงการ Home Help Services Program เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัครตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 เป็นต้นมา (เกวลี เชียรวิชัย, 2560)

ในกรณีการศึกษาที่ประเทศจีน ยังคงเน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว เพื่อเป็นการตอบแทนและแสดงความกตัญญูต่องานที่ต่อบุพการีตามอิทธิพลลัทธิขงจื๊อ แต่ก็ประสบกับปัญหาสังคมสูงวัยซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ 5 ประการ ได้แก่ สูงวัย ชราภาพ อยู่ลำพัง มีภาวะพึ่งพิง และยากจน ส่งผลให้รัฐบาลต้องให้ความสำคัญเรื่องการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าในอดีตที่ผ่านมา การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจีนจะเน้นไปที่การเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในการคุ้มครองชีวิตความเป็นอยู่ขั้นพื้นฐานและการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลและการดูแล นอกจากนี้รัฐบาลพยายามกำลังขยายการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุไปยังชนชั้นกลาง โดยกำหนดเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในแผนพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2554-2559) ว่าการดูแลผู้สูงอายुर้อยละ 90 เป็นการดูแลที่บ้าน (Home-Based Care) ในขณะที่ร้อยละ 7 เป็นการดูแลในสถาบันระดับชุมชนในระยะสั้น และร้อยละ 3 เป็นการดูแลในสถาบันต่าง ๆ ในระยะยาวหรือในสถานบริบาล (Institutional Care) โดยจัดความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลทั้งสามประเภทให้เป็นแบบเสริมซึ่งกันและกัน ไม่ใช่เป็นการทดแทนกัน กล่าวได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจีนยังคงเป็นแบบไม่เป็นทางการโดยมีครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักเช่นอดีตที่ผ่านมา (เกวลี เชียรวิชัย, 2560)

ในกรณีการศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) ซึ่งเป็นบริการช่วยครอบครัวหรือผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ 2) บ้านพักผู้สูงอายุ (Residential Care) ซึ่งให้บริการเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน เช่น การทำอาหาร การทำงานบ้าน การเตือนเรื่องรับประทานยา การช่วยเหลือกิจกรรม ดูแลความสะอาดของตนเอง รวมไปถึงการให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง 3) สถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing Homes) ซึ่งเป็นการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล และ 4) สถาน

ดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันในชุมชน ซึ่งสหรัฐอเมริกามีการจัดบริการให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค เพื่อที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ และลดการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข ตลอดจนการจัดบริการการดูแลแบบ Guided Care ที่มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านหลักสูตรการอบรมเพิ่มเติมของ Guided Care และอยู่ในหน่วยเวชปฏิบัติปฐมภูมิเป็นผู้ดูแลหลัก 1 คน เรียกว่า Guided Care Nurse (GNC) ทำงานร่วมกับแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Physicians: PCPs) เพื่อดูแลผู้ป่วย 50-60 คนที่ต้องการการดูแลระยะยาว และมีความเสี่ยงสูงที่จะใช้บริการสุขภาพมาก (เกวลี เชียรวิชัย, 2560)

ในกรณีการศึกษาที่ประเทศอังกฤษ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศอังกฤษในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 5 รูปแบบ ได้แก่

- 1) โรงพยาบาล เป็นบริการที่ให้การรักษายาบาลทั่วไปเป็นบริการดูแลในระดับกลาง (Intermediate Care) สำหรับผู้สูงอายุให้บริการการฟื้นฟูคำแนะนำและให้ความรู้
- 2) สถานบริบาล (Nursing Home) เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไม่มาก แต่ต้องได้รับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลและไม่สามารถอยู่บ้านได้
- 3) สถานดูแลระยะสั้น (Respite Care) เป็นบริการที่รับผู้สูงอายุเพื่อดูแลในระยะสั้นเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีเวลาพักผ่อน
- 4) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) เป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตทั้งนี้เพื่อช่วยลดอาการเจ็บป่วยและใช้เวลากับครอบครัวโดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 5) บ้านพักคนชรา (Residential Home) เป็นบริการที่ให้การช่วยเหลือดูแลส่วนบุคคล หรือในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งตัวและให้บริการดูแลผู้สูงอายุหากมีภาวะเจ็บป่วยในระยะสั้นๆ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2550)

ในกรณีการศึกษาที่ประเทศสหราชอาณาจักร ได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบแยกส่วนตามประเทศ/แคว้นคือ อังกฤษ เวลส์ สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์ อย่างไรก็ตามประมาณร้อยละ 83 ของประชากรทั้งหมดของสหราชอาณาจักรอาศัยอยู่ในอังกฤษ ดังนั้นประชากรชาวอังกฤษจึงเป็นผู้ใช้บริการการดูแลระยะยาวมากที่สุดของประเทศ ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอังกฤษสามารถแบ่ง ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การให้บริการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านและชุมชน บริการเหล่านี้ประกอบด้วย การดูแลที่บ้าน (Home Care) และการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน การให้บริการทางการแพทย์ในชุมชน บริการดูแลระหว่างวันที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มรับประทานอาหารกลางวัน บริการดูแลมือและเท้า และการทำกายภาพบำบัด และ 2) บริการในสถานพยาบาล ได้แก่ บ้านพักผู้สูงอายุ สถานบริบาล ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีสถานดูแลระยะสุดท้าย

(Hospice Care) เพื่อช่วยดูแลอาการเจ็บป่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยรัฐบาลอังกฤษได้ลงทุนพัฒนาที่อยู่อาศัยที่ให้การดูแลเป็นพิเศษ (เกวลี เชียร์วิชัย, 2560)

จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในต่างประเทศหลากหลายประเทศ พบว่า แต่ละประเทศใช้เทคนิคในการปฏิบัติงานแบบบูรณาการ หลากหลายวิธี เช่น การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ การดูแลแบบ Intermediate Care และการทำงานร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคม การประเมินสภาวะแวดล้อมในชุมชน และหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) สร้างระบบการเชื่อมประสานบริการที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านทรัพยากร ด้านการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวและชุมชน ด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างองค์การหรือสถาบันหลักและหน่วยงานในชุมชน รวมไปถึงอาสาสมัครในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ได้รับบริการระยะสั้นจากโรงพยาบาลสู่การดูแลระยะยาวที่บ้านของผู้สูงอายุ

2) การจัดระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และทำงานร่วมกัน เป็นกลไกสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม อีกทั้งเป็นการตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งผ่านระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระมากที่สุด ในชุมชน ขณะเดียวกันก็เป็นการเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน บริการดังกล่าวจึงเป็นตัวเชื่อมระหว่างบริการระยะเฉียบพลันและบริการระยะยาว และสามารถลดหรือป้องกันภาวะพึ่งพิงถาวรที่อาจเกิดขึ้นได้

3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการดูแลหลากหลายทั้งในด้านบริการสุขภาพและบริการสังคม จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ ดังนั้นจำเป็นต้องมีมาตรการเก็บรักษาความลับของข้อมูลของผู้สูงอายุ และปกป้องการนำไปใช้ประโยชน์ในทางมิชอบ โดยผู้ที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักต้องตกลงเรื่องแบบฟอร์มของข้อมูล กำหนดเงื่อนไขและบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูลให้ชัดเจน

4) การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ญาติและผู้ดูแลว่าผู้สูงอายุจะได้รับบริการอย่างทันท่วงทีในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยกะทันหัน หรือต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ตลอดจนการติดตามหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการเตรียมบริการดูแลฉุกเฉินเฉพาะให้

5) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมสามารถบูรณาการการดำเนินงานและการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น การสร้าง

เครือข่ายจะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แนวคิด ทักษะการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทรัพยากรซึ่งกันและกัน รวมถึงการทำงานร่วมกันในลักษณะการบูรณาการระหว่างเครือข่ายต่าง ๆ

6) การประเมินสภาวะแวดล้อมในชุมชน เป็นอีกเทคนิคหนึ่งที่เป็นการบูรณาการการดูแลระยะยาวที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม และเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

7) การจัดบริการการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน เป็นการจัดบริการเชิงรุกเพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายและการเดินทางไปที่โรงพยาบาล จึงจัดให้มีบริการฝึกอบรมญาติและผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งการดัดแปลงอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับบริบทของการใช้งานของผู้สูงอายุ

สำหรับความแตกต่างของระบบการดูแลระยะยาวในประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนาคือ ประเทศกำลังพัฒนาพึ่งพาการดูแลแบบไม่เป็นทางการ หรือการดูแลในครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก โดยมีระบบบริการจากภาครัฐให้การสนับสนุนที่น้อยมากหรือไม่มีเลย ขณะที่การดูแลระยะยาวในประเทศพัฒนาแล้วหรือประเทศอุตสาหกรรมที่มีรัฐสวัสดิการมีจุดเริ่มต้นจากการดูแลในสถานเลี้ยงผู้สูงอายุที่รัฐเป็นผู้จัดให้ในอดีตมาสู่แนวทางการดูแลภายในบ้านและชุมชน โดยมีการจัดบริการให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยการดูแลแบบไม่เป็นทางการเนื่องจากการต่อเนื่องและเชื่อมโยงของบริการที่จัดแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถือเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลระยะยาวจำเป็นจะต้องมีการประสาน การปฏิบัติงาน และการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น

สรุป ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ มีความแตกต่างกันตามสภาพความมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศนั้น ๆ แต่ละประเทศมีการจัดรูปแบบการจัดบริการ และการให้การสนับสนุนจากรัฐบาลที่ต่างกันไป แต่สิ่งที่เหมือนกันคือ เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น เป็นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนการฟื้นฟูจะขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของบริบทของแต่ละประเทศ

2.2.5 นโยบายระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของภาครัฐ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นประเด็นที่ได้รับการรับรองเป็นมติจากการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปีพ.ศ. 2552 ซึ่งสาระสำคัญของข้อเสนอเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีดังนี้ (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559)

1) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและนานที่สุด โดยส่งเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้มีการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ มีการอบรมเพื่อเตรียมตัวก่อนเป็นผู้สูงอายุ การส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง รวมทั้งส่งเสริมให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการดูแลจิตใจของผู้สูงอายุ โดยให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกรุงเทพมหานคร (กทม.) เป็นแกนกลางดำเนินการ

2) ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้แก่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแลให้มีความรู้และความสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ ได้แก่ การช่วยเหลือค่าใช้จ่าย การจัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน

3) ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยสนับสนุนให้ อปท. เทศบาล และสถาบันศาสนา จัดให้มีบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีการทบทวนกฎหมายและระเบียบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จัดให้มีสถานที่ในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเพื่อดูแลแบบครบวงจร รวมทั้งจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อประโยชน์ในการบริการและพัฒนางานผู้สูงอายุโดยมีกระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันการศึกษาในพื้นที่ รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงาน

4) ส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและท้องถิ่นดำเนินการจัดตั้งสถานบริการหรือหน่วยงานให้บริการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุม โดยการกำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ มีการกำกับและควบคุมดูแลมาตรฐานของโรงเรียนและสถานดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุแบบเป็นองค์รวมทั้งบริการด้านสังคมและบริการด้านสุขภาพในสถานบริการ

5) จัดทำแผนสนับสนุนการผลิตและฝึกอบรมกำลังคนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งกำกับควบคุมโรงเรียนการบริบาลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน และขอให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทบทวนกฎหมายและระเบียบเพื่อสนับสนุนให้ อปท. มีบทบาทในการจัดระบบบริการสุขภาพและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และสนับสนุนงบประมาณ รวมทั้งจัดให้มีผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556) ได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาและความจำเป็นของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย จัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน สนับสนุนขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยการเชื่อมโยงกับระบบบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

- 1) ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง มีระบบส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟู และการดูแลตามระดับความ จำเป็นในระบบการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
- 2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
- 3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
- 4) ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มี Respite Care/ Community Nursing Home
- 5) สถานพยาบาลทุกแห่ง มีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและ ครอบครัว

นอกจากนี้รัฐบาลเห็นได้ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพของประชากรวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่องตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546, พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553, บทบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย,แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564), ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย, สิทธิของผู้สูงอายุตามหลักการขององค์การสหประชาชาติ และสิทธิผู้สูงอายุตาม พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และที่แก้ไข พ.ศ. 2553 โดยการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งกำหนดกลไกและหน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553 อ้างถึงใน เกวลี เชียรวิชัย, 2560) บังคับใช้พระราชบัญญัติกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 เป็นต้นมา ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่ ประกอบกับในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2552 ได้มีการกำหนดให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมคุ้มครองผู้สูงอายุ มีมาตรการที่สำคัญ ได้แก่ การจัดระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนให้มีบริการครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมโดยมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบให้บริการดำเนินการส่งเสริมสนับสนุน ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับบริการทางสังคมอย่างครบวงจร ทั้งในสถานพยาบาลและสถานที่พักอาศัย ได้แก่

- 1) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย
- 2) จัดให้มีช่องทางพิเศษเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการสาธารณสุข การจัดการบริการรับส่งผู้สูงอายุ
- 3) สนับสนุนการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ
- 4) สนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556) ได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาและความจำเป็นของ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย จัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 มีเป้าประสงค์ให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน สนับสนุนขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยการเชื่อมโยงกับระบบบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

- 1) ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง มีระบบส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟู และการดูแลตามระดับความ จำเป็นในระบบการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
- 2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
- 3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร
- 4) ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มี Respite Care/ Community Nursing Home
- 5) สถานพยาบาลทุกแห่ง มีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

สรุป รัฐบาลได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยได้มีการกำหนดการดำเนินงาน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อตอบสนองความต้องการบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น ภาครัฐ และภาคเอกชน ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง

6. หลักการสำคัญของแผนยุทธศาสตร์

- 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะพึ่งพิง มีสิทธิและสามารถเข้าถึงบริการ ที่พึง ได้รับโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Targeted Universalism)
- 2) ให้ทุกพื้นที่มีการจัดบริการดูแลระยะยาว โดยการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงทุกสิทธิ รวมถึงมีการเชื่อมต่อ ระหว่างบ้าน ชุมชน และในสถานบริบาลอย่างเป็นระบบ
- 3) ท้องถิ่นมีหน้าที่ในการบริหารจัดการข้อมูลระบบบริการการดูแลระยะยาว เพื่อให้เกิดการบูรณาการจัดบริการดูแลระยะยาวในครอบครัว ชุมชน และในสถานบริการ
- 4) ภาครัฐมีนโยบายในการสนับสนุน การดำเนินงานของท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 5) มีกองทุนในระดับท้องถิ่น ในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว โดยบูรณาการแหล่งเงินต่าง ๆ สู่ชุมชน

สำหรับแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557-2561 ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การคัดกรองผู้สูงอายุ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน

เป้าประสงค์ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมิน คัดกรองจำแนกตามกลุ่ม เพื่อรับบริการตามชุด สิทธิประโยชน์ของแต่ละกลุ่ม รวมถึงมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทุกชุมชน

1) พัฒนาแบบประเมินเพื่อสำรวจผู้สูงอายุ และจัดทำเกณฑ์/ มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตาม ความจำเป็นในการได้รับการดูแลระยะยาว

2) พัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมมาตรฐานการคัดกรอง ให้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) /อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)

3) ทำการสำรวจและประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์/ มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตาม ความ จำเป็นในการได้รับการดูแลระยะยาว โดยบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ

4) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลระยะยาวในการจัดสวัสดิการและ บริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน การดูแลผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริบาล

เป้าประสงค์ มีระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่ มีระบบสนับสนุน การดูแลระยะยาวในชุมชน และระบบรองรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและไม่สามารถพักอาศัย ในชุมชนได้

1) พัฒนามาตรฐานบริการและระบบสนับสนุนการบริการ ได้แก่

1.1) มาตรฐานหน่วยจัดบริการ; ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, Day Care, Respite Care, Community Nursing Home

1.2) มาตรฐานบุคลากร; มาตรฐานผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ มาตรฐานหลักสูตร ผู้จัดการบริการ ระยะยาว

1.3) มาตรฐานบริการ; ในระดับชุมชน, ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ และมาตรฐานระบบส่งต่อ ระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานบริบาล เป็นต้น

2) มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกที่บ้าน/ ชุมชน

3) มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุ)

4) Day Care Center ในระดับตำบล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์

เป้าประสงค์ มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลระยะยาว ที่ครอบคลุมตามความจำเป็นพื้นฐาน ของผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมและยั่งยืน

- 1) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 - 2) ออกแบบระบบการเงินการคลัง และรูปแบบการจ่ายค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน
 - 3) จัดทำข้อเสนอการบูรณาการงบประมาณ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงาน ต่าง ๆ
 - 4) ขยายความครอบคลุมกองทุนฟื้นฟูผู้พิการระดับจังหวัด
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนากำลังคน

เป้าประสงค์ กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีจำนวนเพียงพอ และผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

- 1) สนับสนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และเอกชน มีส่วนร่วมในการวางแผนและ บริหาร จัดการกำลังคน เพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่
- 2) การพัฒนาหลักสูตรและการอบรมบุคลากรด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1) ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care Manager)

2.2) Care Assistant

- 3) สนับสนุนการผลิต การจ้าง และการสร้างแรงจูงใจ แก่กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาว

3.1) Community Care ในชุมชน ได้แก่ อสม., อพส., ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long Term Case Manager), ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Assistant)

3.2) Assistant Care ในรพ.สต. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (เพิ่มอีกแห่งละ 1 คน), นักจิตวิทยาคลินิก, หมอหนองไทย

3.3) Hospital Care ได้แก่

3.3.1) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด (เพิ่มอีกแห่งละ 1 คน)

3.3.2) ในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด, พยาบาล เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล

เป้าประสงค์ มีองค์ความรู้และข้อมูลสำหรับการพัฒนา และติดตามกำกับระบบบริการดูแลระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1) ศึกษาและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในด้านการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) ศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการในชุมชน และการบริหารจัดการกองทุนระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการบูรณาการจัดบริการ

3) ศึกษาการพัฒนาแบบการจ่ายค่าบริการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริการและเพิ่มคุณภาพ บริการ

4) ศึกษาแบบ Long-Term Care Financing

5) ศึกษาและพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงาน การจัดการดูแลระยะยาว ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากฎหมาย/ ระเบียบ และการบริหารจัดการ

เป้าประสงค์ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนากฎหมาย/ ระเบียบ และการบริหารจัดการ เพื่อให้ เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1) แก้ไขระเบียบสวัสดิการ การรักษาพยาบาลข้าราชการให้ครอบคลุมบริการสุขภาพในชุมชน

2) กำหนดบทบาทให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ และปรับปรุงแก้ไข กฎระเบียบของท้องถิ่น ให้เอื้อต่อการดำเนินงานตามบทบาท

3) ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลระยะยาว เช่น มาตรฐานและการกำกับ สถานะบริการเอกชน มาตรฐานและการกำกับการจัดบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน

กล่าวได้ว่า นโยบายระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของภาครัฐ ได้มีการดำเนินการเชิงรุก โดย การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 เพื่อตอบสนองความต้องการบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น ภาครัฐ และภาคเอกชน ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องตามชุดสิทธิประโยชน์

7. แนวคิดผู้จัดการการดูแล

7.1 แนวคิดของผู้จัดการการดูแลในต่างประเทศ

จากการทบทวนแนวคิดของผู้จัดการการดูแลในต่างประเทศ มีผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความหมาย ดังต่อไปนี้

The National Council On Aging: NCOA (1994: 3 อ้างถึงใน Scharlach, Giunta, and Dick, 2001: 10) ให้นิยามของ ระบบการจัดการดูแล (Care Management) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ของระบบการดูแลในชุมชน มีวัตถุประสงค์การสร้างระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนอง ความต้องการและรับรองคุณภาพการดูแลแต่ละรายบุคคล

Lombardi (2001) ได้กล่าวถึง ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) จะต้องมีระบบการจัดการ ดูแล (Care Management) สิ่งแวดล้อมภายนอกที่เป็นลักษณะของผู้ป่วยและชุมชน และ สิ่งแวดล้อม ภายในขององค์การให้บริการทางสุขภาพให้มีความสมดุลกัน เนื่องจากทั้งสองอย่างนี้จะ เป็นระบบ บริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้จัดการการดูแลจะต้องทำความเข้าใจในการ เปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายในขององค์การ และปรับนโยบายและแนวทางการปฏิบัติให้ สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยและชุมชนได้

Cohen and Cesta (2005) ได้กล่าวถึง รูปแบบการจัดการการดูแล (Care Management) ว่าเป็นรูปแบบการบริการที่เน้นความต่อเนื่องในการได้รับการสุขภาพอย่างไรร้อยต่อร่วมกับพหุภาคี เครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีตรงความต้องการบริการสุขภาพ ใช้ในระบบการดูแลกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสุขภาพในระดับปานกลางและต่ำ พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการ เลือกบริการสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเหล่านั้น ในการเลือกบริการ สุขภาพที่ดีที่ร่วมกับผู้ดูแล แต่เนื่องจากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นทำ ให้ระบบการดูแลในผู้สูงอายุจะต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างรูปแบบการจัดการรายกรณี สำหรับ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสุขภาพสูง เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนรูปแบบการจัดการ ดูแลจะเป็นลักษณะที่มีความต่อเนื่องในการวินิจฉัยโรคและสถานการณ์ภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงใน ระดับปานกลางและต่ำ ซึ่งทั้ง 2 รูปแบบการจัดการจะต้องดำเนินการควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ทางระบบบริการสุขภาพ การมีสุขภาพที่ดีและมีความคุ้มค่า โดยการจัดการของพยาบาลผู้จัดการ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

1) บทบาทผู้ดูแลทางคลินิก (Clinical/ Patient care)

- (1) การระบุสิ่งเร้าของผู้ป่วย (Patient outreach, Identification, and Intake)
- (2) การประเมินและระบุปัญหา (Assessment and Problem Identification)
- (3) การพัฒนาแผนการดูแล (Development of the Plan of Care)
- (4) การดำเนินการตามแผนการดูแล (Implementation of the Plan of Care)
- (5) การประเมินอย่างต่อเนื่อง ประเมินซ้ำ และติดตามการประเมิน (Ongoing assessment, Reassessment, and Follow-up)

(6) การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ (Patient and Family Education)

2) บทบาทผู้บริหารจัดการและภาวะผู้นำ (Managerial/ Leadership)

- (1) การประสานความดูแล อำนวยความสะดวก การเตรียมการ และการบริหาร จัดการ (Care Coordination, Facilitation, Expedition, and Management)
- (2) การวางแผนพร้อมสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และการส่งต่อ (Transitional Planning and Referrals)

(3) การติดตาม และประเมินผลกิจกรรมการดูแลและผลลัพธ์ (Monitoring and Evaluation of Care Activities and Outcomes)

(4) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและญาติ (Patient and Family Advocacy)

(5) การประกันและปรับปรุงคุณภาพ (Quality Assurance and Improvement)

(6) การให้คำปรึกษา ความรู้ และคำแนะนำกับผู้ร่วมงาน (Staff Mentoring, Education and Coaching)

(7) การเป็นส่วนร่วมในคณะกรรมการ (Committees Participation)

(8) การพัฒนาแบบแผนการจัดการรายกรณี/ รูปแบบการดูแลทางคลินิก (Development of Case Management Plans/ Clinical Pathways)

3) บทบาทผู้ดูแลทางการเงิน (Financial/ Business)

(1) การควบคุมกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมตามความจำเป็น (Cost Control/ Reduction Activities)

(2) ประเมิน สังเคราะห์ และการจัดการ (Variance Identification, Analysis, and Management)

(3) การทบทวนการจัดการดูแลให้ตรงตามมาตรฐานการรับรอง (Managed Care Review, Authorizations and Certifications)

4) บทบาทผู้จัดการข้อมูลและการติดต่อสื่อสาร (Information Management/ Communication)

(1) การให้ข้อมูล สังเคราะห์ และการจัดการ (Data Entry, Analysis, and Management)

(2) การจัดการงานเอกสาร (Documentation)

(3) การเขียนรายงาน (Writing Reports)

(4) การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้รับบริการรายบุคคล (Providing Feedback to Key Stakeholder/ Personnel)

5) บทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาความก้าวหน้า (Professional Development/ Advancement)

(1) การดำเนินงานวิจัย และนำผลการวิจัยไปใช้ (Conducting Research and Research Utilization)

(2) การดำเนินการตามนโยบายสาธารณะทางสุขภาพและการเมือง (Public/ Health Policy and Politics)

(3) การเขียนรายงานต่อสาธารณะ (Writing for Publication)

(4) การกล่าวรายงานต่อสาธารณะ (Public Speaking)

Cress (2009) อธิบายถึง บทบาทผู้จัดการการดูแล (Care Manager) สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นการนำรูปแบบการจัดการดูแล (Care Management) ซึ่งมีหน้าที่ในการให้ความรู้ การประเมิน การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องโดยการประสานงาน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และป้องกันการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ บทบาทของผู้จัดการการดูแลจึงเป็นการประสานงานตั้งแต่ก่อนเข้านอนโรงพยาบาล ระหว่างการเข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จนกระทั่งถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL, (2013) ให้ความสำคัญต่อปัญหาความต้องการระบบบริการสุขภาพระยะยาวของผู้รับบริการที่มีความซับซ้อน ทั้งบริบทความแตกต่างในลักษณะของชุมชนและสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวจะเป็นความร่วมมือของการดูแลไม่เป็นที่ทาง (การดูแลที่บ้าน) และการดูแลเป็นทางการ (การดูแลที่สถานบริการ) การกำหนดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ จึงมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของผู้รับบริการในระบบการดูแลระยะยาว โดยกำหนดบทบาทของพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะยาว ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

1) บทบาทผู้นำ (Leader)

- (1) ผู้นำทีม (Team Leader)
- (2) ผู้มีทักษะการติดต่อสื่อสาร (Skilled Communicator)
- (3) ผู้จัดการแหล่งสนับสนุน (Resource Manager)
- (4) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)
- (5) ผู้ให้ความรู้ (Educator)
- (6) ผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Informed)
- (7) ผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Practitioner)
- (8) ผู้ชี้แนะ (Guide)
- (9) ผู้ติดตามผล (Monitor)

2) บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator)

- (1) ผู้ประเมินผล (Evaluator)
- (2) ผู้วางแผนการดูแล (Establisher of the care plan)
- (3) ผู้ขับเคลื่อนกลยุทธ์ (Solution Driven)
- (4) ผู้สนับสนุนบุคลากร (Resource person)
- (5) ผู้รับผิดชอบ (Accountable)

3) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Practitioner)

- (1) ผู้มีความรู้ความสามารถ (Knowledgeable)
- (2) ผู้ประสานความร่วมมือ (Collaborator)
- (3) ผู้ติดต่อสื่อสาร (Communicator)
- (4) ผู้วางแผน (Planner)
- (5) ผู้ชำนาญการ (Proficient)
- (6) ผู้มีความเป็นอัตลักษณ์ (Autonomous)
- (7) ผู้ให้คำปรึกษา (Consultant)
- (8) ผู้วิจัย (Researcher)

4) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ (Advocate)

- (1) ผู้เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered)
- (2) ผู้มีจริยธรรม (Ethical)
- (3) ผู้มีวิสัยทัศน์ (Visible)

5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Mentor)

- (1) ผู้สนับสนุน (Supporter)
- (2) ผู้ให้ความรู้ (Educator)
- (3) ผู้ประสานความร่วมมือ (Collaborator)

6) บทบาทผู้วางแผนการดูแล (Program Planner)

- (1) ผู้ประเมิน (Assessor)
- (2) ผู้วางแผน (Planner)
- (3) ผู้ดำเนินการ (Implementer)
- (4) ผู้ประเมินผลลัพธ์ (Evaluator)
- (5) ผู้ติดต่อสื่อสาร (Communicator)
- (6) ผู้นำประกันคุณภาพการดูแล (Quality Assurance Leader)

Johnson (2013) ได้กล่าวถึง บทบาทของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) มีความสำคัญต่อการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต่อการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการทำ ความเข้าใจและให้การสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ในการทำงาน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดทำเอกสารรายงานภาวะสุขภาพ ความเสี่ยง และวางแผนจัดการการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงติดตามผู้ป่วยอย่างครอบคลุมอย่างสม่ำเสมอ

2) การระบุปัญหาและการจัดการในระดับปฐมภูมิ เพื่อควบคุมปัญหา และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเข้านอนในโรงพยาบาลซ้ำ

3) การประเมินแบบองค์รวมและการประเมินซ้ำ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการการดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

4) การจัดระบบคัดกรองความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อแบ่งประเภทของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงส่งต่อไปสู่ระดับต่ำที่สุด เพื่อการบริหารจัดการรูปแบบการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

5) การประสานงานกับพหุภาคีในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสุด เพื่อการจัดระบบการ ให้บริการสุขภาพและบริการทางสังคม ซึ่งอาศัยต้นทุนทรัพยากรภายในชุมชน รวมไปถึงการจัดการดูแล อำนวยความสะดวกให้การดูแล และส่งต่อผู้ป่วยสู่ขั้นตอนการดำเนินการต่อไปใน กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง

Cress (2015) ได้อธิบาย แนวคิดการจัดการดูแล (Care Management) เป็นการ จัดระบบ บริการสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยให้ ความสำคัญของการดูแลภายในชุมชน ระบบการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นบริการที่ป้องกันช่วยเหลือ ให้ ผู้สูงอายุและครอบครัว ได้มองเห็นถึงปัญหาภาวะสุขภาพในระยะยาว เพื่อที่จะวางแผนการมี คุณภาพ ชีวิตที่ดีและป้องกันความบกพร่องของภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพนี้แสดงให้เห็นถึง ความ ต้องการการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวโดยมี ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) เป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเลือกวิธีการที่ เหมาะสม

Lipstein (2016) ให้ความหมายของ ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ในผู้ป่วยโรค เรื้อรัง จะต้องมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยอาศัยพหุภาคี เครือข่าย ในการร่วมแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย การ ทำงานร่วมกับผู้ดูแลและครอบครัว ในการเฝ้าติดตาม ป้องกันการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ และ การเข้า รับบริการที่ห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น

National Academy of Certified Care Managers: NACCM (2016) ได้กำหนด บทบาท ผู้จัดการการดูแล ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การประเมิน และระบุความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ
- 2) การกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลร่วมกับผู้รับบริการ
- 3) การดำเนินงานตามแผนการดูแล โดยการประสานงานกับพหุภาคี
- 4) การบริหารจัดการ และติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแล
- 5) การปฏิบัติตามมาตรฐานความเป็นวิชาชีพ มีคุณธรรมและจริยธรรม

Smith (2010) กล่าวถึง ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ที่มีความสามารถทางด้านการใช้ เทคโนโลยี เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้รับบริการผ่านสื่อและช่องทางต่าง ๆ ในการรับรู้ ข่าวสารข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้รับบริการที่ดีเช่นกัน

Kato et al (2013) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

1) รูปแบบแผนงานการดูแลโดย ผู้ให้การดูแล (Care Provider) ทำหน้าที่ในการดูแลตาม แผนงาน

2) รูปแบบวางแผนให้บริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดย ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ทำหน้าที่ในการประสานงาน ประสานร่วมกับแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ให้มีการดำเนินการไปตามแผนงานที่กำหนด และควบคุมกำกับการทำงานของผู้ให้การดูแล (Care Provider) ซึ่งกำหนดหน้าที่ของผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ในระบบบริการระยะยาว ดังนี้

- (1) ประเมินความสามารถของบุคคล
- (2) ประเมินความต้องการและการสนับสนุนการดูแล
- (3) กำหนดรูปแบบการดำรงชีวิตประจำวัน
- (4) ระบุปัญหาความต้องการการดูแล
- (5) วางแผนรูปแบบการดูแล
- (6) วางแผนให้การดูแลระยะยาว

Taylor et al (2013) ได้กล่าวถึงบทบาทผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ทำหน้าที่ในการ ให้การดูแลกับผู้ป่วยทางตรงผ่านการประสานงานและขอความช่วยเหลือ ดำเนินการประเมินปัญหา และการติดต่อสื่อสารภายในทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระบบบริการซึ่งมีบทบาท ดังนี้

- 1) ให้บริการ และประสานบริการสำหรับผู้ป่วย
- 2) ประสานความร่วมมือการให้บริการร่วมกับทีมสุขภาพ
- 3) ระบุปัญหา เจาะลึก ความต้องการบริการสุขภาพแต่ละรายโรค
- 4) ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการประเมินความต้องการ และเลือกระบบบริการสุขภาพ

ที่เหมาะสม

Hong, Siegel and Ferris (2014) กล่าวถึง ระบบการจัดการดูแล (Care Management) ได้ ถูกนำมาใช้ในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรังที่ซับซ้อน ให้ได้รับการดูแล จากหน่วยปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย พบว่า รูปแบบการจัดการดูแลโดยการประเมินความต้องการและการสนับสนุนของผู้จัดการการดูแล (Care Manager) สามารถที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรังที่ซับซ้อนได้

เกวลิน เขียววิชัย (2560) กล่าวว่า ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ในต่างประเทศได้นำแนวคิดการจัดการดูแล (Care Management) มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนที่มีความต่อเนื่อง ตั้งแต่การเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องจนกระทั่งถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของตัวผู้รับบริการและครอบครัว ในการกำหนดแนวทางแผนการดูแลร่วมกันอย่างครบวงจร ตลอดจนการเลือกระบบการดูแลที่มีการสนับสนุนภาครัฐบาลและภาคเอกชนที่แตกต่างกันออกไป ตามสภาพความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศนั้น ๆ

เกวลิน เขียววิชัย (2560) กล่าวว่า แนวคิดบทบาทผู้จัดการการดูแล พบว่า องค์ประกอบของบทบาทผู้จัดการการดูแลในทุกแนวคิดมีความเหมือนคล้ายคลึงกันส่วนใหญ่ แต่มีความต่างกันบ้างบางองค์ประกอบจึงได้สังเคราะห์บทบาทของ The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL (2013) ร่วมกับ National Academy of Certified Care Managers: NACCM (2016) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ

- 1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล
- 2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล
- 3) บทบาทผู้ประสานงาน
- 4) บทบาทผู้นำ
- 5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา
- 6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้ได้บทบาทของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

แนวคิดของผู้จัดการการดูแลในประเทศไทย

จากการทบทวนแนวคิดของผู้จัดการการดูแลในประเทศไทย มีผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความหมาย ดังต่อไปนี้

เกวลิน เขียววิชัย (2560) กล่าวถึง การจัดการ ด้านระบบดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยวิธีการปฏิบัติการพยาบาลของผู้จัดการการดูแล ดังนี้

- 1) การเสริมสร้างความสะดวก (Facilitate)
- 2) การประสานงาน (Coordination)
- 3) การบูรณาการ (Integrate)
- 4) การสนับสนุน (Support)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) อธิบายถึง การจัดการดูแล (Care Management) เป็นลักษณะ ของการบริหารการดูแลสำหรับผู้ที่มีปัญหา และผู้เจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิต เพื่อแสวงหาความ ร่วมมือในการช่วยเหลือ การวางแผนอำนวยความสะดวก และการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อช่วย

ให้บุคคลได้ บรรลุถึงความต้องการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ โดยการจัดการดูแลมีพื้นฐานมาจากการ จัดเตรียม บริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งภายในองค์กรและระหว่างองค์กร เป็น กิจกรรมที่ เป็นการประสานงานและเป็นกิจกรรมพิเศษที่ต่างไปจากบริการปกติ ซึ่งได้รับการ ประยุกต์ใช้ใน หลากหลายหน่วยงานและหลากหลายลักษณะงาน เช่น การดูแลในชุมชนสำหรับผู้ สูงอายุ การดูแล ประชาชนที่พิการและมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเฉียบพลัน เป็นต้น

วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ (2559) ได้กล่าวถึง การดูแลระยะยาวโดยเฉพาะในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือ ติดเตียงนั้น

จำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญที่จะคอยดูแลประคับประคองให้ผู้สูงอายุ สามารถ ใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ระบบการจัดการการดูแลจะเป็น แนวทาง หนึ่งที่ทำให้การดูแลระยะยาวมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ผู้จัดการการดูแล ผู้สูงอายุ ควรมีลักษณะเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลที่สามารถจะวางแผนและติดตามแผนการ รักษาได้ และสามารถเชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการที่มีในชุมชนและนอกชุมชนทั้งมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

เกวลิน เขียววิชัย (2560) กล่าวว่า ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ในประเทศไทย ได้นำแนวคิดการจัดการดูแล (Care Management) มาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติให้การดูแลสำหรับผู้ สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน เริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่ง ถูกจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล และป้องกันการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ โดยมีพยาบาลทำ หน้าที่เป็น ผู้จัดการการ ดูแล สนับสนุนการเลือกบริการสุขภาพร่วมกับผู้ดูแล ตลอดจนให้ความ ช่วยเหลือและประสานความ ร่วมมือกับพหุภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมี ประสิทธิภาพเช่นกัน แต่จะมีความ แตกต่างกับต่างประเทศในรูปแบบการสนับสนุนและความสามารถในการ เลือกรับการให้บริการจาก ผู้จัดการดูแลแบบเฉพาะเจาะจงในกรณีที่ใช้สิทธิประโยชน์ของทาง รัฐบาลจัดให้เท่านั้น

สรุป ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการดูแลผู้ที่มีปัญหา โดยใช้แนวคิดการ จัดการดูแล (Care Management) ในการประเมินความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละ รายมีการวางแผนเพื่อปฏิบัติโดยมีผู้จัดการการดูแล (Care Manager) เป็นผู้รับผิดชอบในการประเมิน การวางแผน การดูแล และร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนในการ ดำรงชีวิต เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.3 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นโยบาย แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ความหมายของคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตมักตั้งอยู่บนรากฐานของความเชื่อ หรือแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตของคนซึ่ง จะต้องประกอบด้วย กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยทั่วไปมนุษย์ทุกคนย่อมต้องการการมีชีวิตที่ดี มีชีวิตที่ดีพร้อมในทุก ๆ ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในสังคม เช่น มีสุขภาพดี มีอิสระเสรีในด้านความคิด การกระทำ มีเป้าหมายของชีวิต คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่กำลังได้รับ ความสนใจอย่าง กว้างขวางเพราะเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาด้านต่าง ๆ สามารถกระทำได้ดีหรือประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็ว จึงมีผู้ให้ ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

คณะทำงานด้านคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก (2561) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลใน การดำรงชีวิต ในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของ วัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่นระบบบริการ สวัสดิการต่าง ๆ ตลอดจนการเมือง และการปกครองของสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่

ดังนั้น จึงสรุปคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้ง ในด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมเป็นการ ประสาน การรับรู้ของบุคคล ในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้ วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ นักทฤษฎีผู้สูงอายุได้พิจารณากระบวนการแก่ของบุคคลว่า เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งแนวตั้งและแนวนอน ในแนวตั้งให้พิจารณาว่า ร่างกายของบุคคลมีหลายระดับ นับตั้งแต่โมเลกุล เซลล์ บุคคล กลุ่มคน และสังคม ส่วนแนวนอนให้พิจารณาว่าบุคคลมี คุณลักษณะ 3 ประการ คือ เป็นอยู่ (Being) พฤติกรรม (Behaving) และการ กลายมาเป็น (Becoming) ดัง ปรัชญาการณของความสูงอายุกหรือกระบวนการแก่เกิดจากปัจจัยหลาย ประการไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุนั้นอาจแบ่งได้ เป็น 3 ทฤษฎีดังต่อไปนี้ (สุวดี เบญจวงศ์, 2541)

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา ได้อธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ของทั้งการสูญเสียความสามารถในการต้านทานโรค พบว่า ในทุกระดับของชีววิทยาดังแต่เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ ระบบอวัยวะจะต้องมีการเสื่อมและการตายเกิดขึ้น

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรม ของผู้สูงอายุ นั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญา ความนึกคิด ความจำและการรับรู้ แรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลจะผลักดันให้มีบุคลิก แตกต่างกันไป และมนุษย์จะมีช่วงการเปลี่ยนแปลง คือ ช่วงต่อของชีวิต ซึ่งล้วนแต่เป็นภาวะวิกฤต การที่บุคคลสามารถผ่านช่วงวิกฤตในชีวิตแต่ละระยะได้ดีเพียงใด ก็ส่งผลถึงการพัฒนาบุคลิกภาพในอนาคต คือ การเป็นผู้สูงอายุด้วย

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะ ทางสังคมที่เปลี่ยนไป เพราะมนุษย์จะต้องมีการพัฒนาในแต่ละบุคคล และสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อการปรับตัว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทฤษฎีทางสังคมแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

3.1 ทฤษฎีไร้ภาระผูกพัน อธิบายว่าการละบทบาททางสังคม ซึ่งจะเป็นผลดีต่อ ทั้งสองฝ่าย คือ ได้ให้คนในวัยหนุ่มสาวที่มีความรู้ความสามารถเข้ามาทำหน้าที่ สำหรับผู้สูงอายุเอง ก็จะได้ เตรียมตัวรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการต่อเนื่องและหลีกเลี่ยงไม่ได้ และความ แตกต่างในบุคลิกภาพไม่ใช่สิ่งที่สำคัญ

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม กล่าวถึง การมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และความพึงพอใจในชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานะทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกทอดถอนตัวออกไป ดังนั้นผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา ควรพอใจในการร่วมกิจกรรม สนใจและร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่าง ๆ กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทำให้มีสุขภาพดีทั้งใจและกาย กิจกรรมจึงมีความสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง ได้มาจากการนำทฤษฎีไร้ภาระผูกพันและทฤษฎีกิจกรรม มาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปใหม่เป็นทฤษฎีความต่อเนื่องที่สามารถอธิบายชีวิตที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้ คือการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมของผู้สูงอายุ เช่นผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมจะมีความสุขเมื่อได้ร่วมกิจกรรม เหมือนในวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมมาก่อนก็จะมี ความสุขในการแยกตัวเอง ในวัยสูงอายุ

