



การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัด
อุบลราชธานี

วิทยานิพนธ์
ของ
พัศวรรณ์ เจริญวงศ์

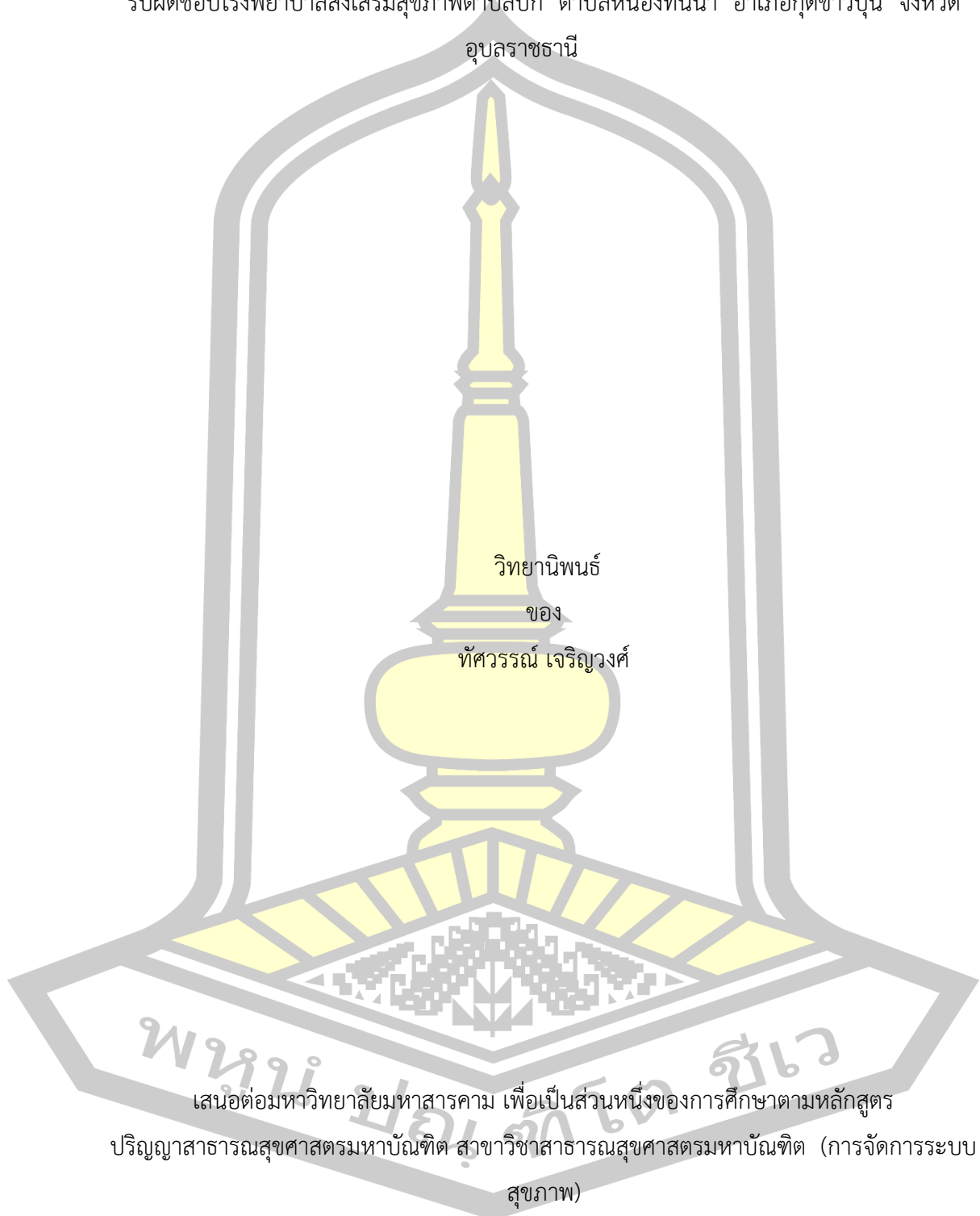
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบรืบาลผู้สูงอายุในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอกุศขาวุ่น จังหวัด

อุบลราชธานี



วิทยานิพนธ์

ของ

ที่ศวรรณ์ เจริญวงศ์

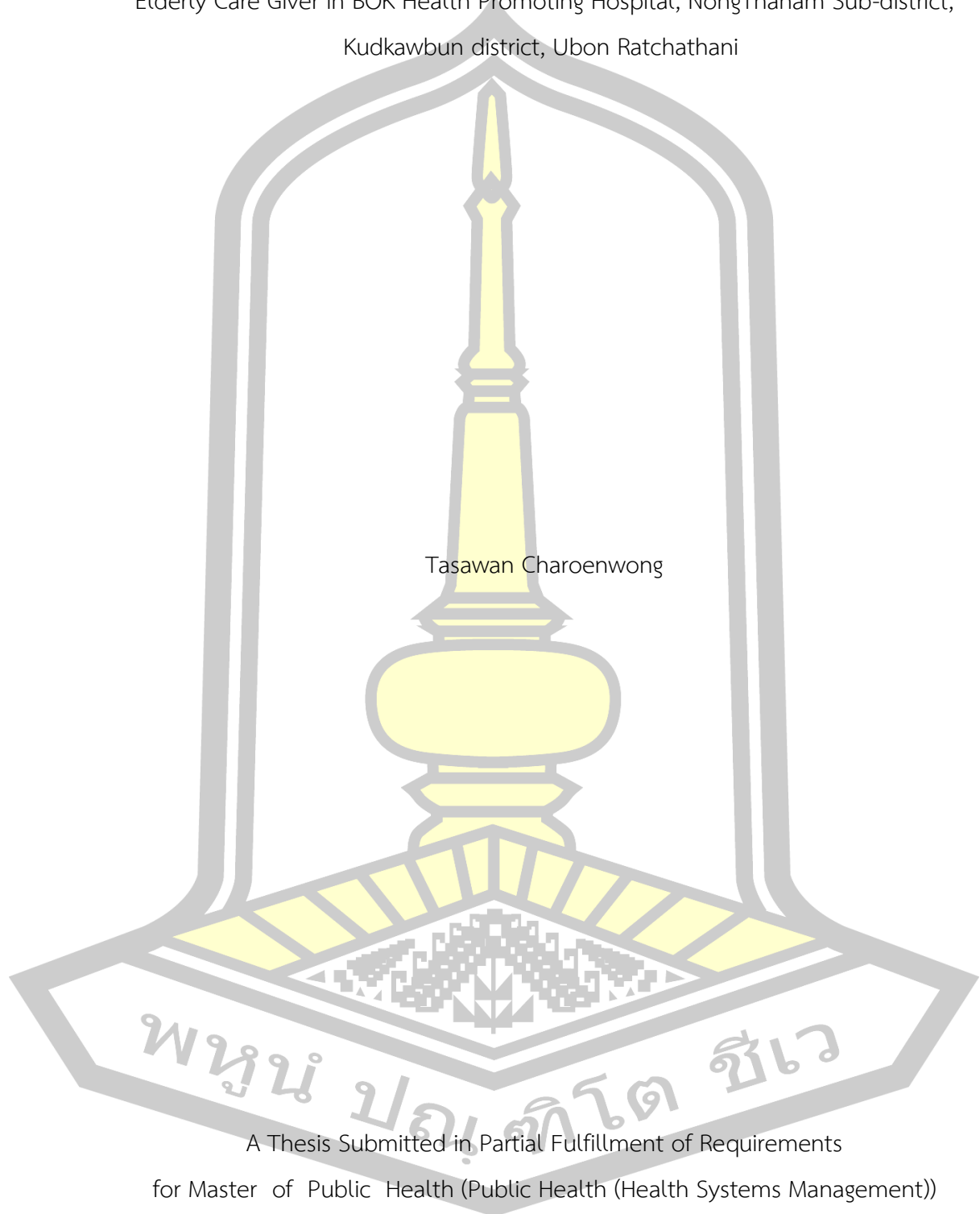
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of the model for the Home-bound Elderly Care in Community through
Elderly Care Giver in BOK Health Promoting Hospital, NongThanam Sub-district,
Kudkawbun district, Ubon Ratchathani