ในขณะที่ Beadle-Brown, J., Murphy, G., and DiTerlizzi, M. (2008: 380) ได้นำเสนอ การแบ่ง คุณภาพชีวิตควบคู่ไปกับการกำหนดตัวชี้วัด เป็น 8 ด้าน ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคม (Social Inclusion) การรวมกลุ่มทางสังคม จะเกี่ยวข้องกับความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มทางสังคม การมีส่วนร่วมในกลุ่มทางสังคม สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่มีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่มทางสังคม บทบาทในการดำเนินชีวิต (เช่น

วิถีทางการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อความเหมาะสม รวมถึง พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อวิถีการดำเนินชีวิต การช่วยเหลือ สนับสนุนต่าง ๆ (เช่น ความพึงพอใจ ในการบริการทางสังคม การขอรับทางสังคม และสถานภาพทางสังคม)

2. คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ทางกายภาพ (Physical Well-being) ด้าน ความเป็นอยู่ ทางกายภาพ หมายถึง ลักษณะทางสุขภาพซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ ความ ปลอดภัย การมี สุขภาพดี การมี เวลาพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ อาหาร และโภชนาการ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการดูแลสุขภาพ ซึ่ง สอดคล้องกับ งานวิจัยของ) Batista Vitorino and Martins da Silva (2010: 3) ที่ค้นพบว่ากิจกรรมทางกายภาพ และ การ เคลื่อนไหวอาจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และทำให้ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอีกด้วย

3. คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation:) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการมี มิตรภาพ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายใต้บริบทสถานที่ทำงานหรือบริบทครอบครัว นอกจากนี้ ด้าน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังเกี่ยวข้องกับภาวะความโดดเดี่ยวเดียวดาย การสนับสนุนช่วยเหลือจาก เครือข่ายทางสังคม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความรัก

4. คุณภาพชีวิตด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดี (Material Well-being) ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดีจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ อาชีพการงาน สถานภาพทางการเงิน การเป็นเจ้าของ (สังหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์) ความปลอดภัย สถานภาพ ทางเศรษฐกิจ ลักษณะที่อยู่อาศัยและการคมนาคมขนส่ง

5. คุณภาพชีวิตด้านลักษณะทางอารมณ์ (Emotional Well-Being) ด้านลักษณะ ทาง อารมณ์จะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงานอาชีพที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือสนับสนุน ความ พึงพอใจในกลุ่มทางสังคมของตนเอง นอกจากนี้ด้านลักษณะทาง อารมณ์ยังเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มโนภาพแห่งตน การไร้ความเครียดและความสุขในการดำเนินชีวิต

6. คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) ด้านความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองจะเกี่ยวข้องกับความสามารถใน การตัดสินใจ การควบคุมตนเอง การกำหนดทิศทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง อิทธิพลของที่อยู่อาศัย ที่มีผลต่อ ความสามารถในการตัดสินใจ การสนับสนุนช่วยเหลือด้วยคำพูดและการแก้ต่างเพื่อตนเอง

7. คุณภาพชีวิตด้านการพัฒนาตนเอง (Personal Development) ด้านการ พัฒนาตนเอง จะเกี่ยวข้องกับเรื่องของการศึกษาและทักษะในการปฏิบัติตน ความสามารถส่วนตัว การบรรลุสิ่งที่ปรารถนา ความก้าวหน้าและพัฒนาการในด้านต่าง ๆ

8. คุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพ (Rights) ด้านสิทธิเสรีภาพจะเกี่ยวข้องกับการเคารพ ในสิทธิส่วนบุคคล สิทธิมนุษยชน สิทธิในความเป็นพลเมือง (เช่นการมีสิทธิเลือกตั้ง) ความรับผิดชอบในฐานะความเป็นพลเมืองและกิจกรรม ต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ชมชนหรือรัฐบาล

โดยสรุป คุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ทั้ง 8 ด้านข้างต้น ได้ระบุถึงลักษณะตัวชี้วัด ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางหรือตัวแปรในการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยอาจเน้น เชิงวัตถุวิสัยหรือเชิงอัตวิสัยตามความเหมาะสมของบริบทที่ศึกษาหรืออาจใช้แนวทางทั้ง 2 อย่าง ควบคู่ไปด้วยกันก็ได้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิตด้านผู้สูงอายุ ของ Schalock, L. R., (2004: 386) ซึ่งได้ สรุปและสังเคราะห์ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตจากงานวิจัยและบทความทางการศึกษา พบว่าปัจจัยหลักของคุณภาพชีวิตพิจารณาจาก 8 ปัจจัยหลัก คือ สภาพอารมณ์ที่ดี ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล สภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี การพัฒนาตนเอง สภาพทางร่างกายที่ดี การตัดสินใจด้วย ตนเอง การรวมกลุ่มทางสังคม และสิทธิตามกฎหมายโดยสรุป ปัจจัยหลักในการวัดคุณภาพชีวิตมี 8 ด้าน ซึ่งแต่ละด้านจะมีตัวชี้วัดหลักและย่อย ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำมาปรับใช้สำหรับการศึกษา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพียง 6 ด้าน โดยที่ ด้านที่ไม่ได้นำมาศึกษาได้แก่ ด้านการพัฒนาตนเอง และ ด้านสิทธิตามกฎหมาย ทั้งนี้ในงานวิจัยนี้จะเน้นการศึกษาไปที่โครงสร้างของคุณภาพชีวิตที่มีความ เกี่ยวข้องกับด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม ดังนั้นความหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้สรุปว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละ บุคคล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดีที่สุดจากความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้รับ โดยจะวัดการ รับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละด้านดังนี้ ด้านสภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสภาพสิ่งแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น เนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานระบบต่าง ๆ ทั่วร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาทระบบหัวใจระบบหลอดเลือดระบบขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูก และ ระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักจะเกิดซ้ำ ๆ การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นใน ผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Biological Change) การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุก ระบบของร่างกายผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและส่วนต่าง ๆ ที่พบโดยทั่วไปได้แก่ ผิวหนัง บาง แห้งเหี่ยวเหี่ย ลอกหลุดง่าย มักมีอาการคัน มีเลือด เซลล์ ผผและขนทั่วไปสีจางลง กลายเป็นสีเทาและสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยา ต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและการคิดเชิงซ้ำ การมองเห็นและการได้ยินลดลง การรับกลิ่นไม่ดี การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้รับรู้รสน้อยลง การรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรับรสอื่น ๆ ฟันผุ แตกหักง่าย

เคลือบฟันบางลง เหงือกหุ้มคอฟันร่นลงไป กระดูกเปราะและหักง่าย มีอาการปวด กระตุก เนื่องจากแคลเซียมลดลง ต่อมมึนทำงานน้อยลง ทำให้รู้สึกว้าปากแห้ง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลงทำให้เกิด การติดเชื้อได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้บ่อย ประกอบกับการ ไม่ได้ออกกำลังกาย พบอาการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในเพศหญิง และปัสสาวะลำบากในเพศชายจาก ต่อมลูกหมากโตขึ้น นอกจากนี้การผลิตของฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็น โรคเบาหวานอย่างอ่อน และมีการสูญเสียไขมันออกไปกับปัสสาวะได้หนึ่งหลอดเลือดมีลักษณะ หนาและแข็งขึ้น เพราะมีไขมันมาเกาะเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงความยืดหยุ่นของเนื้อปอด ลดลงเป็นเหตุให้ การขยายตัวและยุบตัวไม่ดี ต่อมเพศทำงานลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง (เกสร สำเภาทอง, 2549: 76) การเปลี่ยนแปลงของสรีระทางร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง ปัญหาความเจ็บป่วย ทางร่างกายที่พบ มากที่สุด โรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 และป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 13.3 คือ โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกอันได้แก่ การปวดหลัง ปวดเข่า ปวดเอว ไขข้ออักเสบ รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะการเจ็บป่วยของ ผู้สูงอายุ เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ (องค์การอนามัยโลก, 2561)

3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่

3.2.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ยาก เพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัวและทางด้านจิตใจ

3.2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะของความท้อแท้ใจน้อย หงุดหงิดง่ายโกรธง่าย และซึมเศร้า นอกจากนี้รูปแบบของครอบครัวในสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัว ขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กลงซึ่งประกอบด้วยสามีภรรยาและบุตรเท่านั้นกล่าวคือมี สมาชิกในครอบครัวอยู่กันไม่เกินสองรุ่น ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่ายปัญหา สุขภาพในประชากรของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต การแสดงออกทางอารมณ์ ของผู้สูงอายุนั้น เกิดขึ้นจากการถูกทอดทิ้งและการถูกตัดออกจากสังคม เช่น การออกจากงาน การ ออกจากความรับผิดชอบในหน้าที่เดิมที่เคยปฏิบัติ การขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน หรือ จากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่คงที่ มีความแปรปรวน จิตใจไม่มั่นคง เมื่อมีสิ่งใดมา กระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยก็จะโมโห หงุดหงิด โกรธง่าย หรือน้อยใจ บางรายมีอาการ ซึมเศร้า หรือมีปฏิกิริยาต่อต้าน เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด ทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เป็นไปในทางเสื่อมสมรรถภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทางด้าน ร่างกาย จะเห็นว่าการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทางด้าน

จิตใจพบว่าสภาพจิตใจมี การเปลี่ยนแปลง โดยจะหงุดหงิดง่าย และมีความวิตกกังวลสูง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของครอบครัว การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงทาง สถานภาพสมรส เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเจ็บป่วย มักมีอาการรุนแรง และต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการ ดูแลรักษาสุขภาพมากขึ้น (เกสร สำเภาทอง, 2549: 77) และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางสังคมที่เห็น ได้ชัด โดยที่ในอดีต ครอบครัวไทย เป็นครอบครัวใหญ่ที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอด วิชาการและสนับสนุนพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรได้รับความเคารพบูชา ยอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบัน สังคมไทย เปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การ แข่งขัน มองประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่ที่ได้จากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ และการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้อง พบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งทางใจ กระทบต่อสภาพจิตใจของ ผู้สูงอายุ

3.2.3 ความสนใจสิ่งแวดลอมน้อยลง ผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มากกว่าเรื่องของผู้อื่น

3.2.4 การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดกับคนอื่นสามารถพึ่งตนเองได้ระดับหนึ่ง

3.2.5 ยอมรับสภาพของการเข้าสู่วัยสูงอายุ จะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการศึกษา ปฏิบัติตาม คำสั่งสอนในศาสนา บางคนอยากอยู่ร่วมกับลูกหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social Change) นอกจากการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์แล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจน ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ เช่น

3.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน จากสังคม เกษตรกรรม เป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นมีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทเข้าเมืองผู้สูงอายุจะต้องเผชิญปัญหาการอยู่ตามลำพัง ไม่มีที่พักพิง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่ายปัญหาสุขภาพ ในประชากรของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบ บริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่นในอดีตกับบุตรหลาน ต้องปรับตัวเข้ากับสังคมสมัยใหม่ ซึ่งในความ เป็นจริงแล้วผู้สูงอายุทุกคนอยากให้ผู้ดูแลตลอดไปและ ต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแล

3.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางชนบธรรมเนียม ประเพณี การได้รับวัฒนธรรมตะวันตก ทำให้สังคมไทยมีลักษณะคล้ายสังคมตะวันตกมากขึ้น ค่านิยมหรือความเชื่อเดิมที่เคยปฏิบัติสืบทอดกันมา เช่น การเคารพพระบอวสุหรือค่านิยมของความกตัญญูต่อบิดามารดาและ ผู้ที่มีพระคุณ บุตร จะต้องทดแทนพระคุณของบิดามารดาเมื่อแก่ชราคอยหมั่นไป

3.3.3 การปลดเกษียณหรือออกจากงานและการลดบทบาททางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมรู้สึกว่าตัวเองหมดความสำคัญ นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท ซึ่งการสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ของผู้สูงอายุมากที่สุด ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว โดดเดี่ยว

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงหลายด้านทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในรูปของลักษณะและหน้าที่ ที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะและโครงสร้างทางสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม การสูญเสีย บุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง3ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและส่งผลถึงสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตัวเองเพื่อรักษาสุขภาพกาย และจิตใจ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า ในปัจจุบันโครงสร้างของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญกับการ เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าว

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามแต่ละทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคมได้มีผู้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1. Flanagan, J.C. (1978: 140) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็น ความ ต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

1) มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกายได้แก่การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุได้แก่ การมีอาหารดี มีบ้านที่น่าอยู่ มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2) มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3) มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีการสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลอื่น

4) มีการพัฒนาบุคลิกภาพและมีความสำเร็จสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น ทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่ น่าสนใจ ทำให้ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์ร่วมในสังคม

5) มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาและสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วน

2. Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985: 55) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบไปด้วยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการ รักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

3. Sharma, R. C. (1988: 156) ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน คือ

1) ด้านกายภาพ ได้แก่ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ

2) ด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การศึกษา การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข การมีงานทำ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ฯลฯ

4. Stromberg, M.F. (1984: 40) ได้แสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเชิงปริมาณ ด้วยการวัดจากรายได้ ที่อยู่อาศัย กิจกรรม และความบริสุทธิ์ของอากาศ ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

2) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นเชิงปริมาณ ด้วยการสืบค้น ความต้องการ ความ หมดหวัง ทัศนคติ และการรับรู้ของแต่ละคน ขึ้นอยู่กับค่านิยมของคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจที่ตนเองได้รับ ซึ่งเป็นการประเมินของผู้ป่วยเอง โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินโดยตัวผู้รับบริการ โดยเป็นการบรรยายและการบอกถึงสภาพที่ผู้รับบริการเป็นอยู่

5. Zhan, L. (1992: 798) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาวะภายนอก ที่ได้รับอิทธิพลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อมและสถานะทางสุขภาพ สิ่ง ที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คน ๆ หนึ่งมีต่อตนเอง ความเชื่อ ความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้โดยเฉพาะการรับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคน ๆ หนึ่งเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

3) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคม และยังต้องพิจารณาถึงอิทธิพลทางสังคม สิ่งแวดล้อมและการเมืองด้วย

4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษาและรายได้ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือวัดระดับคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาของแต่ละบุคคลดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (2561: 69) ได้ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้านคือ

1) ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการวัดโดยอาศัยข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่วัดได้ เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2) ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

องค์การอนามัยโลก (2561: 68) ได้กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOOL-100) ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้

1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ทางสภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวดการรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงการนอนหลับและการพักผ่อน รวมถึงการรับรู้ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่ บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิและการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องต่าง ๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือความ กังวล เป็นต้น

3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณสมบัติไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณสมบัติเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

5) ด้านสิ่งแวดล้อม คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณสมบัติมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณสมบัติอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณสมบัติมีโอกาสที่จะได้รับ ข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณสมบัติมีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่าง ๆ ของตนที่มีต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต ความเชื่อมั่นอื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคเป็นต้น

ส่วตัน มหัตนินันต์กุล (2540) ได้แปลและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF- THAI, 1997) จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาอังกฤษ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ

1. ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สุขภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดของร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและการพักผ่อน ซึ่งการรับรู้ เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ที่เป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ในความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณสมบัติไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น มี 7 ตัวชี้วัดได้แก่

- 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย
- 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า
- 3) การนอนหลับพักผ่อน
- 4) การเคลื่อนไหว
- 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน

6) การใช้จ่ายหรือการรักษา

7) ความสามารถในการทำงาน

2. ด้านจิตใจ (Physical domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิและการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ถึงเรื่องของความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค รับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า กังวล และสิ้นหวัง เป็นต้น มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) ความรู้สึกในด้านดี
- 2) การคิดการเรียนรู้ ความจำและสมาธิ
- 3) การนับถือตนเอง
- 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง
- 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี
- 6) จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของ ตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์มี 3 ตัวชี้วัดได้แก่

- 1) สัมพันธภาพทางสังคม
- 2) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม
- 3) กิจกรรมทางเพศ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต มีที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพ การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ที่ตนเองได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้นมี 8 ตัวชี้วัดได้แก่

- 1) ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและความมั่นคงในชีวิต
- 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน
- 3) แหล่งการเงิน

- 4) การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม
- 5) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ ๆ
- 6) การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจและมีเวลาว่าง
- 7) สภาพแวดล้อม
- 8) การคมนาคม

นโยบาย แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

นโยบายประเทศ Thailand 4.0 ได้น้อมนำพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ 9 มาถอดรหัสเป็น 2 ยุทธศาสตร์สำคัญคือ 1. การสร้างความเข้มแข็งจากภายใน (Strength from Within) 2.การเชื่อมโยงกับประชาคมโลก (Connect to the World) หากการสร้างความเข้มแข็งจากภายในคือ Competitiveness การเชื่อมโยงกับโลกภายนอกก็คือ Connectivity ซึ่งทั้ง Competitiveness และ Connectivity ทั้งสองประการต้องดำเนินควบคู่กันในการสร้างความมั่งคั่ง มั่นคง และยั่งยืนให้กับสังคมไทย ด้วยการปรับทิศทางการพัฒนาที่ความสมดุล จำเป็นอย่างยิ่งในการเน้นมี 2 มิติ อันประกอบด้วย 1. ความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ (Economic Wealth) 2. ความอยู่ดีมีสุขของผู้คนในสังคม (Social Well-beings) 3. การรักษาสีเขียวสิ่งแวดล้อม (Environmental Wellness) 4. การยกระดับศักยภาพและคุณค่าของมนุษย์ (Human Wisdom) รวมถึงแนวคิดการพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 และการเตรียมคนไทย 4.0 สูโลกที่หนึ่งผ่าน 4 กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าว จะเป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนผ่านสังคมไทยไปสู่ “สังคมไทย 4.0” นั่นคือ สังคมที่มีความหวัง (Hope) สังคมที่เปี่ยมสุข (Happiness) และสังคมที่มีความสมานฉันท์ (Harmony)

รากฐานการพัฒนา Thailand 4.0 จึงเริ่มต้นที่ “คนไทยทุกคน” ความสำคัญของการสร้างและพัฒนากลไกในระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนาให้เกิดกลไกขับเคลื่อนที่คนไทยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง (Inclusive Growth Engine) โดยพัฒนากลไกในระดับพื้นที่ให้เข้มแข็งเชื่อมโยงกับส่วนกลางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดต่าง ๆ เป็นแพลตฟอร์มให้คนไทยที่อยู่ทั่วประเทศได้ใช้ประโยชน์จากโครงสร้าง เสริมศักยภาพครอบครัวและชุมชน ในเรื่องการพัฒนาสุขภาวะ คุณภาพชีวิตชุมชน โดยประชาชนทุกคนทุกกลุ่มดูแลใส่ใจกันพึ่งพากันได้ จึงจะเกิดความเข้มแข็งมั่นคงในมิติสังคม

ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของทุกประเทศองค์การอนามัยโลกได้เสนอว่าระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่จำกัดเพียงระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ระบุว่าระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคมโดยการพัฒนาสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัย

กำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่มีความหลากหลายทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่น ๆ โดยจะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งกับการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชนบนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมภิบาล ความรู้และปัญญา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยคนจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหสุขภาพรวมทั้งต้องมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ในปัจจุบันระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก ประสบปัญหาท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับประเทศไทยกำลังเผชิญกับสภาวะการณ์ที่มีความหลากหลายทั้ง โครงสร้างของประชากร ที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเกิดปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพของ ประชาชนจากภาวะโรคที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การเกิดโรคอุบัติใหม่ใน พืชและสัตว์ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คนมีแนวโน้มซับซ้อน รุนแรง และควบคุมยากขึ้น การเคลื่อนย้ายของ ประชากร การเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาติ ทั้งการเกิดภัยธรรมชาติที่จะมีความรุนแรงและม ีความถี่มากขึ้น ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ของคนกลุ่มต่าง ๆ ขณะเดียวกันโรคมะเร็งและอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 2 อันดับแรกของคนไทย ซึ่งปัญหา สุขภาพเหล่านี้มีแนวโน้มที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการใช้ชีวิตของประชาชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างมาก โดยยังขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง ด้านการป้องกันโรคและภัย คุกคามสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาสุขภาพ ของประชากรในระดับพื้นที่และท้องถิ่น กฎหมายและข้อระเบียบบางประการ ยังไม่เอื้อต่อการสร้าง เสริมสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมศักยภาพและบทบาท ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพโดยชุมชนเอง อันเป็น หลักการที่สำคัญเพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืน ของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบการ ดูแลรักษาสุขภาพ เมืองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันและทับซ้อนกัน 3 ส่วนที่ไม่แยกขาดจากกันคือ 1. การ ดูแลตนเองของภาคประชาชน (Popular sector) 2. การแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) 3.การแพทย์ ภาควิชาชีพ (Professional sector) อาทิ การแพทย์ตะวันตก ปรากฏการณ์ที่ยังเป็นความจริงทุกยุค สมัยคือ ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ประชาชนจัดการนั้น ไม่สามารถใช้วิธีการใดเพียงวิธีการ เดียวได้ แม้แต่อาการที่พบทั่วไปเช่น ไข้ ซึ่งมีความรู้ในการเยียวยาได้หลายวิธีร่วมกัน นอกจากนั้น ใน กระบวนการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยและแก้ไขปัญหสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขด้านบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ชุมชนและสังคมในมิติต่างๆ อย่างมากด้วย เช่น แม้อาการท้องเสียและ ท้องผูกส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มากนัก แต่อาจกระทบเศรษฐกิจได้ทุกระดับ หากต้องสั่งซื้อ ยาแผนปัจจุบันจากนอกประเทศมาใช้

การสร้างระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดการจัดการคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่มีความยั่งยืน ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมและภาวะการนำให้เกิดขึ้นจากทุกภาคส่วนหรือเครือข่ายการทำงานในพื้นที่เรื่องสุขภาพเกี่ยวโยงสังคมอย่างแยกขาดจากกันไม่ได้ ปัญหาสุขภาพจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อลดช่องว่างการเชื่อมต่อของระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่อำเภอ เป็นองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน ที่เข้ามาเสริมกันให้เกิดสุขภาพของอำเภอ

ดังนั้น ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิมจึงจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการ เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - พ.ศ.2564) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) รวมถึงการส่งเสริมการให้ ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ นับเป็นจุดคานงัดที่สำคัญ ในการขับเคลื่อนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ โดยดำเนินการนำร่องผ่านพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 73 อำเภอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนฐานของระบบบริการจากโรงพยาบาลเป็นฐาน สู่การมีพื้นที่เป็นฐาน และจากบริการภายในระบบที่มีโรคเป็นศูนย์กลาง สู่บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อทำให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561, หน้า 1 - 7)

2.4 แนวคิดการจัดบริการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนเกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและตามสภาพของพื้นที่ มีความเป็นเจ้าของและภาวะการฉันทาร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ตามแนวคิด “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” มีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำ โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เน้นหนักในผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขยะ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การใช้ชีวิตแบบสังคมเมือง ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบ ต่อสุขภาพ และโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2560 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้ให้สัมภาษณ์ว่า คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 โดยในร่างระเบียบดังกล่าว กำหนดให้แต่ละอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชนและผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ โดยมีนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และร่วมมือทุกฝ่ายดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ส่วนในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน มีผู้อำนวยการเขตเป็นประธานกรรมการ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นสำนักงานเลขานุการ

ทั้งนี้ คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกรรมการ โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาสนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต รอประกาศอย่างเป็นทางการในราชกิจจานุเบกษา

ระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) โดยเน้นระบบบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำมาพิจารณาจัดกลุ่มเป็นวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพได้ 3 วาระ ประกอบด้วย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เป็นจุดคานงัดสำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ “ระบบ” และ “บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ภาวะการนำและธรรมาภิบาล

2. ทีมผู้ให้บริการแนวตั้ง/แนวราบ (Matrix Team) เป็นการขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) เปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของ “ระบบ” และ “การให้บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย กำลังคนการให้บริการ ยา-เครื่องมือ-และเทคโนโลยี

3. ระบบข้อมูล/กลไกการเงิน เป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญที่ช่วยในการ “เปลี่ยน” และ “ขับเคลื่อน” และเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กัน จากการที่ข้อมูลนอกจากเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเพิ่มคุณภาพบริการแล้ว ยังเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการทำให้กลไกการเงินถูกนำไปใช้เป็น “เครื่องมือ” เพื่อเพิ่มผลิตภาพให้กับระบบได้อย่างมีพลัง

ผลที่คาดว่าจะได้รับการปฏิรูปประกอบด้วย การเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มความปลอดภัยให้กับระบบบริการ ส่งผลต่อการเพิ่มสุขภาวะ เพิ่มความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน ลดความเสี่ยงทางการเงินและทางสังคม ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบบริการโดยรวม

ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะต้อง ทำการศึกษาทดลองหา รูปแบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชน เป็นศูนย์กลาง” เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ โดยจะขับเคลื่อนให้ภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการเพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศ (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย, 2560) กรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชน ด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน เป็นการดำเนินงานที่ต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง ซึ่งนับเป็นแนวทางใหม่ที่จุดมุ่งหมายอยู่ที่ประชาชน

ไม่ใช่โรคร้าย การทำงานจึงเคลื่อนย้ายไปที่ฐานล่าง เพิ่มพลังจากพื้นที่สู่การบริหารระดับบน เพื่อตอบ
โจทย์บริบทของพื้นที่ที่มีความจำเพาะ ชับซ้อน หลากหลายของแต่ละพื้นที่ การขับเคลื่อนในลักษณะ
ดังกล่าว จำเป็นต้องใช้การดำเนินงานผ่านพื้นที่นำร่อง (Pilot Implementation) เพื่อเพิ่มความ
ชัดเจนและพิจารณาความสัมพันธ์กับโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ในระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการ
เพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการ
พัฒนาของประเทศเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และบูรณาการร่วมกันในการพัฒนา
คุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ
อำเภอ (District Health Board) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่
เหมาะสมกับพื้นที่ และเพื่อให้มีการจัดการทรัพยากร ด้านบุคลากร เทคโนโลยี สารสนเทศ องค์กรความรู้
และงบประมาณร่วมกัน

1. บทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ดังนี้

1.1 กระทรวงมหาดไทย : มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1.1.1 ดำเนินการให้เกิดระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นทางการและมี
ประสิทธิภาพ เพื่อบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่าง
เป็นรูปธรรมและยั่งยืน

1.1.2 สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์กรความรู้และงบประมาณ
รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหาร
จัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”
อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

1.1.3 สนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนา
คุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล

1.1.4 สร้างความรู้ความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่และพนักงาน ทั้งภาครัฐและ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย ทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ
“คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้
สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

1.2 กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1.2.1 สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

1.2.2 สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณ รวมถึง การอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

1.2.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่

1.2.4 สร้างความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

1.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) : มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1.3.1 สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

1.3.2 สนับสนุนการพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ

1.3.3 สนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”

1.4 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1.4.1 สนับสนุนทรัพยากรด้านงบประมาณ วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”

1.4.2 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” ประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความ

เข้าใจและสมรรถนะในการจัดการปัจจัยที่กำหนดสถานะสุขภาพทางสังคมและความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy)

1.4.3 สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชน และเครือข่ายสุขภาพ มีความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต

2. บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) ประกอบด้วยสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งหรือคัดเลือก จากทั้งภาคสาธารณสุข ภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่นและชุมชนในอำเภอนั้น ๆ มีวาระในการปฏิบัติงานตามที่กำหนด และมีหน้าที่ในการสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพหลักๆ และประเด็นด้านการจัดการระบบและองค์กรต่าง ๆ ภายในอำเภอเป็นอย่างดี สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา นโยบายสุขภาพที่เหมาะสม และนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน สอดคล้องกับทิศทางและนโยบายของประเทศ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะทำหน้าที่ในการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วน สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านวิชาชีพและการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ที่อาจสังเคราะห์ให้เห็นภาพรวมโดยแบ่งได้เป็น 4 ประการ ดังนี้ (เอกสารประกอบการประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.:DHB) เขตสุขภาพที่ 8, วันที่ 25 กันยายน 2560 โรงแรมเกลียว จังหวัดอุดรธานี) (เขตสุขภาพที่ 8, 2560)

2.1 กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็ม ตามพลวัตรในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) รับรู้และประเมินสภาวะสุขภาพปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงภาวะคุกคามและปัจจัยทางสังคม ที่มีผลต่อสุขภาพและสภาวะ พร้อมกับวางแผน ดำเนินการตามแผน บนพื้นฐานของการขับเคลื่อน ที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพของรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการทำให้เกิดความร่วมมือขององค์กรประกอบและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง ลดภาวะคุกคามทางสุขภาพ เพื่อสภาวะของประชาชน ตามพลวัตรในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ

2.2 เติมส่วนขาด ในส่วนที่ยังไม่สามารถครอบคลุมตามความจำเป็นทางสุขภาพของพื้นที่อำเภอ จากทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรหรือสนับสนุนจากส่วนกลาง: สร้าง-พัฒนา-และปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาสุขภาพ ตามความจำเป็นและความจำเป็น ตามบริบทของพื้นที่อำเภอ (Specific package) บนพื้นฐานของการระดม-ใช้-และพัฒนาทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพ เพื่อเสริมกับชุดสิทธิประโยชน์และทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรหรือสนับสนุนจากส่วนกลาง

2.3 สร้างการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบใน DHS : สร้างและพัฒนาผู้ให้บริการให้การดูแล (รวมการดูแลตนเอง) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแล สถานบริการให้การดูแล และภาคีเครือข่าย ให้มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งให้การสนับสนุนนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)” บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยทำให้การเชื่อมโยงระหว่างแพทย์ ทีมแนวราบ/แนวดิ่ง และภาคีเครือข่าย (Matrix Teams/ Links/ Networks) สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนได้อย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน

2.4 ติดตามและให้ความสำคัญกับสถานะและความอยู่รอดทางการเงินในภาพรวม ของระบบสุขภาพอำเภอ รับรู้สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน ทีมผู้ให้บริการ ให้การดูแล ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของทีมแนวราบ แนวดิ่งและภาคีเครือข่าย (Matrix Teams, Links, Networks) ที่มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อร่วมแก้ปัญหาและระดมทรัพยากรตามความจำเป็นของบริบทของพื้นที่อำเภอ ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับสถานะหรือความอยู่รอดทางการเงิน ทั้งนี้การทำหน้าที่ “กระตุ้น-หนุนเสริม-เติมเต็มตามพลวัตรในภาพรวมของ DHS” ควรดำเนินการด้วยการมีแผนยุทธศาสตร์ในภาพรวม แผนปฏิบัติการ กระบวนการควบคุม-กำกับ-ประเมินสถานการณ์ และการประเมินผล อย่างไรก็ตามในการทำให้ระบบสุขภาพอำเภอมีคุณลักษณะที่สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ จากระบบที่มี “โรงพยาบาลเป็นฐานและโรคเป็นศูนย์กลาง” สู่ระบบที่มี “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” และทำให้ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” เพื่อ “สุขภาพะ” ของประชาชนทุกคนในอำเภอ DHB ควรทำหน้าที่ได้ครบทั้ง 4 ประการ

นอกจากนี้บทเรียนจากประสบการณ์ของการดำเนินการภายใต้ MOU ใน 73 พื้นที่ บนพื้นฐานของการมีคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) ที่ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการทำให้บทบาทหน้าที่ของ DHB มีคำสั่งรองรับอย่างเป็นทางการ จากคำสั่งดังกล่าวในภาพรวมกำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ (บางแห่งเรียกว่าอำนาจหน้าที่) ซึ่งเป็นฐาน สำคัญเพื่อใช้สำหรับการขยายผล ดังต่อไปนี้

1. พิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของอำเภอ แผนการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตประจำปี รวมถึงงบประมาณ
2. พิจารณาเห็นชอบรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตทุกไตรมาส รับทราบและเห็นชอบการจัดทำและนำทรัพยากรต่าง ๆ จากหน่วยงาน และองค์กรต่าง ๆ ภายในอำเภอมาใช้ร่วมกัน รวมถึงการดำเนินนวัตกรรมในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนภายในอำเภอ
3. ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ
4. สนับสนุนให้มีกลไกการประกันคุณภาพ โดยมีการติดตามทั้งภายในและภายนอกเกี่ยวกับสินทรัพย์ สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ ทรัพยากร ทั้งการเงินและบุคลากรในระดับอำเภอ
5. รับฟังข้อร้องเรียน คำอุทธรณ์ คำร้องทุกข์ จากประชาชน ชุมชน สาธารณะ และจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ
6. สนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ โดยรวมถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐภาคเอกชนท้องถิ่นและชุมชน
7. สนับสนุนและส่งเสริมกลไกต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภออย่างยั่งยืน ตั้งแต่กระบวนการในการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การติดตามและการประเมินผล
8. สนับสนุนให้ท้องถิ่นและชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ของชุมชน ที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนและชุมชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม และมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
9. แต่งตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยสมาชิกจากภาคสาธารณสุข และอาจรวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชนท้องถิ่นและชุมชน ทำหน้าที่รับผิดชอบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการประจำปี
10. แต่งตั้งคณะทำงานต่าง ๆ ของอำเภอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

ในช่วงเริ่มต้นของการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เนื่องจากการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ พัฒนาบริการและการดำเนินการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีพื้นที่เป็นฐาน จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการผ่านการรับรู้สัมผัสและเข้าถึงสภาพปัญหาที่มีความซับซ้อน จากองค์ประกอบของทั้ง

ความยากเชิงเทคนิควิชาการ (Technically complicated problems) และความยากเชิงสังคม (Socially complicated problems) ดังนั้น องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จึงควรประกอบด้วย จำนวนและกระบวนการสรรหา จะมีความชัดเจนมากขึ้น หลังจากมีการดำเนินการนำร่องในพื้นที่จริง

3. การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ปี 2561 (ตัวชี้วัดระดับกระทรวง ปี 2561 ; สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย, กระทรวงสาธารณสุข)

เป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง อยู่ในหมวด Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภายใต้โครงการการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ 13 ร้อยละ 50 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ โดยให้คำนิยามคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการ เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่ การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืนสืบไป

คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต มาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS-PCA

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 878 แห่ง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome) ร้อยละของอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร้อยละ 50

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome) การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่อย่างน้อย 2 เรื่องโดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้น ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ โดยการขับเคลื่อนของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ดังนั้น แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) จึงมีความสำคัญที่จะอธิบายความร่วมมือของคณะกรรมการหรือหน่วยงาน องค์กร ประชาชนที่เกี่ยวข้อง

2.5 การวิจัยแบบผสมผสาน

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.5.1 ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

สำหรับความหมายของการวิจัยแบบผสมผสานนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสานที่ไว้มากมาย ดังนี้

Johnson & Onwuegbuzie (2004) ได้ให้ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสานว่า เป็นวิธีวิจัยที่ผู้วิจัยบูรณาการ การวิจัยเชิงปริมาณและเชิง คุณภาพเข้าด้วยกัน ทั้งเรื่อง เทคนิค วิธีการ แนวทาง ความคิดรวบยอดเพื่อสามารถตอบคำถามการวิจัยได้สมบูรณ์ขึ้น

Creswell & Clark (2007) กล่าวว่า การวิจัยแบบผสมผสาน เป็นวิธีวิจัยที่ผู้วิจัยบูรณาการการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาใช้ในการวิจัยเรื่องเดียวกัน ทั้งเรื่องเทคนิค วิธีการ แนวทางความคิดรวบยอด เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่รอบคอบ รัดกุม โดยใช้จุดแข็งของงานวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดอ่อนของงานวิจัยเชิงคุณภาพ และใช้จุดแข็งของงานวิจัยเชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดอ่อนของงานวิจัยเชิงปริมาณ

Tashakkori & Teddlie (2010) กล่าวว่า เป็นประเภทของการออกแบบการวิจัยประเภทหนึ่ง ซึ่งใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการกำหนดปัญหาการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการอ้างอิง

Mcmillan & Schumacher (2010) ได้ให้ความหมายไว้ว่าการวิจัยแบบผสมผสาน เป็นการออกแบบแผนการวิจัย ที่มีจุดมุ่งหมายประการใดประการหนึ่งหรือหลายประการ ดังนี้

1. เป็นการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ให้เกิดความเชื่อมั่นในผลการวิจัยมากขึ้น

2. เป็นการเสริมให้มีความสมบูรณ์หรือเติมให้เต็ม เช่น ตรวจสอบประเด็นที่มีความซ้ำซ้อนหรือประเด็นที่แตกต่าง ของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษา
3. เป็นการริเริ่ม เช่น ค้นหาประเด็นที่ผิปกติค้นหาประเด็นที่มีความขัดแย้ง หรือ ทิศนะใหม่ๆ
4. เป็นการพัฒนา เช่น นำผลจากการวิจัยในขั้นตอนหนึ่งไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับการวิจัยในอีกขั้นตอนหนึ่ง
5. เป็นการขยายขอบข่ายงานวิจัยให้กว้างขวางมากขึ้น

รัตนะ บัวสนธ์ (2554) อธิบายว่า วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Mixed Methods Research” มิใช่ตรงกับคำว่า “Mixed Methodology Research” ซึ่งในภาษาไทยจะตรงกับคำว่า “วิธีวิทยาการวิจัยเชิงผสมผสาน” เพราะทั้งสองคำนี้มีรากฐานที่มาแห่งความหมายและลักษณะต่างกันกล่าวคือวิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน หมายถึง การใช้เทคนิควิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มาร่วมกันศึกษาหาคำตอบของงานวิจัยในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือในระหว่างขั้นตอนภายในเรื่องเดียวกันหรือใช้เทคนิควิธีการเชิงผสมในเรื่องเดียวกันแต่ดำเนินการวิจัยต่อเนื่องแยกจากกันแล้ว ผลการวิจัยมาสรุปร่วมกันทั้งนี้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน เกิดขึ้นได้บนพื้นฐานของกลุ่มสำนักคิดปฏิบัตินิยม และสถานการณ์นิยม ซึ่งสนับสนุนว่าการใช้เทคนิควิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสามารถที่จะนำมาร่วมกันศึกษาหาคำตอบในปัญหาวิจัยเดียวกันได้ในขณะที่ วิธีวิทยาการวิจัยเชิงผสมผสานนั้นหมายถึง การผสมผสานกันในระดับปรัชญา หรือพื้นฐานของความเชื่อเกี่ยวกับความจริงและวิธีการค้นหาความจริงโดยที่ปรัชญาแรกคือ ปฏิฐานนิยม (Positivism) ที่เชื่อว่าความจริงมีลักษณะเป็นวัตถุวิสัย (Objective) สามารถจำแนกแฉกนับเป็นตัวเลขได้ชัดเจน แต่ปรัชญาที่สองคือปรากฏการณ์นิยมที่เชื่อว่าความจริงมีลักษณะเป็นอัตวิสัย (Subjective) มีความหมายแปรเปลี่ยนไปตามบริบทไม่ควรจะจำแนกแฉกนับเป็นตัวเลขเพราะจะทำให้หมดความหมายหรือลดความหมายของความจริงนั้นไปทั้งนี้กลุ่มสำนักคิดบริสุทธิ์นิยม (Purist) มีความเห็นที่ไม่สามารถที่จะนำมาหลอมรวมสำหรับการค้นหาความรู้ความจริงร่วมกันได้เพราะเหตุว่ามองและเชื่อเกี่ยวกับความจริงต่างกันโดยสิ้นเชิง

สรุป การวิจัยแบบผสมผสาน เป็นการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาใช้ในการงานวิจัยประกอบด้วย เทคนิค วิธีการ แนวทางความคิดที่รวบยอด การวิเคราะห์ข้อมูล และการอ้างอิง เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่รอบคอบรัดกุมมากที่สุด

2.5.2 หลักการสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากการศึกษาของ กันต์ฤทัย คลังพล (2563) อธิบายไว้ว่า ที่ผ่านมามีการใช้คำภาษาไทยที่หลากหลายสำหรับงานวิจัย Mixed Method ทั้งการวิจัยผสมผสาน การวิจัยผสานวิธี การวิจัยพหุวิธี การวิจัยพหุลักษณ์ การวิจัยแบบผสมผสานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ และการวิจัยผสมวิธี และได้ใช้คำว่า “การวิจัยผสมวิธี” เนื่องจากสื่อความหมายได้ชัดเจนที่สุดในการนำเอาวิธีเชิงคุณภาพกับวิธีเชิงปริมาณมาใช้ผสมกันในงานวิจัย

จุดเริ่มต้นของการวิจัยผสมผสาน คือ การจำแนกข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูล หรือตีความข้อมูล เช่นการตรวจสอบสามเส้า การเติมเต็มข้อมูล การพัฒนาเครื่องมือวัด การหามุมมองใหม่ ๆ และขยาย ความข้อมูล วิธีการวิจัยแบบผสมวิธีเป็นประเภทของการวิจัยที่ผู้วิจัยผสมผสานองค์ประกอบของการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่ออธิบายความกว้างและความลึกและยืนยันผลการวิจัย ชื่อทางภาษาอังกฤษ คือ Mixed methods research (“Mixed Methods” or “MM”) เป็นพี่น้องของการ วิจัยแบบหลายวิธี (“Method enkombination ภาษาเยอรมัน”) ซึ่งมีทั้งวิธีการเชิงคุณภาพหลายวิธี หรือการผสมผสานเชิงปริมาณแต่ไม่ได้นำผลมารวมกัน (Schoonenboom & Johnson, 2017)

หลักการให้พิจารณา 3 ส่วนหลัก ๆ ดังนี้ ระเบียบวิธีวิจัยวิธี (Method) ที่แตกต่างกัน เช่น การเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล และการตีความ หลักปรัชญาทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ และเครื่องมือที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย ซึ่งหัวใจหลักของวิธีการวิจัยแบบผสมผสานคือ การรวบรวมข้อมูลที่ต่อนำมาตีความหรือวิเคราะห์ร่วมกัน สิ่งที่ต้องระวัง ในการใช้วิธีการผสมผสานต่อนำข้อมูลทั้งสองชุดข้อมูลมารวมกันเพื่อจะนำไปสู่การศึกษางานวิจัย ไม่ใช่ แยกกันแปลผลคนละวิธี การผสมวิธีไม่ใช่แค่การเพิ่มข้อมูลเชิงคุณภาพไปยังงานวิจัยเชิงปริมาณ (Creswell, 2015; Tashakkari & Teddlie, 2010) ทั้งนี้วิธี (Method) แยกเป็น 3 ส่วน คือ 1) วิจัย (Research) ประกอบไปด้วย การวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยกึ่งทดลอง และการวิจัยที่ไม่ใช่การทดลอง 2) วิธีการเข้าถึง (Approach) ประกอบด้วย แบบแผนการวิจัยผสมวิธีต่าง ๆ Convergence-Parallel, Embedded, Explanatory-Sequential, Exploratory-Sequential 3) การออกแบบ (Design) เช่น Participant-Selection, Theory-Development, Instrument-Development, Multilevel, Embedded-Experimental เป็นต้น ในวิธี (Method) ที่แยกเป็น 3 ส่วน แต่ละส่วนนำมาผสมวิธีกัน ได้สิ่งนี้เป็นหลักการของการวิจัยผสมผสาน (Edmonds & Kennedy, 2013)

2.5.3 วิวัฒนาการของการวิจัยแบบผสมผสาน

Creswell & Clark (2018) ได้พัฒนาและปรับปรุงแบบแผนของการวิจัยแบบผสมวิธีตั้งแต่ ค.ศ. 2003 ถึง ปัจจุบัน ค.ศ. 2018 เพื่อให้นักวิจัยสามารถนำไปใช้ได้จริง มีแบบแผนใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาการวิจัยทุกรูปแบบ แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 วิวัฒนาการของแบบแผนการวิจัยแบบผสมวิธีตั้งแต่ ค.ศ. 2003 ถึง ปัจจุบัน ค.ศ. 2018

Creswell, Plano Clark, Gutmann & Hanson (2003)	Creswell & Plano Clark (2007)	Tashakkori & Teddlie (2010)	Creswell & Plano Clark (2011)	Creswell (2015)	Creswell & Plano Clark (2018)
Sequential explanatory	Explanatory design	Parallel mixed	Explanatory Sequential design	Explanatory Sequential design	Explanatory Sequential design
Sequential exploratory	Explanatory design	Sequential mixed	Explanatory Sequential design	Explanatory Sequential design	Explanatory Sequential design
Concurrent triangulation	Triangulation design	Conversion mixed	Convergent Parallel design	Convergent design	Convergent design
Concurrent nested	Embedded design	Multilevel mixed	Embedded design	Intervention design	Experimental design
Sequential Transformative		Fully Integrated	Transformative design	Social Justice design	Participatory- Social justice design
Concurrent transformative		mixed			
			Multiphase design	Multistage evaluation design	evaluation design/ program evaluation design Case study design

ที่มา: Adapted from Creswell & Plano Clark (2018) ; กัณฑ์ฤทัย คลังพหล (2563)

จากตาราง 1 พบว่า วิวัฒนาการของแบบแผนการวิจัยแบบผสมวิธีตั้งแต่ ค.ศ. 2003 ถึง ปัจจุบัน ค.ศ. 2018 มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน คือ จำนวนแบบแผนมีจำนวนให้ผู้วิจัยเลือกใช้มากขึ้น และจะมี 2 แบบแผนการวิจัยที่ไม่เปลี่ยนชื่อ คือ Exploratory (การสำรวจ) และ Explanatory (การอธิบาย) ซึ่งเป็นคำที่สื่อความหมายชัดเจนในการออกแบบแผนวิจัย จะมีการเปลี่ยนชื่อบางแบบแผนที่ยังสื่อความหมายไม่ชัดเจน และมีการเพิ่มเติมแบบแผนบางแบบแผนให้เหมาะสมกับยุคสมัย Tashakkori & Teddlie (2010) จะมีการออกแบบที่ยืดหลัก 2 วิธี คือ การออกแบบที่ทำไปพร้อมกัน (Parallel) และ การออกแบบที่ทำต่อกันตามลำดับ (Sequential) ส่วน Creswell และคณะ ในช่วงแรกจะมีการกำหนดสัญลักษณ์ในการออกแบบไว้หลายอย่างและมีการให้ความสำคัญกับวิธีใดวิธีหนึ่งในแต่ละแบบแต่หลังจากปี ค.ศ. 2015 ได้มีการปรับวิธีการออกแบบเพื่อให้ง่ายแก่การทำความเข้าใจโดยใช้รูปภาพสื่อความหมายและลดทอนสัญลักษณ์บางอย่างออกไปโดยเน้นในการนำข้อมูลมาสรุปผล

โดยแบบการวิจัยแบบผสมวิธีมีทั้งหมด 7 แบบ มี 3 แบบแรกเป็นวิธีหลักซึ่งเป็นแบบผสมวิธีพื้นฐาน ส่วนอีก 4 แบบหลังเป็นแบบผสมวิธีขั้นสูงที่นำ 3 แบบพื้นฐานเป็น หลักในการออกแบบการวิจัย ซึ่งในแต่ละแบบจะมีการรวมข้อมูลที่ไม่เหมือนกัน โดยสรุปดังนี้ (Creswell, 2015; Creswell & Plano Clark, 2018; Klangphahol, 2018) รายละเอียดมีดังนี้

1) แบบแผนแบบคู่ขนาน (A Convergent Design) ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณโดยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองชุดพร้อมกันหรือเป็นการเก็บข้อมูลที่ไม่ได้มีลำดับว่าวิธีการใดเก็บก่อนเก็บหลัง และผสมผสานผลของการวิเคราะห์ที่ได้จากข้อมูลทั้งสองชุดเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ กล่าวคือ เป็นการตรวจสอบผลการวิจัยโดยเปรียบเทียบข้อมูลชุดหนึ่งที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณกับอีกชุด หนึ่งที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

2) แบบแผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (An Explanatory Sequential Design) ใช้วิธีเชิงปริมาณก่อนแล้วตามด้วยวิธีเชิงคุณภาพแล้วนำผลเชิงคุณภาพมาอธิบายผลของเชิงปริมาณในเชิงลึก เป็นวิธีที่ง่ายในการออกแบบ

3) แบบแผนแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (An Exploratory Sequential Design) ขั้นตอนแรก คือ การสำรวจปัญหาด้วยวิธีการเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจกับปัญหา เพราะบางปัญหาผู้วิจัย อาจจะยังไม่ทราบ ประชากรที่ต้องการศึกษายากที่จะเข้าถึง และหลังจากที่สำรวจสิ่งที่จำเป็นของปัญหาแล้วนักวิจัยใช้วิธีการเชิงคุณภาพเพื่อสร้างงานในระยะที่สองที่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งเกี่ยวกับการออกแบบสร้างเครื่องมือการวัดตัวแปรเพื่อนำมาพัฒนาการทดลอง หรือ การออกแบบ ต่าง ๆ ในการวิจัย และในระยะที่สามเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ หรือ การทดลอง หรือ ตัวแปร จะถูกนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

4) แบบแผนเชิงทดลอง (Experimental Design or Intervention Design) โดยนักวิจัยจะใช้แบบ Convergent Design, Explanatory Sequential Design หรือ Exploratory Sequential Design ภายในของกรอบวิจัยแบบแผนเชิงทดลองผสมวิธีที่มีแบบแผนที่ใหญ่กว่า ซึ่งเป็น การออกแบบที่ง่าย ในการที่นักวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและสำรวจข้อมูลเชิงคุณภาพใน ระหว่างการทดลอง หรือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จะถูกนำไปใช้ ในการทดลอง

5) แบบแผนการศึกษากรณี (Case Study Design) เป็นแบบแผนที่นำแบบแผนผสม วิธีหลัก (Convergent Design, Explanatory Sequential Design หรือ Exploratory Sequential Design) มาใช้ในรอบการวิจัยของการศึกษารายกรณีแบบเดี่ยว หรือ การศึกษาพหุกรณี โดยเก็บ รวบรวม ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและนำข้อมูลทั้งสองอย่างมาสรุป รวมกันใน แต่ละกรณี และนำข้อสรุปแต่ละกรณีมาเปรียบเทียบกัน

6) แบบแผนความยุติธรรมทางสังคม หรือ แบบแผนแบบปฏิรูป (Social Justice or Transformative Designs) หรือ แบบแผนการมีส่วนร่วม-ความยุติธรรมทางสังคม (Participatory Social Designs) แบบแผนนี้จะมีเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมและความยุติธรรมทางสังคมเป็นหลักและ แวดล้อมด้วยแบบแผนพื้นฐาน Convergent Design, Explanatory Sequential Design หรือ Exploratory Sequential Design แต่จะมีจุดเน้นที่ความเป็นอยู่ของบุคคลในสังคมปัจจุบัน เช่น งานวิจัยเกี่ยวกับการสิทธิสตรีทางสังคม และการผานหรือรวมข้อมูลจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต ของมนุษย์

7) แบบแผนการประเมินหลายขั้นตอน (Multistage Evaluation Design) หรือ แบบ แผนการประเมิน (Evaluation Design) หรือแบบแผนการประเมินโปรแกรม (Program Evaluation Design) เป็นแบบแผนที่เหมาะสำหรับการศึกษาที่ยาวนานหรือโครงการที่มีหลาย ขั้นตอน ใช้การเสาะแสวงหาที่ยาวนานจึงต้องใช้การออกแบบผสมวิธีที่หลากหลาย และมีการแยก การศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบผสมวิธีพื้นฐาน Convergent Design, Explanatory Sequential Design หรือ Exploratory Sequential Design ขั้นแรกของการออกแบบ อันนี้ใช้กับการประเมินโครงการ โปรแกรม หรือประเมินเครื่องมือ ขั้นตอนมีหลายระยะในการวิจัย ตั้งแต่กรอบการวิจัย ทั้งนี้ทางการศึกษาจะเกี่ยวข้องการประเมินโปรแกรม การประเมินความต้องการ การทดสอบโปรแกรม การติดตามโปรแกรม ในกรณีนี้การรวมข้อมูลจะอยู่ในขั้นแรกไปจนขั้นตอน สุดท้าย

2.5.4 แบบแผนผสมผสานหลัก (Core Mixed Method)

1. แบบแผนแบบคู่ขนาน (The Convergent Design) Creswell (2015) and Creswell & Plano Clark (2018) กล่าวถึง แบบแผนแบบคู่ขนาน (The Convergent Design) ว่าเป็นการรวมผลลัพธ์

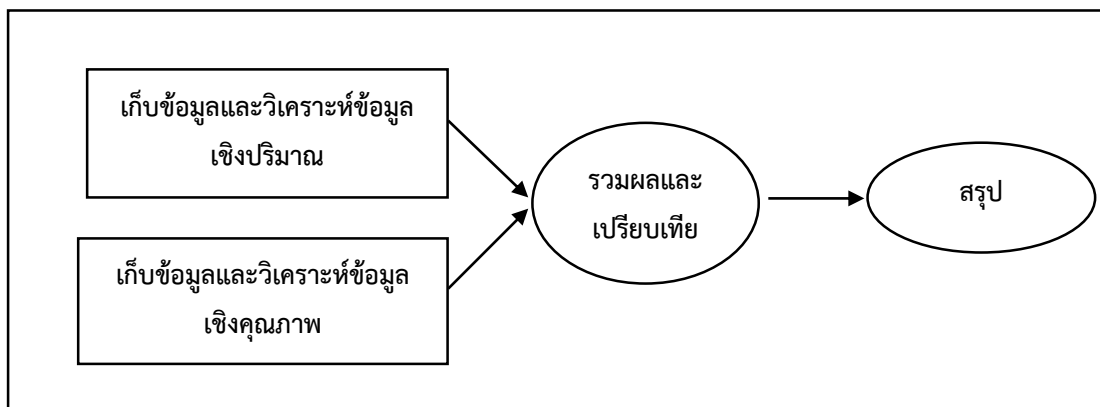
ของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เข้าด้วยกันเพื่อให้เห็นภาพของปัญหาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเนื่องจากข้อมูลทั้งสองรูปแบบให้ข้อมูลเชิงลึกที่แตกต่างกัน การรวมกันจะสนับสนุนให้เห็นปัญหาจากหลายมุมมอง ผลจากข้อมูลเชิงปริมาณจะให้แนวโน้มและความสัมพันธ์ทั่วไปซึ่งมักเป็นสิ่งจำเป็น ในขณะที่ผลจากข้อมูลเชิงคุณภาพจะให้มุมมองส่วนบุคคลในเชิงลึกทั้งสองวิธีการให้ผลที่เป็นประโยชน์ การรวมกันนี้ไม่เพียงแต่ได้ข้อมูลเพิ่มขึ้น แต่ยังให้ความเข้าใจที่สมบูรณ์มากขึ้นกว่าฐานข้อมูลที่มีเพียงอย่างเดียว ขั้นตอนของแบบแผนการวิจัยแบบคู่ขนานมี ดังนี้

1) ออกแบบการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากวัตถุประสงค์การวิจัยและออกแบบวิธีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยท าการแยกกันในแต่ละวิธี

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและวิเคราะห์เชิงคุณภาพตามบริบทของงานวิจัย

3) นำข้อมูลทั้งสองที่ได้จากทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมารวมผล (merge) หลังจากที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแยกกันซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การตีความหรือ ข้อสรุปที่ดึงมาจากฐานข้อมูลทั้งสอง แล้วนำเอาผลมา การอภิปรายร่วมกัน การเปรียบเทียบผลลัพธ์จากฐานข้อมูลทั้งสองโดยการแสดงการเปรียบเทียบแบบเคียงข้างกัน หรืออีกวิธีหนึ่งคือการแปลงข้อมูล เพื่อแปลงฐานข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งให้เป็นรูปแบบอื่นที่สามารถเปรียบเทียบได้ง่าย ตัวอย่างเช่น จำนวน อาจจะทำจากจำนวนครั้งที่รูปแบบต่าง ๆ ที่ปรากฏในข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ และค่าตัวเลขเหล่านี้สามารถแสดงตัวแปรใหม่ที่บ่อนลงในฐานข้อมูลเชิงปริมาณ และอีกวิธีคือพัฒนาการแสดงผลร่วมที่จัดเรียงผลลัพธ์เชิงปริมาณในรูปแบบตารางหรือกราฟ

4) แปลผลที่เกิดขึ้นจากการนำข้อมูลทั้งสองที่ได้จากทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมารวมผล (merge) หลังจากที่มีการรวมผลลัพธ์แล้ว ให้ตรวจสอบว่าขอบเขตอะไรของผลเชิงปริมาณที่ได้รับ การยืนยันโดยผลเชิงคุณภาพ (หรือกลับกัน) ถ้าแตกต่างกัน ให้อธิบายว่าเหตุใดความแตกต่างเหล่านี้ จึงเกิดขึ้น แบบแผนแบบคู่ขนานเป็นแบบแผนที่นิยมมากที่สุดที่นักวิจัยส่วนใหญ่เลือกใช้เนื่องจากสามารถเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้ในระยะเดียวกัน สามารถเปรียบเทียบข้อมูลทั้งสอง อย่างได้โดยตรง เช่น ข้อคิดเห็นเชิงคุณภาพกับผลจากการรายงานแนวโน้มทางสถิติ ซึ่งมีนักวิจัยบางส่วนยังสับสนในการใช้แบบแผนนี้จะเก็บข้อมูลได้พร้อมกันอย่างไร ส่วนที่ท้าทายของแบบแผนนี้คือ นักวิจัยจำเป็นต้องมีเทคนิคในการรวมผลข้อมูลทั้งสองว่าทำอย่างไร ซึ่งข้อมูลหนึ่งเป็นตัวเลขและอีกข้อมูลหนึ่งเป็นข้อความ และที่สำคัญต้องให้ความสำคัญของข้อมูลเท่า ๆ กันการออกแบบการวิจัยแบบคู่ขนาน แสดงดังภาพประกอบ 1



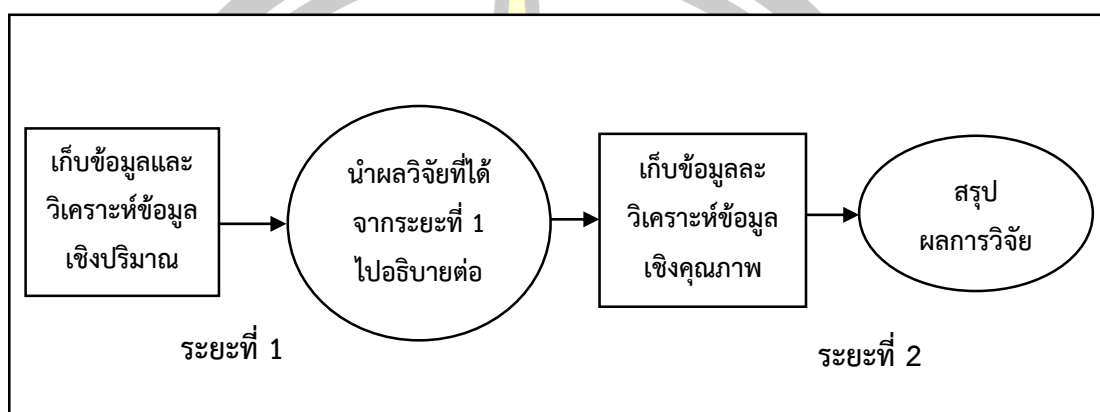
ที่มา: Adapted from Creswell & Plano Clark (2018) ; กันต์ฤทัย คลังพล (2563)

ภาพประกอบ 1 แบบแผนแบบคู่ขนาน (The Convergent Design)

2. แบบแผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) Creswell (2015) and Creswell & Plano Clark (2018) ได้อธิบายว่า แบบแผนขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) คือ แบบแผนที่เริ่มต้นศึกษาปัญหาโดยเริ่มจากวิธีการเชิงปริมาณ แล้วจึงดำเนินการวิจัยด้วยวิธีเชิงคุณภาพ การดำเนินการของวิธีเชิงคุณภาพเป็นสิ่งที่จะอธิบายผลการวิจัยที่ได้จากเชิงปริมาณ เช่น ผลการวิจัยของเชิงปริมาณที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วงของความเชื่อมั่น วิธีการเชิงคุณภาพจะเป็นสิ่งที่สนับสนุนผลการวิจัยของวิธีการเชิงปริมาณ การออกแบบนี้จึงใช้ชื่อว่าแบบ แผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย กล่าวได้ว่าแม้ว่าในอดีตที่ผ่านมาจะมีการใช้วิธีการเชิงคุณภาพหรือปริมาณ ที่ขึ้นก่อนแต่ในปัจจุบันแบบแผนนี้จะใช้เชิงปริมาณในระยะที่ 1 ก่อน และนำผลที่ได้จากเชิงคุณภาพ มาอธิบายเชิงลึกในระยะที่ 2 ขั้นตอนของแบบแผนการวิจัยแบบแผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย มีดังนี้

- 1) ออกแบบเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในระยะแรกด้วยวิธีการเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ เชิงบรรยาย สถิติเชิงอ้างอิง หรือค่าขนาดอิทธิพลเพื่อตอบคำถามการวิจัยเชิงปริมาณ
- 2) ตรวจสอบผลของการวิเคราะห์วิธีการเชิงปริมาณที่จากขั้นตอนแรก และกำหนดกลุ่ม ตัวอย่างและขอบข่ายการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากที่ที่จะสำรวจต่อไปในระยะที่ 2 ซึ่งคำถาม วิจัยจะต้องสอดคล้องเชื่อมโยงกับผลการวิจัยที่ได้ในระยะที่ 1
- 3) ออกแบบและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีเชิงคุณภาพในระยะที่ 2 นี้จะช่วยอธิบายผลของวิธีการเชิงปริมาณและเพื่อตอบคำถามการวิจัยแบบผสมผสาน
- 4) สรุปผลการวิจัยและเชื่อมโยงผลการวิจัยของเชิงปริมาณกับเชิงคุณภาพ

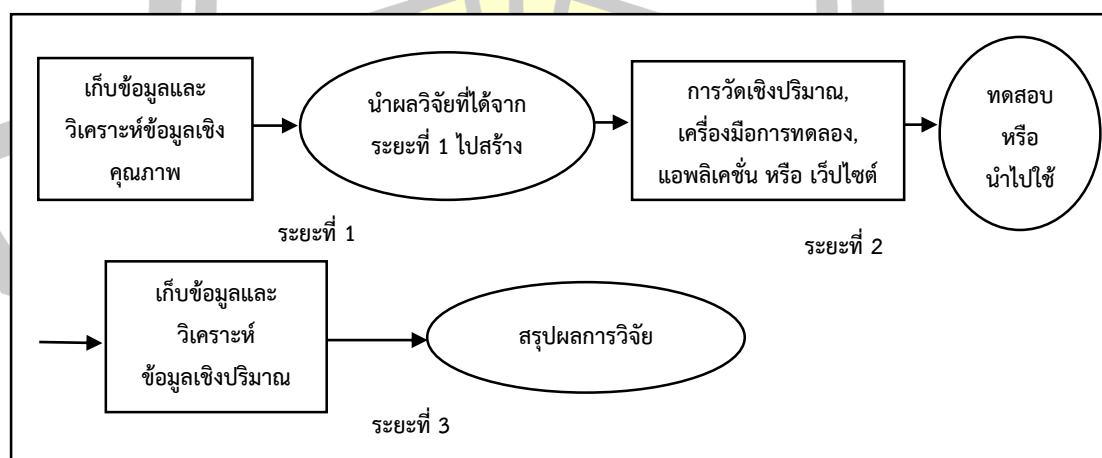
จุดแข็งของแบบแผนนี้คือ 2 ระยะที่ถูกเก็บรวบรวมข้อมูลขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน และง่ายในการการออกแบบ ซึ่งแบบแผนนี้เป็นที่นิยมของนักวิจัยและนักศึกษาที่ทำวิจัยเพื่อสำเร็จ การศึกษา และเป็นที่นิยมของนักวิจัยที่เชี่ยวชาญวิธีเชิงปริมาณเนื่องจากการศึกษาในระยะเริ่มต้นนี้ ใช้วิธีเชิงปริมาณในระยะแรก แบบแผนขั้นตอนเชิงอธิบาย ดังแผนภาพที่ 2



ที่มา: Adapted from Creswell & Plano Clark (2018) ; กัณฑ์ฤทัย คลังพหล (2563)

ภาพประกอบ 2 แบบแผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design)

3. แบบแผนแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design) Creswell (2015) and Creswell & Plano Clark (2018) ได้อธิบายว่า เป็นแบบแผนที่มีการเริ่มต้นจากการสำรวจโดย การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจากนั้นนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาพัฒนา เป็นเครื่องมือวิจัยเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยหรือสิ่งทดลองเพื่อนำไปใช้ในการทดลองและตามด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนั้นแบบแผนนี้จึงมี 3 ระยะ



ที่มา: Adapted from Creswell & Plano Clark (2018) ; กัณฑ์ฤทัย คลังพหล (2563)

ภาพประกอบ 3 แบบแผนแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design)

คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสร้างเครื่องมือหรือสิ่งทดลอง และระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดตามแผนภาพที่ 3

ขั้นตอนของแบบแผนการวิจัยแบบแผนแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ มีดังนี้

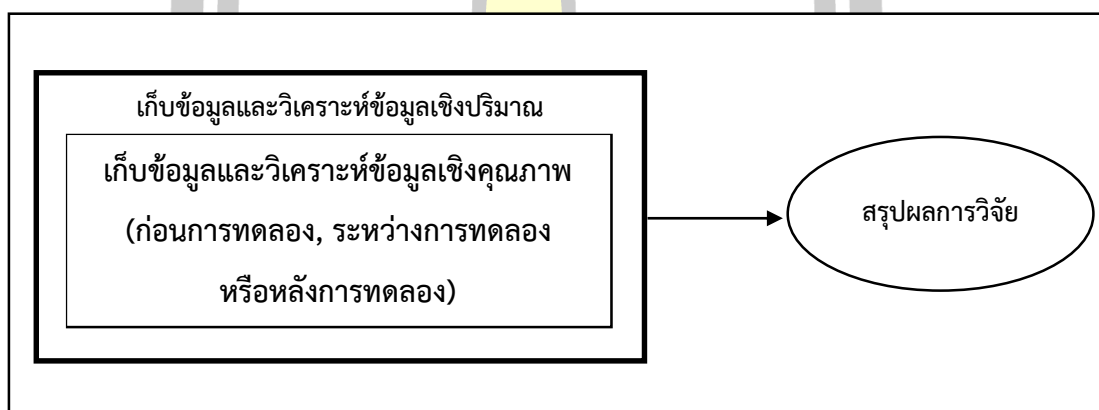
1. ออกแบบเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
2. ใช้วิธีการออกแบบทดลองการเก็บรวบรวมข้อมูลการวัดเครื่องมือเชิงปริมาณโดยขึ้นจากผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพ แนวคิดซึ่งเป็นองค์ประกอบเชิงปริมาณใหม่นี้ช่วยปรับปรุงสิ่งที่มีอยู่แล้ว (เครื่องมือที่มีอยู่) เพราะผลเกิดจากประสบการณ์จริงจากกลุ่มตัวอย่าง
3. ออกแบบและดำเนินการวิธีการเชิงปริมาณ โดยกำหนดวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลกรณีเป็นการสร้างเครื่องมือจะถูกทดสอบ เพื่อหาความตรงและความเชื่อมั่น
4. สรุปผลการวิจัยและเชื่อมโยงผลการวิจัยของเชิงปริมาณกับเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยและตีความผลการวิจัยเชิงคุณภาพ สรุปผลการวิจัยและตีความผลการวิจัยเชิงปริมาณ และอภิปรายถึงผลที่ขยายความ และวิธีการของผลการวิจัยเชิงปริมาณที่ได้จากวิธีการเชิงคุณภาพที่ไปอธิบายผลของข้อมูลเชิงปริมาณได้อย่างไร อภิปรายเกี่ยวกับขอบเขตและวิธีการของผลสรุปที่ได้จากเชิงปริมาณหรือทดสอบผลที่ได้จากเชิงคุณภาพ ข้อดีของแบบแผนการวิจัยนี้คือ แยกวิธีการชัดเจนในแต่ละระยะ และถึงแม้ว่าแบบแผนนี้จะเน้นที่ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักแต่ได้นำองค์ประกอบที่สำคัญมาสร้างเป็นเครื่องมือเชิงปริมาณที่ไม่ได้เกิดจากความลำเอียงจากวิธีใดวิธีหนึ่ง แบบแผนนี้ยังทำให้นักวิจัยสามารถสร้างเครื่องมือวิจัย ตัวแปร กิจกรรม เครื่องมือทางดิจิทัล ได้อย่างหลากหลาย

2.5.5 แบบแผนผสมผสานวิธีขั้นสูง (Advance Mixed Method)

1. แบบแผนเชิงทดลอง (Experimental-Intervention Design) Creswell (2015) and Creswell & Plano Clark (2018) กล่าวว่าแบบแผนนี้ เป็นการศึกษาปัญหาวิจัยโดยทำการทดลอง (Experiment or Intervention) ที่เพิ่มข้อมูลเชิงคุณภาพแทรกลงไปด้วยโดยสามารถเพิ่มในช่วงก่อน การทดลอง ระหว่างการทดลอง หรือหลังจากการทดลองก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการ ทดลอง ซึ่งเดิมแบบแผนนี้มีการปรับปรุงมาจากแบบแผนรองรับภายใน (Embedded design) ถ้าเพิ่มข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนเริ่มการทดลอง จะมีลักษณะเป็นแบบแผนขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Basic Design) หากเพิ่มข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่างทำการทดลอง เพื่อดูว่าจะเกิดผล อย่างไรกับกลุ่มตัวอย่างเรียกว่าเป็นการทดลองแบบคู่ขนาน (Convergent) เพราะข้อมูลเชิงคุณภาพกับข้อมูลเชิงปริมาณมีผลพร้อมกันในการทดลองหากเพิ่มข้อมูลเชิงคุณภาพหลังจากทำการ ทดลอง เพื่อติดตามผลที่เกิดขึ้นและช่วยอธิบายรายละเอียดที่ตัวเลขเชิงสถิติอธิบายไม่ได้ จะเรียกว่า เป็นการทดลองแบบแผนขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory

Sequential Design) ที่ซ้อนอยู่กับแบบ แทรกแซง (Intervention Design) ลำดับขั้นตอนของการทำการทดลองนี้ คือ

- 1) ตัดสินใจว่าจะใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเข้าแทรกแซงในการทดลองหลักอย่างไร หากเพิ่มก่อนการทดลองจะมีลักษณะเป็นแบบแผนขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design) หากเพิ่มระหว่างการทดลองจะมีลักษณะเป็นแบบแผนคู่ขนาน (Convergent) หรือหากเพิ่มภายหลังการทดลองจะมีลักษณะเป็นแบบแผนขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory)
- 2) จากนั้นทำการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำการทดสอบก่อนและหลังเก็บข้อมูล แล้ววัดว่าตัวแปรต้น (Treatment) เกิดผลอย่างไร
- 3) วิเคราะห์ผลเชิงคุณภาพ พิจารณาว่าการค้นพบเชิงคุณภาพช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทดลองอย่างไร ผลเชิงคุณภาพทำให้การทดลองทำให้เกิดผลการทดลองในด้านใด ในการทดลองประเภทนี้ ผู้วิจัยต้องมีความรู้เกี่ยวกับหลักการทดลองหลัก อีกทั้งยังต้องตัดสินใจว่าจะเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในลำดับขั้นใด หรือต้องเก็บมากกว่าหนึ่งครั้งหรือไม่

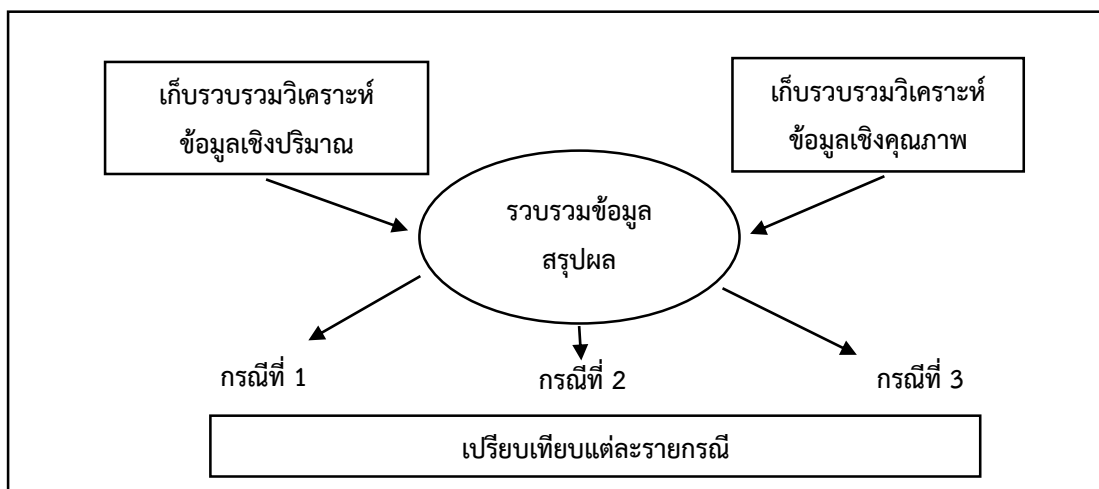


ที่มา: Adapted from Creswell & Plano Clark (2018) ; กันต์ฤทัย คลังพหล (2563)

ภาพประกอบ 4 แบบแผนการทดลองผสมผสาน (Experimental (Intervention) Design)

2. แบบแผนการศึกษากรณี (Case Study Design) เป็นแบบแผนที่นำแบบแผนหลัก (Convergent Design, Explanatory Sequential Design หรือ Exploratory Sequential Design) มาใช้ในกรอบการวิจัยของการศึกษารายกรณีแบบเดี่ยว หรือการศึกษาพหุกรณี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ

และเชิงคุณภาพและนำข้อมูลทั้งสองอย่างมาสรุปรวมกันในแต่ละกรณี และนำข้อสรุปแต่ละกรณีมาเปรียบเทียบกับกัน แสดงดังภาพที่ 5



ที่มา: Adapted from Creswell & Plano Clark (2018) ; กัณฑ์ทัย คลังพหล (2563)

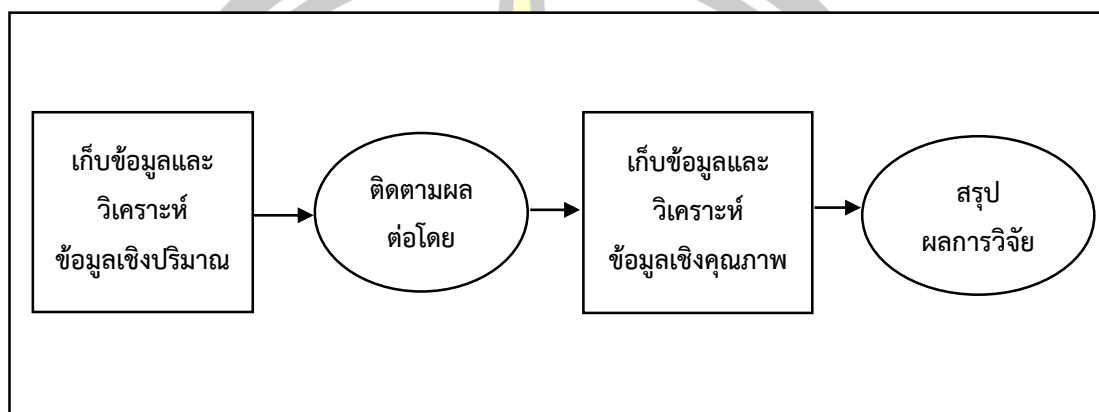
ภาพประกอบ 5 แบบแผนการศึกษากรณี (Case Study Designs)

Creswell & Plano Clark (2018) กล่าวว่า เจตนาของแบบแผนนี้ คือการวิเคราะห์ของกรณี หรือหลายกรณีผ่านการใช้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยหาคำอธิบายที่เพิ่มขึ้น และผู้วิจัยมักระบุกรณีหรือกรณีที่น่าสนใจเมื่อเริ่มต้นการศึกษา นักวิจัยต้องใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายกรณีหรือเปรียบเทียบกรณีที่ดีที่สุด นักวิจัยต้องมีความเชี่ยวชาญในกระบวนการกรณีศึกษาเชิงคุณภาพ และมีความเข้าใจและเปรียบเทียบความซับซ้อนภายในและระหว่างกรณีโดยใช้ข้อมูลวิธีการแบบผสมสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบที่หลากหลายของสถานการณ์ที่แตกต่างกันเพื่อแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของความเป็นไปได้ของแต่ละกรณีเพื่อช่วยให้เข้าใจปัญหาการวิจัยแบบแผนนี้มีขั้นตอนคล้ายกับแบบแผนแบบคู่ขนาน (A Convergent Design) แต่มีคุณสมบัติเพิ่มเติมของการสร้างไปสู่การระบุและกำหนดคำอธิบาย ของกรณี (cases) ดังนี้ วางแผนสำหรับระบุกรณี, ระบุเกณฑ์เชิงคุณภาพหรือ/และเชิงปริมาณที่ใช้ใน การระบุและเลือกกรณีของปัญหาที่จะทำวิจัย, จัดทำข้อสรุปเชิงพรรณนาของแต่ละรายกรณีโดยอิง จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพและผลลัพธ์เชิงปริมาณ และเปรียบเทียบผลที่ได้ของแต่ละกรณี ดังภาพที่ 5 จุดแข็งของแบบแผนนี้ คือ การพัฒนาในเชิงลึก เข้าใจในทางปฏิบัติและสรุปสิ่งที่เฉพาะเจาะจงและ ถ่ายโอนได้ มีประโยชน์สำหรับการทำความเข้าใจความซับซ้อนของกรณี

3. แบบแผนความยุติธรรมทางสังคม (The Participatory-Social Justice Design)

Creswell (2015) Klangphahol (2018) and Creswell & Plano Clark (2018) กล่าวถึง การออกแบบความยุติธรรมทางสังคม คือ การศึกษาปัญหาในกรอบความยุติธรรมทางสังคมเป็นการศึกษาด้วยการใช้วิจัยแบบผสมผสานลักษณะหลาหมมองหลายแนวคิด การออกแบบแบบแผนนี้ แสดงดัง

ภาพที่ 6 งานวิจัยที่ใช้การออกแบบนี้มักจะพบในงานวิจัยที่ศึกษาผ่านมุมมองทางเพศสภาพ มุมมองทางเชื้อชาติหรือชาติพันธุ์ มุมมองทางสถานะทางสังคม แบบแผนนี้จะเริ่มจากวิธีการ ผสมผสานหลัก (Convergent, Explanatory Sequential, Exploratory Sequential) แต่ทั้งนี้ผู้ที่ ศึกษาจะต้อง ศึกษาอยู่ในกรอบความยุติธรรมทางสังคมตลอดการศึกษา

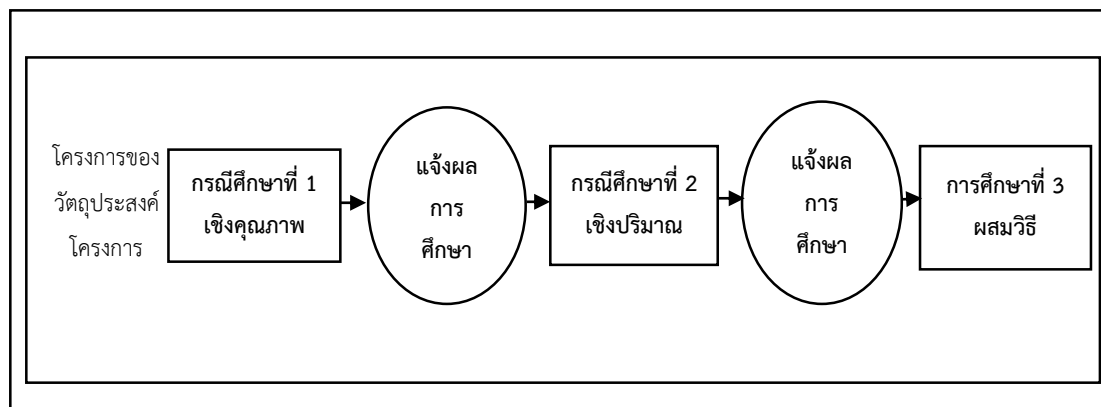


ที่มา: Adapted from Creswell & Plano Clark (2018) ; กันต์ฤทัย คลังพหล, (2563)

ภาพประกอบ 6 แบบแผนความยุติธรรมทางสังคม (Participatory social Justice Design)

4. แบบแผนการประเมินผสมผสาน (Evaluation Design) Creswell (2015) Klangphahol (2018) and Creswell & Plano Clark (2018) กล่าวถึงเป้าหมายของแบบแผนนี้เป็นการประเมิน โปรแกรมกิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปแล้ว หรือการทดลอง เป็นการดำเนินการหลายระยะหรือหลาย ขั้นตอน ซึ่งที่เรียกว่าหลายขั้นตอนหรือหลายระยะ (Multistage) เพราะแต่ละองค์ประกอบหรือหลาย ขั้นตอนที่ศึกษาสามารถเป็นตัวแทนของการศึกษาขั้นเดียวได้ ซึ่งเป็นการพิจารณาคุณค่าโดยรวมโดย ในส่วนที่แยกประเมินแต่ละขั้นตอนหรือแต่ละระยะจะใช้วิธีเชิงคุณภาพหรือ วิธีเชิงปริมาณ หรือผสม วิธีก็ได้แบบแผนนี้ก็เหมือนกับแบบแผนผสมวิธีขั้นสูงแบบอื่น ๆ ที่มีแบบแผนผสมวิธีหลักเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนผสมวิธีขั้นสูง แสดงดังภาพที่ 7

พูน ปณ จิตโต ชีเว



ที่มา: Adapted from Creswell & Plano Clark (2018) ; กัณฑ์ทัย คลังพหล, (2563)

ภาพประกอบ 7 แบบแผนการประเมินโปรแกรม (Program Evaluation Design)

2.5.6 จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากการประมวลทัศนะของนักวิชาการ เช่น Creswell & Clark (2007); Creswell (2015) สามารถสรุปจุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน ได้ดังนี้

1. เพื่อแก้ไขจุดอ่อนและเสริมจุดแข็งของการวิจัยเชิงเดี่ยว (Mono Method Research)
2. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในผลการวิจัยด้วยการใช้วิธีต่าง ๆ ในการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)
3. เพื่อเสริมความสมบูรณ์หรือเติมเต็มประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา
4. เพื่อค้นหาประเด็นหรือข้อค้นพบที่ผิดปกติขัดแย้งหรือเป็นทัศนะใหม่
5. เพื่อนำผลการศึกษาในระยะหนึ่งไปใช้เป็นประโยชน์ ในอีกระยะหนึ่งของการวิจัย
6. เพื่อขยายงานวิจัยให้มีขอบเขตกว้างขวางลุ่มลึกมากขึ้น
7. เพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2.5.7 ลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากทัศนะของ Teddlie, C. & Tashakkori, A (2003); Johnson & Christensen (2014) สามารถสรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสานได้ ดังนี้

1. ใช้วิธีเก็บรวบรวมและวิธีวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อตอบคำถามวิจัย
2. รวมหรือผสมผสานข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3. ใช้แนวคิดเชิงปรัชญาหรือกระบวนทัศน์หลากหลาย ร่วมกัน (Paradigm Pluralism)
4. เน้นความหลากหลายในทุกระดับของกระบวนการวิจัย
5. ยึดคำถามหรือปัญหาวิจัยเป็นหลักในการกำหนดวิธีการที่จะนำ มาใช้ในการศึกษา
6. ใช้วิธีรวบรวมข้อมูลหลายๆ วิธีเพื่อเสริมซึ่งกันและกันลักษณะทั้ง 6 ข้อดังกล่าวข้างต้นเรียกรวมกันว่า “การผสมผสานวิธีวิทยา” (Methodological Eclecticism) ซึ่งหมายถึง การเลือกสรรและการบูรณาการวิธีวิทยาที่เหมาะสมที่สุด จากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาใช้เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจ

จากทัศนะของ Morse (2003) ; Johnson & Onwuegbuzie (2004) ; Brannen (2005) ; Creswell & Clark (2011) สามารถสรุปแบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสานได้ 12 แบบแผน ซึ่งมีทั้งแบบแผนที่ทำการศึกษาวิจัยระยะเดียวที่เรียกว่า แบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) แบบแผนที่ทำการศึกษาวิจัยสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนลำดับขั้น (Sequential Design) และแบบแผนที่ทำวิจัยมากกว่าสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนหลายระยะ (Multiphase or Multi-sequenced Design) แบบแผนที่ให้ความสำคัญกับวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน (Equivalent Status Design) แบบแผนที่ใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเป็นวิธี หลักและอีกวิธีหนึ่งเป็นวิธีรอง (ไม่เท่าเทียมกัน) (Dominant-less Dominant Design) และแบบแผนรองรับภายใน (Embedded Design) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแบบแผนต่าง ๆ ข้างต้น สามารถอธิบายความหมายของข้อความและสัญลักษณ์ที่ใช้ในแต่ละแบบแผนดังนี้