Tasawan Charoenwong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Systems Management))

August 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางทศวรรณ เจริญวงศ์
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. วิโรจน์ เขมรัมย์)

.....กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. สุพัตรา วัฒนเสน)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

..... (รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

..... (ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

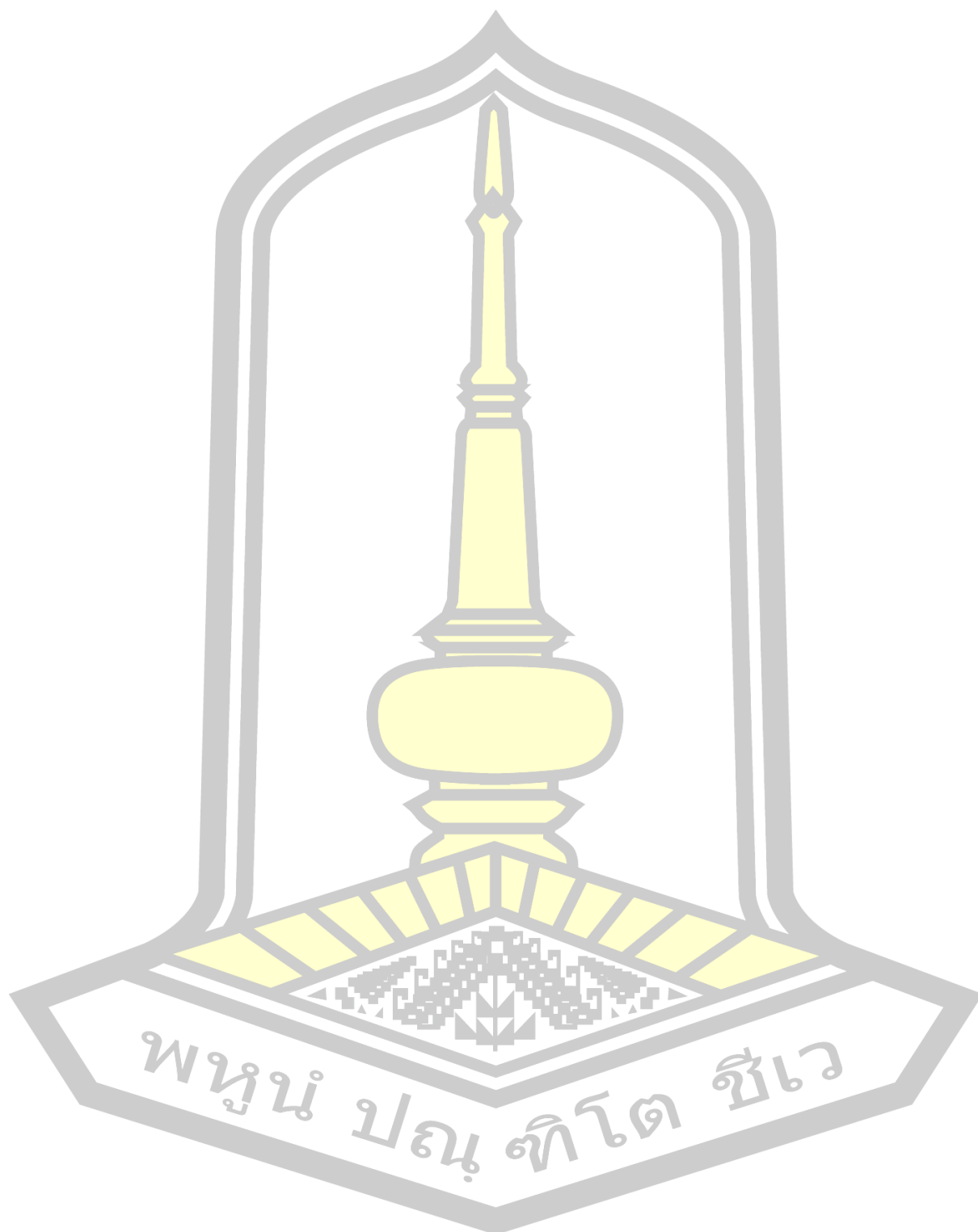
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรบิบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองพันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	ทัศวรรณ เจริญวงศ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดี อาจารย์ ดร. วิโรจน์ เขมรัมย์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2562

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรบิบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) สุ่มตัวอย่างจากจากกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง, บุคลากรสาธารณสุข ผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวน 119 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานคือ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบท/ข้อมูลพื้นฐาน 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 4) การวางแผนดำเนินงาน 5) อบรมฟื้นฟูนักรบิบาลผู้สูงอายุ 6) ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 7) การสังเกต ติดตาม และ 8) ประเมินผล และถอดบทเรียน ภายหลังจากพัฒนาแบบ พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อแบบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบสรุปได้ว่าปัจจัยด้านความสำเร็จที่สำคัญประกอบด้วย 1) การมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน 2) การพัฒนาศักยภาพของนักรบิบาลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4) งบประมาณสนับสนุนเพียงพอ