QL หมายถึง วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลัก

QN หมายถึง วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีหลัก

ql หมายถึง วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีรอง

qn หมายถึง วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีรอง

คู่ขนาน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพพร้อม ๆ กัน เพื่อเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกันดำเนินการวิจัยระยะเดียว

ลำดับขั้น หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรองดำเนินการวิจัยเป็นสองระยะ

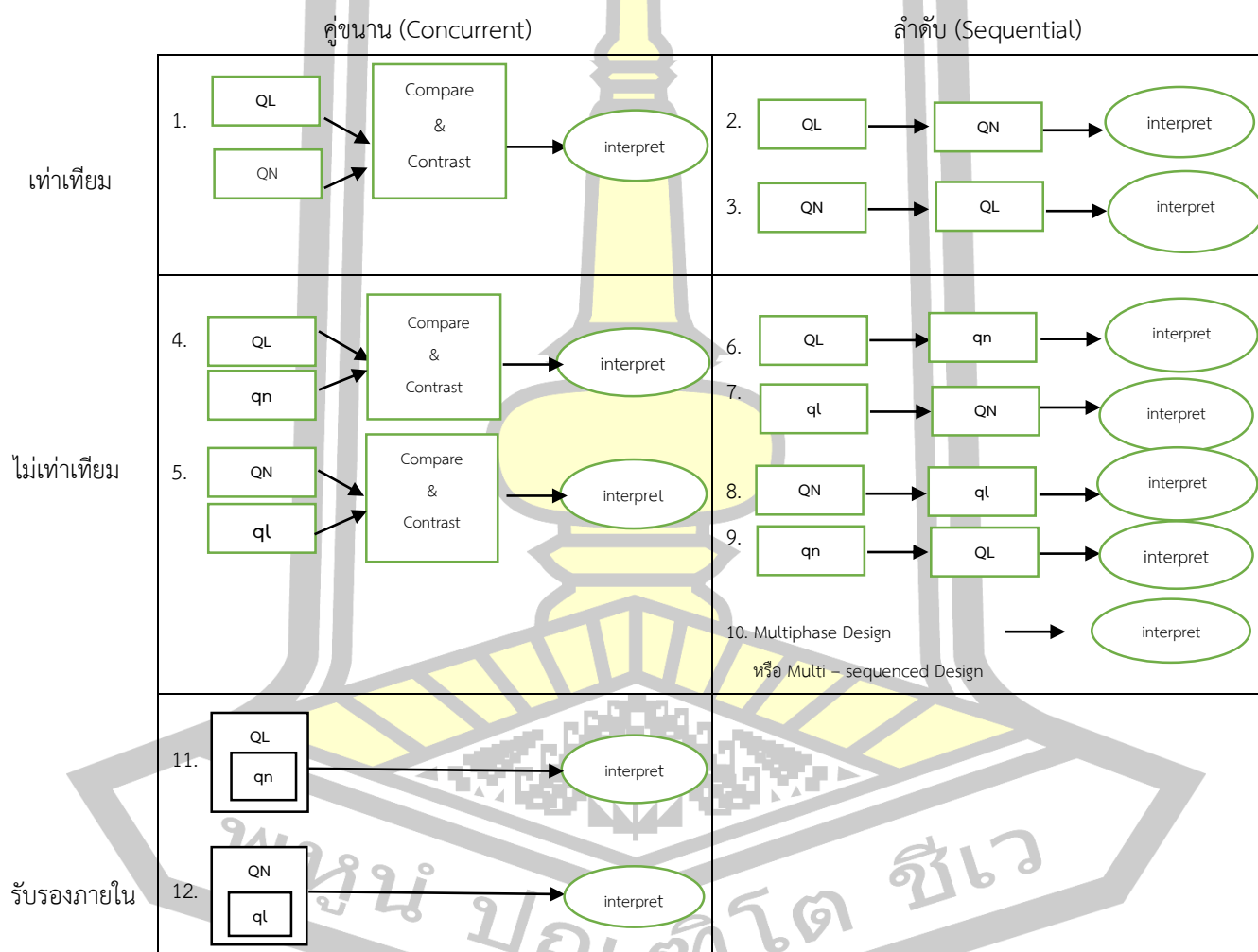
เท่าเทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลักอย่างเท่าเทียมกัน

ไม่เท่าเทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียวหรือสองระยะก็ตาม

รองรับภายใน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรอง แต่ประเด็นที่ศึกษาด้วยวิธีหลักและวิธีรองไม่ใช่ประเด็นเดียวกันนิยมใช้แบบแผนนี้ในการวิจัยเชิงทดลองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียว (แบบดั้งเดิม) หรือสองระยะก็ตาม

แม้การวิจัยแบบผสมผสานจะมีหลายแบบแผน แต่ก็มิได้หมายความว่า นักวิจัยจะต้องยึดติดกับแบบแผนใดแบบแผนหนึ่ง แต่จะต้องมีศิลปะในการเลือกและผสมผสานวิธีวิทยาและวิธีรวบรวม ข้อมูลที่เหมาะสมที่สุดกับความมุ่งหมายของการวิจัยภายใต้ ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่มีหรือเป็นอยู่

2.5.8 แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานทั้ง 12 แบบแผนเป็น ดังนี้



ที่มา : Johnson & Onwuegbuzie, 2004 Creswell & Clark, 2011 ; วัลลิกา ฉลากบาง (2560)
; กันต์ฤทัย คลังพหล (2563)

ภาพประกอบ 8 แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานทั้ง 12

สรุป การวิจัยแบบผสมผสานเป็นการเก็บข้อมูลหรือวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาในสิ่งที่สนใจ โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้งสองแบบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และผลการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งในปัจจุบันนี้การวิจัยแบบผสมผสานได้รับความสนใจของนักวิจัยและนักวิชาการอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงได้นำการวิจัยแบบผสมผสานหรือแบบผสานวิธี ตามแบบแผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในครั้งนี้

2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.6.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ในปัจจุบันนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นที่รู้จักและได้รับการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง และยิ่งไปกว่านั้นยังได้ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาในชุมชน สถานศึกษา หรือองค์กรต่าง ๆ ซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังต่อไปนี้

Carr and Kemmis (1986) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของการสืบเสาะค้นหาความรู้ความจริงแบบสะท้อนกลับความคิดไปมาด้วยตนเอง (Self-Reflective Thinking) ที่กระทำภายใต้การระบิดชอบของบุคคลผู้มีส่วนร่วมที่อยู่ในหน่วยงานหรือสถานที่ต่าง ๆ ทางสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อปรับปรุงเหตุผลและความถูกต้องของการปฏิบัติงาน ความเข้าใจในการปฏิบัติงานตลอดจนสถานการณ์ที่แวดล้อมการปฏิบัติงานต่าง ๆ

Kemmis & McTaggart (1988) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่น ๆ ในเชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงาน ที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

Johnson (2008) ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าเป็นการวิจัยระหว่างการทำงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็น กระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ และพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน

องอาจ นัยวัฒน์ (2548) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ทำ โดยนักวิจัย และคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน โดยมี จุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผล การศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้ อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพ ปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการ บริหารงาน ตลอดจนบริบททาง ด้านสังคมและวัฒนธรรมและด้านอื่น ๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นใน สถานที่เหล่านั้น

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการการวิจัยรูปแบบหนึ่งในการแสวงหาความรู้ เพื่อ แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน เป็นการค้นหาความจริงแบบสะท้อนกลับความคิดไปมาด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ซึ่งผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผล การปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ เป็นการวิจัย ที่จำเป็นต้อง อาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

2.6.2 วิวัฒนาการของวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Roots)

วิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นเมื่อปลายปี 1940 โดย Collier (1945) เป็นคนแรกที่มีแนวคิด ในการรวมทีมวิจัยที่ประกอบด้วยนักวิจัย นักบริหาร และประชาชนในการปรับปรุงความสัมพันธ์ของ เชื้อชาติ

ค.ศ.1946 เลวิน (Kurt Lewin) นักจิตวิทยา สังคมชาวเยอรมันได้นำกระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานของคนงาน

ค.ศ. 1967 - 1972 สเต็นเฮิร์ (Lawrence Stenhouse) แห่งมหาวิทยาลัย East Anglia ซึ่งเป็นผู้อำนวยการโครงการ Humanities Curriculum Project ได้กระตุ้น ให้ครูผู้สอนนำ วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการจัดการศึกษา มุ่งเปลี่ยนสภาพของครู จากการเป็นผู้สอน ตามปกติให้เป็นครูในฐานะนักวิจัย

ค.ศ. 1973 - 1975 แอนเลียร์ท และอเดลแมน (John Elliott & Clem Adelman) ได้ นำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในโครงการ Ford Teaching Project โดยให้ครูได้พัฒนาการจัดการ เรียนการสอนในชั้นเรียน

ค.ศ. 1982 เคมมิส, คาร์ และแมคแทกกาท (Stephen Kemmis, Wilf Carr & Robin McTaggart) ได้เสนอกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่สมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้น และเป็นที่ยอมรับกัน อย่างแพร่หลายในรูปของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการ สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ซึ่งเมื่อครบวงจรหนึ่งๆ จะพิจารณาปรับปรุงแผน (Re -

planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะบรรลุ ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน

2.6.3 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.7.3.1 เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและมีการร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมและมีความเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเชิงทฤษฎี การปฏิบัติ ตลอดจน การวางนโยบายการวิจัย

2.7.3.2 เน้นการปฏิบัติการ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

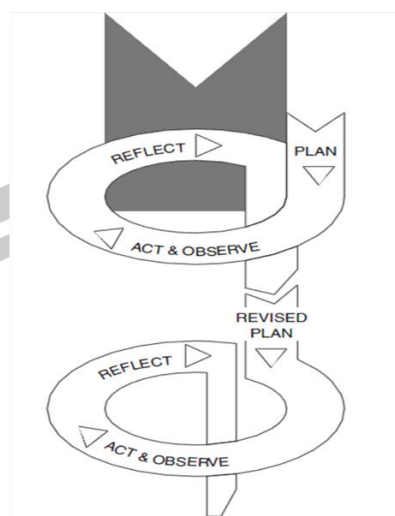
2.7.3.3 ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) กิจกรรมการวิเคราะห์การปฏิบัติอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้ จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผลเพื่อ การปรับแผนการปฏิบัติการ กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.7.3.4 ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแทกกาท (Kimmis & McTaggart) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ และได้เสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

2.6.4 กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

กระบวนการดำเนินการงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ (1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) (2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) (3) สังเกตการณ์ (Observation) และ (4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการ และผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ เป็นดังแสดงรายละเอียดตามภาพประกอบที่ 9

พหุ ประสิทธิภาพ



ภาพประกอบ 9 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเวียนไปเป็นวัฏจักรของกระบวนการวิจัยดังกล่าว จึงเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไก การนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เป็นการดำเนินงานวิจัยที่ไม่แยกกิจกรรมการสืบค้นหาความรู้ ความจริงออกจากกิจกรรมการพัฒนา (องอาจ นัยพัฒน์, 2548) ซึ่งกิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึง ปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสถานการณ์ เงื่อนไขอื่นๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความ ยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2. การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่าง ระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริง การปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัด ของสถานการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผน ชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ กระบวนการ และผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็น ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่าง ปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่ แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทาง สำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและ ผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้ จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการ วิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้ง ประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะ วิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงาน ระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทาง ดังเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานสำหรับการทบทวน และปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือ เกือบต่อไป

สรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเช่นเดียวกับกระบวนการวิจัยประเภทอื่น ๆ โดยมี ขั้นตอนที่สำคัญ คือ เริ่มต้นด้วยการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล แต่สิ่งที่จะ กล่าวได้ว่ามีความแตกต่างกับการวิจัยแบบอื่น ๆ คือ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัย ด้วยการใช้รูปแบบบันได เวกิน (Spiral) เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ นั่นคือ ถ้า ผลการวิจัยสามารถแก้ไข้ปัญหาหรือพัฒนาหน่วยงาน ผลผลิตได้ตามที่ต้องการก็ถือว่าสิ้นสุดขั้นตอน การวิจัย แต่ถ้าผลการวิจัยยังไม่สามารถ แก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสิ่งที่ต้องการได้ ผู้วิจัยสามารถนำ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผล ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนใหม่ นอกจากนี้ขณะดำเนินการ วิจัย ผู้วิจัยสามารถ ปรับปรุงแก้ไขแผนงานได้ตลอดเวลา เพื่อให้แผนงานมีความเหมาะสมกับสภาพ จริงของการปฏิบัติงาน

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย จำนวน 15 เรื่อง ซึ่งเป็นผลงานตั้งแต่ปี 2559 – 2565 โดยมีรายละเอียดดังนี้

เชียง เกาซิด และพรรณราย เทียมทัน (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่

ใช้ในการศึกษาสมรรถภาพทางกายและรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 1,443 คน และกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 47 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุแบบสอบถาม เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจแบบไม่มีโครงสร้าง ผลการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าสมรรถภาพทางกายทั้ง 6 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม ส่วนความพึงพอใจที่มีต่อการทำกิจกรรมตามรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม และมีความรู้สึว่าสุขภาพดีขึ้น มีอารมณ์สดชื่น แจ่มใสขึ้น

ชุดิมา สิ้นชัยวนิชกุล (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ โดยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์เขต ห้วยขวาง และเขตวังทองหลาง ซึ่งเป็นชุมชนต้นแบบที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 282 คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.25, SD = 0.72)
2. ผู้สูงที่อายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานอยู่ในระดับไม่มีภาวะพึ่งพา คิดเป็นร้อยละ 98.6
3. ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 85.8
4. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.3
5. เพศมีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta= .484)
6. รายได้ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย ภาวะโภชนาการและการเห็นคุณค่าในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .199, .197, .265$ และ $.499$ ตามลำดับ)
7. ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2559) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จากแบบสอบถามกลุ่มเป้าหมาย ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยขึ้นวางแผน ขึ้นปฏิบัติการขึ้นสังเกตผลและขึ้นสะท้อนผล และระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จากแบบประเมินการดูแลสุขภาพ ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายกลุ่มอ่อนระดับ 2 มีปัญหาการรับประทานอาหารและไม่ทำงานอดิเรก โดยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ระยะที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในเสนอกิจกรรม แสดงความคิดเห็น และตัดสินใจเลือกกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมตรวจสุขภาพในชุมชน กิจกรรมอบรมความรู้ กิจกรรมทางศาสนาและได้คู่มือการดูแลสุขภาพ ระยะที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับกลุ่มอ่อน 1 ซึ่งออกกำลังกายทำงานอดิเรกเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้นและผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น สรุป รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 4 ส่วน คือผู้สูงอายุต้องปฏิบัติตามนาฬิกาสุขภาพในคู่มือและเข้าร่วมกิจกรรม มีผู้ดูแลต้องช่วยเหลือและให้กำลังใจ ซึ่งภาคีเครือข่ายชุมชนสนับสนุนและประสานงานในการดำเนินกิจกรรม โดยศูนย์สุขภาพชุมชนให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณ ซึ่งสามารถนำรูปแบบไปปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้ดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา ของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแล และระยะที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ การใช้ สมุนไพรพื้นบ้าน และ 6) การสร้างรอยยิ้มและสันติภาพ ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.22$; $p\text{-value} < .001$) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุดและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดในส่วนระยะการปรับปรุงรูปแบบการดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญพึงพอใจรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปสามารถให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

ธัญญารัตน์ จินเฮ้ง และศิริลักษณ์ ศุภปีติพร (2562) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 381 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า พบว่า อาชีพหลัก รายได้ประจำ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สถานะโรค ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า อายุอาชีพหลัก รายได้ประจำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($r = 0.669, p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรนิษฐ์ แสงทองสุข (2562) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานีและนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสัญชาติไทย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกสมาคม ผู้สูงอายุอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่จำนวน 384 ฉบับ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดีโดยภาพรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสภาพร่างกายที่ดีโดยภาพรวม อยู่ในระดับมากคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรวมกลุ่มทางสังคม โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก

ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองลิ้ม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยการประยุกต์แนวความคิดการดูแลโรคเรื้อรัง และการดูแลระยะยาว ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติตามแผน สังเกตและการสะท้อนการปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 53 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลหลัก ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และผู้จัดการผู้สูงอายุ จำนวน 53 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การพัฒนาบริการดูแลระยะยาว พบว่า

ผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.70 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาชุดบริการ ดังนี้ 1) ชุดดูแลสุขภาพทั่วไป 2) ชุดฟื้นฟูสภาพ 3) ชุดดูแลระยะท้าย 4) ชุดดูแลแผลและป้องกันแผลกดทับ 5) ชุดอุปกรณ์การแพทย์ 6) ชุดดูแลสมองเสื่อม แนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับเครือข่าย และแผนการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาชุดบริการดูแลระยะยาวและมีการนำชุดบริการและแนวปฏิบัติขยายผลในพื้นที่อื่น และควรมีการประสานงานและจัดทำข้อสรุปเสนอต่อผู้บริหารระดับท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนการสมัครเข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

นายสุ คำโสม และคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับที่ดี (ร้อยละ 98.33) ด้านที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว อาชีพเกษตรกร การได้รับการยอมรับจากชุมชน เพศหญิง อายุ การติดตามงานจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เจตคติ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 64.8 ($p < .001$) ผลการศึกษาเสนอแนะว่า ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว หรือพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ ควรพิจารณาและประยุกต์ปัจจัยที่มีอิทธิพลเหล่านี้ในการเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพต่อไป

นพณพิชญ์ ศรีรัตนประชากุล และคณะ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลปอพาน อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มประชาชน กลุ่มภาคการเมือง และกลุ่มวิชาการด้านสาธารณสุข จำนวน 262 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนากระบวนการที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่มี 6 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ (2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ (3) กำหนดโครงการ 2 โครงการ คือ โครงการพัฒนาศักยภาพกองทุนดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การประชุม

เชิงปฏิบัติการ กิจกรรมที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล กิจกรรมที่ 3 การติดตาม ประเมินผลและการรายงานผลการดำเนินงาน (4) ดำเนินงานตามโครงการที่ได้วางแผนไว้ (5) ติดตามนิเทศ สนับสนุนการปฏิบัติตามโครงการ และ(6) สรุปผลและประเมินผล ข้อเสนอแนะกลับไปสู่การพัฒนา ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากกองทุน และญาติ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ พร้อมทั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้รับการพัฒนาที่ดีขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการแก้ไขกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความกระตือรือร้นตั้งแต่เริ่มต้น ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบอย่างมุ่งมั่น ออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ดิลก อ่อนลา (2563) ได้ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารงานและปัจจัยทางการบริหารในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการด้านบุคลากร ควรมีการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานควรมีการพัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอในการดำเนินงาน เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้เกิดประสิทธิภาพ

อัมภินิ ลาภสมบุรณ์ดี และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และประเทศไทย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเชิงเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยการวิจัยเอกสาร พบว่าในประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น และสิงคโปร์มีการพัฒนาระบบจากการสร้างความรับผิดชอบต่อประชาชนผ่านการร่วมจ่ายภาคบังคับ เช่น ค่าเบี้ยประกัน การสมทบในรูปแบบประกันสังคมสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และการออกแบบระบบเพื่อให้มีบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการในที่พักอาศัย และภายในชุมชน โดยมีการมุ่งใจในการใช้บริการนอกสถานบริการจากการสนับสนุนค่าใช้จ่ายอัตราสูงในรูปแบบการจัดบริการ และการสนับสนุนทางการเงินรองรับความต้องการของผู้สูงอายุ และส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโดยครัวเรือนผ่านการสร้างหลักประกันการว่างงานแก่ผู้ดูแลสมาชิกในครัวเรือน ขณะที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ แต่การบริการดูแล ระยะยาวยังไม่มีครอบคลุมและเท่าเทียม การได้รับบริการขึ้นอยู่กับสิทธิสวัสดิการสุขภาพ และความพร้อมในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีความจำกัดทั้งด้านงบประมาณและผู้ให้บริการ และยังขาดระบบการจัดหาแหล่งเงินสำหรับนำมาจัดบริการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รุ่งลวลีย์ รัตนพันธ์ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ฟังฟังในชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ได้แก่ ผู้ให้บริการประกอบด้วย ทีมหมอครอบครัว 6 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Caregiver) 10 คน และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน ผู้รับบริการคือ ผู้สูงอายุหรือญาติผู้สูงอายุ 13 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบประเมินความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิง ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนา ไม่มีระบบการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีแนวทางการทำงานที่เหมาะสม ไม่เป็นที่รู้จักของชุมชนและขาดความมั่นใจในการทำงานในชุมชน หลังพัฒนาระบบได้กระบวนการจัดบริการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ (1) การแต่งตั้งคณะทำงาน (2) การทำแผนปฏิบัติงานร่วมกัน (3) การคัดกรองขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ (4) การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ(6) การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือญาติและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ศิริณี ศรีหาคาศ และคณะ (2564) ได้ศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำสู่การขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการวิจัยและพัฒนา (Research and development) นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (Participatory healthy public policy) ผลการศึกษาพบว่า (1) การก่อประเด็นการพัฒนานโยบายสาธารณะ เป็นการเรียนรู้ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และสะท้อนปัญหาการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (2) กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน อาศัยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาองค์ความรู้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการทำงานร่วมกันของหน่วยงานในพื้นที่ และ(3) การประเมินผลการพัฒนานโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลลัพธ์ของนโยบายสาธารณะ ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการดูแลระยะยาวจากกองทุนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้ การพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและการบูรณาการภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจะทำให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและทำให้เกิดผลลัพธ์ของนโยบายด้านสุขภาพ

ศศินันท์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตยพรต (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพัฒนาระบบการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 210 คน คือ ภาควิชาการ ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข ภาควิชาท้องถิ่น ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ เริ่มดำเนินการปี 2561 โดยความร่วมมือของภาควิชาการและภาคท้องถิ่นเป็นหลัก แต่ภาคประชาชนไม่มีบทบาทร่วมดำเนินการชัดเจน เมื่อประเมินความพร้อมและสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ 4 ขั้น คือ (1) ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการกำหนดกิจกรรมและโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) ดำเนินโครงการตามกระบวนการที่กำหนด โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามบทบาท (3) ทุกภาคส่วนร่วมกำกับ ติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงานทุกกิจกรรมตามบทบาท และ(4) ทุกภาคส่วนร่วมสรุปผลการดำเนินงาน และเสนอแนวทางเพื่อการพัฒนาต่อไป การดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ ได้รับการดูแลจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ผ่านการรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ทุกมาตาม ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ทำให้การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีความต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ ชุโขตร (2565) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพและปัญหาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ(3) ประเมินรูปแบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้ระเบียบวิธีวิจัย

แบบผสมผสาน ผลการวิจัยพบว่า สภาพการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุนดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน

2.7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ จำนวน 5 เรื่อง ซึ่งเป็นผลงานตั้งแต่ปี 2000 - 2021 โดยมีรายละเอียดดังนี้

Koder & Kyriacou (2000) ได้ศึกษาถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพอ่อนแอในประเทศ สหรัฐอเมริกาใช้การดูแลแบบบูรณาการจาก 2 รูปแบบ ของการดูแลผู้สูงอายุรวมกัน (Fully integrate care for frail elderly: Two American models) โดยสรุปได้ดังนี้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพอ่อนแอ มีโรคเรื้อรัง มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของ ร่างกาย (Disability) ได้นำเข้าสู่การวางแผนให้ความช่วยเหลือทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและ ประเทศอื่น ๆ เพราะเชื่อว่า กลยุทธ์ในการบูรณาการนี้จะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการประสานงาน ก่อให้เกิดคุณภาพงานที่ดีและมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้ต้องการตรวจสอบรายละเอียดเกี่ยวกับ รูปแบบของการบูรณาการที่เป็นอยู่ 2 ข้อคือการสร้างโปรแกรมรวม (Program All Inclusive Care for the Elderly; PACE) ที่รวมทั้งงานสวัสดิการและด้านสุขภาพ โดยที่รูปแบบขององค์กร ที่สามารถบริหารจัดการระบบโปรแกรมสุขภาพให้ทำงานได้อย่างยั่งยืน ส่วนประกอบของระบบ สุขภาพอยู่บนพื้นฐานของ บ้าน ชุมชน หรือการรักษาในสถานบริการจะควบคู่ไปกับ สวัสดิการและงบประมาณที่ แยกส่วน และมีบ่อยครั้งที่กฎข้อบังคับมักมีข้อโต้แย้งกันอยู่ การบูรณาการ ได้แก่ การบริการด้านสุขภาพ (สุขภาพจิต งานบ้าน การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อ่อนแอ) การออกแบบให้เกิดการทำงานให้เชื่อมกับงานสวัสดิการสังคม การร่วมมือกันระหว่างการรักษาและการสนับสนุน โดยมีเป้าหมายให้เกิดสุขภาพดีมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีเกิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และระบบมีประสิทธิภาพต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้ามหน่วยงาน วิธี การศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลทั้งชนิด Qualitative และ Quantitative data จากรายงานของนโยบาย และการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้นำเสนอผ่านทางสื่อพิมพ์ของภาครัฐ และ ภาคเอกชน เป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังวิเคราะห์แล้วได้บูรณาการรูปแบบเข้าด้วยกัน ซึ่งในส่วน นโยบาย สามารถช่วยสนับสนุน ค่าจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลในรายที่ต้องการช่วยเหลือ ทางพยาบาลในส่วนของการดูแลรักษาที่ยั่งยืน หน่วยงานที่บริหารจัดการ ไม่จำกัดในการดูแล ต่อเนื่อง ไม่กำหนดขอบเขตบริการ เปิดให้บริการตามความต้องการของผู้รับบริการ การศึกษา เสนอแนะว่าโปรแกรมที่บูรณาการนี้ปฏิบัติได้จริง สามารถนำไปเผยแพร่เป็นตัวอย่างแก่ประเทศต่าง ๆ ได้

Counsell (2007) ศึกษาเรื่องการบูรณาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ที่ใช้ระบบการจัดการดูแล (Care Management) ในการประเมินความต้องการบริการสุขภาพและสังคม โดยมีพยาบาลผู้จัดการและนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้รับผิดชอบ เพื่อ

แบ่งกลุ่มความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการรูปแบบนี้มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่ารูปแบบการดูแลปกติคือมีภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า และสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันได้

Kato, et al (2013) ได้กล่าวถึง รูปแบบการจัดการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบแผนงานการดูแลโดย ผู้ให้การดูแล (Care Provider) ทำหน้าที่ในการดูแลตามแผนงาน 2) รูปแบบวางแผนให้บริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ทำหน้าที่ในการประสานงาน ปรีกษาร่วมกับแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ให้มีการดำเนินการไปตามแผนงานที่กำหนด และควบคุมกำกับการทำงานของผู้ให้การดูแล (Care Provider) ซึ่งกำหนดหน้าที่ของผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ในระบบบริการระยะยาว ดังนี้

- (1) ประเมินความสามารถของบุคคล
- (2) ประเมินความต้องการและการสนับสนุนการดูแล
- (3) กำหนดรูปแบบการดำรงชีวิตประจำวัน
- (4) ระบุปัญหาความต้องการการดูแล
- (5) วางแผนรูปแบบการดูแล
- (6) วางแผนให้การดูแลระยะยาว

Pei-Jian Lin, et al (2019) ได้ศึกษา การพัฒนาสุขภาพผู้สูงวัยในระยะยาวอย่างยั่งยืนด้วยระบบการดูแลโดยใช้โมเดล DANP-mV: กรณีศึกษาเชิงประจักษ์ของไต้หวัน วัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวของไต้หวัน การศึกษานี้กำหนดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยในระยะยาวโดยใช้มิติข้อมูลหลัก 5 มิติและเกณฑ์ 20 ข้อ โดยใช้โมเดล DANP-mV มาวิเคราะห์ระบบและระบุปัญหาปัจจุบันของไต้หวัน จากผลการศึกษาพบว่า นอกเหนือจากระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และกรอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแล้วนั้น ต้องให้ความสำคัญกับ เงินบำนาญ และเงินอุดหนุนจากรัฐบาล เพราะมีผลต่อการปรับปรุงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว

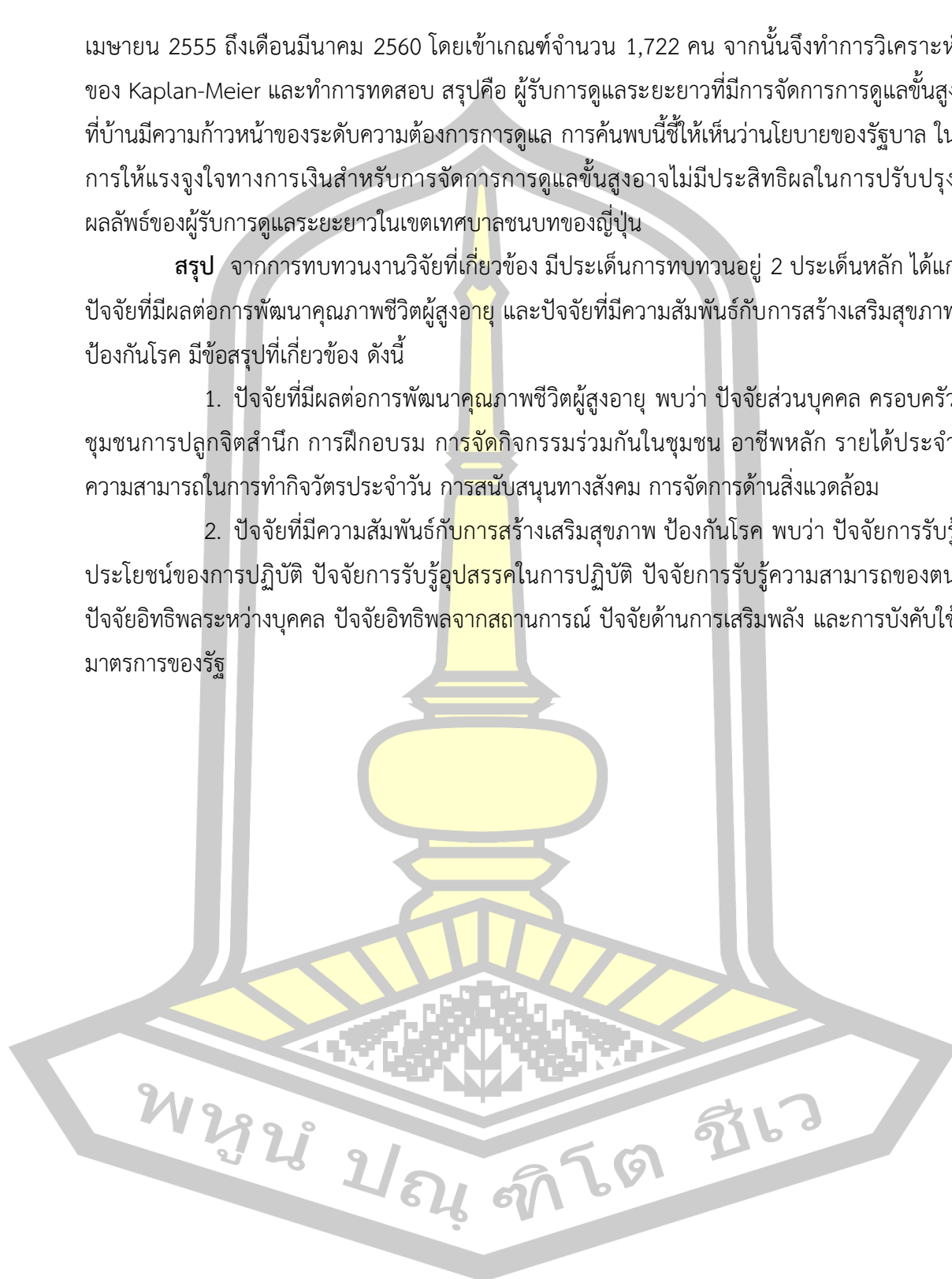
Sakiko Itoh et al (2021) ได้ศึกษา การเปรียบเทียบความก้าวหน้าของระดับความต้องการการดูแลของผู้รับการดูแลระยะยาวที่มีและไม่มีต่อการจัดการดูแลขั้นสูงในเขตเทศบาลชนบทของญี่ปุ่น: การศึกษาเชิงสังเกตตามประชากร วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบความก้าวหน้าของระดับความต้องการการดูแลของผู้รับการดูแลระยะยาวที่บ้านที่มีและไม่มีการจัดการดูแลขั้นสูง โดยการศึกษาเชิงสังเกตตามประชากร ในเขตเทศบาลชนบทในญี่ปุ่น ผู้เข้าร่วมคือผู้ที่ได้รับการดูแลระยะยาว จำนวน 2,005 คน วิธีการโดยการใช้ข้อมูลทุติยภูมิ มีการสำรวจค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ระหว่างเดือนเมษายน 2555 ถึงมีนาคม 2560 และเชื่อมโยงฐานข้อมูลทั้งสองนี้โดยใช้ตัวระบุที่ไม่ซ้ำกัน เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือ: (1) มีอายุตั้งแต่ 65 ปี (2) ผู้ที่ได้รับการรับรองเป็นผู้ต้องการการดูแลระดับ 1, 2 หรือ 3 และ(3) เป็นผู้ที่ได้รับการดูแลระยะยาวที่บ้าน ตั้งแต่เดือน

เมษายน 2555 ถึงเดือนมีนาคม 2560 โดยเข้าเกณฑ์จำนวน 1,722 คน จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ของ Kaplan-Meier และทำการทดสอบ สรุปรูปคือ ผู้รับการดูแลระยะยาวที่มีการจัดการการดูแลขั้นสูงที่บ้านมีความก้าวหน้าของระดับความต้องการการดูแล การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่านโยบายของรัฐบาลในการให้แรงจูงใจทางการเงินสำหรับการจัดการการดูแลขั้นสูงอาจไม่มีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้รับการดูแลระยะยาวในเขตเทศบาลชนบทของญี่ปุ่น

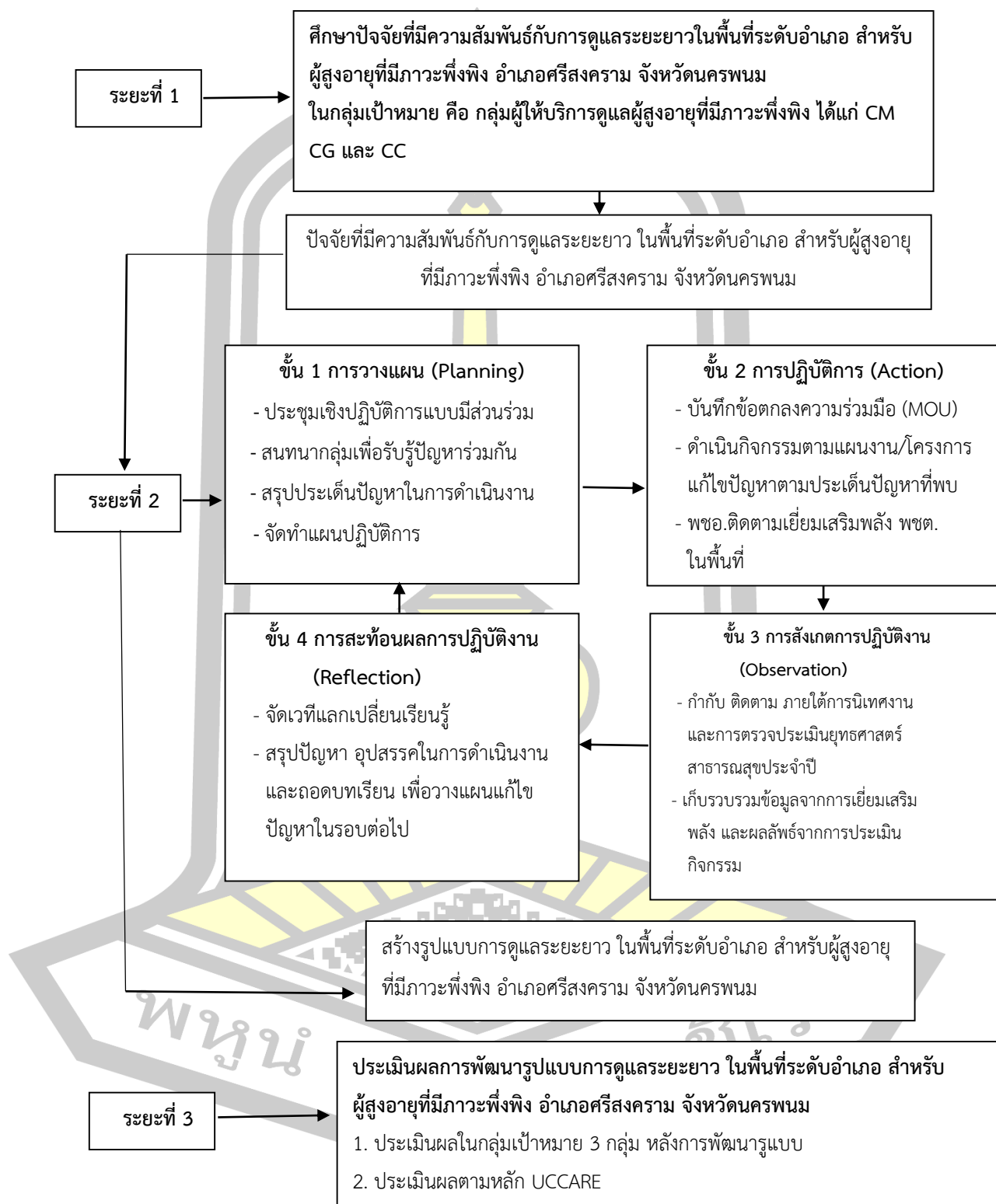
สรุป จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีประเด็นการทบทวนอยู่ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีข้อสรุปที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน การปลูกจิตสำนึก การฝึกอบรม การจัดกิจกรรมร่วมกันในชุมชน อาชีพหลัก รายได้ประจำความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พบว่า ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตน ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยอิทธิพลจากสถานการณ์ ปัจจัยด้านการเสริมพลัง และการบังคับใช้มาตรการของรัฐ



2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 10 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน โดยแบ่งระยะการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการและแนวทางที่เหมาะสม ในการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ และระยะที่ 3 การประเมินผล ซึ่งจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

โดยนำรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research หรือ MMR) ของ Creswell & Clark (2013) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการวิจัย ด้วยรูปแบบ Mixed method แบบ The Explanatory Sequential Design โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ

ขั้นที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย

- 1.1 ทบทวนบริบทจากผลการดำเนินงาน เอกสารทางวิชาการ วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 1.2 ประเมินกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุ นำมาจัดกลุ่ม
- 1.3 ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุก่อนดำเนินการ

1.4 ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาว ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง

1.5 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอ
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ CM CG และ CC

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่
มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย

- 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- 1.2 สนทนากลุ่มเพื่อรับรู้ปัญหาร่วมกัน
- 1.3 สรุปประเด็นปัญหาในการดำเนินงาน
- 1.4 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ประกอบด้วย

- 2.1 บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU)
- 2.2 ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาตามประเด็นปัญหาที่พบ
- 2.3 พขอ. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง พชต. ในพื้นที่

ขั้นที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ประกอบด้วย

3.1 กำกับ ติดตาม ภายใต้การนิเทศงาน และการตรวจประเมินยุทธศาสตร์
สาธารณสุขประจำปี

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการเยี่ยมเสริมพลัง และผลลัพธ์จากการประเมิน
กิจกรรมที่ดำเนินการ

ขั้นที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

4.1 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
4.2 สรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน และถอดบทเรียน เพื่อวางแผนแก้ไข
ปัญหาในรอบต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย

3.1 ประเมินกิจกรรมประจำวันในผู้สูงอายุ หลังการพัฒนา
3.2 ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ หลังการพัฒนา
3.3 ประเมินผลการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน
กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ดังนี้

3.3.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.3.2 กลุ่มผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ CM CG และ CC

3.3.3 คณะกรรมการในพื้นที่ ได้แก่ พขอ. พชต. และ อนุกรรมการ LTC

3.4 ประเมินผลตามหลัก UCCARE หลังการพัฒนา 6 หลัก ประกอบด้วย

3.4.1 การทำงานเป็นทีม (Unity Team)

3.4.2 การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus)

3.4.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation)

3.4.4 การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation)

3.4.5 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development)

3.4.6 การแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Essential Care)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยทั้ง 3 ระยะมีประชากรที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

3.2.1 ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา/ความต้องการ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

3.2.1.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

(1) ผู้สูงอายุที่มี ADL 0 - 4 จำนวน 46 คน

(2) ผู้สูงอายุที่มี ADL 5-11 จำนวน 383 คน

รวมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 429 คน

2) ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

(1) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน

(2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 170 คน

(3) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน 14 คน

รวมผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 204 คน

3) คณะกรรมการในพื้นที่ ประกอบด้วย

(1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จำนวน 21 คน

(2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จำนวน 244 คน

(3) คณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) จำนวน 30 คน

รวมคณะกรรมการในพื้นที่ จำนวน 295 คน

รวมประชากรทั้งสิ้น 928 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสงคราม, 2565)

ดังตาราง 2 และตาราง 3

ตาราง 2 ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

ตำบล	ติดสังคม (ADL 12-20)	ร้อยละ	ติดบ้าน (ADL 5-11)	ร้อยละ	ติดเตียง (ADL 0-4)	ร้อยละ
1.นาเดื่อ	1,024	98.93	8	0.77	3	0.28
2.บ้านเอื้อง	1,418	95.42	62	4.37	6	0.42
3.สามผง	1,103	87.60	147	11.67	9	0.71
4.บ้านข่า	1,024	93.26	68	6.19	6	0.54
5.ท่าบ่อ	702	96.96	20	2.76	2	0.27
6.โพนสว่าง	772	98.34	10	1.27	3	0.38
7.นาคำ	1,272	95.92	48	3.61	6	0.45
8.หาดแพง	678	97.27	13	1.86	6	0.86
9.ศรีสงคราม	1,102	98.92	7	0.62	5	0.44
รวม	9,095	95.49	383	4.02	46	0.48

ตาราง 3 ข้อมูล CM CG และ CC อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

ตำบล	ผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุ	ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าน การอบรม 72 ชม.	อาสาสมัคร บริบาลท้องถิ่น	รวม
1. นาเดื่อ	2	11	2	15
2.บ้านเอื้อง	2	20	0	22
3.สามผง	3	19	2	24
4.บ้านข่า	2	19	0	21
5.ท่าบ่อ	2	10	2	14
6.โพนสว่าง	2	30	0	32
7.นาคำ	3	31	2	36
8.หาดแพง	2	15	2	19
9.ศรีสงคราม	2	15	4	21
รวม	20	170	14	204

ประชากรทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับตอบแบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 429 คน

2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับตอบแบบสอบถาม ชุดที่ 2 CM จำนวน 20 คน CG จำนวน 170 คน และ CC จำนวน 14 คน จำนวน 20 คน รวม 204 คน

3. กลุ่มเป้าหมายสำหรับตอบแบบสอบถาม ชุดที่ 3 พขอ. จำนวน 21 คน พชต. จำนวน 244 คน และ อนุกรรมการ LTC จำนวน 30 คนรวม 295 คน

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างดำเนินการวิจัย

3.2.2 ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการและแนวทางที่เหมาะสม ในการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

3.2.2.1 ผู้ร่วมวิจัยที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 นี้ ประกอบด้วย

(1) พขอ. จำนวน 21 คน

(2) พชต. จำนวน 244 คน

(3) อนุกรรมการ LTC จำนวน 30 คน

(4) CM จำนวน 20 คน

(5) CG จำนวน 170 คน

(6) CC จำนวน 14 คน

เกณฑ์คัดเข้าของผู้ร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

1) อยู่ในพื้นที่ในช่วงที่มีการศึกษาวิจัย

2) พขอ. และพชต. ต้องมีคำสั่งแต่งตั้งจากประธาน พขอ.

3) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager

4) สนใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) ไม่อยู่ในพื้นที่ระหว่างการวิจัย

2) ไม่สนใจเข้าร่วมการวิจัย

3.2.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

3.2.3.1 กลุ่มตัวอย่าง ใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับตอบแบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จำนวน 429 คน
2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับตอบแบบสอบถาม ชุดที่ 2 CM จำนวน 20 คน CG
จำนวน 170 คน และ CC จำนวน 14 คน จำนวน 20 คน รวม 204 คน
3. กลุ่มเป้าหมายสำหรับตอบแบบสอบถาม ชุดที่ 3 พขอ. พชต. จำนวน 244 คน
และอนุกรรมการ LTC จำนวน 30 คนรวม 295 คน
4. ประเมินผลตามหลัก UCCARE ประเมินโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 3
คน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากเอกสาร การสังเกต การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่ม
ตัวอย่าง คือ พขอ. จำนวน 21 คน การประเมินแต่ละด้าน มี 5 ระดับ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอ
ศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

แบบสัมภาษณ์ มี 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน หรือ ADL | จำนวน 10 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ | จำนวน 26 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการของผู้สูงอายุ | จำนวน 22 ข้อ |

ที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ
ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ การได้รับสวัสดิการผู้สูงอายุ การมีโรค
ประจำตัว ลักษณะของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่าย และการมีผู้ดูแลในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล
(Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 10 ข้อ

การให้คะแนน

ADL 5-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย ไม่มี
ภาวะสับสน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน สมองเสื่อม ADL 0-4 คะแนน (กลุ่มติดเตียง) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ อาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่มที่ 4 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อการให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 1,5,12 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือก (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2562)

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย ให้ 5 คะแนน

เล็กน้อย ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

มาก ให้ 2 คะแนน

มากที่สุด ให้ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย ให้ 1 คะแนน

เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

มาก ให้ 4 คะแนน

มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับน้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง

มาก หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมาก

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมากที่สุด

ความพึงพอใจแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยการแบ่งอัตรภาคชั้น จากน้ำหนักคะแนนสูงสุด ลบคะแนนต่ำสุด ทหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการแบ่ง (สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพุด, 2553: 100 อ้างอิงจาก Best, 1977: 174; Daniniel, 1995: 19) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33\end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

ระดับความพึงพอใจมาก หมายถึง การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 3.68 – 5.00

ระดับความพึงพอใจปานกลาง หมายถึง การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 2.34 – 3.67

ระดับความพึงพอใจน้อย หมายถึง การมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่าง 1.00 – 2.33

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม ที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลกับ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่ดำเนินงานดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

แบบสอบถามนี้ มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการให้บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา รายได้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประสพการณ์ในการทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนผู้สูงอายุที่ทํานดูแล และค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการวางแผน จำนวน 5 ข้อ ด้านการดำเนินงานตามแผน จำนวน 9 ข้อ และด้านการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติมากที่สุดใน 1 ปี ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าวทุกครั้ง
มาก	หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าว 8-11 ครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าว 5-7 ครั้ง
น้อย	หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าว 1-4 ครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าว

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการวางแผน จำนวน 7 ข้อ ด้านการดำเนินงานตามแผน จำนวน 6 ข้อ ด้านการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการมีส่วนร่วมมากที่สุดใน 1 ปี

มากที่สุด	หมายถึง มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าวทุกครั้ง
มาก	หมายถึง มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว 8-11 ครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว 5-7 ครั้ง

น้อย หมายถึง มีส่วนรวมในข้อความดังกล่าว 1-4 ครั้ง

น้อยที่สุด หมายถึง ไม่มีส่วนรวมในข้อความดังกล่าว

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการให้บริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนดดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการในพื้นที่ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

แบบสอบถาม มี 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 บทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการจัดบริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนดดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีบทบาทในข้อความดังกล่าวทุกครั้ง
มาก	หมายถึง	ท่านมีบทบาทในข้อความดังกล่าว 8-11 ครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีบทบาทในข้อความดังกล่าว 5-7 ครั้ง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีบทบาทในข้อความดังกล่าว 1-4 ครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่มีบทบาทในข้อความดังกล่าว

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนดดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าวทุกครั้ง
มาก	หมายถึง	มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว 8-11 ครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว 5-7 ครั้ง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว 1-4 ครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการจัดบริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนดดังนี้

ระดับ 5	= มากที่สุดหรือดีมาก
ระดับ 4	= มากหรือดี
ระดับ 3	= ปานกลางหรือพอใช้
ระดับ 2	= น้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน
ระดับ 1	= น้อยที่สุดหรือต้องปรับปรุงแก้ไข

3.3.2 ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย

1.1 การสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกัน โดยนำเทคนิคประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ มาประยุกต์ใช้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและคืนข้อมูลสถานการณ์การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชน และภาคีเครือข่ายใน

ชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ในเวทีประชุม พขอ. ระดับอำเภอ 1 ครั้ง

1.2 สร้างแนวทางการพัฒนาโดยใช้หลัก UCCARE ประกอบด้วย (1) การงานเป็นทีม (2) การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (4) การชื่นชม และให้คุณค่า (5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และ(6) การแก้ไขปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผวนกับการดำเนินการขับเคลื่อน พขอ.อำเภอศรีสงครามในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง โดยมีการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง

1.3 สร้างแนวทางปฏิบัติและตัวชี้วัดในการดูแล โดยการประชุมผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล กระตุ้นให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการเสนอกิจกรรม พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็น เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติกิจกรรมและเสนอเกณฑ์การประเมินผล

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ (Action) ประกอบด้วยการดำเนินงานดังนี้

2.1 ประชุมชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 ได้แก่ ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล รวมทั้งชี้แจงแนวทางการปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ/คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2 จัดตั้งศูนย์ Long Term Care อำเภอศรีสงคราม/ แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คัดเลือกมาจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแล ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย 72 ชั่วโมง และ อสม./ ผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน เพื่อรับปัญหาและความต้องการในการดูแลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการจัดการรับ-ส่งต่อ ข้อมูลการดูแลจาก โรงพยาบาล/ รพสต. ชุมชน และจากชุมชนสู่ รพสต./โรงพยาบาล

2.3 จัดอบรมทบทวนความรู้และเพิ่มพูนทักษะการดูแล แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะราย โดยใช้เครื่องมือ แบบ ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.4 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาคีรัฐ ภาคเอกชนและภาคีเครือข่าย และแสวงหาความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามหลัก UCCARE

2.5 การจัดตั้งกองทุน เพื่อระดมทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการระดมทุนหลายรูปแบบ ทั้งจากภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2.6 จัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อสื่อสารข้อมูลการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.7 เยี่ยมเสริมพลังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล ให้ความช่วยเหลือตามความต้องการและปัญหาที่พบ ตามความเหมาะสม

ขั้นที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ประกอบด้วย

- 3.1 การเข้าสังเกตการทุกครั้งที่มีการปฏิบัติการ พร้อมบันทึกข้อมูล
- 3.2 ติดตามผลการดำเนินงานจากศูนย์ Long Term Care อำเภอศรีสงคราม
- 3.3 ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังดำเนินการ

ขั้นที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยใช้หลักการประเมิน UCCARE ตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และการประเมินความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบ สะท้อนข้อมูลที่ได้สู่ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

3.3.3 ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.1 ประเมินผลในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม หลังการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

- 3.1.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 3.1.2 กลุ่มผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ CM CG และ CC
- 3.1.3 คณะกรรมการในพื้นที่ ได้แก่ พชอ. พชต. และ อนุกรรมการ LTC

3.2 ประเมินผลเชิงผลลัพธ์

ประเมินผลตามหลัก UCCARE ประเมินโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 3 คน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากเอกสาร การสังเกต การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการ พชอ. จำนวน 21 คน เกณฑ์เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละด้าน มี 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)

ระดับ 2 มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม

ระดับ 3 มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่ อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่ อย่างไร และคนที่ทำ ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่ อย่างไร)

ระดับ 4 มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)

ระดับ 5 มีการบูรณาการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผนปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้อง กับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมาย)

3.4 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน โดยกำหนดให้คะแนนผลการพิจารณาตัดสิน (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) ดังนี้

ให้ +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม คำตอบ สอดคล้องและครอบคลุมกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถาม คำตอบ ไม่สอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ได้แก่

1. รศ.ดร.สุ่มทนา กลางคาร คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
3. ผศ.ดร.นุชรัตน์ มังคละศิริ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

3.4.2 เกณฑ์การแปรผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

จากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ นำไปคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้จากสูตร Index of Item-Objective Congruence: IOC (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) ดังนี้

โดยใช้สูตร $IOC = \Sigma R / N$

เมื่อ

IOC หมายถึง ดรรชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมาย

ΣR หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ข้อใดมีค่า IOC ใกล้ 1.0 แสดงว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาดีมาก แต่ถ้ามีค่าใกล้ศูนย์แสดงว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาต่ำ และถ้ามีค่าติดลบแสดงว่า เป็นข้อที่มีความตรงใช้ไม่ได้เลย (บุญธรรมกิจปริดาภิรุต, 2549) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ค่า IOC ที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.05 ขึ้นไป จึงถือว่าคำถามนั้น ๆ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

เครื่องมือ ชุดที่ 1 ค่า IOC เท่ากับ 0.78

เครื่องมือ ชุดที่ 2 ค่า IOC เท่ากับ 0.79

เครื่องมือ ชุดที่ 3 ค่า IOC เท่ากับ 0.82

3.4.3 ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

เมื่อได้แบบสอบถามที่แก้ไขจากข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญที่สมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เป็นวิธีการหาค่าความเที่ยงเพื่อวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยครอนบาค (Cronbach, 1951) เหมาะสมกับแบบทดสอบหรือแบบสอบถามที่มีการให้ค่าคะแนนที่ไม่เท่ากัน เช่น มาตราวัดประเมินค่า (rating scale) ของ Likert เช่น แบบสอบถามวัดความคิดเห็นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา คำนวณได้จากสูตร

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum s^2}{S^2} \right]$$

เมื่อ α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัด
$\sum S_1^2$	แทน	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนข้อคำถามแต่ละข้อ
S_1^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด
K	แทน	จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

และค่าที่ยอมรับและเชื่อถือได้พิจารณาความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่า เครื่องมือนั้นมีความเที่ยงที่เชื่อถือได้ (บุญธรรม กิจปรีดาภิรุต, 2549) ได้ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

3.4.3.1 แบบสัมภาษณ์ ที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ค่าความเชื่อมั่น 0.78

3.4.3.2 แบบสอบถาม ที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลกับผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่ดำเนินงานดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ค่าความเชื่อมั่น 0.80

3.4.3.3 แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการในพื้นที่ในการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ค่าความเชื่อมั่น 0.76

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.78

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาชื่อยานามและจำนวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามคำสั่งแต่งตั้ง ในปีที่ผ่านมา และคณะอนุกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ของพื้นที่อำเภอศรีสงคราม เพื่อวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ประสานผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ชักซ้อมความเข้าใจกับผู้ช่วยเก็บข้อมูลให้เข้าใจตรงกันในแนวทางการประเมินการดำเนินงาน พขอ. ตามกระบวนการ UCCARE
4. ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าพบกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา เมื่อกลุ่มเป้าหมายเข้าใจ และยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ จึงทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และนัดหมายขอเข้าพบเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม
5. ผู้วิจัยขอรับแบบสอบถามกลับ และถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม นำไปวิเคราะห์และประมวลผลต่อไป

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง และตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น โดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

2.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของ CG,CM และ CC ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุของ CG,CM และอาสาสมัครบริบาล ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.5 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.6 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และ ทักษะของ CG และอาสาสมัครบริบาล ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.7 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation Analysis) ระหว่างคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การปฏิบัติของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมขับเคลื่อนของผู้ดูแล บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในการให้บริการของผู้ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนการพัฒนาารูปแบบ โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

2.9 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation Analysis) ระหว่างบทบาท และการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกับการดำเนินงานตาม

กระบวนการ UCCARE โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

3. วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

3.1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม

3.2 ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.3 ผลการดำเนินงานจากศูนย์ Long Term Care อำเภอศรีสงคราม

3.4 วิเคราะห์ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3.7 จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยที่อาจจะมีผลกระทบต่อบุคคลซึ่งเป็นคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเป็นการปฏิบัติตามหลักการวิจัยในคนที่มีความจำเป็นต้องเคารพในการเป็นบุคคลและการพิทักษ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของผู้วิจัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจะดำเนินการขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ในการวิจัยผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษาด้านจริยธรรม ดังนี้

3.7.1 การขอความยินยอม

ผู้วิจัยมีกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล โดยก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ผลกระทบและประโยชน์จากการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งการขอความยินยอมด้วยวาจา และการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

3.7.2 การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อของบุคคลที่ให้ข้อมูล ไม่ให้ผู้อ่านทราบได้ว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นใคร รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย การเข้าถึงข้อมูลการวิจัย มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้

3.7.3 ผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัยต่อ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นเลขที่การรับรอง : 091-310/2566 วันรับรอง 23 มีนาคม 2566 วันหมดอายุ 22 มีนาคม 2567

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอนำเสนอข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
2. ลำดับขั้นในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมาย ผู้ศึกษาวิจัย ได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ ข้อมูลดังนี้

M	แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t - distribution)
*	แทน ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ลำดับการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยขอนำเสนอดังนี้

ระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

ระยะที่ 3 ประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

1. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับการดูแลระยะยาว พื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างปรากฏว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.65) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอายุ 31- 40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40.00) รองลงมาอายุ 41 - 50 ปี (ร้อยละ 32.17) โดยมีอายุเฉลี่ย ($\bar{X}$) 39.35 (SD = 5.75) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับการศึกษา ม.ปลาย, ปวช.ลงมา มากที่สุด (ร้อยละ 65.22) รองลงมา มีระดับการศึกษาอนุปริญญา (ร้อยละ 30.43) ด้านสถานภาพสมรส ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 86.09) รองลงมา มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 10.43) ด้านอาชีพหลัก ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอาชีพหลักเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 60.87) รองลงมา มีอาชีพหลักค้าขาย (ร้อยละ 21.74) ด้านรายได้ต่อเดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีรายได้ต่อเดือน 5,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 57.39) รองลงมา มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 39.13) โดยมีรายได้เฉลี่ย ($\bar{X}$) 3126.45 (SD = 655.70) ด้านบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) (ร้อยละ 83.48) รองลงมาเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) (ร้อยละ 9.56) และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 - 10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 74.78) รองลงมา มีประสบการณ์ 11 - 20 ปี (ร้อยละ 23.48) โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย ($\bar{X}$) 4.33 (SD = .64) ดังตาราง 4

พนุน ปณ จิตโต ชีเว

ตาราง 4 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 115)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	4.35
หญิง	110	95.65
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30	12	10.43
31-40	46	40.00
41-50	37	32.17
51-60	20	17.39
(อายุเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 39.35, SD = 5.75)		
การศึกษา		
ม.ปลาย, ปวช. ลงมา	75	65.22
อนุปริญญา	35	30.43
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	4.35
สถานภาพสมรส		
โสด	4	3.48
คู่	99	86.09
หม้าย/หย่า/แยก	12	10.43
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	70	60.87
รับจ้าง	20	17.39
ค้าขาย	25	21.74
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
5,000 บาท ลงมา	66	57.39
5,001 - 10,000 บาท	45	39.13
10,001 บาท ขึ้นไป	4	3.48
(รายได้เฉลี่ย ($\bar{X}$) = 3126.45, SD = 655.70)		

ตาราง 4 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 115) (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)	96	83.48
ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)	11	9.56
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community)	8	6.96
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ปี)		
1 - 10	86	74.78
11 - 20	27	23.48
21 ขึ้นไป	2	1.74
(อายุเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 4.33, SD = .64)		

1.2 ระดับการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.2.1 ระดับการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 66.09) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 29.57) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.52, SD = .38) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ระดับการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 115)

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	5	4.34
ระดับปานกลาง	76	66.09
ระดับน้อย	34	29.57
รวม	115	100.00

($\bar{X}$ = 2.52, SD = .38)

1.2.2 ระดับการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 92.17) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 6.09) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.77$, $SD = .41$) ดังตาราง 6

ตาราง 6 ระดับการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 115)

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	2	1.74
ระดับปานกลาง	106	92.17
ระดับน้อย	7	6.09
รวม	115	100.00

($\bar{X} = 2.77$, $SD = .41$)

1.2.3 ระดับความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 84.35) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 13.04) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.70$, $SD = .43$) ดังตาราง 7

ตาราง 7 ระดับความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 115)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	3	2.61
ระดับปานกลาง	97	84.35
ระดับน้อย	15	13.04
รวม	115	100.00

($\bar{X} = 2.70$, $SD = .43$)

1.2.4 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 51.30) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 43.48) โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.54$, $SD = .56$) ดังตาราง 8

ตาราง 8 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่าง (n = 115)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	6	5.22
ระดับปานกลาง	59	51.30
ระดับน้อย	50	43.48
รวม	115	100.00

($\bar{X} = 2.54$, $SD = .56$)

1.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (The Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

1.3.1 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวกับตัวแปรเกณฑ์ พบว่า ตัวแปรพยากรณ์มีความสัมพันธ์กับตัวแปรเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 3 ค่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .693 ถึง .752 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ด้วยกัน พบว่า มีค่าตั้งแต่ .669 ถึง .770 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า ดังตาราง 9

ตาราง 9 เมทริกซ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดและตัวแปรเกณฑ์

ตัวแปร	X1	X2	X3
การปฏิบัติให้บริการดูแลระยะยาว (X1)			
การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาว (X2)	.669**		
ความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาว (X3)	.702**	.770**	
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Y)	.752**	.693**	.712**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.3.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรทำนายได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ ได้แก่ การปฏิบัติให้บริการดูแลระยะยาว (X1) ความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาว (X3) และการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาว (X2) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ร้อยละ 64.9 และสามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสว่างนคร จังหวัดนครพนม ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y' = -.748 + .651(X1) + .305(X3) + .299(X2)$$

Y' หมายถึง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(X1) หมายถึง การปฏิบัติให้บริการดูแลระยะยาว

(X3) หมายถึง ความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาว

(X2) หมายถึง การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาว

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_Y = .442Z_{X1} + .234Z_{X3} + .217Z_{X2}$$

Z_Y หมายถึง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Z_{X1} หมายถึง การปฏิบัติให้บริการดูแลระยะยาว

Z_{X3} หมายถึง ความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาว

Z_{X2} หมายถึง การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาว

ดังตารางที่ 10

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยใช้ปัจจัยการปฏิบัติให้บริการดูแลระยะยาว (X1), การมีส่วนร่วม ให้บริการดูแลระยะยาว (X2) และความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาว (X3)

ตัวแปรที่ส่งผล	b	Beta	t	p
ค่าคงที่ (a)	-.748			.002*
การปฏิบัติให้บริการดูแลระยะยาว (X1)	.651	.442	5.373	.000*
ความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาว (X3)	.305	.234	2.438	.016*
การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาว (X2)	.299	.217	2.368	.020*

*P < .05 , R square = .649, Adjusted R square = .640, F = 68.498

ระยะที่ 2 กระบวนการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

2.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 251 คน (ร้อยละ 58.80) เพศชาย 178 คน (ร้อยละ 41.14) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 46.85) รองลงมาคือ 70-79 ปี (ร้อยละ 35.43) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 50.34) รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 44.05) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.53) ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 77.85) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 56.64) ส่วนใหญ่ได้รับสวัสดิการผู้สูงอายุเดือนละ 700 บาท (ร้อยละ 49.65) มีรายได้โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0-2,000 บาทต่อเดือน และเพียงพอ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือเป็นสมาชิกชมรมแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี) และส่วนใหญ่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 83.91) ดังตาราง 11



ตาราง 11 คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 429)

คุณลักษณะประชากร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	178	41.20
	หญิง	251	58.80
อายุ (ปี)	60-69	201	46.85
	70-79	152	35.43
	80 ขึ้นไป	76	17.72
	(Mean = 70.01, SD = 7.12 , Min = 60 , Max = 84)		
สถานภาพสมรส	โสด	24	5.59
	สมรส	189	44.05
	หม้าย/หย่า/แยก	216	50.34
ศาสนา	พุทธ	427	99.53
	คริสต์	2	0.46
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	7	1.63
	ประถมศึกษา	334	77.85
	มัธยมศึกษาตอนต้น	42	9.79
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	17	3.96
	อนุปริญญา/ปวส.	5	1.16

ตาราง 11 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สวัสดิการผู้สูงอายุ		
600 บาท	85	19.81
700 บาท	124	28.94
800 บาท	144	49.65
900 บาท ขึ้นไป	76	17.71
รายได้โดยประมาณ (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 2,000	242	83.44
2,000 – 4,000	55	12.82
4,001 – 6,000	42	9.79
มากกว่า 6,000	90	20.97
รายได้เพียงพอ		
เพียงพอ	395	92.07
ไม่เพียงพอ	34	7.93
โรคประจำตัว		
มี	264	61.51
ไม่มี	102	23.77
ไม่ทราบ	63	14.68
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ (8-12 ครั้งต่อปี)	126	29.37
ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือเป็นสมาชิกชมรมแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี)	303	61.83
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
มีผู้ดูแล	360	83.91
ไม่มีผู้ดูแล	69	16.09

2.2 ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความสามารถในการรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 5.59) ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า จำนวน 105 คน (ร้อยละ 24.48) และ ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ จำนวน 300 คน (ร้อยละ 69.93) มีความสามารถในการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ต้องการความช่วยเหลือ จำนวน 129 คน (ร้อยละ 30.07) และ ทำได้เอง จำนวน 300 คน (ร้อยละ 69.93) มีความสามารถในการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ไม่สามารถนั่งได้ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 5.59) ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 8.62) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 15.86) และ ทำได้เอง จำนวน 300 คน (ร้อยละ 69.93) มีความสามารถในการใช้ห้องน้ำ ช่วยตัวเองไม่ได้ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 5.59) ทำเองได้บ้าง จำนวน 104 คน (ร้อยละ 24.24) และ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี จำนวน 300 คน (ร้อยละ 69.93) มีความสามารถในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 5.59) ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 8.62) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย จำนวน 68 คน (ร้อยละ 15.85) และ เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง จำนวน 300 คน (ร้อยละ 69.93) มีความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย จำนวน 24 คน (ร้อยละ 5.59) ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย จำนวน 105 คน (ร้อยละ 24.48) และ ช่วยตัวเองได้ดี จำนวน 300 คน (ร้อยละ 69.93) มีความสามารถในการขึ้นลงบันได 1 ชั้น ไม่สามารถทำได้ จำนวน 129 คน (ร้อยละ 30.07) ต้องการคนช่วย จำนวน 144 คน (ร้อยละ 33.57) และ ขึ้นลงได้เอง จำนวน 156 คน (ร้อยละ 36.36) มีความสามารถในการอาบน้ำ ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ จำนวน 129 คน (ร้อยละ 30.07) และ อาบน้ำได้เอง จำนวน 300 คน (ร้อยละ 69.93) มีความสามารถในการกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 5.59) กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) จำนวน 105 คน (ร้อยละ 24.48) และ กลั่นได้เป็นปกติ จำนวน 300 คน (ร้อยละ 69.93) มีความสามารถในการกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ จำนวน 24 คน (ร้อยละ 5.59) กลั่น

ไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) จำนวน 105 คน (ร้อยละ 24.48) และ กลับได้เป็นปกติ จำนวน 300 คน (ร้อยละ 69.93) รายละเอียดดังตาราง 12

ตาราง 12 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามผลประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) (รายข้อ) ก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว (N = 429)

ข้อ	กิจวัตรประจำวัน	ก่อนการพัฒนา	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.	รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า		
	- ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ (0 คะแนน)	24	5.59
	- ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า (1 คะแนน)	105	24.48
	- ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ (2 คะแนน)	300	69.93
2.	การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
	- ต้องการความช่วยเหลือ (0 คะแนน)	129	30.07
	- ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) (1 คะแนน)	300	69.93
3.	ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้		
	- ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกัน ยกขึ้น (0 คะแนน)	24	5.59
	- แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดัน ขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ (1 คะแนน)	37	8.62
	- ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุง เล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย (2 คะแนน)	68	15.85
	- ทำได้เอง (3 คะแนน)	300	69.93

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อ	กิจวัตรประจำวัน	ก่อนการพัฒนา	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
4.	การใช้ห้องน้ำ		
	- ช่วยตัวเองไม่ได้ (0 คะแนน)	24	5.59
	- ทำเองได้บ้าง (1 คะแนน)	105	24.48
	(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง		
	- ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (2 คะแนน)	300	69.93
	(ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)		
5.	การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน		
	- เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0 คะแนน)	24	5.59
	- ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ (1 คะแนน)	37	8.63
	- เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย (2 คะแนน)	68	15.85
	- เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง (3 คะแนน)	300	69.93
6.	การสวมใส่เสื้อผ้า		
	- ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย (0 คะแนน)	24	5.59
	- ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย (1 คะแนน)	105	24.48
	- ช่วยตัวเองได้ดี (2 คะแนน)	300	69.93
7.	การขึ้นลงบันได 1 ชั้น		
	- ไม่สามารถทำได้ (0 คะแนน)	129	30.07
	- ต้องการคนช่วย (1 คะแนน)	144	33.57
	- ขึ้นลงได้เอง (2 คะแนน)	156	36.36
	(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)		

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อ	กิจวัตรประจำวัน	ก่อนการพัฒนา	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
8. การอาบน้ำ			
- ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (0 คะแนน)		129	30.07
- อาบน้ำได้เอง (1 คะแนน)		300	69.93
9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา			
- กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ (0 คะแนน)		24	5.59
- กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) (1 คะแนน)		105	24.48
- กลั่นได้เป็นปกติ (2 คะแนน)		300	69.93
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา			
- กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ (0 คะแนน)		24	5.59
- กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) (1 คะแนน)		105	24.48
- กลั่นได้เป็นปกติ (2 คะแนน)		300	69.93

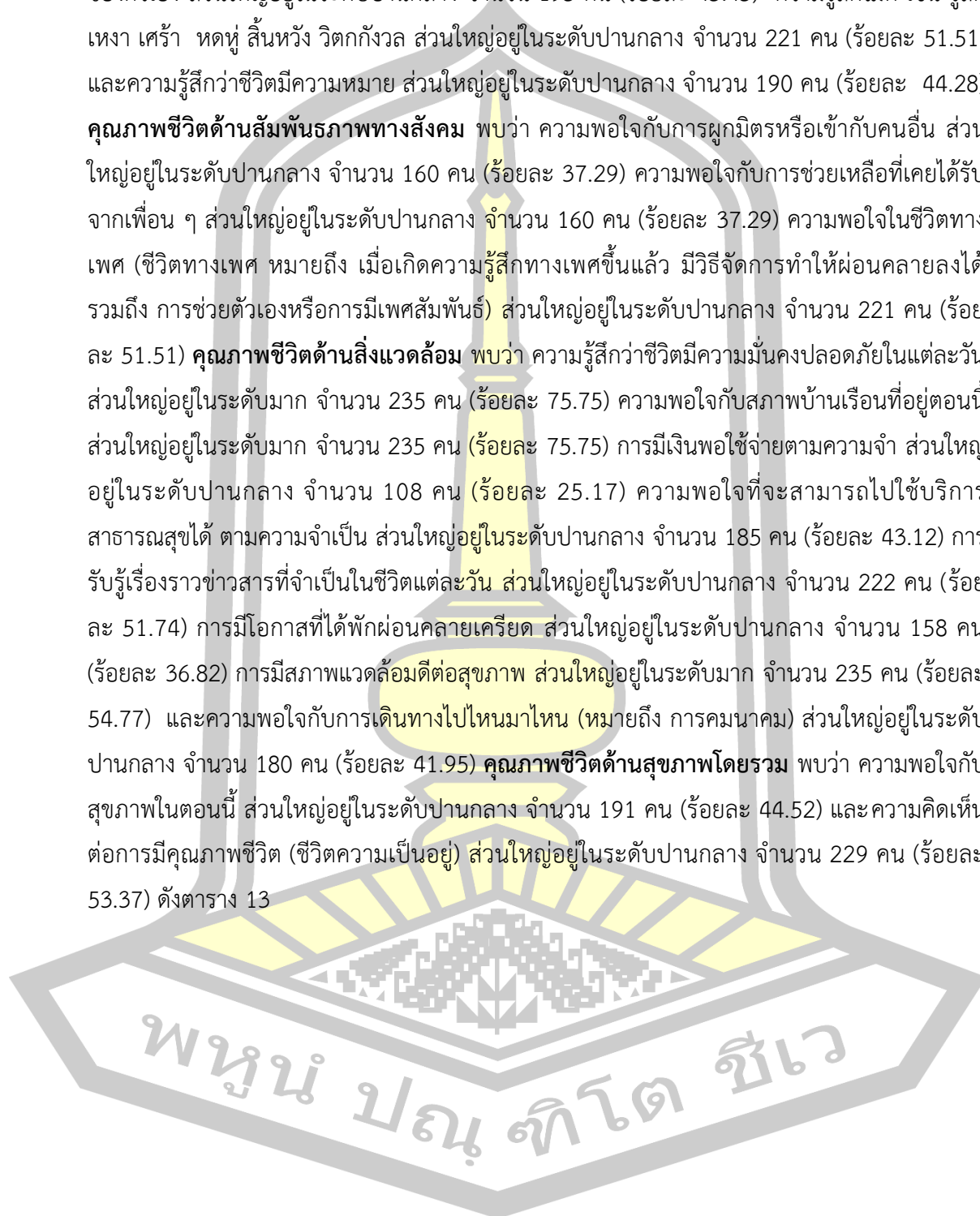
2.3 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 201 คน (ร้อยละ 46.85) การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย จำนวน 175 คน (ร้อยละ 40.29) ความพอใจกับการนอนหลับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย จำนวน 192 คน (ร้อยละ 44.75) ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 188 คน (ร้อยละ 46.85) ความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ได้ในแต่ละวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อยปานกลาง จำนวน 140 คน (ร้อยละ 32.63) ความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 170 คน (ร้อยละ 39.62) และความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 158 คน (ร้อยละ 36.82) **คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ** พบว่า ความรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่นมีความสุข ความสงบมีความสุข) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 190 คน (ร้อยละ 44.28) การมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 170 คน (ร้อยละ 36.62) ความรู้สึกพอใจใน

ตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 195 คน (ร้อยละ 45.45) การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 195 คน (ร้อยละ 45.45) ความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 221 คน (ร้อยละ 51.51) และความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 190 คน (ร้อยละ 44.28)

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ความพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 160 คน (ร้อยละ 37.29) ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 160 คน (ร้อยละ 37.29) ความพอใจในชีวิตทางเพศ (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 221 คน (ร้อยละ 51.51)

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ความรู้สึกที่ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 235 คน (ร้อยละ 75.75) ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 235 คน (ร้อยละ 75.75) การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 108 คน (ร้อยละ 25.17) ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ ตามความจำเป็น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 185 คน (ร้อยละ 43.12) การรับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 222 คน (ร้อยละ 51.74) การมีโอกาสดูพักผ่อนคลายเป็นพิเศษ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 158 คน (ร้อยละ 36.82) การมีสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 235 คน (ร้อยละ 54.77) และความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึง การคมนาคม) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 180 คน (ร้อยละ 41.95)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม พบว่า ความพอใจกับสุขภาพในตอนนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 191 คน (ร้อยละ 44.52) และความคิดเห็นต่อการมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 229 คน (ร้อยละ 53.37) ดังตาราง 13



ตาราง 13 ความถี่และร้อยละของผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนา
รูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 429)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย						
1	การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวด ท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ ต้องการมากนักเลยเพียงใด	5 (1.16)	36 (8.39)	78 (18.18)	201 (46.85)	109 (25.40)
2	การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนิน ชีวิตประจำวัน)	92 (21.44)	175 (40.29)	88 (20.51)	50 (11.65)	24 (5.59)
3	ความพอใจกับการนอนหลับมากนักเลยเพียงใด	44 (10.25)	192 (44.75)	96 (22.37)	66 (15.38)	31 (7.22)
4	ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไป ได้ในแต่ละวัน	37 (8.62)	90 (20.97)	188 (43.82)	54 (12.58)	60 (13.98)
5	ความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน	84 (19.58)	97 (22.61)	140 (32.63)	59 (13.75)	49 (11.42)
6	ความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้ อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด	75 (17.48)	170 (39.62)	81 (18.88)	63 (14.68)	40 (9.32)
7	ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดี เพียงใด	29 (6.75)	74 (17.24)	158 (36.82)	131 (30.53)	37 (8.62)
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ						
8	ความรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่นมีความสุข ความสงบมีความสุข) มากน้อยเพียงใด	12 (41.37)	56 (13.05)	190 (44.28)	126 (29.37)	45 (10.48)
9	การมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	71 (16.55)	170 (39.62)	85 (19.81)	63 (14.68)	40 (9.32)
10	ความรู้สึกพอใจในตนเอง	18 (4.19)	54 (12.82)	195 (45.45)	120 (27.97)	42 (9.79)
11	การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	18 (4.19)	54 (12.82)	195 (45.45)	120 (27.97)	42 (9.79)

ตาราง 13 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
12	ความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	72 (16.78)	155 (36.13)	221 (51.51)	54 (12.82)	27 (6.29)
13	ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	10 (2.04)	58 (13.51)	190 (44.28)	126 (29.37)	45 (10.48)
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม						
14	ความพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	10 (2.04)	61 (14.201)	160 (37.29)	94 (21.91)	104 (24.24)
15	ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ	10 (2.04)	61 (14.201)	160 (37.29)	94 (21.91)	104 (24.24)
16	ความพอใจในชีวิตทางเพศ	12 (2.79)	77 (17.94)	147 (34.26)	113 (26.34)	80 (18.64)
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม						
17	ความรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีในแต่ละวัน	12 (2.79)	47 (10.95)	130 (30.30)	235 (75.75)	99 (23.07)
18	ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ มากน้อยเพียงใด	12 (2.79)	47 (10.95)	130 (30.30)	235 (75.75)	99 (23.07)
19	การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมาก น้อยเพียงใด	66 (15.38)	94 (21.91)	108 (25.17)	101 (23.54)	60 (13.98)
20	ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการ สาธารณสุขได้ ตามความจำเป็นเพียงใด	52 (12.12)	77 (17.94)	185 (43.12)	87 (20.27)	28 (6.52)
21	การได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต แต่ละวันมากน้อยเพียงใด	30 (6.99)	48 (11.18)	222 (51.74)	111 (25.87)	18 (4.19)
22	การมีโอกาสที่ได้พักผ่อนคลายเครียดมาก น้อยเพียงใด	29 (6.75)	74 (17.24)	158 (36.82)	132 (30.76)	36 (8.39)

ตาราง 13 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
23	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพมากน้อยเพียงใด	12 (2.79)	47 (10.95)	130 (30.30)	235 (54.77)	99 (23.07)
24	ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	13 (3.03)	49 (11.42)	180 (41.95)	130 (30.30)	57 (13.28)
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม						
25	ความพอใจกับสุขภาพในตอนนี้	12 (2.79)	115 (26.80)	191 (44.52)	87 (20.27)	24 (5.59)
26	ความคิดเห็นต่อการมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	18 (4.19)	110 (25.64)	229 (53.37)	58 (13.51)	14 (3.26)

2.4 ผลการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว

ผลการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 65 คน (ร้อยละ 15.15) พึงพอใจปานกลาง จำนวน 128 คน (ร้อยละ 29.83) และพึงพอใจน้อย จำนวน 236 คน (ร้อยละ 55.01) ดังตาราง 14

ตาราง 14 ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 429)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	65	15.15
ระดับปานกลาง	128	29.83
ระดับน้อย	236	55.02

2.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community) กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

2.2.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 177 คน (ร้อยละ 86.76) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-44 ปี (ร้อยละ 28.43) รองลงมา คือ 45-49 ปี และ 35-39 ปี (ร้อยละ 27.45 และ 14.70) ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 43.62) รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนต้นและปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 27.45 และ 15.68) ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 72.05) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 74.01) มีรายได้โดยรวมส่วนใหญ่ มากกว่า 6,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 38.23) ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 83.33) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 3-5 ปี (ร้อยละ 48.52) และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 0-5 คน (ร้อยละ 46.07) และส่วนใหญ่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุต่อเดือน 501-1,000 บาท (ร้อยละ 73.52) ดังตาราง 15

ตาราง 15 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (N = 204)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	27	13.24
หญิง	177	86.76
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 35	23	11.27
35-39	30	14.71
40-44	58	28.43
45-49	56	27.45
50-54	20	9.80
55-59	17	8.33

ตาราง 15 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(Mean= 43.51, SD = 5.07 , Min = 24 , Max =57)		
การศึกษา		
ประถมศึกษา	13	6.37
มัธยมศึกษาตอนต้น	56	27.45
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	89	43.63
อนุปริญญา/ปวส.	14	6.86
ปริญญาตรีขึ้นไป	32	15.69
สถานภาพสมรส		
โสด	25	12.25
สมรส	147	72.06
หม้าย/หย่า/แยก	32	15.69
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	20	9.80
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	14	6.86
เกษตรกร	151	74.02
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	14	6.86
รับจ้างทั่วไป	5	2.45
รายได้โดยประมาณ (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 2,000	2	0.98
2,001-4,000	58	28.43
4,001-6,000	66	32.35
มากกว่า 6,000	78	38.24
บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)	20	9.80
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)	170	83.33

ตาราง 15 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community)	14	6.86
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ		
0-2 ปี	85	41.67
3-5 ปี	99	48.53
มากกว่า 5 ปี	20	9.80
จำนวนผู้สูงอายุที่ทำงานดูแล		
0-5 คน	94	46.08
6-9 คน	63	30.88
10-14 คน	29	14.22
15 คน ขึ้นไป	18	8.82
ค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุ (บาท/เดือน)		
0-500	20	9.80
501-1,000	150	73.52
มากกว่า 1,000	34	16.66

2.2.2 ผลการประเมินการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนการพัฒนา

พบว่า ทั้งด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงานตามแผน ด้านการควบคุมกำกับ และ
 ติดตามประเมินผลและการปฏิบัติโดยรวม มีการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 16

พูน ปณ จิต ชีเว

ตาราง 16 การปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนการพัฒนา (N = 204)

ประเด็นการปฏิบัติ	Mean	SD	แปลผล
ด้านการวางแผน			
1. การสำรวจข้อมูล คัดกรอง ตรวจสอบประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.90	0.45	ปานกลาง
2. การจัดทำข้อมูลดูแลทั้งเชิงรุกและเชิงรับ	2.01	0.50	ปานกลาง
3. การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan)	2.02	0.51	ปานกลาง
4. การประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference)	2.30	0.54	ปานกลาง
5. การประสานการปฏิบัติงานการดูแลตามแผน	1.90	0.45	ปานกลาง
ด้านการดำเนินงานตามแผน			
6. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น	2.29	0.54	ปานกลาง
7. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ	2.01	0.50	ปานกลาง
8. สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ	2.00	0.47	ปานกลาง
9. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	1.88	0.44	ปานกลาง
10. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด	1.88	0.44	ปานกลาง
11. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือ ให้สะอาดอยู่เสมอ	1.69	0.40	ปานกลาง

ตาราง 16 (ต่อ)

ประเด็นการปฏิบัติ	Mean	SD	แปลผล
12. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกต้องหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง	1.73	4.11	ปานกลาง
13. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง	2.30	0.54	ปานกลาง
14. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน	2.30	0.54	ปานกลาง
ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล			
15. ควบคุมติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด	1.69	0.40	ปานกลาง
16. ประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.68	0.40	ปานกลาง
17. ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา	1.68	0.40	ปานกลาง
การปฏิบัติโดยรวม	2.06	0.49	ปานกลาง

2.2.3 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับมาก ในประเด็น **ด้านการวางแผน** ได้แก่ หัวข้อ การมีส่วนร่วมในการระดมภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ.แม่ข่าย อสม. อพส. ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อร่วมหารือกำหนดบทบาทในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหาในการดูแล

ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการมีส่วนร่วมในการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ **ด้านการดำเนินงานตามแผน** ได้แก่หัวข้อ การมีส่วนร่วมในการสำรวจ และจัดทำข้อมูล ผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก การมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชิงรุก/บริหารการบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ ตามแผนการดูแล การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการด้านการพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วย เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง **ด้านการดำเนินงานตามแผน** ในหัวข้อการมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน เป็นต้น การมีส่วนร่วมในการเสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ **ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล** ในหัวข้อ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับน้อย ในประเด็น **การวางแผน** ได้แก่หัวข้อ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด การมีส่วนร่วมในการนำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference) เพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแลให้เหมาะสม เป็นไปได้ **ด้านการดำเนินงานตามแผน** ได้แก่หัวข้อ การมีส่วนร่วมในการแสวงหา ประสานความร่วมมือจาก อปท. สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน พมจ.ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ

ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล ในหัวข้อ การมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามกำกับ การดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด ดังตาราง

17

ตาราง 17 การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนการพัฒนา (N = 204)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
ด้านการวางแผน			
1. การมีส่วนร่วมในการระดมภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ.แม่ข่าย อสม. อพส. ชมรมผู้สูงอายุ	2.56	0.61	มาก

ตาราง 17 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
เป็นต้น เพื่อร่วมหารือกำหนดบทบาทในการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
2. การมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.44	0.58	มาก
3. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มา ของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	2.44	0.58	มาก
4. การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนใน การแก้ปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	2.44	0.58	มาก
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิง ของผู้สูงอายุ	2.35	0.56	มาก
6. การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่กำหนด	1.63	0.39	น้อย
7. การมีส่วนร่วมในการนำเสนอแผนการดูแล เฉพาะราย (Care Plan) แก่ภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยจัด ประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference) เพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแลให้ เหมาะสม เป็นไปได้	1.63	0.39	น้อย

ตาราง 17 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
ด้านการดำเนินงานตามแผน			
8. การมีส่วนร่วมในการสำรวจ และจัดทำข้อมูล ผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับ และเชิงรุก	2.35	0.56	มาก
9. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชิงรุก/บริหาร การบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความ ต้องการดูแลผู้สูงอายุ ตามแผนการดูแล	2.35	0.56	มาก
10. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการด้าน การพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วย เป็นต้น	2.35	0.56	มาก
11. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน เป็นต้น	2.11	0.50	ปานกลาง
12. การมีส่วนร่วมในการเสริมพลังแก่ครอบครัว ผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ	2.11	0.50	ปานกลาง
13. การมีส่วนร่วมในการแสวงหา ประสานความ ร่วมมือจาก อปท. สมาคม ชมรม เครือข่ายภาค ประชาชน พมจ.ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการ จัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ	1.64	0.39	น้อย

ตาราง 17 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล			
14. การมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามกำกับ การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด	1.64	0.39	น้อย
15. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.11	0.50	ปานกลาง

2.2.4 ผลการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 84 คน (ร้อยละ 41.18) พึงพอใจปานกลาง จำนวน 93 คน (ร้อยละ 45.59) พึงพอใจน้อย จำนวน 27 คน (ร้อยละ 13.23) ดังตาราง 18

ตาราง 18 ความพึงพอใจในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนการพัฒนา (N = 204)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	84	41.18
ระดับปานกลาง	93	45.59
ระดับน้อย	27	13.23

2.3 รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และ คณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

2.3.1 คุณลักษณะทางประชากรของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 164 คน (ร้อยละ 55.59) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-49 ปี (ร้อยละ 19.66) รองลงมาคือ อายุต่ำกว่า 35 ปี และ 40-44 ปี (ร้อยละ 16.61 และ 16.27) ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 45.08) รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.และอนุปริญญา/ปวส. (ร้อยละ 20.68 และ 16.95) ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 71.53) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของ รัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (เกษียณ) (ร้อยละ 37.29) รองลงมาเป็นเกษตรกรและค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 30.85 และ 14.24) ตามลำดับ มีรายได้โดยรวมส่วนใหญ่มากกว่า 15000 บาทต่อ เดือน (ร้อยละ 45.76) ส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) (ร้อยละ 79.66) และดำรงตำแหน่ง ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 3-5 ปี (ร้อยละ 41.02) ดังตาราง 19

ตาราง 19 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (N = 295)

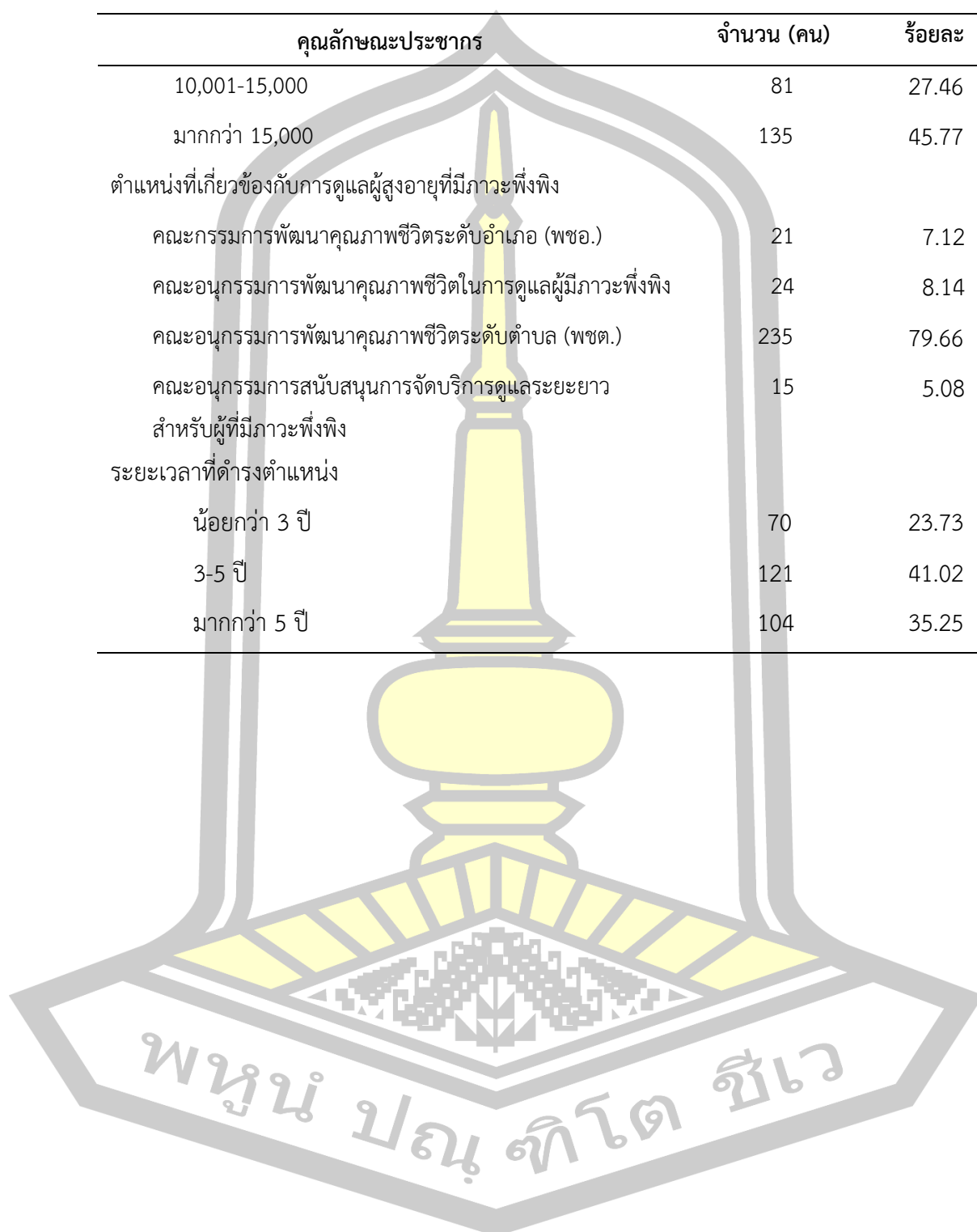
คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	164	55.59
หญิง	131	44.41
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 35	49	16.61
35-39	40	13.56
40-44	48	16.27
45-49	58	19.66
50-54	37	12.54

ตาราง 19 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
55-59	35	11.86
60 ปี ขึ้นไป	28	9.49
(Mean= 46.11, SD = 10.98, Min = 24 , Max =72)		
การศึกษา		
ประถมศึกษา	21	7.12
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	10.17
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	61	20.68
อนุปริญญา/ปวส.	50	16.95
ปริญญาตรีขึ้นไป	133	45.08
สถานภาพสมรส		
โสด	55	18.64
สมรส	211	71.53
หม้าย/หย่า/แยก	29	9.83
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (เกษียณ)	110	37.29
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	9	3.05
เกษตรกร	91	30.85
ว่าง/ไม่มีงานทำ	2	0.68
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	42	14.24
รับจ้างทั่วไป	31	10.51
อื่น ๆ	10	3.39
รายได้โดยประมาณ (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	39	13.22
5,000-10,000	40	13.55

ตาราง 19 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
10,001-15,000	81	27.46
มากกว่า 15,000	135	45.77
ตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	21	7.12
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	24	8.14
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)	235	79.66
คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	15	5.08
ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง		
น้อยกว่า 3 ปี	70	23.73
3-5 ปี	121	41.02
มากกว่า 5 ปี	104	35.25



1.3.2 ผลการประเมินบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนา พบว่า บทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกประเด็นอยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 20

ตาราง 20 บทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
ตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนา (N = 295)

ประเด็นการมีบทบาท	Mean	SD	แปลผล
1. ดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่	2.01	0.48	ปานกลาง
2. กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.99	0.47	ปานกลาง
3. ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด	1.97	0.47	ปานกลาง
4. สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน	2.11	0.50	ปานกลาง
5. สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม	1.97	0.47	ปานกลาง
6. บูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีในระดับพื้นที่ทั้งจากภาครัฐ ภาคประชาชนและภาค เอกชน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนงาน	1.73	0.41	ปานกลาง
7. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ทั้งในและนอกพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง	1.73	0.41	ปานกลาง
8. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน	2.01	0.48	ปานกลาง

2.3.3 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนา พบว่า ด้านการวางแผน กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในทุกหัวข้ออยู่ในระดับปานกลาง ด้านการดำเนินงานตามแผน กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในทุกหัวข้ออยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นหัวข้อการมีส่วนร่วมในการแสวงหาประสานความร่วมมือจาก อปท. สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน พมจ.ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ อยู่ในระดับน้อย ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในทุกหัวข้ออยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 21

ตาราง 21 การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนา (N = 295)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
ด้านการวางแผน			
1. การมีส่วนร่วมในการระดมภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ.แม่ข่าย อสม. อผส. ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อร่วมหารือกำหนดบทบาทในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.01	0.48	ปานกลาง
2. การมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.77	0.41	ปานกลาง
3. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.77	0.41	ปานกลาง
4. การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.77	0.41	ปานกลาง
5. การมีส่วนร่วมในการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ	1.77	0.41	ปานกลาง

ตาราง 21 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
6. การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด	1.77	0.41	ปานกลาง
7. การมีส่วนร่วมในการนำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference) เพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแลให้เหมาะสม เป็นไปได้	1.77	0.41	ปานกลาง
ด้านการดำเนินงานตามแผน			ปานกลาง
8. การมีส่วนร่วมในการสำรวจ และจัดทำข้อมูล ผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับ และเชิงรุก	1.95	0.46	
9. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชิงรุก/บริหาร การบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ ตามแผนการดูแล	1.98	0.47	ปานกลาง
10. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการด้านการพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วย เป็นต้น	1.98	0.47	ปานกลาง
11. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน เป็นต้น	1.98	0.47	ปานกลาง
12. การมีส่วนร่วมในการเสริมพลังแก่ครอบครัว ผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ	1.96	0.47	ปานกลาง

ตาราง 21 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
13. การมีส่วนร่วมในการแสวงหา ประสานความร่วมมือจาก อปท. สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน พมจ.ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ	1.67	0.40	น้อย
ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล			
14. การมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามกำกับ การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด	1.98	0.47	ปานกลาง
15. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.78	0.42	ปานกลาง

2.3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 44 คน (ร้อยละ 14.92) ระดับความพึงพอใจปานกลาง 131 คน (ร้อยละ 44.41) ระดับความพึงพอใจน้อย 120 คน (ร้อยละ 40.67) ดังตาราง 22

ตาราง 22 ความพึงพอใจในการให้บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการพัฒนา (N = 295)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	44	14.92
ระดับปานกลาง	131	44.41
ระดับน้อย	120	40.67

2.4 การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสว่างศรีนคร จังหวัดนครพนม

การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ครั้งนี้ เป็นระยะที่ 2 ของการวิจัย เป็นการดำเนินงานที่เกิดหลังจากได้ผลการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยและบริบทที่เกี่ยวข้องในระยะที่ 1 แล้ว นำเข้าสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้แนวทางการวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม มาเป็นแนวทางการดำเนินงาน

มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน ประกอบด้วย

1.1 การสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกัน โดยนำเทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ มาประยุกต์ใช้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและคืนข้อมูลสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชน และภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพในเวทีประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 1 ครั้ง

1.2 สนทนากลุ่มเพื่อรับรู้ปัญหาาร่วมกัน สรุปประเด็นปัญหาในการดำเนินงาน

1.3 สร้างแนวทางการพัฒนาโดยใช้หลัก UCCARE ประกอบด้วย (1) การงานเป็นทีม (2) การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (4) การชื่นชม และให้คุณค่า (5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และ (6) การแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผนวกกับการดำเนินการขับเคลื่อนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง โดยมีการประชุมคณะกรรมการดำเนินเดือนละ 1 ครั้ง

1.4 สร้างแนวทางปฏิบัติและตัวชี้วัดในการดูแล โดยการประชุมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการเสนอกิจกรรม พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติกิจกรรมและเสนอหลักเกณฑ์การประเมินผล

1.5 จัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงานและโครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ ประกอบด้วย

2.1 ประชุมชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งชี้แจงแนวทางการปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2 จัดตั้งศูนย์ Long Term Care อำเภอศรีสงคราม แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คัดเลือกมาจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อสม.และผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน เพื่อรับปัญหาและความต้องการในการดูแลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งการจัดระบบบริการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2.3 จัดอบรมทบทวนความรู้และเพิ่มพูนทักษะการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะราย โดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.4 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล คณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคีเครือข่าย และแสวงหาความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามหลัก UCCARE

2.5 การจัดตั้งกองทุน เพื่อระดมทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการระดมทุนหลายรูปแบบ ทั้งจากภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2.6 จัดให้มีช่องทางในการสื่อสาร เผยแพร่ข้อมูลกิจกรรมการดูแล และช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.7 เยี่ยมเสริมพลังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อให้ความช่วยเหลือตามความต้องการและปัญหาที่พบ ตามความเหมาะสม

2.8 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อแก้ไขปัญหาการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

2.9 ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน และโครงการแก้ไขปัญหาตามประเด็นปัญหา

2.10 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ในทุกพื้นที่

ขั้นที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย

3.1 กำกับ ติดตาม ภายใต้งานนิเทศงาน และการตรวจประเมินยุทธศาสตร์ ธารณสุขประจำปีจัดให้มีระบบรายงานผลการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการเยี่ยมเสริมพลัง และผลลัพธ์จากการประเมินกิจกรรม

3.2 การเข้าสังเกตการทุกครั้งที่มีการปฏิบัติการ พร้อมบันทึกข้อมูล

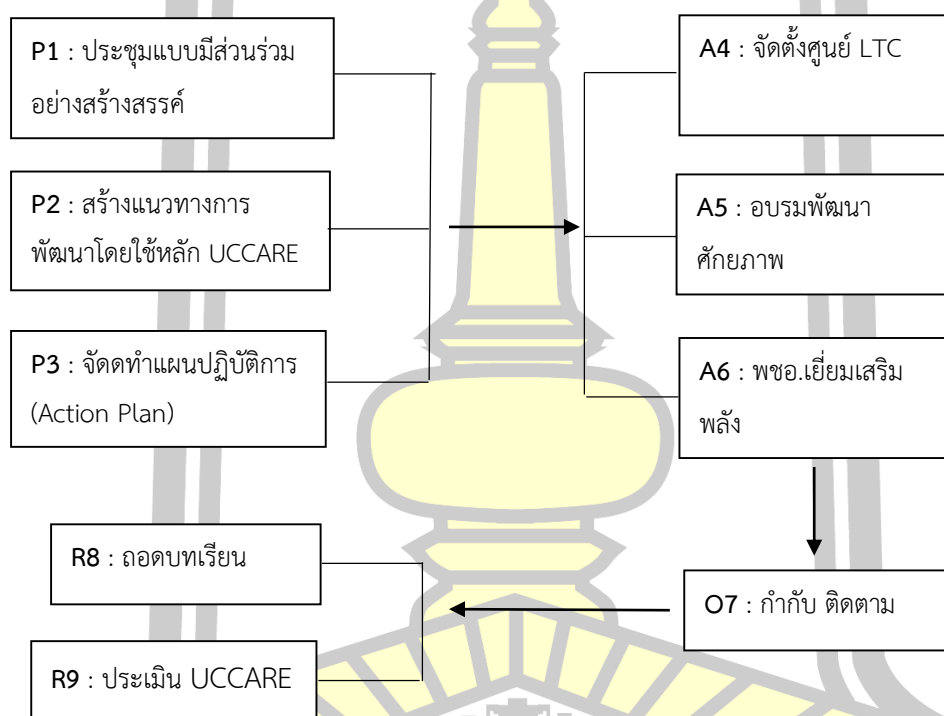
3.3 ติดตามผลการดำเนินงานจากศูนย์ Long Term Care อำเภอศรีสงคราม

3.4 ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังดำเนินการ

ขั้นที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติงาน

4.1 ประเมินผลโดยใช้หลัก UCCARE ตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และการประเมินความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบ สะท้อนข้อมูลที่ได้สู่ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

4.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปรูปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน และถอดบทเรียนเพื่อวางแผนแก้ไขในวงรอบต่อไป



ภาพประกอบ 11 รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอ

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

พูน ปลูก จิต ใจ

ระยะที่ 3 ผลการดำเนินการตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

3.1 ผลการประเมินในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับ อำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.1.1 ผลประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (รายข้อ)

หลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความสามารถในการรับประทาน อาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 5.13) ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า จำนวน 73 คน (ร้อยละ 17.02) และ ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ จำนวน 334 คน (ร้อยละ 77.86) มีความสามารถในการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24- 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ต้องการความช่วยเหลือ จำนวน 95 คน (ร้อยละ 22.14) และ ทำได้เอง จำนวน 334 คน (ร้อยละ 77.86) มีความสามารถในการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ไม่ สามารถนั่งได้ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 5.13) ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 7.93) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง จำนวน 39 คน (ร้อยละ 9.09) และ ทำได้เอง 334 คน (ร้อยละ 77.86) มีความสามารถในการใช้ห้องน้ำ ช่วยตัวเองไม่ได้ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 5.13) ทำเองได้บ้าง จำนวน 73 คน (ร้อยละ 17.02) และ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี จำนวน 334 คน (ร้อยละ 77.86) มีความสามารถในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 5.13) ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้า ออกมูมห้องหรือประตูได้ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 7.93) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย จำนวน 43 คน (ร้อยละ 10.02) และเดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง จำนวน 334 คน (ร้อยละ 77.86) มีความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย จำนวน 22 คน (ร้อยละ 5.13) ช่วยตัวเองได้ ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย จำนวน 73 คน (ร้อยละ 17.02) และ ช่วยตัวเองได้ดี 334 คน (ร้อยละ 77.86) มีความสามารถในการขึ้นลงบันได 1 ชั้น ไม่สามารถทำได้ จำนวน 95 คน (ร้อยละ 22.14) ต้องการคนช่วย จำนวน 174 คน (ร้อยละ 40.56) และ ขึ้นลงได้เอง จำนวน 160 คน (ร้อยละ 37.30) มีความสามารถในการอาบน้ำ ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ จำนวน 95 คน (ร้อยละ 22.14) และอาบน้ำได้เอง จำนวน 334 คน (ร้อยละ 77.86) มีความสามารถในการกลั่นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 5.13) กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) จำนวน 73 คน (ร้อยละ 17.02) และกลั่นได้เป็นปกติ

จำนวน 334 คน (ร้อยละ 77.86) มีความสามารถในการกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 5.13) กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) จำนวน 73 คน (ร้อยละ 17.02) และ กลืนได้เป็นปกติ 334 คน (ร้อยละ 77.86) รายละเอียดดังตาราง 23

ตาราง 23 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามผลประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (รายข้อ) หลังการพัฒนา (N = 429)

ข้อ	กิจวัตรประจำวัน	หลังการพัฒนา	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.	รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า		
	- ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ (0 คะแนน)	22	5.13
	- ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า (1 คะแนน)	73	17.02
	- ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ (2 คะแนน)	334	77.85
2.	การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
	- ต้องการความช่วยเหลือ (0 คะแนน)	95	22.14
	- ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) (1 คะแนน)	334	77.86
3.	ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้		0.00
	- ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น (0 คะแนน)	22	5.13
	- ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้ (1 คะแนน)	34	7.93
	- ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย (2 คะแนน)	39	9.09
	- ทำได้เอง (3 คะแนน)	334	77.86

ตาราง 23 (ต่อ)

ข้อ	กิจวัตรประจำวัน	หลังการพัฒนา	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. การใช้ห้องน้ำ			
- ช่วยตัวเองไม่ได้ (0 คะแนน)		22	5.13
- ทำเองได้บ้าง (1 คะแนน)		73	17.02
(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง			
- ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (2 คะแนน)		334	77.86
(ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)			
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน			
- เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0 คะแนน)		22	5.13
- ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเซ็นให้)		30	7.93
และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ (1 คะแนน)			
- เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม		43	10.02
หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย (2 คะแนน)			
- เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง (3 คะแนน)		334	77.86
6. การสวมใส่เสื้อผ้า			
- ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย (0 คะแนน)		22	5.13
- ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย (1 คะแนน)		73	17.02
- ช่วยตัวเองได้ดี (2 คะแนน)		334	77.86
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น			
- ไม่สามารถทำได้ (0 คะแนน)		95	22.14
- ต้องการคนช่วย (1 คะแนน)		174	40.56
- ขึ้นลงได้เอง (2 คะแนน)		160	37.30
(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)			

ตาราง 23 (ต่อ)

ข้อ	กิจวัตรประจำวัน	หลังการพัฒนา	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
8.	การอาบน้ำ		
	- ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (0 คะแนน)	95	22.14
	- อาบน้ำได้เอง (1 คะแนน)	334	77.86
9.	การกลั่นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
	- กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ (0 คะแนน)	22	5.13
	- กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) (1 คะแนน)	73	17.02
	- กลั่นได้เป็นปกติ (2 คะแนน)	334	77.86
10.	การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
	- กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ (0 คะแนน)	22	5.13
	- กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) (1 คะแนน)	73	17.02
	- กลั่นได้เป็นปกติ (2 คะแนน)	334	77.86

3.1.2 สรุประดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผลประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ก่อนและหลังการพัฒนา ก่อนการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน ระดับคะแนน 5-11 คะแนน จำนวน 300 คน (ร้อยละ 69.93) รองลงมาเป็นกลุ่มที่ 3 ติดเตียง 129 ระดับคะแนน 0-4 คะแนน จำนวน 129 คน (ร้อยละ 30.07) ตามลำดับ และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน ระดับคะแนน 5-11 คะแนน จำนวน 307 คน (ร้อยละ 71.56) รองลงมาเป็นกลุ่มที่ 3 ติดเตียง ระดับคะแนน 0-4 คะแนน จำนวน 95 คน (ร้อยละ 22.15) และกลุ่มที่ 1 ติดสังคม ระดับคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป จำนวน 27 คน (ร้อยละ 6.29) ตามลำดับรายละเอียดดังตาราง 24

ตาราง 24 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามผลประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 429)

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) ไม่มีภาวะพึ่งพิง/ พึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย	0	27 (6.29)
กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (5-11 คะแนน) ต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง	300 (69.93)	307 (71.56)
กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (0-4 คะแนน) ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด หรือพิการ	129 (30.07)	95 (22.15)

3.1.3 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบว่า **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย** การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 199 คน (ร้อยละ 46.38) การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 132 คน (ร้อยละ 30.76) ความพอใจกับการนอนหลับมากน้อยเพียงใด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 179 คน (ร้อยละ 41.72) ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 182 คน (ร้อยละ 42.42) ความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 130 คน (ร้อยละ 30.30) ความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 160 คน (ร้อยละ 37.30) และความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 172 คน (ร้อยละ 40.09) **คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ** พบว่า ท่านรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบมีความหวัง) มากน้อยเพียงใด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 171 คน (ร้อยละ 39.86) การมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย จำนวน 227 คน (ร้อยละ 52.91) ความรู้สึกพอใจในตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 195 คน (ร้อยละ 45.45) การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 220 คน (ร้อยละ 51.28) ความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 227 คน (ร้อยละ 52.91) และความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 190 คน (ร้อยละ 44.29) **คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทาง**

สังคม พบว่า ความพอใจกับการผูกมิตร หรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 194 คน (ร้อยละ 45.22) ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 194 คน (ร้อยละ 45.22) ความพอใจในชีวิตทางเพศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 220 คน (ร้อยละ 51.28) **คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม** พบว่า ความรู้สึกที่ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 261 คน (ร้อยละ 60.84) ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 261 คน (ร้อยละ 60.84) มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 155 คน (ร้อยละ 36.13) ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ ตามความจำเป็น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 232 คน (ร้อยละ 54.08) การได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่เป็นในชีวิตแต่ละวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 170 คน (ร้อยละ 39.63) การมีโอกาสที่ได้พักผ่อนคลายเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 155 คน (ร้อยละ 36.31) สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 261 คน (ร้อยละ 60.84) และความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 229 คน (ร้อยละ 53.38) **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม** พบว่า ความพอใจกับสุขภาพตอนนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 187 คน (ร้อยละ 43.59) และมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 213 คน (ร้อยละ 49.65) ดังตาราง 25

ตาราง 25 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 429)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย						
1	การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด	24 (5.59)	199 (46.38)	96 (22.37)	86 (20.04)	24 (5.59)
2	มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	22 (5.12)	97 (22.61)	122 (28.43)	132 (30.76)	56 (13.05)

ตาราง 25 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย					
3	ความพอใจกับการนอนหลับ	24	80	99	179	47
	มากน้อยเพียงใด	(5.59)	(18.64)	(23.07)	(41.72)	(10.95)
4	ความรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหน	22	61	84	182	80
	ที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้	(5.12)	(14.21)	(19.58)	(42.42)	(18.64)
	ในแต่ละวัน					
5	ความจำเป็นต้องได้รับการ	57	130	122	95	25
	รักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด	(13.28)	(30.30)	(28.43)	(22.14)	(5.82)
	เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้					
	ในแต่ละวัน					
6	ความพอใจกับความสามารถใน	22	46	123	160	80
	การทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	(5.13)	(10.72)	(28.67)	(37.30)	(18.65)
	มากน้อยเพียงใด					
7	ความสามารถไปไหนมาไหน	22	30	172	127	78
	ด้วยตัวเองได้ดีเพียงใด	(5.13)	(6.99)	(40.09)	(29.60)	(18.18)
	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ					
8	ความรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่น	10	41	145	171	62
	มีความสุข ความสงบมี	(2.33)	(9.56)	(33.80)	(39.86)	(14.45)
	ความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
9	การมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ	22	55	85	227	40
	ดีเพียงใด	(5.13)	(12.82)	(19.81)	(52.91)	(9.32)
10	ความรู้สึกพอใจในตนเองมาก	10	62	120	195	42
	น้อยแค่ไหน	(2.33)	(14.45)	(27.97)	(45.45)	(9.79)
11	การยอมรับรูปร่างหน้าตาของ	10	31	117	220	51
	ตัวเอง	(2.33)	(7.23)	(27.27)	(51.28)	(11.89)

ตาราง 25 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
12	การมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึก เหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตก กังวล	80 (18.65)	227 (52.91)	80 (18.65)	20 (4.66)	22 (5.13)
13	ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย มากน้อยแค่ไหน	5 (1.17)	26 (6.06)	190 (44.29)	138 (32.17)	70 (16.32)
	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม					
14	ความพอใจกับการผูกมิตรหรือ เข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	5 (1.17)	21 (4.90)	131 (30.54)	194 (45.22)	77 (17.95)
15	ความพอใจกับการช่วยเหลือที่ เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	5 (1.17)	21 (4.90)	131 (30.54)	194 (45.22)	77 (17.95)
16	ความพอใจในชีวิตทางเพศ	10 (2.33)	31 (7.23)	117 (27.27)	220 (51.28)	51 (11.89)
	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม					
17	ความรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง ปลอดภัยในแต่ละวัน	5 (1.17)	11 (2.56)	32 (7.46)	261 (60.84)	120 (27.97)
18	ความพอใจกับสภาพบ้านเรือน ที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	5 (1.17)	11 (2.56)	32 (7.46)	261 (60.84)	120 (27.97)
19	การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำ เป็นมากน้อยเพียงใด	32 (7.46)	60 (13.99)	155 (36.13)	114 (26.57)	68 (15.85)
20	ความพอใจที่จะสามารถไปใช้ บริการสาธารณสุขได้ ตามความ จำเป็นเพียงใด	5 (1.17)	14 (3.26)	38 (8.86)	232 (54.08)	140 (32.63)
21	การได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่ จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อย เพียงใด	15 (3.50)	24 (5.59)	168 (39.16)	170 (39.63)	52 (12.12)

ตาราง 25 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
22	การมีโอกาสดูได้พักผ่อนคลาย	22	38	151	155	63
	เครียดมากน้อยเพียงใด	(5.13)	(8.86)	(35.20)	(36.13)	(14.69)
23	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพมาก	5	11	32	261	120
	น้อยเพียงใด	(1.17)	(2.56)	(7.46)	(60.84)	(27.97)
24	ความพอใจกับการเดินทางไป	22	53	89	229	36
	ไหนมาไหน มากน้อยเพียงใด	(5.13)	(12.35)	(20.75)	(53.38)	(8.39)
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม						
25	ความพอใจกับสุขภาพในตอนนี้	10	42	135	187	55
	เพียงใด	(2.33)	(9.79)	(31.47)	(43.59)	(12.82)
26	มีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	10	49	121	213	36
		(2.33)	(11.42)	(28.21)	(49.65)	(8.39)

3.1.4 สรุปผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนการและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม รายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 123 คน (ร้อยละ 28.67) ภายหลังการพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 244 คน (ร้อยละ 56.88) **คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ** ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 138 คน (ร้อยละ 32.17) ภายหลังการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 238 คน (ร้อยละ 55.48) **คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม** ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 145 คน (ร้อยละ 33.80) ภายหลังการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 270 คน (ร้อยละ 62.94) **คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม** ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 138 คน (ร้อยละ 32.17) ภายหลังการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 268 คน (ร้อยละ 62.47) และ**คุณภาพชีวิตโดยรวม** ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 132 คน (ร้อยละ 30.77) ภายหลังการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 260 คน (ร้อยละ 60.61) ดังตาราง 26

ตาราง 26 สรุปผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม รายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 429)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	คุณภาพชีวิตที่ดี		คุณภาพชีวิตที่ดี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านสุขภาพกาย	123	28.67	244	56.88
ด้านจิตใจ	138	32.17	238	55.48
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	145	33.80	270	62.94
ด้านสิ่งแวดล้อม	138	32.17	268	62.47
คุณภาพชีวิตโดยรวม	132	30.77	260	60.61

3.1.5 ผลการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 323 คน (ร้อยละ 75.29) พึงพอใจปานกลาง จำนวน 87 คน (ร้อยละ 20.28) และพึงพอใจน้อย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 4.43) ดังตาราง 27

ตาราง 27 ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนา (N = 429)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	323	75.29
ระดับปานกลาง	87	20.28
ระดับน้อย	19	4.43

3.2 ผลการประเมินในกลุ่มผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นกับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

3.2.1 ผลการประเมินการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ภายหลังการพัฒนา

พบว่า ทั้งด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงานตามแผน ด้านการควบคุมกำกับ และติดตาม ประเมินผล และการปฏิบัติโดยรวม พบว่า การปฏิบัติทุกด้านอยู่ในระดับมาก ดังตาราง 28

ตาราง 28 การประเมินการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น หลังการพัฒนา (N = 204)

ประเด็นการปฏิบัติ	Mean	SD	แปลผล
ด้านการวางแผน			
1. การสำรวจข้อมูล คัดกรอง ตรวจประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.47	0.59	มาก
2. การจัดทำข้อมูลดูแลทั้งเชิงรุกและเชิงรับ	2.53	0.60	มาก
3. การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan)	2.48	0.59	มาก
4. การประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference)	2.60	0.62	มาก
5. การประสานการปฏิบัติงานการดูแลตามแผน	2.47	0.59	มาก
ด้านการดำเนินงานตามแผน			
6. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น	2.62	0.62	มาก
7. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ	2.48	0.59	มาก
8. สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ	2.54	0.60	มาก
9. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	2.47	0.59	มาก
10. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด	2.47	0.59	มาก
11. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหาร	2.54	0.61	มาก

ตาราง 28 (ต่อ)

ประเด็นการปฏิบัติ	Mean	SD	แปลผล
ให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือ ให้สะอาดอยู่เสมอ			
12. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง	2.47	0.59	มาก
13. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง	2.59	0.62	มาก
14. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน	2.59	0.62	มาก
ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล			
15. ควบคุมติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด	2.40	0.57	มาก
16. ประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.46	0.59	มาก
17. ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา	2.46	0.59	มาก
การปฏิบัติโดยรวม	2.54	0.60	มาก

3.2.2 สรุปผลการประเมินการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับมาก จำนวน 66 คน (ร้อยละ 32.35) ระดับปานกลาง 91 คน (ร้อยละ 44.61) ระดับน้อย 47 คน (ร้อยละ 23.04) ภายหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาว

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับมาก จำนวน 119 คน (ร้อยละ 58.34) ระดับปานกลาง 76 คน (ร้อยละ 37.25) ระดับน้อย 9 คน (ร้อยละ 4.41) ดังตาราง 29

ตาราง 29 สรุปผลการประเมินการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 204)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	66	32.35	119	58.34
ระดับปานกลาง	91	44.61	76	37.25
ระดับน้อย	47	23.04	9	4.41
รวม	204	100.00	204	100.00

3.2.3 ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนหลังการพัฒนา พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างก่อนพัฒนามีการปฏิบัติทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาทุกด้านอยู่ในระดับมากโดยภายหลังการพัฒนามีการปฏิบัติมากกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 30

พูน ปณ จิต ชีเว

ตาราง 30 เปรียบเทียบการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนหลังการพัฒนา (N = 204)

ประเด็นการปฏิบัติ	N	Mean	ระดับการปฏิบัติ	SD	df	p
ด้านการวางแผน						
ก่อน	204	2.03	ปานกลาง	0.49	203	0.001**
หลัง	204	2.51	มาก	0.60		
ด้านการดำเนินงานตามแผน						
ก่อน	204	2.01	ปานกลาง	0.48	203	0.001**
หลัง	204	2.53	มาก	0.60		
ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล						
ก่อน	204	1.68	ปานกลาง	0.40	203	0.001**
หลัง	204	2.44	มาก	0.58		
ด้านการปฏิบัติรวม						
ก่อน	204	2.06	ปานกลาง	0.49	203	0.001**
หลัง	204	2.54	มาก	0.60		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2.4 ผลการประเมินการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับมาก ในประเด็น ด้านการวางแผน ได้แก่หัวข้อ การมีส่วนร่วมในการระดมภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ.แม่ข่าย อสม. อพส. ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อร่วมหารือกำหนดบทบาทในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการมีส่วนร่วมในการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ด้านการดำเนินงานตามแผน ได้แก่หัวข้อ การมีส่วนร่วมในการสำรวจ และจัดทำข้อมูล

ผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก การมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชิงรุก/บริหารการบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ ตามแผนการดูแล การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการด้านการพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วย เป็นต้น การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน เป็นต้น และการมีส่วนร่วมในการเสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ

กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง **ด้านการวางแผน** ในหัวข้อ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด และการมีส่วนร่วมในการนำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference) เพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแลให้เหมาะสม เป็นไปได้ **ด้านการดำเนินงานตามแผน** ได้แก่หัวข้อ การมีส่วนร่วมในการแสวงหา ประสานความร่วมมือจาก อปท. สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน พมจ.ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ **ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล** ในหัวข้อ การมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังตาราง 31

ตาราง 31 การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น หลังการพัฒนา (N = 204)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
ด้านการวางแผน			
1. การมีส่วนร่วมในการระดมภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ.แม่ข่าย อสม. อพส. ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อร่วมหาหรือกำหนดบทบาทในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.73	0.65	มาก

ตาราง 31 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
2. การมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.72	0.65	มาก
3. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.71	0.65	มาก
4. การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.63	0.63	มาก
5. ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ	2.70	0.64	มาก
6. การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด	2.18	0.52	ปานกลาง
7. การมีส่วนร่วมในการนำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference) เพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแลให้เหมาะสม เป็นไปได้	2.18	0.52	ปานกลาง
ด้านการดำเนินงานตามแผน			
8. การมีส่วนร่วมในการสำรวจ และจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก	2.67	0.64	มาก

ตาราง 31 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
9. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชิงรุก/บริหาร การบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความ ต้องการดูแลผู้สูงอายุ ตามแผนการดูแล	2.67	0.64	มาก
10. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการด้าน การพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วย เป็นต้น	2.67	0.64	มาก
11. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน เป็นต้น	2.69	0.64	มาก
12. การมีส่วนร่วมในการเสริมพลังแก่ครอบครัว ผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ	2.69	0.64	มาก
13. การมีส่วนร่วมในการแสวงหา ประสานความ ร่วมมือจาก อปท. สมาคม ชมรม เครือข่ายภาค ประชาชน พมจ.ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการ จัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ	2.24	0.53	ปานกลาง
ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล			
14. การมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามกำกับ ดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด	2.23	0.53	ปานกลาง

ตาราง 31 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
15. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.38	0.57	ปานกลาง

3.2.5 สรุปผลการประเมินการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับมาก จำนวน 79 คน (ร้อยละ 38.73) ระดับปานกลาง 67 คน (ร้อยละ 32.84) ระดับน้อย 58 คน (ร้อยละ 28.43) ภายหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับมาก จำนวน 126 คน (ร้อยละ 61.76) ระดับปานกลาง 61 คน (ร้อยละ 29.90) ระดับน้อย 17 คน (ร้อยละ 8.34) ดังตาราง 32

ตาราง 32 สรุปผลการประเมินการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 204)

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	79	38.73	126	61.76
ระดับปานกลาง	67	32.84	61	29.90
ระดับน้อย	58	28.43	17	8.34
รวม	204	100.00	204	100.00

3.2.6 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนหลังการพัฒนา พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างก่อนพัฒนามีการปฏิบัติทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนา ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงานตามแผนและการมีส่วนร่วมรวม อยู่ในระดับมาก ส่วน

ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง โดยภายหลังการพัฒนามีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 33

ตาราง 33 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 204)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	N	Mean	ระดับความรู้	SD	df	p
ด้านการวางแผน						
ก่อน	204	2.21	ปานกลาง	0.53	203	0.001**
หลัง	204	2.55	มาก	0.61		
ด้านการดำเนินงานตามแผน						
ก่อน	204	2.15	ปานกลาง	0.51	203	0.001**
หลัง	204	2.61	มาก	0.62		
ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล						
ก่อน	204	1.88	ปานกลาง	0.45	203	0.001**
หลัง	204	2.31	ปานกลาง	0.55		
ด้านการมีส่วนร่วมรวม						
ก่อน	204	2.14	ปานกลาง	0.51	203	0.001**
หลัง	204	2.54	มาก	0.61		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2.7 ผลการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 84 คน (ร้อยละ 41.18) พึงพอใจปานกลาง จำนวน 93 คน (ร้อยละ 45.59) พึงพอใจน้อย จำนวน 27 คน (ร้อยละ 13.23) ภายหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 121 คน (ร้อยละ 59.32) พึงพอใจปานกลาง จำนวน 81 คน (ร้อยละ 39.70) พึงพอใจน้อย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.98) ดังตาราง 34

ตาราง 34 ความพึงพอใจในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 204)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับมาก	84 (41.18)	121(59.32)
ระดับปานกลาง	93 (45.59)	81(39.70)
ระดับน้อย	27 (13.23)	2(0.98)

4.6 ผลการประเมินในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

1. ผลการประเมินบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนา

ผลการประเมินบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนา พบว่า บทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก ดังตาราง 35

พหุ ประเด็น ชีว

ตาราง 35 บทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
ตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนา (N = 295)

ประเด็นการมีบทบาท	Mean	SD	แปลผล
1. ดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนว ทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่	2.57	0.61	ปานกลาง
2. กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนา คุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและ สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1.99	0.47	ปานกลาง
3. ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและ แนวทางที่คณะกรรมการกำหนด	1.97	0.47	ปานกลาง
4. สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ การดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน	2.11	0.50	ปานกลาง
5. สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้า มามีส่วนร่วม	1.97	0.47	ปานกลาง
6. บูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีในระดับพื้นที่ ทั้งจากภาครัฐ ภาคประชาชนและภาค เอกชน เพื่อ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนงาน	1.73	0.41	ปานกลาง
7. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ทั้งใน และนอกพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง	1.73	0.41	ปานกลาง
8. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน	2.01	0.48	ปานกลาง

2. ผลการประเมินบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีบทบาทในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับมาก จำนวน 63 คน (ร้อยละ 21.36) ระดับปานกลาง 152 คน (ร้อยละ 51.52) ระดับน้อย 80 คน (ร้อยละ 27.12) ภายหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับมาก จำนวน 179 คน (ร้อยละ 60.68) ระดับปานกลาง 88 คน (ร้อยละ 29.83) ระดับน้อย 28 คน (ร้อยละ 9.49) ดังตาราง 36

ตาราง 36 ผลการประเมินบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 295)

ระดับบทบาท	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	63	21.36	179	60.68
ระดับกลาง	152	51.52	88	29.83
ระดับน้อย	80	27.12	28	9.49
รวม	295	100.00	295	100.00

3. ผลการเปรียบเทียบบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.94) ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.51) และมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 37

ตาราง 37 เปรียบเทียบบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการ
พัฒนา (N = 295)

ประเด็นการมีบทบาท	N	Mean	ระดับ บทบาท	SD	t	df	p
ก่อน	295	1.94	น้อย	0.46	-14.62	294	0.001**
หลัง	295	2.51	มาก	0.60			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลการประเมินการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนา พบว่า ด้านการวางแผน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการดำเนินงานตามแผน กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมรายชื่อ คือ การมีส่วนร่วมในการสำรวจ และจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก ระดับมาก (Mean = 2.39) การมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชิงรุก/บริหารการบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล ระดับมาก (Mean = 2.37) การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการด้านการพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วย เป็นต้น ระดับมาก (Mean = 2.36) การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน เป็นต้น ระดับปานกลาง (Mean = 2.22) การมีส่วนร่วมในการเสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ ระดับปานกลาง (Mean = 2.23) การมีส่วนร่วมในการแสวงหา ประสานความร่วมมือจากอปท. สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน พมจ.ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการสนับสนุนงบประมาณ ระดับปานกลาง (Mean = 2.23) ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในทุกหัวข้อ ระดับปานกลาง ดังตาราง 38

ตาราง 38 การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนา (N =
295)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
ด้านการวางแผน			
1. การมีส่วนร่วมในการระดมภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ.แม่ข่าย อสม. อผส. ชมรมผู้สูงอายุ เป็น ต้น เพื่อร่วมหารือกำหนดบทบาทในการดูแลระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.29	0.55	ปานกลาง
2. การมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.31	0.55	ปานกลาง
3. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มา ของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	2.30	0.55	ปานกลาง
4. การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนใน การแก้ปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	2.24	0.54	ปานกลาง
5. การมีส่วนร่วมในการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิง ของผู้สูงอายุ	2.26	0.54	ปานกลาง
6. การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่กำหนด	2.28	0.54	ปานกลาง
7. การมีส่วนร่วมในการนำเสนอแผนการดูแล เฉพาะราย (Care Plan) แก่ภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยจัด ประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference) เพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแลให้ เหมาะสม เป็นไปได้	2.28	0.54	ปานกลาง

ตาราง 38 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
ด้านการดำเนินงานตามแผน			
8. การมีส่วนร่วมในการสำรวจ และจัดทำข้อมูล ผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับ และเชิงรุก	2.39	0.57	มาก
9. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชิงรุก/บริหาร การบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความ ต้องการดูแลผู้สูงอายุ ตามแผนการดูแล	2.36	0.57	มาก
10. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการด้าน การพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วย เป็นต้น	2.37	0.57	มาก
11. การมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน เป็นต้น	2.22	0.53	ปานกลาง
12. การมีส่วนร่วมในการเสริมพลังแก่ครอบครัว ผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ	2.23	0.53	ปานกลาง
13. การมีส่วนร่วมในการแสวงหา ประสานความ ร่วมมือจาก อปท. สมาคม ชมรม เครือข่ายภาค ประชาชน พมจ.ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการ จัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ	2.23	0.53	ปานกลาง
ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล			
14. การมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามกำกับ ดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด	2.23	0.53	ปานกลาง

ตาราง 38 (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	SD	แปลผล
15. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.23	0.53	ปานกลาง

5. ผลการประเมินการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับมาก จำนวน 58 คน (ร้อยละ 19.66) ระดับปานกลาง 129 คน (ร้อยละ 43.73) ระดับน้อย 108 คน (ร้อยละ 36.61) ภายหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับมาก จำนวน 144 คน (ร้อยละ 48.81) ระดับปานกลาง 93 คน (ร้อยละ 31.53) ระดับน้อย 58 คน (ร้อยละ 19.66) ดังตาราง 39

ตาราง 39 ระดับการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 295)

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	58	19.66	144	48.81
ระดับปานกลาง	129	43.73	93	31.53
ระดับน้อย	108	36.61	58	19.66
รวม	295	100.00	295	100.00

6. ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงานตามแผน ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลและการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้านการวางแผน ด้านการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล และการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการดำเนินงานตามแผน อยู่ในระดับมาก และทุกด้านมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 40

ตาราง 40 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (N = 295)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	N	Mean	ระดับ ความรู้	SD	t	df	p
ด้านการวางแผน							
ก่อน	295	1.79	ปานกลาง	0.42	-9.98	294	0.001**
หลัง	295	2.00	ปานกลาง	0.48			
ด้านการดำเนินงานตามแผน							
ก่อน	295	1.93	ปานกลาง	0.46	-9.06	294	0.001**
หลัง	295	2.63	มาก	0.63			
ด้านการควบคุมกำกับ และ ติดตามประเมินผล							
ก่อน	295	1.78	ปานกลาง	0.42	-9.02	294	0.001**
หลัง	295	2.23	ปานกลาง	0.53			
การมีส่วนร่วมรวม							
ก่อน	295	1.84	ปานกลาง	0.43	-9.66	294	0.001**
หลัง	295	2.28	ปานกลาง	0.54			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ผลการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 44 คน (ร้อยละ 14.91) ระดับความพึงพอใจปานกลาง 131 คน (ร้อยละ 44.40) ระดับความพึงพอใจน้อย 120 คน (ร้อยละ 40.67) ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมาก จำนวน 156 คน (ร้อยละ 52.88) ระดับความพึงพอใจปานกลาง 125 คน (ร้อยละ 42.37) และระดับความพึงพอใจน้อย 14 คน (ร้อยละ 4.74) ดังตาราง 41

ตาราง 41 ความพึงพอใจในการให้บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการพัฒนา (N = 295)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับมาก	44 (14.91)	156 (52.88)
ระดับปานกลาง	131 (44.40)	125 (42.37)
ระดับน้อย	120 (40.67)	14 (4.74)

8. ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบตามหลัก UCCARE ในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการประเมินผลตามหลัก UCCARE พบว่า การทำงานเป็นทีม ก่อนการพัฒนา มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ 3 หลังการพัฒนา ระดับการพัฒนาเพิ่มเป็น ขั้นที่ 5 การให้ความสำคัญกับประชาชนและกลุ่มเป้าหมาย ก่อนการพัฒนา มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ 4 หลังการพัฒนา ระดับการพัฒนาเพิ่มเป็น ขั้นที่ 5 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ก่อนการพัฒนา มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ 3 หลังการพัฒนา ระดับการพัฒนาเพิ่มเป็น ขั้นที่ 4 การชื่นชมและให้คุณค่า ก่อนการพัฒนา มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ 4 หลังการพัฒนา ระดับการพัฒนาเพิ่มเป็น ขั้นที่ 5 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร ก่อนการพัฒนา มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ 4 หลังการพัฒนา ระดับ

การพัฒนาเพิ่มเป็น ขั้นที่ 5 และ การแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิต ก่อนการพัฒนา มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ 4 หลังการพัฒนา ระดับการพัฒนาเพิ่มเป็น ขั้นที่ 5 ดังตาราง 42

ตาราง 42 ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบตามหลัก UCCARE ในการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา

ที่	องค์ประกอบ UCCARE	ขั้นที่	ระดับการพัฒนา 5 ขั้น	ผลการประเมิน	
				ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1	การทำงานเป็นทีม (Unity Team)	1	แนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	-	-
		2	การทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	-	-
		3	การทำงานข้ามสายงานเป็นทีมระหว่างฝ่ายคิวงวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	✓	-
		4	การบูรณาการแบบครบวงจร เป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	-	-
		5	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมเป็นทีมกับ เครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ	-	✓

พหุ ประสิทธิภาพ

ตาราง 42 (ต่อ)

ที่	องค์ประกอบ UCCARE	ชั้นที่	ระดับการพัฒนา 5 ชั้น	ผลการประเมิน	
				ก่อนการ พัฒนา	หลังการพัฒนา
2	การให้ความสำคัญกับ ประชาชนและ กลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus)	1	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและ ผู้รับบริการเป็นแบบ reactive	-	-
		2	ช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความ ต้องการ ของประชาชนและ ผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อย ในกลุ่มที่มีปัญหาสูง	-	-
		3	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความ ต้องการของประชาชนและ ผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน	-	-
		4	มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการ รับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ ละกลุ่ม ให้สอดคล้อง และมี ประสิทธิภาพมากขึ้น	✓	-
		5	ความต้องการของประชาชนและ ผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับ ระบบงานต่าง ๆ จนทำให้ประชาชน เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วน ร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	-	✓

ตาราง 42 (ต่อ)

ที่	องค์ประกอบ UCCARE	ชั้นที่	ระดับการพัฒนา 5 ชั้น	ผลการประเมิน	
				ก่อนการ พัฒนา	หลังการพัฒนา
3	การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย (Community participation)	1	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ชุมชน และ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานด้านสุขภาพ	-	-
		2	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคี เครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพ ในงานที่หลากหลาย และขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น	-	-
		3	ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม คิด ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ อย่างเป็นระบบกับเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ ค่อนข้างครอบคลุม	✓	-
		4	ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการด้าน สุขภาพ และมีการทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้ เหมาะสมมากขึ้น	-	✓
		5	ชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วม ดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้ง การประเมินผล จนร่วมเป็นเจ้าของ การดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐม ภูมิ	-	-

ตาราง 42 (ต่อ)

ที่	องค์ประกอบ UCCARE	ชั้นที่	ระดับการพัฒนา 5 ชั้น	ผลการประเมิน	
				ก่อนการ พัฒนา	หลังการพัฒนา
4	การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation)	1	แนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจน หรือ เริ่มดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของ บุคลากร	-	-
		2	การขยายการดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของ บุคลากรเพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงาน หรือในแต่ละระดับ	-	-
		3	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการ ดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน(engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจ ที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ	-	-
		4	เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแล พัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากร ให้สอดคล้องกับบริบท	✓	-
		5	สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากร มีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและ เกิดความผูกพันในงานของเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	-	✓

ตาราง 42 (ต่อ)

ที่	องค์ประกอบ UCCARE	ขั้นที่	ระดับการพัฒนา 5 ขั้น	ผลการประเมิน	
				ก่อนการ พัฒนา	หลังการพัฒนา
5	การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)	1	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนา บุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน	-	-
		2	มีการดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ ทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ใน บางประเด็น หรือบางระบบ	-	-
		3	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนา บุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและ ครอบคลุม ตามบริบท และความ จำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้ บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่าย สุขภาพ	-	-
		4	มีการทบทวนและปรับปรุงการ จัดการทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ให้เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	✓	-
		5	การจัดการทรัพยากรร่วมกันโดยยึด เป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่ มีกำแพงกัน) และมีการใช้ทรัพยากร จากชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบ สุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน	-	✓

ตาราง 42 (ต่อ)

ที่	องค์ประกอบ UCCARE	ขั้นที่	ระดับการพัฒนา 5 ขั้น	ผลการประเมิน	
				ก่อนการ พัฒนา	หลังการพัฒนา
6	การแก้ไขปัญหาและ พัฒนาคุณภาพชีวิต (Essential care)	1	มีแนวทาง หรือเริ่มดำเนินการ จัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่ จำเป็นในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของ ชุมชน	-	-
		2	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตาม บริบท และตามความต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชน บางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหา สูง	-	-
		3	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตาม บริบท ตามความต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ครอบคลุม ประชากร ส่วนใหญ่	-	-
		4	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบ ดูแลสุขภาพ และพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพ ที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น	✓	-
		5	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่าง บูรณาการร่วมกับประชาชน ชุมชน ภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี	-	✓

9. การแปลผลการประเมินตามหลัก UCCARE ในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา ผลการประเมิน ระดับ 3 มีการดำเนินการเป็นระบบ และหรือครอบคลุม ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น ระดับ 4 ระดับการเรียนรู้ ดังตาราง 43

ตาราง 43 การแปลผลการประเมินตามหลัก UCCARE ในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับ	การแปลผล	เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมิน	
			ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1	เริ่มมีแนวทางและหรือเริ่มดำเนินการ	มีบางองค์ประกอบ มีระดับการพัฒนาขั้นที่ 1 ขึ้นไป หรือทั้ง 6 องค์ประกอบ มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ 1	-	-
2	ขยายการดำเนินการ	มีบางองค์ประกอบ มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ 2 ขึ้นไป หรือทั้ง 6 องค์ประกอบ มีระดับการพัฒนา ขั้นที่ 2	-	-
3	ดำเนินการเป็นระบบและหรือครอบคลุม	ทั้ง 6 องค์ประกอบ มีระดับการพัฒนาขั้นที่ 3 ขึ้นไป	✓	-
4	เรียนรู้	ทั้ง 6 องค์ประกอบ มีระดับการพัฒนาขั้นที่ 4 ขึ้นไป	-	✓
5	บูรณาการ	ทั้ง 6 องค์ประกอบ มีระดับการพัฒนาขั้นที่ 5	-	-

พูน ปณ ทิโต ชีเว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research หรือ MMR) ของ Creswell & Clark (2013) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการวิจัย ในรูปแบบ Mixed method แบบ The explanatory sequential design โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้รูปแบบการวิจัย Action research และระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินผลในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม หลังการพัฒนารูปแบบ ดังนี้ (1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (2) กลุ่มผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และ (3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ ประเมินผลตามหลัก UCCARE ซึ่งเป็นหลักที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบว่า

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างปรากฏว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.65) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอายุ 31- 40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40.00) รองลงมาอายุ 41 - 50 ปี (ร้อยละ 32.17) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับการศึกษา ม.ปลาย, ปวช.ลงมา มากที่สุด (ร้อยละ 65.22) รองลงมามีระดับการศึกษาอนุปริญญา (ร้อยละ 30.43) ด้านสถานภาพสมรส ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสถานภาพ

สมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 86.09) รองลงมา มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 10.43) ด้านอาชีพหลัก ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอาชีพหลักเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 60.87) รองลงมา มีอาชีพหลักค้าขาย (ร้อยละ 21.74) ด้านรายได้ต่อเดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีรายได้ต่อเดือน 5,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 57.39) รองลงมา มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 39.13) ด้านบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) (ร้อยละ 83.48) รองลงมา เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) (ร้อยละ 9.56) และ ประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 - 10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 74.78) รองลงมา มีประสิทธิภาพ 11 - 20 ปี (ร้อยละ 23.48)

1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

1.2.1 ระดับการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 66.09) รองลงมา อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 29.57) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง

1.2.2 ระดับการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 92.17) รองลงมา อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 6.09) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง

1.2.3 ระดับความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 84.35) รองลงมา อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 13.04) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง

1.2.4 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 51.30) รองลงมา อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 43.48) โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง

สรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม อยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

2. ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ การปฏิบัติให้บริการดูแลระยะยาว ความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาว และการมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาว มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัว

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

2.1 ผลจากการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.1 เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เชื่อมต่อข้อมูลการส่งต่อและการรับกลับจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน และครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.2 มีระบบการยืมอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์และวัสดุต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน เช่น ถังออกซิเจน/หัวออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เตียงปรับระดับ เครื่องผลิตออกซิเจน ไชริงค์ไคเวอร์ รถเข็นนั่ง รถโยก ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้ได้จากงบกองทุนดูแลผู้สูงอายุ/งบกองทุน LTC

2.2.3 มีกองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการระดมทุนหลายรูปแบบ ทั้งจากภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2.2.4 มีช่องทางในการสื่อสาร เผยแพร่ข้อมูลกิจกรรมการดูแล และช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.5 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับความช่วยเหลือตรงตามความต้องการ และปัญหาที่พบ ตามความเหมาะสม

2.2 ผลจากการพัฒนารูปแบบเชิงผลลัพธ์

2.2.1 มีความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.2 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามหลัก UCCARE ได้แก่ มีการทำงานเป็นทีม มีการให้ความสำคัญกับประชาชนและกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย มีการชื่นชมและให้คุณค่า มีการแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และมีการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

2.2.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ระยะที่ 3 ผลการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

3.1 ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในการจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงลดลง เปลี่ยนมาเป็นกลุ่มติดบ้านและติดสังคมเพิ่มขึ้น

3.2 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมาก เพิ่มขึ้น ร้อยละ 75.29

3.4 การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น พบว่า ภายหลังการพัฒนามีการปฏิบัติตามมากกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.5 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังการพัฒนามีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.6 การประเมินความพึงพอใจในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น พบว่า ภายหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมาก เพิ่มขึ้น ร้อยละ 59.31

3.7 เปรียบเทียบบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทอยู่ในระดับมากและมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.8 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลาง ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้านการวางแผน ด้านการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล และการมีส่วนร่วม

ร่วมรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการดำเนินงานตามแผน อยู่ในระดับมากและทุกด้านมากกว่า ก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.9 ความพึงพอใจในการให้บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ภายหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 52.88

3.10 ผลการดำเนินงานตามหลัก UCCARE

3.10.1 ผลการประเมินการดำเนินงานตามหลัก UCCARE จากแนวทางการประเมินการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า กระบวนการ UCCARE จากแนวทางการประเมินการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผลการประเมินผลตามหลัก UCCARE พบว่า ทั้ง 6 องค์ประกอบ ภายหลังการพัฒนา มีระดับการพัฒนา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา

3.10.2 การแปลผลการประเมินตามหลัก UCCARE ในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา ผลการประเมิน ระดับ 3 มีการดำเนินการเป็นระบบ และหรือครอบคลุม ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น ระดับ 4 ระดับการเรียนรู้

5.2 อภิปรายผล

5.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ทั้งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ อยู่ในดับความพึงพอใจน้อย

ในกลุ่มผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น พบว่า การปฏิบัติในการดูแลระยะยาว อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการมีส่วนร่วมทั้งด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงานตามแผน และด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล ยังมีส่วนร่วมน้อยในหลายประเด็น ส่วนความพึงพอใจในการให้บริการ โดยส่วนมากมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า บทบาทในการดูแลระยะยาว ในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกประเด็นอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการ

ส่วนร่วมทั้งด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงานตามแผน ด้านการควบคุมกำกับ และติดตาม ประเมินผล โดยส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง และระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

5.2 รูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจาก ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบาง ดังนั้น จึงต้องมีระบบการดูแลที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น มีระบบส่งต่อที่ เข้าถึงได้ง่าย มีช่องทางการสื่อสารในการดูแล และมีสวัสดิการที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต

5.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงลดลง เปลี่ยนมา เป็นกลุ่มติดบ้านและติดสังคมเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้าน สัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม มีระดับความพึงพอใจมาก เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพณพิชญ์ ศรีรัตนประชากุลและคณะ (2563)

ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น พบว่า ภายหลัง การพัฒนามีการปฏิบัติมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการพัฒนามีระดับความพึงพอใจมาก เพิ่มขึ้น

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะอนุกรรมการ สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีบทบาท มีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวและความพึงพอใจในการให้บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มากเพิ่มขึ้น

ผลการประเมินการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE จากแนวทางการประเมินการ ดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า กระบวนการ UCCARE จากแนวทางการประเมินการ ดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ (1) การทำงานเป็นทีม) มี ทีม พชอ. พชต. และคณะอนุกรรมการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมดำเนินการ (2) การให้ความสำคัญกับ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมบ้าน/เรียนรู้พัฒนาให้ดีขึ้น ผลลัพธ์ ตรงเป้า/แลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับ และออกแบบการดูแลให้ตรงความต้องการของผู้ป่วย (3) การมี ส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย มีการร่วมมือระหว่าง พชอ. ทั้งภาครัฐและเอกชน และญาติ (4) การชื่นชม และให้คุณค่า มีการประกาศเกียรติคุณของผู้บริจาคผ่านสื่อออนไลน์ และให้คุณค่าชื่นชม ผู้ดูแล ผู้ป่วยที่สามารถฟื้นฟูสภาพตนเองได้ มีรางวัลเป็นอุปกรณ์ ตามความต้องการของผู้ป่วย (5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร มีการพัฒนาบทบาทของ พชอ. และ การพัฒนาทักษะ การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของคณะอนุกรรมการ ส่วนการแบ่งปันทรัพยากร มีการระดมทุนช่วยเหลือ และ(6) การแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการแก้ไขปัญหาตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงโดยประเมินจากการเยี่ยมผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือด้านวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล และฟื้นฟูสภาพ

กล่าวโดยสรุป จากผลของการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติ ได้แสดงให้เห็นถึงแนวทาง ความเป็นไปได้ และความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เกิดการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ และสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นผู้ขับเคลื่อน ด้วยการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในอำเภอ ทำให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดและเกิดความต่อเนื่อง ควรมีการทบทวนระบบและปรับปรุงตามสภาพปัญหา และบริบทอย่างสม่ำเสมอ

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ภายหลังจากการพัฒนาระบบและกระบวนการดูแลระยะยาว โดยการบูรณาการความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ด้วยกลไกกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบนี้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาและนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพมาใช้ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มากขึ้น



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามาศิขิตพยาบาลสาร*, 14(3), 385-399.
- กันยาลักษณ์ เตชะพงศ์วรชัย. (2545). ผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- กันต์ฤทัย คลังพล. (2563). การวิจัยแบบผสมวิธี. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 14(1), 235-256.
- เกวลี เชียรวิชัย. (2560). บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- เกสร ลำภาทอง. (2549). *ครอบครัวกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. ปทุมธานี, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ขวัญเรือน กล้าขັນ. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อสลายไม่ได้. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*.
- คณินิจ ศรีบัวเอี่ยม. (2554). ในโครงการ “การทบทวนเอกสารด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย”. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมคุณภาพ, กรุงเทพมหานคร.
- จิราภรณ์ อุ่นเสียม. (2559). พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. *วารสารวิชาการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 11*, 30(4), 261-268.
- จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ. (2552). การสูงอายุทางประชากร และการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอนาคต. กรุงเทพมหานคร : กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ.
- ชุติมา สิ้นชัยวนิชกุล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร. *จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- ชญาส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญมาลิก. (2562). *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 12(2), 193-207
- ชื่นฤทัย กาญจนจิตรรา, ชาย โพธิ์สีดา, กฤตยา อาชวนิจกุล, อุมารณ ภัทรวาณิชย์, กุลวิณ ศิริรัตน์มงคล, หทัยรัตน์ เสียงสูง, และสุภรต์ จรัสสิทธิ์. (2550). *สุขภาพคนไทย*. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), นครปฐม.
- เชียง ภาชิต และพรรณราย เทียมทัน. (2559). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์. *สุทธิปริทัศน์*, 30(94), 112-127.

- ดิลก อ่อนลา. (2563). รูปแบบการบริหารจัดการงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 7(2), 54-67
- ธัญญารัตน์ จินเอี้ยง และศิริลักษณ์ ศุภปีติพร. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- นงนุช แยมวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. *วารสารการแพทย์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 21(1), 37-44.
- นพณพิชญ์ ศรีรัตนประชากุล, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. (2563). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลโปพานอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 6(4), 169-183.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย*. สถาบันผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
- ประเสริฐ โพธิ์มี. (2562). การประเมินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ: ประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 13 (3), 128-136.
- ประนอม โอทกานัน. (2537). *ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถาน สงเคราะห์ผู้สูงอายุ*. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, กรุงเทพฯ.
- ปรีดา พิมพ์ภูลาด. (2556). ผลของการนำแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปะราลี โอภาสนันท์. (2545). *การขยับถ่ายในผู้สูงอายุ*. สำนักพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- ประเวศ ะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. หมออนามัย, 9(6), 13-36.
- ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล. (2563). การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารพยาบาลสงขลาครินทร์*, 40(3), 48-65.
- พระหาวิชัย ดีบัณฑิตเงิน. (2557). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลวังกระแจะ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- เพชรดา ปาจารย์. (2557). *โครงการออกแบบห้องน้ำสำเร็จรูปเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้มของผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- ภัทรารักษ์ ดั่งเรื่อง และนันทินา หาสุทร. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์*, 6(1), 122-134.
- ภาณุ อุดกลั่น. (2553). *ทฤษฎีการสูงอายุ*. แหล่งที่มา: <http://110.164.51.229/newbcnu/attachments/>, 2 มีนาคม 2564.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. สำนักพิมพ์อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), กรุงเทพฯ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. สำนักพิมพ์บริษัท พรินท์เทอรี่ จำกัด 999, กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 14(2), 13.
- ยุทธพล เดชรัตน์ชาติและยิ่งศักดิ์ คชโคตร. (2565). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการธรรมทศวรรษ*, 22(3), 63-80.
- รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์. (2564). การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 1(37), 250-261.
- รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. (2559). *รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธิตศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- รัตน์ บัสนธ์. (2554). วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานทางการศึกษา. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 2(2), 7-20.
- วรเวศน์ สุวรรณระดา, ศิริพันธุ์ สาสัต์ และสุภาภรณ์ คาเรืองฤทธิ์. (2552). *โครงการการเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วลนิภา ฉลากบาง. (2560). การวิจัยแบบผสมผสาน. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 7(2), 124-132.
- วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ. (2559). *โครงการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40.
- ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์, เกื้อ วงศ์บุญสิน, Griensven และ Frits van. (2547). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิราณี ศรีหาภาค, วิบูลย์ วัฒนนามกุล, สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล และกัลยารัตน์ คาคสนิท. (2564). กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(36), 99-114.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *สวัสดิการผู้สูงอายุ: แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์*. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนะวิชัย และธนิกานต์ ศักดาพร. (2552). *บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เจพรีน 2.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *รูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชนและครอบครัว*. มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, กรุงเทพมหานคร.
- ศศินันท์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 197-212.
- สังวาลย์ พงษ์พิสิษฐ์. (2550). *การปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเองหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ*. สำนักพิมพ์บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด, นครปฐม.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2562). *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ*. สำนักพิมพ์ สยามศิลป์, นครสวรรค์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ (เล่ม 1)*. โรงพิมพ์วี.เจ.พรินต์ติ้ง, กรุงเทพฯ.

สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560).

เอกสารประกอบการอธิบาย (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2560. สำนักพิมพ์ บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, นนทบุรี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. สำนักพิมพ์แท็กส์แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด, กรุงเทพฯ.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2560). มติคณะรัฐมนตรี เรื่องระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. https://cabinet.soc.go.th/soc/Program2-3.jsp?top_serl=99326128. 1 มีนาคม 2564.

สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2556). แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2558). ข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL). แหล่งที่มา: <https://www.google.co.th/search?q=การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ&oq=การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ&aqs=chrome..69i57j0l375j0j4&sourceid>, 2 มีนาคม 2564.

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2557). การพัฒนาระบบสุขภาพพระดั่งอำเภอ(DHS) : ความเหมือนที่แตกต่าง. สำนักพิมพ์สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, นนทบุรี.

สุธาสนี ช่วยใจดี. (2556). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวดี เบญจวงศ์. (2541). ผู้สูงอายุ คนแก่และคนชรา: มิติทางสังคมและวัฒนธรรม. มนุษยสังคมสาร. มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง, 54-60.

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 9(3), 57-69.

องอาจ นัยพัฒน์. (2548). วิถีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สามลดา.

- อัมภินิ ลากสมบูรณ์ดี, ศิวลาภ สุขไพบูลย์วัฒน์ และอ้อทิพย์ ราชภูร์นิยม. (2563). การเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และประเทศไทย. *วารสารบริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์และการสื่อสาร*, 15 (1), 74-86.
- อรนิษฐ์ แสงทองสุข. (2562). *การศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานีและนนทบุรี*. สาขาวิชาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- Avi J. Hakim, Kerton R. Victory, Jennifer R. Chevinsky, Marisa A. Hast, Damian Weikum, Lilit Kazazian, Sara Mirza, Roma Bhatkoti, Michelle M. Schmitz, Michael Lynch and Barbara J. Marston. (2021). Mitigation Policies, Community Mobility, and COVID-19 Case Counts in Australia, Japan, Hong Kong, and Singapore. *Journal Pre-proof*. (1 February 2021): 1-17
- Brannen, J. (2005). *Mixed Methods Research : A Discussion Paper*. Retrieved May 2016, from www.eprints.Ncrm.ac.uk/MethodsReviewPap.
- Christiansen, J.L. and J.M. Grzybowski. (1993). *Biology of aging*. Mosby, Saint Louis.
- Counsell, S. R. and et. al. (2007). Geriatric care management for low-income seniors a randomized controlled trial. *JAMA* 298 (22): 2623-2633.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long Term Care. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- Creswel, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting Mixed Methods Research*. 3rd ed. Los Angeles.
- Creswel, J. W. (2015). *A concise Introduction to Mixed method Research*. Los Angeles: Sage.
- Creswel, J. W. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nded.). London : Sage Publications.
- Ihantola, E.M. & Kihn, L.A. (2011). Threats to Validity and Reliability in Mixed Methods Accounting Research. Retrieved
- Creswel, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Edmonds, W. A., & Kennedy, T. D. (2013). *An Applied Reference Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. London: Sage.

- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological nursing*. 6th ed. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Erikson, E.H. (1964). *Insight and Responsibility*. New York : Norton
- Fretwell, M.D. (1993). Aging changes in structure and function, pp. 113-140.
In D.L. Carnevali and M. Patrick, eds. *Nursing management for the elderly*. 3rd ed. Philadelphia: J.B., Lippincott.
- Johnson, R.B. & Christensen, L.B. (2014). *Educational research methods: quantitative, qualitative, and mixed approaches (5th ed.)*. Los Angeles, C.A : Sage
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). *Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come*. Educational Researcher, 33(7), 14–26.
- Jones H. (1996). The Impact of Ageing, pp. 49-61. In L. Wade and K. Waters, eds. *Textbook of gerontological nursing*. Bailliere Tindal, London.
- Jorine Muiser and Guy Carrin. (2007). *Financing long-term care programmes in health systems: With a situation assessment in selected high-, middle- and lowincome countries*. from World Health Organization
http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_6-longtermcare.pdf
- Kato, S., Tsuru, S., and Iizuka, Y. (2013). Models for designing long-term care service plans and care programs for older people. *Journal of Nursing Research and Practice* (25 February 2013): 1-10.
- Klangphahol, K. (2018). *wichai bæp phasom withi* [Mixed method research]. Ang Thong: Vorasin 89.
- Kodner, D., and Kyriacou, C. (2000). Fully integrate care for elderly: Two American models. *International Journal of Integrate Care* 1: November.
- McMillan, J. H., & Schumacher, S. (2010). *Research in education: evidence-based inquiry (7th ed.)*. Boston: Pearson.
- Morse, J.M. (2003). *Principles of mixed method and multi-method research design*. In C. Teddlie and A. Tashakkori (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. London : Sage.

- National Center for Injury Prevention and Control. (2007). *Check for Safety: A HomeFall Prevention Checklist for Older Adults*. Available Source: <https://innovations.ahrq.gov/qualitytools/check-safety-home-fall-prevention-checklist-older-adults>, 1 March 2021.
- Nelda McCall. (2001). *Long Term Care: Definition, Demand, Cost, and Financing in Nelda McCall, editor, Who Will Pay for Long-Term Care*. Retrieved 2021 March 1, from <http://www.ache.org/pubs/1mccall.pdf>
- Pei-Jian Lin , Yih-Chearnng Shiue , Gwo-Hshiung Tzeng and Shan-Lin Huang. (2019). Developing a Sustainable Long-Term Ageing Health Care System Using the DANP-mV Model: Empirical Case of Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16 (1349): 1-33
- Sakiko Itoh, Takahiro Mori , Boyoung Jeon , Noriko Morioka , Tomoko Ito , Xueying Jin , Yasuko Ogata and Nanako Tamiya. (2021) . Comparison of progression of care-need levels among long-term care recipients with and without advanced care management in a rural municipality of Japan: A population-based observational study. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 113, January 2021, 103804.
- Sascha R. Bolt , Jenny T. van der Steen, Irma Mujezinovic´ , Daisy J.A. Janssen, Jos M.G.A. Schols, Sandra M.G. Zwakhalen, Chandni Khemai, Els P.A.G.M. Knapen, Lara Dijkstra, Judith M.M. Meijers. (2020). Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 113: (1-13)
- Schoonenboom, J., & Johnson, R. B. (2017). How to Construct a Mixed Methods Research Design. *Köln Z Soziol*, 69, 107–131.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. B. (2010). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral*. (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Teddlie, C. & Tashakkori, A. (2003). *Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences*. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in the social and behavioral research*. Thousand Oaks, C.A. : Sage.

Theodore H.Koff. (1982). *Long – Term Care An Approach to Serving the Frail Elderly*.

Canada : Little, Brown \$ Company, p.59-63.

Touhy, T.A. and K.F. Jett. (2010). *Ebersole and Hess geriatric nursing and health aging*. 3rd ed. Mosby, St. Louis.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

(2015). *World Population Prospects*. n.p.

World Health Organization. (1995). *A Picture of Health: A Review and Annotated of the Health of Young People in Developing Countries*. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (WHO). (2000). *Home-based long-term care: Report of a WHO study group*. from WHO

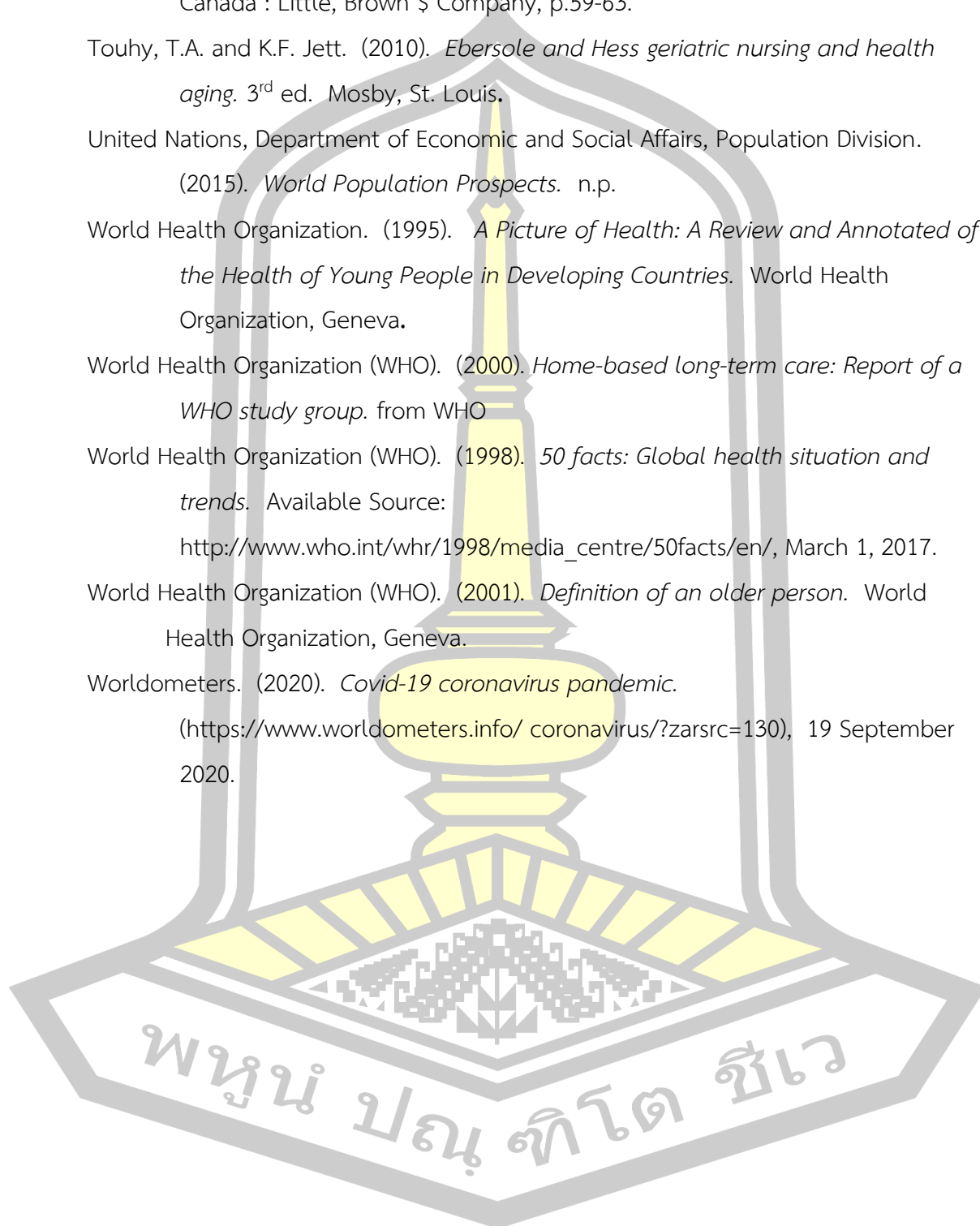
World Health Organization (WHO). (1998). *50 facts: Global health situation and trends*. Available Source:

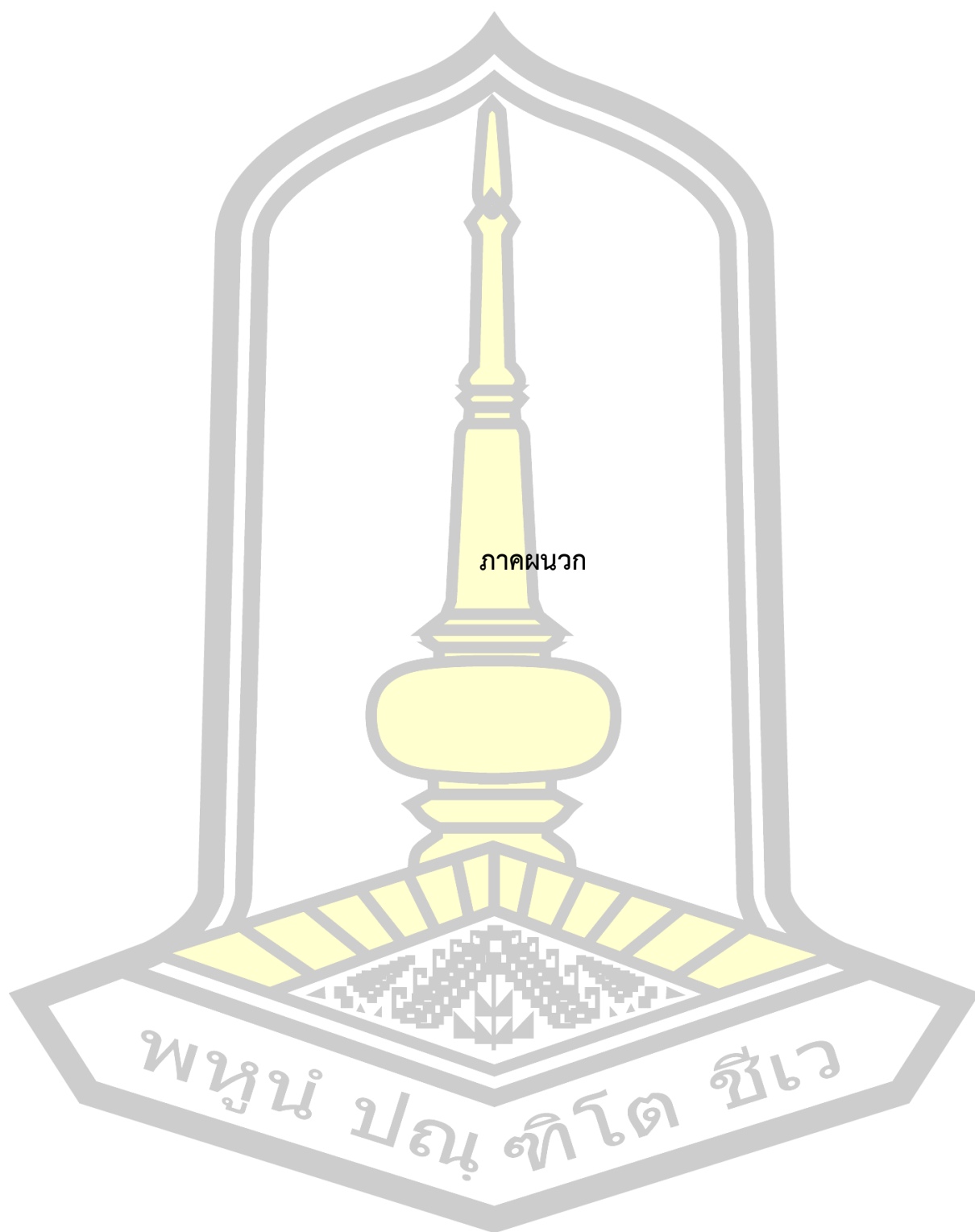
http://www.who.int/whr/1998/media_centre/50facts/en/, March 1, 2017.

World Health Organization (WHO). (2001). *Definition of an older person*. World Health Organization, Geneva.

Worldometers. (2020). *Covid-19 coronavirus pandemic*.