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, นักบริบาลผู้สูงอายุ



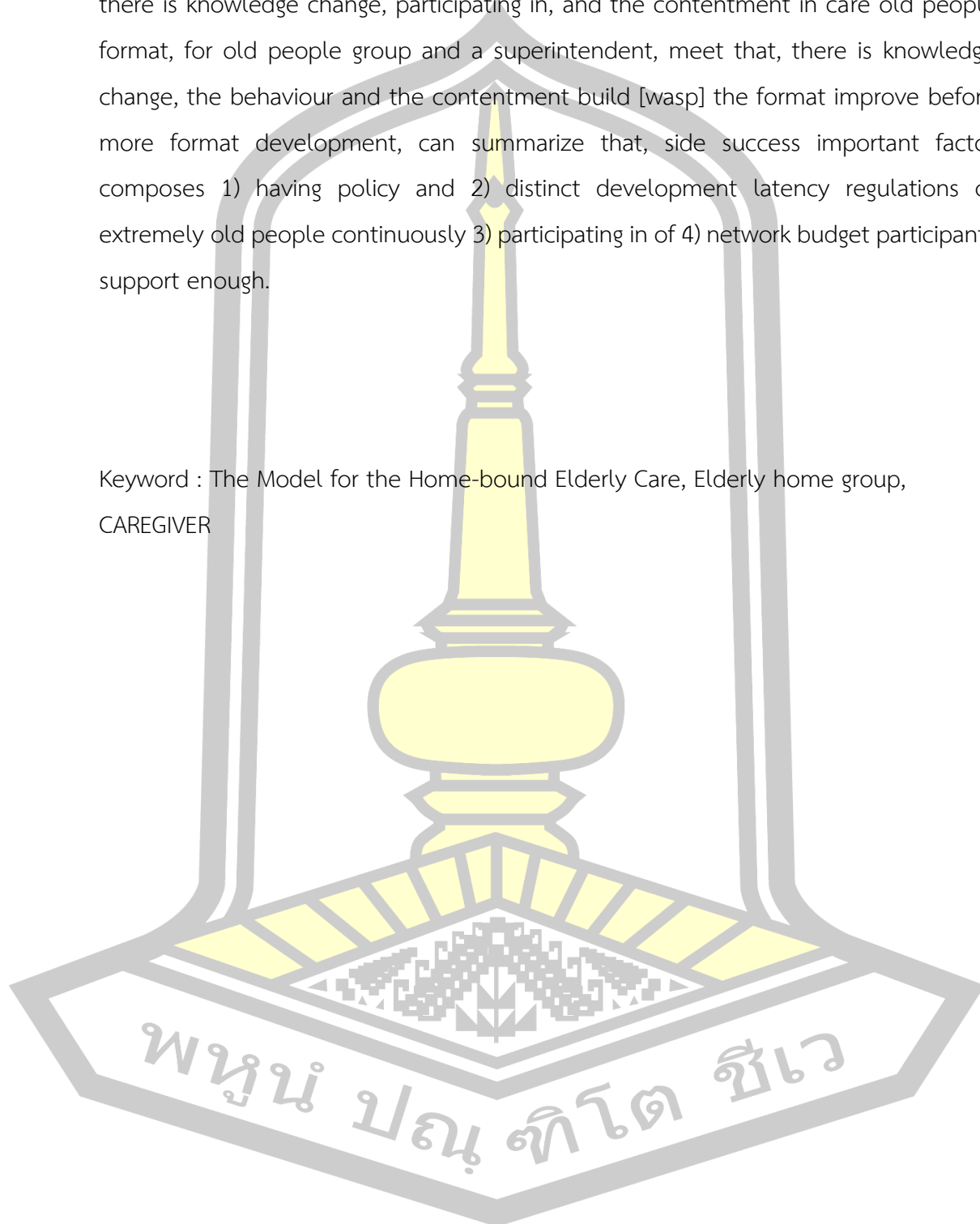
TITLE	Development of the model for the Home-bound Elderly Care in Community through Elderly Care Giver in BOK Health Promoting Hospital, NongThanam Sub-district, Kudkawbun district, Ubon Ratchathani		
AUTHOR	Tasawan Charoenwong		
ADVISORS	Associate Professor Songkramchai Leethongdee , Ph.D. Wirote Semrum , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Systems Management)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

ABSTRACT

Action research this time have the objective for development care old people group format sticks a house in the community by the model for the home-bound elderly care in community through elderly care giver in bOK health promoting hospital, nongthanam sub-district, kudkawbun district, ubon ratchathani, Action research takes action 4 pillar step, be, planning, (Planning), practice, (Action), the observation is, (Observation), and reflection, take a random from from the target group, be, the participant relates, public health personnel, old people and a superintendent, 119 persons amounts, pick collect manner quantity data by use the questionnaire that establishes, analyse manner quantity data by use manner statistics describes, for example, percentage, average, the part deviates the standard, and manner statistics estimates to are, Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test, collect data quality manner, by group conversations, and analyse manner quality data by manner substance analysis, the research result meets that, the procedure develops this time, there is 8 the step, for example, 1) the education confiscates /, 3) 2) base havingappointed working group analysis common data datas 4) planning s operate 5) train to resuscitate extremely 6) old peoples s take action to take care 7) old observation peoples, follow, and 8) evaluate, and take off a lesson, later format

development, meet that, participant network group, and public health personnel, there is knowledge change, participating in, and the contentment in care old people format, for old people group and a superintendent, meet that, there is knowledge change, the behaviour and the contentment build [wasp] the format improve before more format development, can summarize that, side success important factor composes 1) having policy and 2) distinct development latency regulations of extremely old people continuously 3) participating in of 4) network budget participants support enough.

Keyword : The Model for the Home-bound Elderly Care, Elderly home group, CAREGIVER



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนบริการ สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และคณาจารย์จากมหาวิทาลัยมหาสารคามทุกท่านที่ได้ให้ คำแนะนำและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนตรวจสอบวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่องจนสำเร็จ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ฐิติมา โกศลวิตร ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทาลัยราชธานี ดร.กัญญารัตน์ กัญชะกาญจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีและดร.ชนาธิป ศรีสุระ ตำแหน่ง พยาบาล วิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิทาลัยราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีที่ให้ความกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำ

ขอขอบพระคุณ ท่านสาธารณสุขอำเภอภูคดข้าวปุ้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบก นายกองค้ำการบริหารส่วนตำบลหนองทันน้ำ คณะอนุกรรมการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลหนองทันน้ำ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลภูคดข้าวปุ้น เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูคด ข้าวปุ้น เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกทุกท่าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุกท่านที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ที่คอยสนับสนุน ช่วยเหลืออนุมติงประมาณ และให้คำแนะนำด้านการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาล ผู้สูงอายุ

ขอขอบคุณนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ศูนย์จังหวัดอุบลราชธานีทุกท่านที่ให้ความกรุณาช่วยเหลือซึ่งกันและกันมาโดยตลอดหลักสูตรการเรียน

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณ บิดา มารดา สามีและบุตร ครู อาจารย์ทุกๆ ท่านที่มีพระคุณและให้ความกรุณา อบรมสั่งสอน ช่วยเหลือ คอยให้กำลังใจและดูแลมาโดยตลอด ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยจงดลบันดาลให้ทุกท่านประสบความสุขยิ่งๆ ขึ้นไป

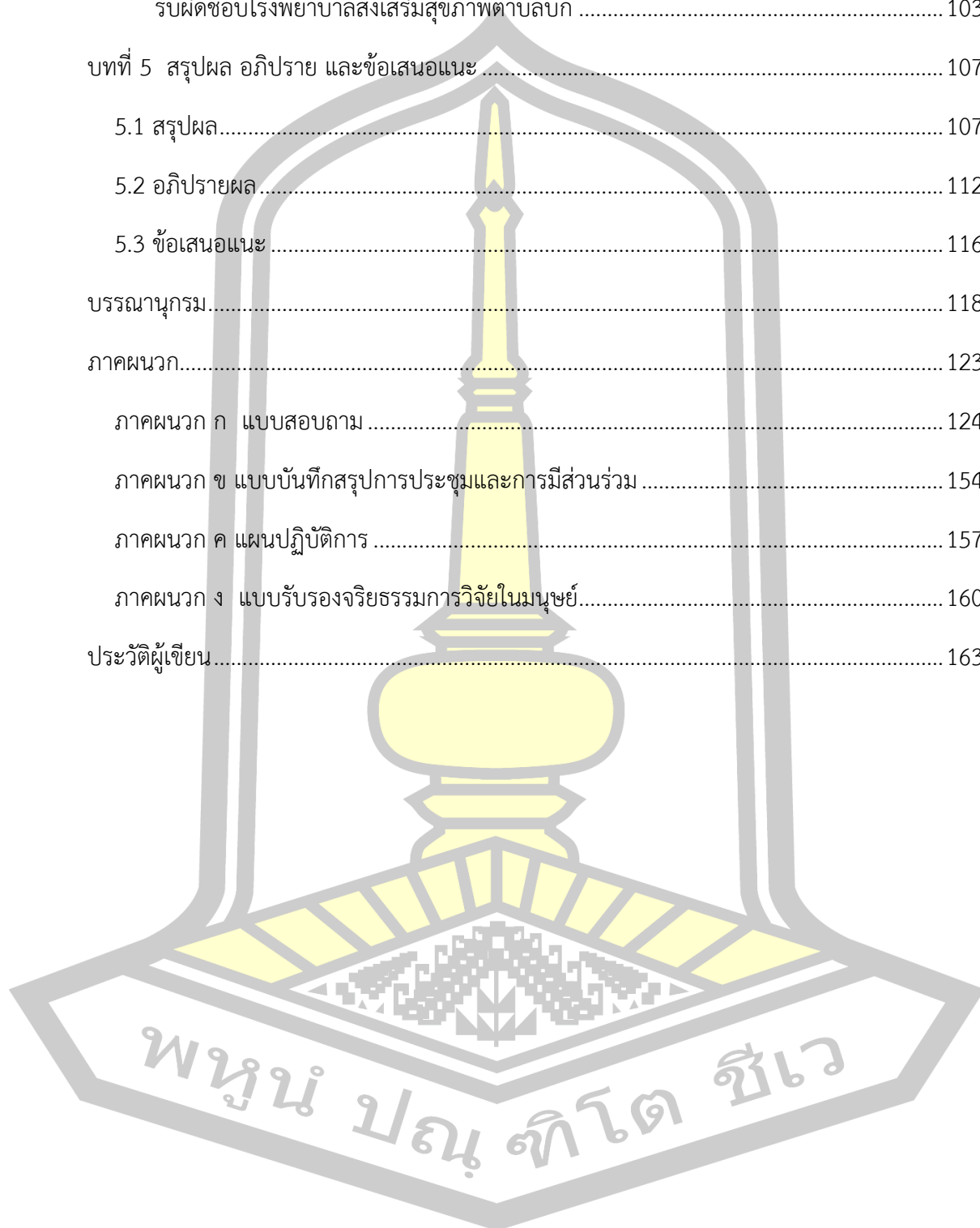
ทศวรรษณ์ เจริญวงศ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
บัญชีตาราง.....	ฉ
บัญชีภาพ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามงานวิจัย.....	5
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	9
2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ.....	9
2.2 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564).....	15
2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศไทย.....	18
2.4 ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	20
2.5 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง.....	23
2.6 ภาวะซึมเศร้า (depression) ในผู้สูงอายุ.....	32
2.7 แนวคิดบทบาทนักบริหารผู้สูงอายุ.....	33

2.8 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	36
2.9 ระบบและมาตรฐานการบริการสุขภาพในระบบปฐมภูมิ.....	39
2.10 การจัดการบริการสุขภาพ (Health System Management)	48
2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	51
2.12 กรอบแนวคิดในการวิจัย	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
3.1 รูปแบบการวิจัย	55
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	66
3.5 การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) 67	
3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	68
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	70
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย.....	72
4.1 บริบทและสภาพปัญหาในพื้นที่ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดย แนวทางนักรับผิดชอบผู้สูงอายุ	72
4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับผิดชอบ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอ กุศขาวปูน จังหวัดอุบลราชธานี.....	74
4.3 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับผิดชอบ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอ กุศ ขาวปูน จังหวัดอุบลราชธานี	77
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทาง นักรับผิดชอบผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุศขาวปูน จังหวัดอุบลราชธานี	99

4.5 รูปแบบการจัดการ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขต รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก	103
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	107
5.1 สรุปผล.....	107
5.2 อภิปรายผล	112
5.3 ข้อเสนอแนะ	116
บรรณานุกรม.....	118
ภาคผนวก.....	123
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	124
ภาคผนวก ข แบบบันทึกสรุปการประชุมและการมีส่วนร่วม	154
ภาคผนวก ค แผนปฏิบัติการ	157
ภาคผนวก ง แบบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	160
ประวัติผู้เขียน.....	163