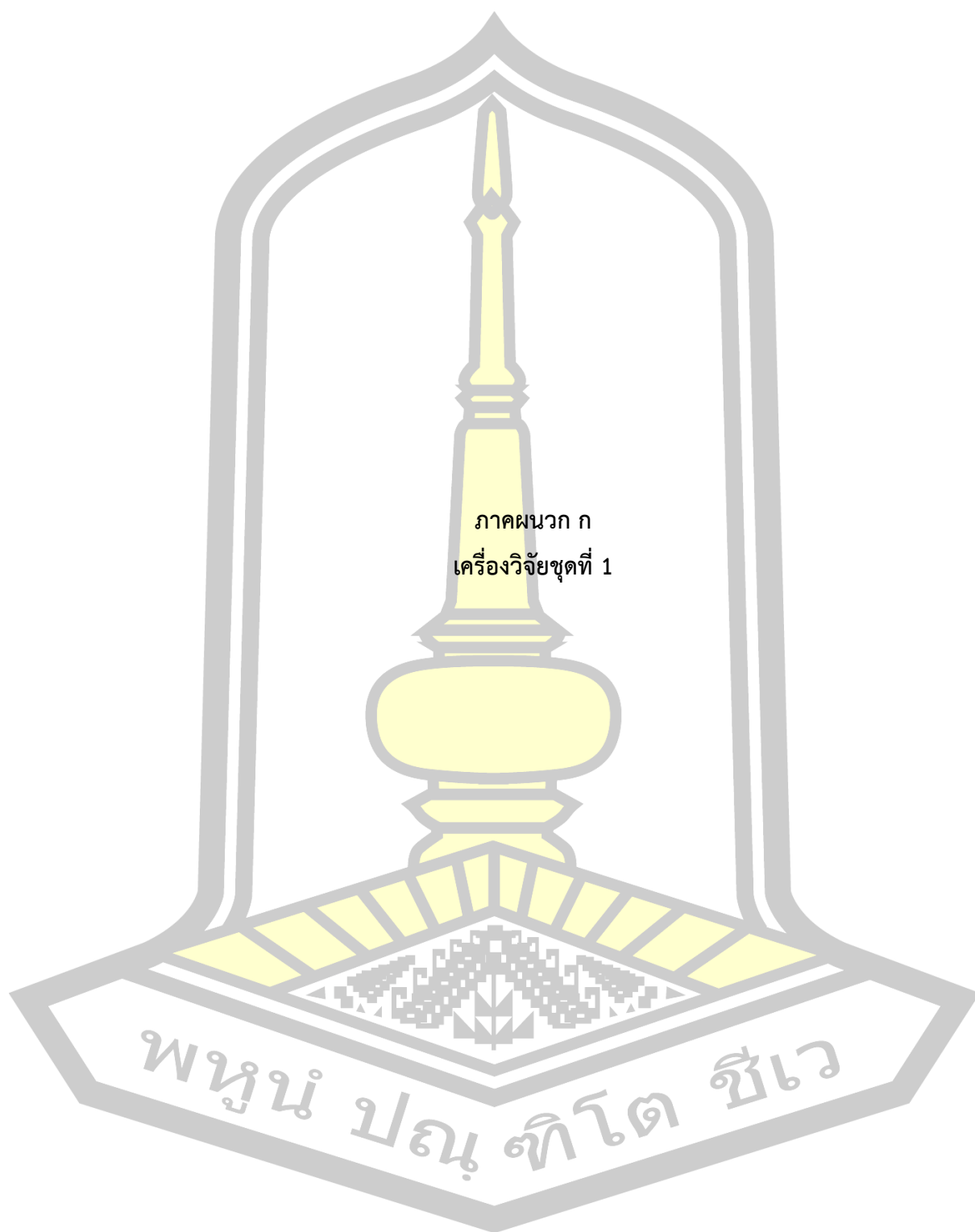
(<https://www.worldometers.info/coronavirus/?zsrc=130>), 19 September 2020.





ภาคผนวก

พูน ปณ จิต ชีเว



เครื่องมือการวิจัยชุดที่ 1

แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้จัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท สภาพปัญหา คุณภาพชีวิต และสอบถามความพึงพอใจในการได้รับการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยข้อมูลที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ในการนำมากำหนดเป็นรายละเอียดการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้ให้ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์นี้ ขอได้โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด และผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบต่องานของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์แต่ประการใด ข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน หรือ ADL	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	จำนวน 26 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ ของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน 22 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์มา ณ โอกาสนี้

นายกานิต มงคลเกตุ

นิสิตปริญญาเอก สาขาสารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด () 2. คู่
 - () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 - () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () 4. อนุปริญญา/ปวส.
 - () 5. ปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า () 6. สูงกว่าปริญญาตรี โปรดระบุ.....
5. ท่านมีรายได้.....บาท/เดือน
6. รายได้ของท่านเพียงพอใช้จ่ายหรือไม่
 - () 1 พอใช้จ่าย () 2 ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน
 - () 3 ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน () 4 เหลือใช้มีไว้เก็บ
7. ลักษณะของครอบครัวในปัจจุบันที่ท่านอาศัยอยู่
 - () 1 ครอบครัวเดี่ยว () 2 ครอบครัวขยาย
8. การได้รับสวัสดิการผู้สูงอายุ
9. ท่านมีโรคประจำตัว.....
10. การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
 - () 1 มีผู้ดูแล () 2 ไม่มีผู้ดูแล

พูน ปณ จิต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index) หรือ ADL

1. Feeding (รับประทานอาหารที่เตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- (0) ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้
- (1) ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
- (2) ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- (0) ต้องการความช่วยเหลือ
- (1) ทำได้เอง (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือเตียงไปยังเก้าอี้)

- (0) ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ)
- (1) ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- (2) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย
- (3) ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา)

- (0) ช่วยตัวเองไม่ได้
- (1) ทำได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- (2) ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากชักโครกได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังเสร็จธุระ ถอดเสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- (0) เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- (1) ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- (2) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- (3) เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- (0) ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- (1) ช่วยเหลือตัวเองได้ราวร้อยละ 50
- (2) ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- (0) ไม่สามารถทำได้
- (1) ต้องการคนช่วย
- (2) ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- (0) ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
- (1) อาบน้ำได้เอง

9. Bowel (การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- (0) กลั่นไม่ได้ หรือต้องการ การสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- (1) กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- (2) กลั่นได้ปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- (0) กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
- (1) กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- (2) กลั่นได้ปกติ

คะแนนรวม.....

ลงชื่อผู้ทำการประเมิน.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

พูน ปณ จิต ชีเว

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้จะใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้สำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย / ในคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ รู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่สมบูรณ์พอใจมากที่สุด

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	คำตอบ				
		ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย					
1	การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
2	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
3	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด					
4	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
5	ท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน					
6	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
7	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดีเพียงใด					

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	คำตอบ				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ					
8	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่นมีความสุข ความสงบมีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
9	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
10	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
11	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
12	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่นรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
13	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม					
14	ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
15	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
16	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม					
17	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
18	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
19	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ ตามความจำเป็นเพียงใด					
21	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านมีโอกาสที่ได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
23	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
24	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม					
25	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้จะใช้วัดความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย / ในคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับน้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง

มาก หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมาก

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมากที่สุด

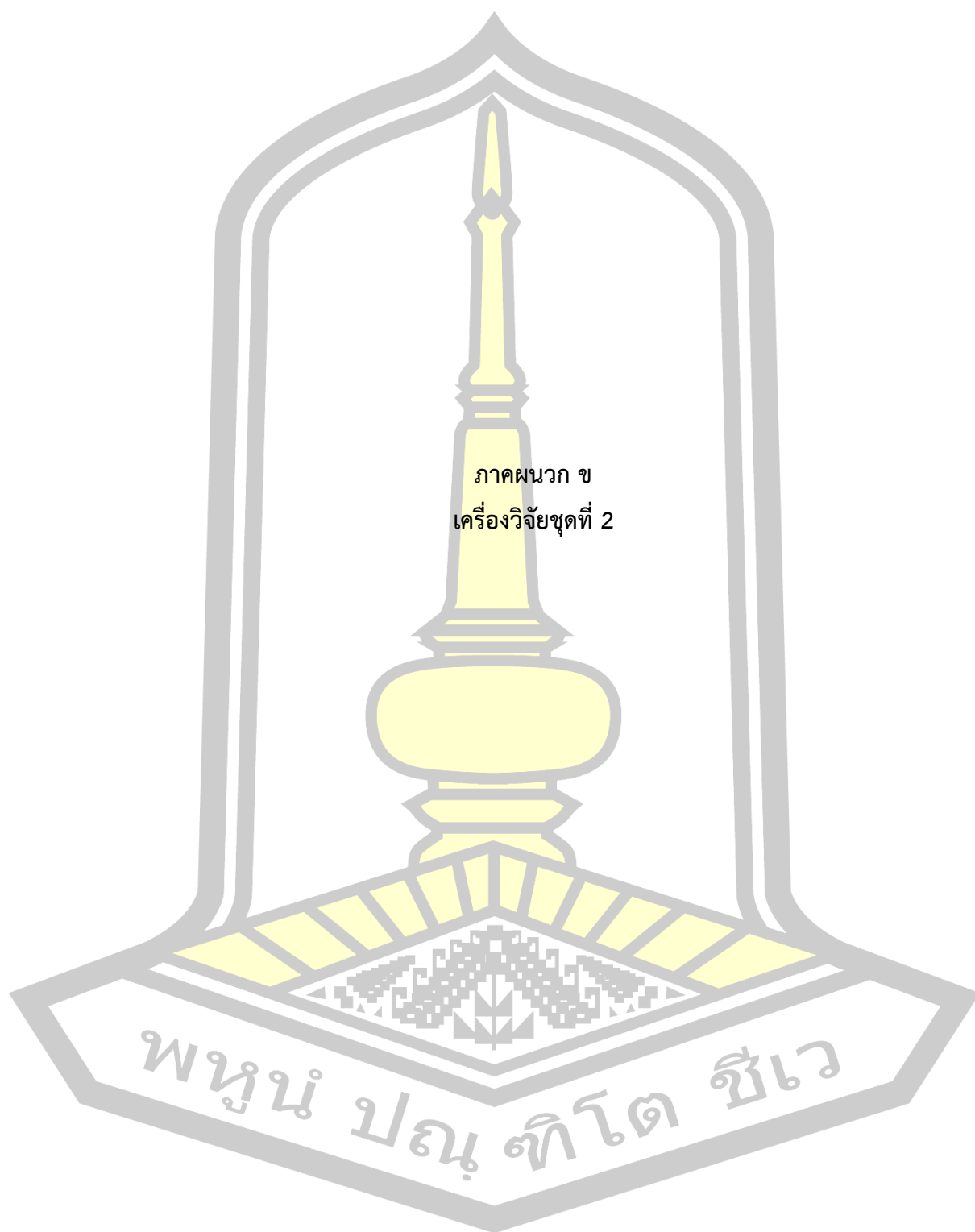


ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความพึงพอใจในการได้รับบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
บริการด้านสาธารณสุข					
บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล					
1. การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)					
2. การตรวจสุขภาพในช่องปาก และคำแนะนำ					
3. การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า					
4. การตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ					
5.การให้บริการวัคซีนป้องกันโควิด-19 และการตรวจ ATK แก่ผู้สูงอายุที่เสี่ยง					
6. การประเมินความต้องการดูแลของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด					
บริการดูแลที่บ้าน สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค.					
7.การเยี่ยมบ้าน ดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย ดูแลป้อนอาหารในผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลประจำครอบครัว					
8. การให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค					
9. การให้คำแนะนำดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุ					
10. การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ					
11. การให้คำแนะนำป้องกันโควิด-19 เช่น สวมหน้ากาก ล้างมือบ่อย ๆ กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ แก่ผู้ดูแล					
บริการกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด					
12. เยี่ยมบ้านให้บริการฟื้นฟูสภาพตามปัญหาที่พบ					
13. ให้คำแนะนำและฝึกตะแคงตัวทุก 2 ชม.ในผู้สูงอายุติดเตียง					

ความพึงพอใจในการได้รับบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
14. ให้คำแนะนำการทำยัดเหยียดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุติดเตียง					
บริการด้านการพยาบาล และอุปกรณ์เครื่องช่วยทาง การแพทย์					
15. ให้คำแนะนำการดูแลแผลกดทับ/การทำแผล					
16. ให้คำแนะนำการดูแลการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยเหนื่อยหอบ					
17. การให้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวด					
18. การให้คำแนะนำการให้อาหารทางสายยาง/การทำอาหารเฉพาะโรค					
19. การให้คำแนะนำการทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องช่วย ทางการแพทย์					
บริการด้านสังคม					
20. การบริการช่วยเหลืองานบ้านแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ประจำครอบครัว เช่น การทำความสะอาดบ้าน การจัด สิ่งแวดล้อมในบ้านให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สะดวก					
21. การบริจาคอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคมตามความต้อง/ ปัญหา เช่น การให้แพมเพิส ให้รถเข็น ให้ข้าวสาร อาหารแห้ง เงินค่ารถไปพบแพทย์					
22. ความพึงพอใจการให้บริการโดยรวม					

“ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์”



เครื่องมือการวิจัยชุดที่ 2

แบบสอบถามสำหรับ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และ
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community)

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

คำชี้แจง :

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยจึงขอความกรุณาจากท่านได้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 2 การปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 17 ข้อ
- ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ
- ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ
- ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

นายกานิต มงคลเกตุ

นิสิตปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พนุน ปณ จิตโต ชีเว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี (อายุปีเต็ม)
3. ระดับการศึกษา

() 1. ประถมศึกษา	() 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
() 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	() 4. อนุปริญญา/ปวส.
() 5. ปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า	() 6. สูงกว่าปริญญาตรี โปรดระบุ.....
4. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 2. คู่
() 3. หม้าย	() 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่
5. อาชีพหลัก

() 1. เกษตรกรรม	() 2. รับจ้าง
() 3. ค้าขาย	() 4. รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ
() 5. ธุรกิจส่วนตัว	() 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

() 1. ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)
() 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)
() 3. อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community)
8. ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา.....ปี
9. จำนวนผู้สูงอายุที่ท่านดูแล มีจำนวนทั้งหมด.....คน
 ประเภทผู้สูงอายุที่ท่านดูแล

ติดสังคม จำนวน.....คน
ติดบ้าน จำนวน.....คน
ติดเตียง จำนวน.....คน
10. ที่ผ่านมาท่านได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่

() 1. ไม่ได้รับ	() 2. ได้รับ จำนวนเงินเฉลี่ย.....บาท/เดือน
------------------	---

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

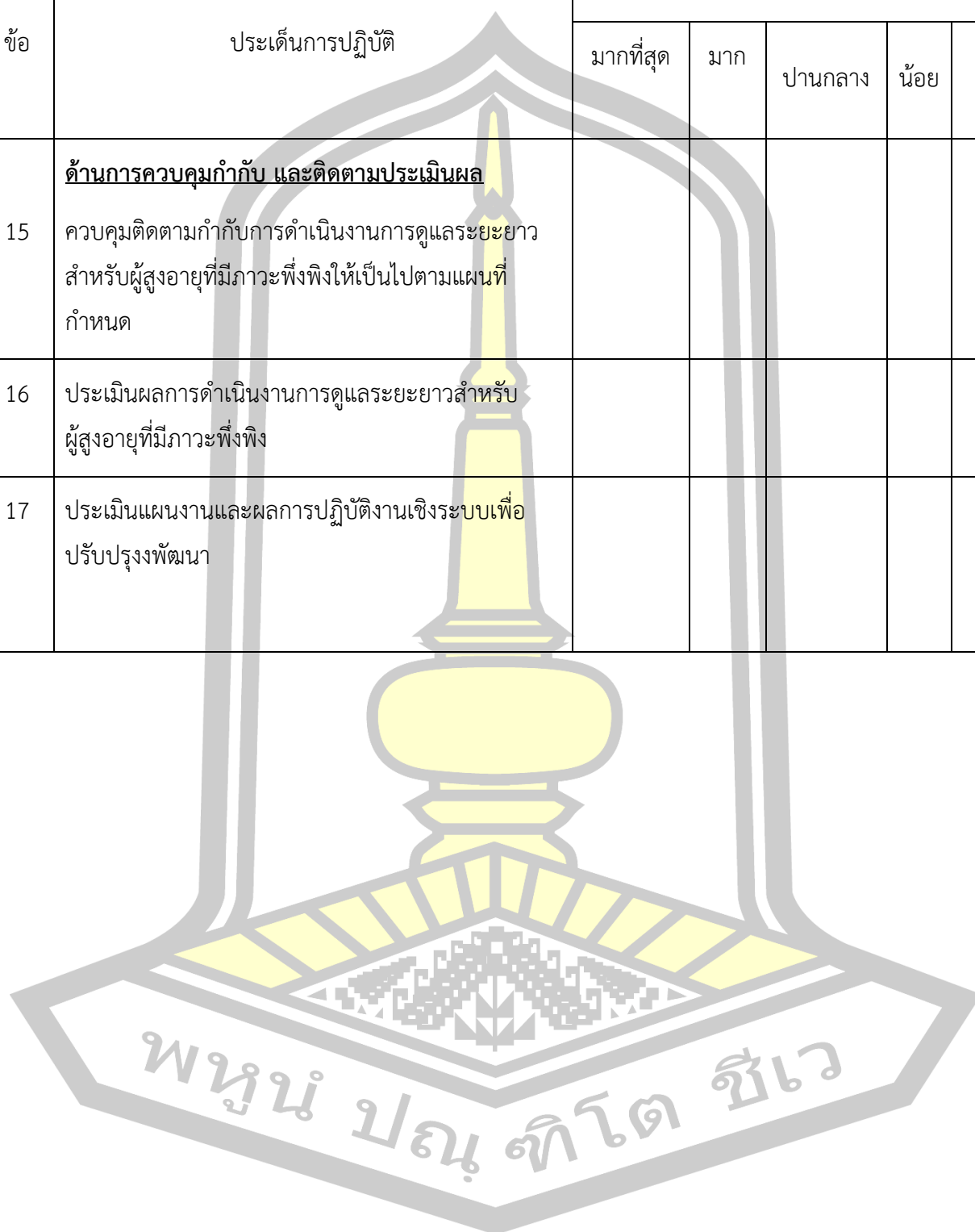
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดใน 1 ปี

มากที่สุด หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าวทุกครั้ง
 มาก หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าว 8-11 ครั้ง
 ปานกลาง หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าว 5-7 ครั้ง
 น้อย หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าว 1-4 ครั้ง
 น้อยที่สุด หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าว

ข้อ	ประเด็นการปฏิบัติ	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	<u>ด้านการวางแผน</u> การสำรวจข้อมูล คัดกรอง ตรวจประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
2	การจัดทำข้อมูลดูแลทั้งเชิงรุกและเชิงรับ					
3	การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan)					
4	การประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference)					
5	การประสานการปฏิบัติงานการดูแลตามแผน					
6	<u>ด้านการดำเนินงานตามแผน</u> ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น					
7	ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ					

ข้อ	ประเด็นการปฏิบัติ	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8	สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ					
9	ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ					
10	เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด					
11	<u>ด้านการดำเนินงานตามแผน (ต่อ)</u> กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียม ปรง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือ ให้สะอาดอยู่เสมอ					
12	จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง					
13	ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง					
14	จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน					

ข้อ	ประเด็นการปฏิบัติ	การปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
15	<u>ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล</u> ควบคุมติดตามกำกับกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามแผนที่ กำหนด					
16	ประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
17	ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อ ปรับปรุงพัฒนา					



ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุดใน 1 ปี

มากที่สุด	หมายถึง มีส่วนรวมในขอความดังกล่าวกทุกครั้ง
มาก	หมายถึง มีส่วนรวมในขอความดังกล่าวก 8-11 ครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง มีส่วนรวมในขอความดังกล่าวก 5-7 ครั้ง
น้อย	หมายถึง มีส่วนรวมในขอความดังกล่าวก 1-4 ครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง ไม่มีส่วนรวมในขอความดังกล่าวก

ข้อ	ประเด็นการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	<u>ด้านการวางแผน</u> ท่านมีส่วนร่วมในการระดมภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ. แม่ข่าย อสม. อพส. ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อร่วมหารือ กำหนดบทบาทในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
2	ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
3	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
4	ท่านมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
5	ท่านมีส่วนร่วมในการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ					
6	ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด					

ข้อ	ประเด็นการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7	ท่านมีส่วนร่วมในการนำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ญาติที่เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference) เพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแลให้เหมาะสม เป็นไปได้					
8	<u>ด้านการดำเนินงานตามแผน</u> ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจ และจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก					
9	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดบริการเชิงรุก/บริหารการบริการ ตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ ตามแผนการดูแล					
10	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการด้านการพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วย เป็นต้น					
11	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน เป็นต้น					
12	ท่านมีส่วนร่วมในการเสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ					
13	ท่านมีส่วนร่วมในการแสวงหา ประสานความร่วมมือจาก อปท. สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน พมจ.ร่วม จัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ					

ข้อ	ประเด็นการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
14	<u>ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล</u> ท่านมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามกำกับกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด					
15	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					



ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด
 มาก หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมาก
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง
 น้อย หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อย
 น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ข้อ	ประเด็นความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ด้านการวางแผน ท่านมีความพึงพอใจในการระดมภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ.แม่ข่าย อสม. อผส. ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อร่วมหารือกำหนดบทบาทในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
2	ท่านมีความพึงพอใจในการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
3	ท่านมีความพึงพอใจในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มา ของปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง					
4	ท่านมีความพึงพอใจในการเลือกวิธีการและวางแผนใน การแก้ปัญหาในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง					
5	ท่านมีความพึงพอใจในการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิง ของผู้สูงอายุ					
6	ท่านมีความพึงพอใจในการวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด					

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	ความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7	ท่านมีความพึงพอใจในการนำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ญาติที่เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference) เพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแลให้เหมาะสม เป็นไปได้					
8	<u>ด้านการดำเนินงานตามแผน</u> ท่านมีความพึงพอใจในการสำรวจ และจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก					
9	ท่านมีความพึงพอใจในการจัดบริการเชิงรุก/บริหารการบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ ตามแผนการดูแล					
10	<u>ด้านการดำเนินงานตามแผน (ต่อ)</u> ท่านมีความพึงพอใจในการจัดบริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการกายภาพบำบัด บริการด้านการพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องช่วย เป็นต้น					
11	ท่านมีความพึงพอใจในการจัดบริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน เป็นต้น					
12	ท่านมีความพึงพอใจในการเสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ					
13	ท่านมีความพึงพอใจในการแสวงหา ประสานความร่วมมือจาก อปท. สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน พมจ.ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ					

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	ความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
14	ด้านการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล ท่านมีความพึงพอใจในการควบคุมติดตามกำกับ การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด					
15	ท่านมีความพึงพอใจในการประเมินผลการดำเนินงาน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....

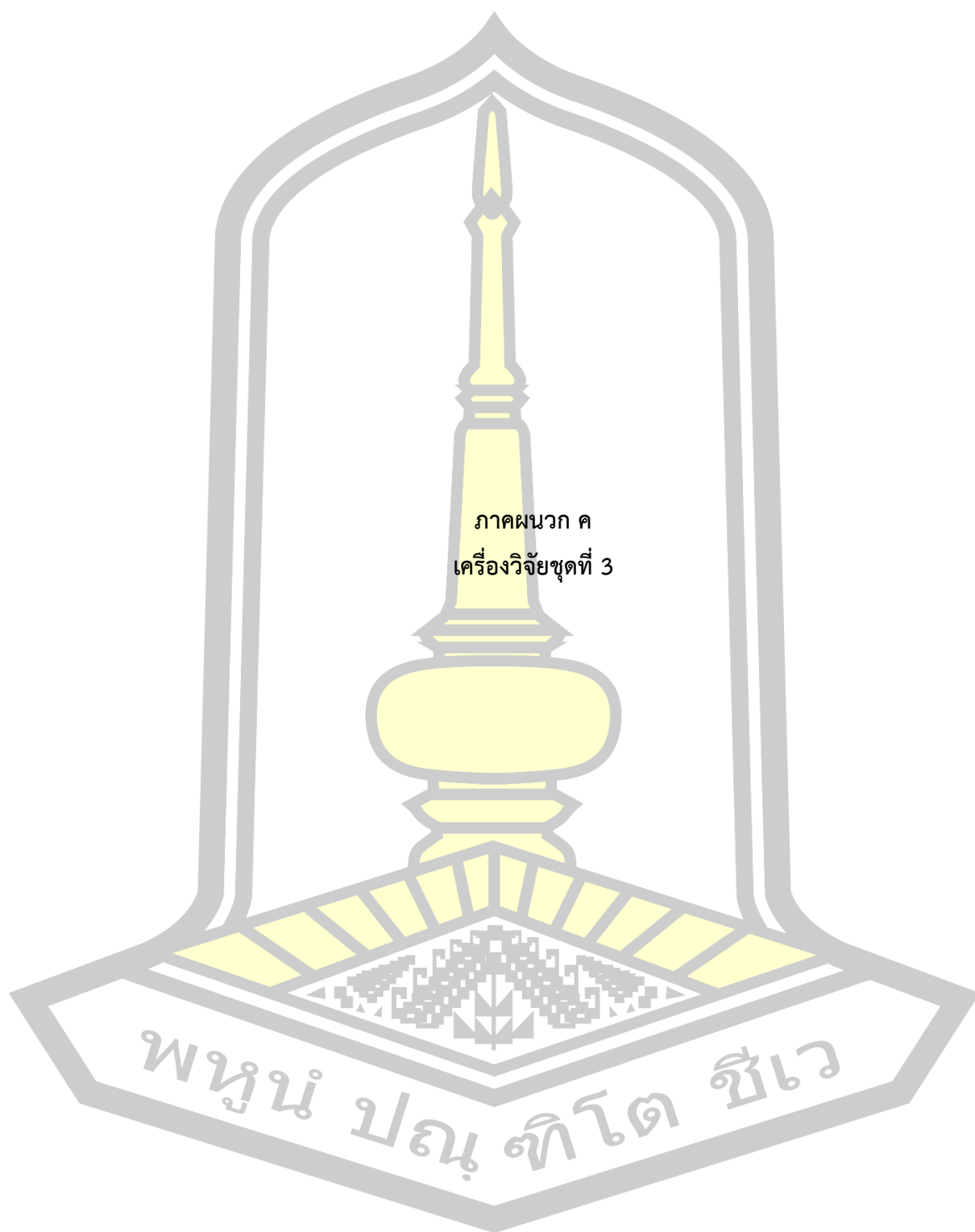
.....

.....

.....

“ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม”





เครื่องมือการวิจัยชุดที่ 3

แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการในพื้นที่

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

คำชี้แจง :

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยจึงขอความกรุณาจากท่านได้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 8 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 บทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการให้บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง | จำนวน 12 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ | |

ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

นายกานิต มงคลเกตุ

นิสิตปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี (อายุปีเต็ม)
3. ระดับการศึกษา

() 1. ประถมศึกษา	() 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
() 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	() 4. อนุปริญญา/ปวส.
() 5. ปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า	() 6. สูงกว่าปริญญาตรี โปรดระบุ.....
4. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 2. คู่
() 3. หม้าย	() 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่
5. อาชีพหลัก

() 1. เกษตรกรรม	() 2. รับจ้าง
() 3. ค้าขาย	() 4. รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ
() 5. ธุรกิจส่วนตัว	() 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. ตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

() 1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>() 1.1 ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ โปรดระบุตำแหน่ง.....</td> </tr> <tr> <td>() 1.2 ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ โปรดระบุตำแหน่ง.....</td> </tr> <tr> <td>() 1.3 ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ โปรดระบุตำแหน่ง.....</td> </tr> </table>	() 1.1 ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ โปรดระบุตำแหน่ง.....	() 1.2 ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ โปรดระบุตำแหน่ง.....	() 1.3 ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ โปรดระบุตำแหน่ง.....
() 1.1 ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ โปรดระบุตำแหน่ง.....			
() 1.2 ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ โปรดระบุตำแหน่ง.....			
() 1.3 ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ โปรดระบุตำแหน่ง.....			
() 2. คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง			
() 3. คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)			
() 4. คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง			
8. ระยะเวลาดำรงตำแหน่งใน ข้อ 7. รวมระยะเวลา.....ปี

พณ บณ จิต ชเว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินบทบาทในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับบทบาทของท่านมากที่สุดใน 1 ปี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีบทบาทในข้อความดังกล่าวทุกครั้ง
มาก หมายถึง ท่านมีบทบาทในข้อความดังกล่าว 8-11 ครั้ง
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีบทบาทในข้อความดังกล่าว 5-7 ครั้ง
น้อย หมายถึง ท่านมีบทบาทในข้อความดังกล่าว 1-4 ครั้ง
น้อยที่สุด หมายถึง ไม่มีบทบาทในข้อความดังกล่าว

ลำดับ	ประเด็นการมีบทบาท	การมีบทบาท				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ด้านการร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมคิด วิเคราะห์และกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหาที่พบใน ประชาชนกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่					
2	ร่วมกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง แผนยุทธศาสตร์ /แผนงาน เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่					
3	ร่วมกำหนดหรือพิจารณาแผนงบประมาณที่จะใช้พัฒนาการ ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง					
4	ร่วมสนับสนุนและส่งเสริมให้มีความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และหน่วยงานต่าง ๆ					
5	สนับสนุนให้ชุมชน/ประชาชนเข้าร่วมในการช่วยเหลือกลุ่ม ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
6	ด้านการร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็มส่วนขาด ร่วมดำเนินการเรื่อง สิทธิประโยชน์ตามสิทธิหลักประกัน สุขภาพให้กับกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
7	ร่วมสนับสนุนให้นำทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น ภาคเอกชน ประชาชนมาร่วมในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่					
8	ร่วมติดตาม กำกับให้มีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมี ประสิทธิภาพและเหมาะสม					
9	ร่วมพิจารณา และจัดสรรการใช้ทรัพยากรเงิน วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ ในการช่วยเหลือประชาชนกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงใน พื้นที่					

ลำดับ	ประเด็นการมีบทบาท	การมีบทบาท				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10	<u>ด้านการขับเคลื่อนและประเมินผล</u> ร่วมนำแผนงานที่กำหนดโดยคณะกรรมการ ไปดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมาย					
11	ร่วมดำเนินงานตามรูปแบบที่วางไว้โดยประสาน เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน					
12	ร่วมรับฟังคำร้องทุกข์ ความต้องการ จากผู้มีภาวะพึ่งพิง นำมาเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการ					
13	ร่วมให้ช่วยเหลือ เยียวยา เมื่อเกิดภาวะวิกฤต หรือเกิดความเดือดร้อนของผู้มีภาวะพึ่งพิง					
14	ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเยี่ยมเสริมพลังในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม.					
15	ร่วมประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่					



ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุดในปี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าวทุกครั้ง

มาก หมายถึง มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว 8-11 ครั้ง

ปานกลาง หมายถึง มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว 5-7 ครั้ง

น้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว 1-4 ครั้ง

น้อยที่สุด หมายถึง ไม่มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว

ลำดับ	ประเด็นการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	การมีส่วนร่วมตัดสินใจ รับฟังสภาพปัญหา ข้อมูลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
2	การนำเสนอปัญหาและร่วมอภิปราย แก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
3	แสดงความคิดเห็นในการจัดลำดับความสำคัญปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
4	ประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย ในการดำเนินงานแก้ไขการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
5	การจัดทำแผนงานโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
6	การมีส่วนร่วมดำเนินงาน ประชุมชี้แจงแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อภาคีเครือข่าย/ประชาชนในชุมชน					
7	การติดต่อ ประสานงานกับภาคีเครือข่าย ให้เข้าร่วมดำเนินงานตามโครงการแก้ไขการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
8	การประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
9	การกำหนด บทบาท ผู้รับผิดชอบงาน ในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					

ลำดับ	ประเด็นการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10	ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน โครงการ แก้ไขปัญหาความเสี่ยง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
11	การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ การค้นหาปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
12	การพิจารณาทบทวน วิธีการดำเนินงานแผนงาน โครงการแก้ไข ปัญหาความเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
13	การให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง แผนงาน โครงการแก้ไข ปัญหา ความเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
14	การกำหนดผลสำเร็จของแผนงาน โครงการ แก้ไขปัญหา ความเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
15	การนำผลที่ได้จากการทบทวน ไปดำเนินงานในชุมชน					
16	การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล การติดตาม ประเมินผล แผนงาน โครงการแก้ไข ปัญหา การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
17	การสรุปผลการดำเนินงาน และวิเคราะห์ผลของแผนงาน โครงการแก้ไข การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
18	การนำผลของการวิเคราะห์แผนงาน โครงการมาปรับปรุงให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น					
19	การชี้แจงผลการดำเนินงานแก้ไข ปัญหา ความเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ประชาชนในชุมชนรับทราบ					
20	ขยายผลการดำเนินงาน โดยสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนมี ส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่มี ภาวะพึ่งพิง					

พูน ปรุ จิต ชีเว

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลระยะยาวในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง แบบประเมินความพึงพอใจชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลความคิดเห็นของคณะกรรมการ พชอ. พชต. อนก.LTC ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบสอบถามนี้ไม่มีข้อใดถูกหรือผิด ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้ จะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อท่านแต่อย่างใด และถูกเก็บเป็นความลับ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอำเภอสรีสงคราม จังหวัดนครพนม ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงขอให้ท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามตามความจริงให้ครบถ้วน โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ และกรอกข้อความให้สมบูรณ์

ระดับ 5 = มากที่สุดหรือดีมาก

ระดับ 4 = มากหรือดี

ระดับ 3 = ปานกลางหรือพอใช้

ระดับ 2 = น้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน

ระดับ 1 = น้อยที่สุดหรือต้องปรับปรุงแก้ไข

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
	1	2	3	4	5
1. ความพึงพอใจต่อแนวนโยบาย					
1.1 การกำหนดประเด็นปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
1.2 เจ้าหน้าที่มีแผนการออกปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน					
1.3 เจ้าหน้าที่ จัดให้มีผู้รับผิดชอบ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน					
2. ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการดำเนินงาน					
2.1 มีการแจ้งข้อมูลข่าวสาร ขั้นตอนในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเดือนละ 1 ครั้ง					
2.2 มีการประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
2.3 เจ้าหน้าที่สอบถามเพื่อรับทราบข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
3. ความพึงพอใจต่อสิ่งสนับสนุน/อำนวยความสะดวก					
3.1 งบประมาณสนับสนุนการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง					
3.2 การสนับสนุน สิ่งของ วัสดุที่จำเป็นในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง					
3.3 การสนับสนุน สื่อความรู้ต่าง ๆ ในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง					
4. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ					
4.1 กิจกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ					
4.2 ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น					
4.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
5. ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโดยรวม					
ท่านมีความพึงพอใจโดยภาพรวมทุก ๆ ด้าน ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอำเภอศรีสงคราม					

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....

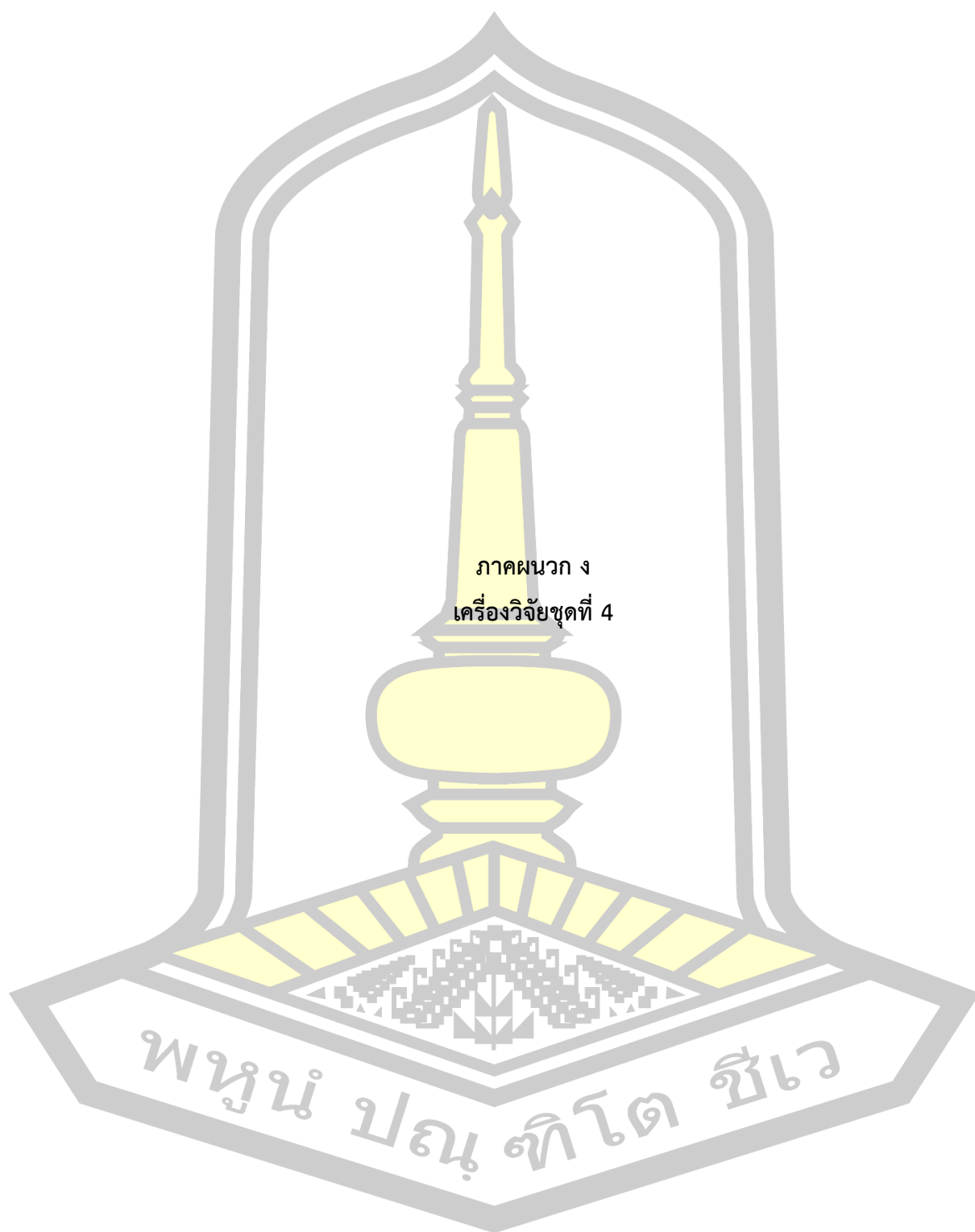
.....

.....

.....

“ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม”

พูน ปณ จิตโต ชีเว



แบบประเมินระดับการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

คำชี้แจง ใส่ระดับการพัฒนาของแต่ละองค์ประกอบ ตามข้อมูลที่ท่านได้รับตามความเป็นจริง

องค์ประกอบ	ระดับการพัฒนา	หมายเหตุ
1. การงานเป็นทีม (Unity Team)		
2. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus)		
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)		
4. การชื่นชม และให้คุณค่า (Appreciation)		
5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)		
6. การแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Essential care)		

หมายเหตุ รับฟังการอธิบาย และทำความเข้าใจ ในแนวทางการประเมินตามคู่มือ ก่อนประเมินตามแบบประเมินนี้

ผลการประเมินแต่ละด้าน มี 5 ระดับ ดังนี้

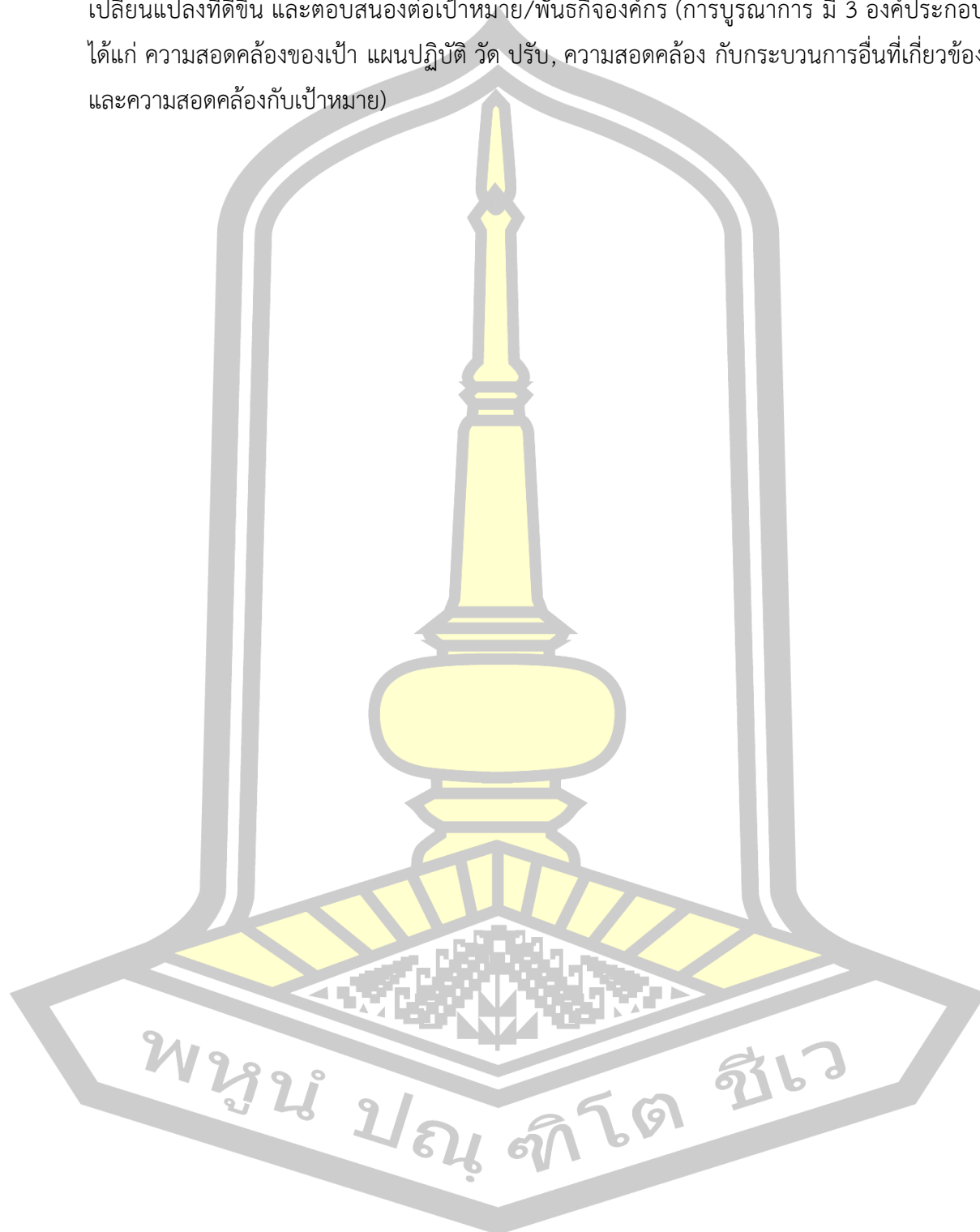
ระดับ 1 มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)

ระดับ 2 มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม

ระดับ 3 มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่ อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่ อย่างไร และคนที่ทำ ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่ อย่างไร)

ระดับ 4 มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)

ระดับ 5 มีการบูรณาการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผนปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้อง กับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมาย)



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นายกามนิต มงคลเกตุ
วันเกิด วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2517
สถานที่เกิด อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 98 หมู่ที่ 15 ตำบลนาทม อำเภอนาทม
จังหวัดนครพนม รหัสไปรษณีย์ 48140
ตำแหน่งหน้าที่การงาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)
สถานที่ทำงานปัจจุบัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง อำเภอเมือง
จังหวัดนครพนม รหัสไปรษณีย์ 48150
ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2537 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
พ.ศ. 2540 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.)
สาขาการบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2550 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)
สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.)
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทัต ชีเว