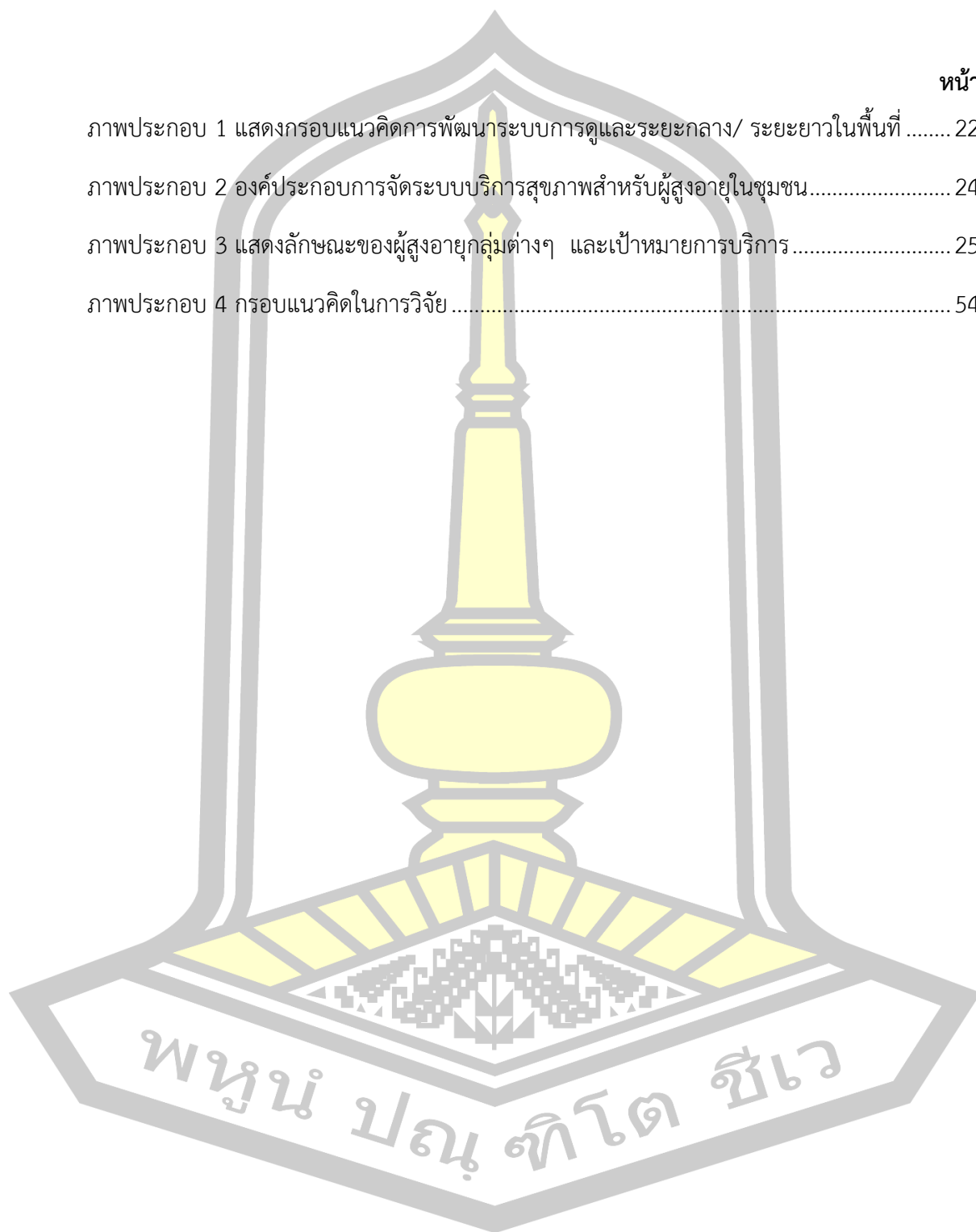
บัญชีตาราง

	หน้า
ตาราง 1 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงานตามประเด็นต่างๆ	76
ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	78
ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรบิบาลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรู้	80
ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรบิบาลผู้สูงอายุ	81
ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายด้าน	81
ตาราง 6 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุ (n=50)	82
ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรบิบาล จำแนกรายด้าน	83
ตาราง 8 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ	83
ตาราง 9 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	84
ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรบิบาลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรู้	86
ตาราง 11 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรบิบาลผู้สูงอายุ	87
ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายด้าน	87

ตาราง 13 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ (n=50).....	88
ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาล จำแนกรายด้าน.....	89
ตาราง 15 เปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาล (n=7).....	89
ตาราง 16 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน.....	90
ตาราง 17 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	92
ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนา จำแนกตามระดับความรู้.....	94
ตาราง 19 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนา ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ.....	95
ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ จำแนกรายด้าน.....	95
ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำแนกตามระดับพฤติกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา.....	96
ตาราง 22 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ.....	96
ตาราง 23 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการพัฒนา	97
ตาราง 24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ จำแนกรายด้าน.....	98
ตาราง 25 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ	98
ตาราง 26 แบบติดตามการประเมินงานการทำงานของนักรับบาลผู้สูงอายุ.....	102

บัญชีภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนากระบวนการดูแลระยะกลาง/ ระยะยาวในพื้นที่	22
ภาพประกอบ 2 องค์ประกอบการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน.....	24
ภาพประกอบ 3 แสดงลักษณะของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ และเป้าหมายการบริการ.....	25
ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	54



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ และอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรลดลง โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปกว่า 900 ล้านคน หรือร้อยละ 12 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 2,000 ล้านคน หรือร้อยละ 22 ของประชากรโลก (World Health Organization, 2015) จากข้อมูลสถิติของ U.S. Department of Health and Human Services พบว่า โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) แต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมของแต่ละประเทศ (United Nations, 2015) จากการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 16.8 ของประชากรทั้งหมดประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก และคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมดสูงมากกว่าร้อยละ 20 หรือเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ในปี 2564 และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ประชากรสูงวัยอย่างรวดเร็ว ประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้นย่อมหมายถึงภาระของรัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการ ยิงชีพ และการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสม ที่จะต้องสูงขึ้นตามไปด้วย

สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 ข้อมูลผู้สูงอายุ ปี 2560 จำนวนประชากรทั้งหมด 4,599,715 คน และพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุถึง 517,768 คน คิดเป็นร้อยละ 11.25 ของประชากรทั้งหมดและจากการคัดกรองความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) (ADL) ของเขตสุขภาพที่ 10 สามารถแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 472,062 คน คิดเป็นร้อยละ 91.24 ของประชากรผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน จำนวน 40,644 คน คิดเป็นร้อยละ 7.86 ของประชากรผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง จำนวน 5,062 คน คิดเป็นร้อยละ 0.98 ของประชากรผู้สูงอายุ (ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 2561)

จากการสำรวจจำนวนประชากรในจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2560 มีจำนวนประชากรทั้งหมด ประชากรทั้งหมด 1,862,965 คน และพบว่าจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2560 จำนวน ผู้สูงอายุ 244,132 คน ร้อยละ 13.10 ของประชากร ทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2561)

ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบก (2561) ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอภูพาน จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 สามารถ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 550 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 495 คน (ร้อยละ 90) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 55 คน (ร้อยละ 10) โดยพบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง จำนวน 213 คน (ร้อยละ 38.72) ซึ่งเป็นโรคเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการ การบริการด้านสาธารณสุข Typology of Aged with Illustration (TAI) คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสถานะของผู้สูงอายุ หรือเป็น เครื่องมือในการวัดความสามารถในการวัดความสามารถ ในการทำกิจกรรม (Function) ของผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มี ภาวะสับสน (TAI : B3) จำนวน 41 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2) จำนวน 4 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มี ปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI : I 3) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (TAI : I 2, 1) ซึ่งในขณะที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ โดย ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้มานานกว่า 6 เดือนและเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว เป็นเหตุให้มี แนวโน้มการใช้ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสูงขึ้นและต้องการคนดูแลตลอดเวลา แต่โครงสร้างประชากร ของครอบครัวในพื้นที่ส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านกับเด็กเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากสมาชิก ครอบครัวที่อยู่ในวัยทำงาน ต้องออกไปทำงานนอกบ้านไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลายเป็น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ความจำเป็นเร่งด่วนในชุมชนจึง ต้องการการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 3 กลุ่ม ที่สามารถเชื่อมโยงวิธีการดูแล ตนเองกับการบริการสุขภาพในสถานบริการอย่างเป็นระบบ

จากผลการประเมินการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก (2561) พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลจาก นักบริบาลผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10 จากเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559) จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงควรได้รับการดูแลตามแผนการดูแล รายบุคคล (Care Plan) จากนักบริบาลผู้สูงอายุครบทุกคนคิดเป็นร้อยละ 100 และมีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม การดำเนินงานด้านการ

ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากปัญหาคือในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ชัดเจน

พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้การดูแลสุขภาพประชาชน 10 ครั้วเรือนต่อผู้ดูแล 1 คน คืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสาธารณสุขและกิจกรรมทางด้านสังคมได้เพราะด้วยภาระงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถที่จะนำกิจกรรมต่างๆ เข้าไปถึงบริการกลุ่มติดบ้านได้และขาดการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ต่างคนต่างทำหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานไม่มีผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลไกในการประสานงานการจัดทำงบประมาณ ขาดแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณที่ชัดเจน ทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณเป็นไปได้ยากด้านนโยบาย การเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร การดำเนินงานตามนโยบายไม่ต่อเนื่อง หรือไม่มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติหรือการประสานส่งต่อข้อมูลกัน ขาดการสื่อสารในการจัดรูปแบบโครงการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในรูปเครือข่าย ขาดการบูรณาการในพื้นที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ประสบผลสำเร็จทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มมากขึ้นและกลายเป็นกลุ่มติดเตียงเพิ่มมากขึ้นดังนั้นผู้วิจัยจึงจะได้ทำการเก็บข้อมูลความรู้ทักษะ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของกลุ่มภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านผู้รับบริการผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ตัวคนเดียว อยู่กับคู่ชีวิต 2 คน ที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้เต็มที่หรือบางคนอาศัยอยู่กับลูกหลานแต่ลูกต้องไปทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาดูแลจึงทำให้ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัว ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายไม่มีเงินค่ารถไปรับยาที่โรงพยาบาลทำให้บางคนขาดนัดพบแพทย์ขาดยาในการรักษาโรคประจำตัวส่วนบุคคลกรในพื้นที่ภาระงานมาก ขาดประสบการณ์ในการนำกลุ่มนักบริบาลผู้สูงอายุเข้าดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านในชุมชน

บทบาทนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะเข้ามาดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านคือผู้ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือ คณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ซึ่งเป็นหลักสูตรที่อ้างอิงของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เห็นชอบโดยมีการอบรมฟื้นฟูให้ความรู้โดยพื้นที่เป็นผู้จัดอบรมในดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้ายการขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัดกรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้ง

ดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาดและถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียงส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้องจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการสุขภาพ (Care Manager : CM) เพื่อนำเสนอแผนการดูแลรายบุคคลต่อคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองทันน้ำ ซึ่งผู้วิจัยจะได้ทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังให้การดูแลเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559)

ส่วนด้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่ ชาวดูแลหลัก ผู้สูงอายุอยู่ตัวคนเดียว อยู่กับคู่ชีวิต 2 คนที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้เต็มที่หรือบางคนอาศัยอยู่กับลูกหลานแต่ลูกต้องไปทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาดูแลจึงทำให้ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัว ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายไม่มีเงินค่ารถไปรับยาที่โรงพยาบาลทำให้บางคนขาดนัดพบแพทย์ขาดยาในการรักษาโรคประจำตัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะได้เก็บข้อมูลก่อนและหลังทำการวิจัย ด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการศึกษารั้งนี้

ผู้วิจัยในบทบาทผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Manager : CM) ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก จึงสนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยการทำงานในรูปแบบที่ชัดเจนภายใต้คณะกรรมการกองทุนตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยมีนักบริบาลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบเพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีผู้จัดการผู้สูงอายุเป็นผู้วางแผนการดูแล เพื่อนำไปเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเห็นชอบในการปฏิบัติงานของนักบริบาลผู้สูงอายุจนครบทุกคน โดยนักบริบาลผู้สูงอายุ 1 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 10 คน หลังจากการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจะถูกประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) ทุก 3 เดือน มีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559) และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลจาก

นักบริบาลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายบุคคลครบทุกคนตามตัวชี้วัดของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ชะลอการเจ็บป่วยหรือสามารถกลับมาอยู่ในสังคมได้เหมือนเดิมและมี ภาวะปกติ หรือป้องกันไม่ไห้กลุ่มเหล่านี้กลายเป็นกลุ่มติดเตียงซึ่งจะเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ในที่สุด

1.2 คำถามงานวิจัย

การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยประยุกต์ใช้ แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุเพื่อให้การดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านในชุมชนเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัด อุบลราชธานี

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาล ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดย แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใน ชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบล หนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

1.4.1 ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก จำนวน 57 คน ได้แก่

- 1) ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น จำนวน 46 คน
- 2) ตัวแทนจากภาคีบริการสังคม จำนวน 4 คน
- 3) ตัวแทนภาคีบริการสุขภาพ จำนวน 7 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ รวม 62 คน ได้แก่

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

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

ผู้วิจัยเลือกศึกษาในพื้นที่ทั้งหมด 7 หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

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

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ถือว่าเข้าสู่ความเป็นผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น อายุ 60-70 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-80 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยสุดท้าย อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงของพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) และมีคะแนนจากการประเมินอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

นักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมงของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่คณะอนุกรรมการ LTC หรือ คณะอนุกรรมการอื่นภายใต้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก

การดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสพอุบัติเหตุ และหรือความพิการต่างๆ โดยอาจไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง แต่มุ่งเน้นด้านการฟื้นฟูบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ หมายถึง การวางระบบและการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในระยะยาว โดยนักบริบาลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการ LTC หรือ คณะอนุกรรมการอื่นภายใต้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ เพื่อกำหนดดำเนินงาน การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายในกลุ่มเป้าหมาย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอภูซำบูน จังหวัดอุบลราชธานี

1.6.2 ได้กระบวนกรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอภูซำบูน จังหวัดอุบลราชธานี

1.6.3 ได้ผลของการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

1.6.4 ได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริหารผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันทน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

- 2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ
- 2.2 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)
- 2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศไทย
- 2.4 ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2.5 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง
- 2.6 ภาวะซึมเศร้า (Depression) ในผู้สูงอายุ
- 2.7 แนวคิดบทบาทนักบริหารผู้สูงอายุ
- 2.8 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.9 ระบบและมาตรฐานการบริการสุขภาพในระบบปฐมภูมิ
- 2.10 การจัดการบริการสุขภาพ (Health System Management)
- 2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.12 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุข จึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งรัฐบาลไทย และทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายาม และมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจ และพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557)

2.1.1 ความหมายและความสำคัญของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุหรือบางคนเรียกว่าผู้สูงวัยเป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมาก โดยนิยามนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological Age) หรือทั่วไปเรียกว่าคนแก่หรือคนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่าคนแก่คือมีอายุมากหรืออยู่ในวัยชราและให้ความหมายของคำว่าชราคือแก่ด้วยอายุชำรุดทรุดโทรมนอกจากนั้นยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่าราษฎรอาวุโส (Senior Citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older Person or Elderly Person แต่เท่าที่ผู้เขียนอ่านจากเอกสารต่างๆ ของจากทั้งองค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติมักใช้คำว่า Older person มากกว่า Elderly Person

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ได้ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (60+) ผู้สูงอายุต่างกันทั้งนิยามตามอายุเกิดตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่นในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุนับจากอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกายโดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55-75 ปี

กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น เป็นผู้ที่มีอายุ 60 – 70 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไม่มาก ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง เป็นผู้ที่มีอายุ 71 – 80 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาเปลี่ยนแปลงแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่งบางอย่าง

กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย เป็นผู้ที่มีอายุ 81 ปีขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาเปลี่ยนแปลงไปเห็นได้ชัดเจน บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในบางอย่างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ คนที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ดีก็อาจจะมีแต่เป็นส่วนน้อยวัยสูงอายุจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้หรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงตามสภาพของร่างกายและจิตใจ เช่น เพศ อายุ อาชีพ อาหาร และสภาพแวดล้อม รวมถึงการระวังรักษาสุขภาพของบุคคล ฉะนั้นการสูงอายุเป็นผลรวมของการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์นับแต่ปฏิสนธิจนถึงสิ้นอายุขัยของบุคคล การพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุของบุคคล ควรพิจารณาครอบคลุมทั้งด้านสังคม จิตวิทยา การแสดงบทบาทหน้าที่ ของบุคคล รวมทั้งจุดวิกฤตในวงจรชีวิตร่วมด้วย

Hall (1976 อ้างถึงใน พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557) ได้จำแนกตามความหมายของผู้สูงอายุ ต่างออกไปเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

1. ความสูงอายุตามปฏิทินอายุ (chronological aging) หมายถึง การสูงอายุจากการใช้อายุตามกาลเวลาเป็นเครื่องบอกอายุ
2. ความสูงอายุตามสภาพร่างกาย (biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพ และหน้าที่การทำงานของร่างกายอย่างมาก จากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง
3. ความสูงอายุตามสภาพจิตใจ (psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวคิด ความจำ สติปัญญา การแก้ปัญหา ลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
4. ความสูงอายุตามสภาพสังคม (sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน ในหน้าที่การทำงาน

2.1.2 การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (Well Elder) เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder) เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

โดยสรุปผู้สูงอายุจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม 1) กลุ่มติดสังคม ที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม 2) กลุ่มติดบ้าน ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 3) กลุ่มติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ถือว่าเข้าสู่ความเป็นผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยเริ่มต้น อายุ 60-70 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-80 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยสุดท้าย อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ของพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) และมีคะแนนจากการประเมินอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

2.1.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เมื่อประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเกิน ร้อยละ 10 และคาดว่าเราจะก้าวสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ในอีก 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2564) เมื่อสัดส่วนสูงวัยเกินร้อยละ 20 และคาดว่าอีก 15 ปีข้างหน้า จะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) เมื่อประชากรสูงวัยเกินร้อยละ 28 ทั้งนี้อัตราการสูงวัยของไทยเร็วกว่าที่เกิดขึ้นในประเทศพัฒนาแล้วมาก กล่าวคือ ประเทศพัฒนาแล้วใช้เวลาร่วมหรือกว่าศตวรรษที่ประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 20 เช่น ฝรั่งเศสใช้เวลาร่วม 150 ปี สวีเดนใช้เวลาร่วม 100 ปี สหราชอาณาจักรในเวลา 80 ปี ทั้งนี้ปรากฏการณ์ชราภาพของประชากรนั้นเกิดขึ้นทั่วโลกและเป็นไปอย่างรวดเร็วในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ใช้เวลาเพียงไม่กี่สิบปีที่สัดส่วนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเท่าตัวดังเช่นในไทย และประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ เช่น บราซิล จีน อินเดีย เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยที่เกิดขึ้น อย่างรวดเร็วในช่วง 3 - 4 ทศวรรษที่ผ่านมาทำให้ประเทศเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัย ตั้งแต่ประมาณปี 2543 - 2544 คือ มีประชากรอายุ 60 ปี คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด นอกจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีอีกตัวบ่งชี้หนึ่งที่แสดงถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยแล้ว นั่น คือ “ดัชนีการสูงวัย” (Aging Index) ซึ่งแสดงถึงการเปรียบเทียบโครงสร้างการทดแทนกันของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) กับกลุ่มประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) โดยดัชนีการสูงวัยมีค่าต่ำกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุน้อยกว่าจำนวนเด็ก แต่ในทางตรงข้าม ถ้าดัชนีมีค่าเกินกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุนี้น่าจะมากกว่าจำนวนประชากรเด็ก ปัจจุบันประชากรโลกมีอายุสูงขึ้น จึงมีการใช้ดัชนีการสูงวัยจำแนกสังคมดังนี้ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559)

สังคมเยาว์วัย (Young Society) หมายถึง ค่าดัชนีต่ำกว่า 50

สังคมสูงวัย (Aged Society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 50 - 119.9

สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 120 - 199.9

สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) หมายถึง ค่าดัชนีตั้งแต่ 200 ขึ้นไป

การสูงวัยของประชากรอย่างรวดเร็วดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ ในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน ภาระเกื้อหนุนที่วัยแรงงานต้องแบกรับ บริการสุขภาพ และบริการด้านสังคมอื่นๆ เป็นต้น โดยภาระที่คนวัยทำงานต้องแบกรับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ต่อเนื่อง กล่าวคือในปี พ.ศ. 2533 มีประชากรวัยแรงงาน 8.7 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน พอมาปี พ.ศ. 2553 เราเหลือวัยทำงาน 5.3 คนต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน และคาดว่าจะลดเหลือ 3.4, 2.2 และ 1.7 คนต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนในปี พ.ศ. 2563, 2573, และ 2583 ตามลำดับ 9 ภาวะสูงวัยร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง เช่น ออกกำลังกายลดลง มีภาวะอ้วน ภาวะความเครียด การเสพสิ่งเสพติด ฯลฯ ยิ่งเคียงคู่มากับการขยายตัวของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เส้นเลือดสมองแตก/ตีบ เส้นเลือดหัวใจตีบ เบาหวานความดัน ฯลฯ เป็นต้น นอกจากนี้ การสูงวัยยังมาควบคู่กับการถดถอยของสมรรถนะการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายผนวกกับผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงมักลงเอยด้วยภาวะทุพพลภาพ นำมาซึ่งความต้องการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และระยะยาว (Long Term Care) โดยในปี 2556 มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสูงถึงร้อยละ 20.5 และสูงขึ้นตามวัย โดยสูงถึงหนึ่งในสามในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 75 ปี 11 ทั้งนี้หากเราคาดการณ์ไปในทิศทางบวกโดยคาดว่าประชากรสูงวัยของไทยจะมีสุขภาพดีขึ้น (Compression Theory) ถึงกระนั้นจำนวนประชากรสูงวัยที่จะมีภาวะพึ่งพิงบางส่วนถึงพึ่งพิงทั้งหมดก็ยังคงเพิ่มขึ้นจากจำนวนประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ จะเพิ่ม จาก 1.96 ล้านคนในปี 2557 เป็น 2.78 ล้านคน ในปี 2567 โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 60 มีภาวะพึ่งพิงเพียงเล็กน้อยร้อยละ 30 มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง และที่เหลือมีภาวะพึ่งพิงมากจนถึงพึ่งพิงทั้งหมด 12 ทั้งนี้การมีสมาชิกในครัวเรือนหนึ่ง คนที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555)

2.1.4 สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก

ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 550 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 495 คน (ร้อยละ 90) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 55 คน (ร้อยละ 10) โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง จำนวน 213 คน (ร้อยละ 38.72) ซึ่งเป็นโรคเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการ การบริการด้านสาธารณสุข Typology of Aged with Illustration (TAI) TAI คือเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาวะของผู้สูงอายุ หรือเป็นเครื่องมือในการวัดความสามารถในการวัดความสามารถ ในการทำกิจกรรม (Function) ของผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI :

B3) จำนวน 41 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2) จำนวน 4 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI : I 3) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (TAI : I 2, 1) ซึ่งในขณะที่ทำการศึกษาไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ โดยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้มานานกว่า 6 เดือนและเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว เป็นเหตุให้มีแนวโน้มการใช้ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสูงขึ้นและต้องการคนดูแลตลอดเวลา แต่โครงสร้างประชากรของครอบครัวในพื้นที่ส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านกับเด็กเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวที่อยู่ในวัยทำงาน ต้องออกไปทำงานนอกบ้านไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลายเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ความจำเป็นเร่งด่วนในชุมชนจึงต้องการการจักระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 3 กลุ่ม ที่สามารถเชื่อมโยงวิธีการดูแลตนเองกับการบริการสุขภาพในสถานบริการอย่างเป็นระบบ จากผลการประเมินการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลจากนักบริบาลผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10 จากเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงควรได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จากนักบริบาลผู้สูงอายุครบทุกคนคิดเป็นร้อยละ 100 และมีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดเตียง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559)

2.1.5 เครื่องชี้วัดผู้สูงอายุสุขภาพดี

จากแนวคิดหลักและกรอบแนวคิดขององค์การสหประชาชาติองค์การอนามัยโลกได้เสนอกรอบเครื่องชี้วัดในการประเมินผู้สูงอายุสุขภาพดีใน 5 องค์ประกอบ คือ

1) ความเป็นอยู่ที่ดีในการทำหน้าที่ (Functioning Well-Being) หมายถึง ความสามารถในการแสดงบทบาททางกายในการดำเนินชีวิตประจำวันความสามารถในการสื่อความหมายความจำการได้ยินการเคี้ยวอาหารการมองเห็นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนความสามารถในการหารายได้ตามสมรรถนะของร่างกายและใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่ตนพอใจ

2) การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อความมีสุขภาพแข็งแรงจิตใจเข้มแข็ง (Healthy Life Style) เช่น การออกกำลังกายเหมาะสมตามวัยการบริโภคอาหารอย่างมีความสุขและพอเพียงเหมาะสมตามความต้องการของร่างกายได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอการไม่มีอาการทางกายเนื่องจากปัญหาทางจิตควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินเกณฑ์มาตรฐานหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงโรคเช่นการสูบบุหรี่การดื่มเหล้าการบริโภคอาหารไขมันสูงเค็มจัดอาหารที่มีกากใยน้อยสามารถเข้าถึงและใช้บริการการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น

3) ความเป็นอยู่ที่ดีด้านจิตใจและสังคม (Psycho-Social Well-Being) หมายถึงการมีครอบครัวที่อบอุ่นมีผู้ดูแลเมื่อจำเป็นหรือต้องการมีโอกาสได้พูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูลูกหลานโดยไม่ถือเป็นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมการใช้เวลาอ่านดูฟังข่าวสารและหือสิ่งบันเทิงตามความต้องการสามารถหลีกเลี่ยงเพื่อความเป็นส่วนตัวเมื่อตนต้องการมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านการได้รับความคุ้มครองจากการละเมิดสิทธิหรือการเหยียดหยามเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางสังขารมีโอกาสแสวงหาความรู้ในการพัฒนาตนเองตามศักยภาพแห่งตนเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางการศึกษาวัฒนธรรมและนันทนาการของสังคม

4) ความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ (Economic Well-Being) อาศัยอยู่ในบ้านเรือนที่มีโครงสร้างแข็งแรงและมีสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยจากอุบัติเหตุภายในครัวเรือนสามารถทำงานหารายได้อย่างมีศักดิ์ศรีในลักษณะงานที่เหมาะสมกับวัยสามารถถอนตัวจากการทำงานหาเงินเมื่อตนพอใจมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่จะให้ตนสามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีความสุขสมอรรถภาพโดยเน้นความสามารถในการสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตอันได้แก่การเข้าถึงและได้ใช้บริการขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพสังคมนันทนาการ

5) ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) การได้รับความยอมรับนับถือจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีความสุขและพึงพอใจในกับสังขารความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตของตนเองมีความพึงพอใจในที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปสามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกครอบครัวอย่างเหมาะสมตามสังขาร

2.2 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)

คณะทำงานแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุ แห่งชาติ (2543) ได้ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) มีประเด็นสำคัญดังนี้

ปรัชญา แนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผน

1. การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม
2. การที่จะทำให้มีหลักประกันให้กับผู้สูงอายุจะต้องมีการกระทำตามลำดับ ดังนี้
 - 2.1 ประชากรช่วยตัวเอง
 - 2.2 ครอบครัวเกื้อหนุน
 - 2.3 ชุมชนช่วยเหลือ
 - 2.4 สังคม – รัฐเกื้อกูล

โดยสมควรที่จะมีการผสมผสานการกระทำเหล่านี้ในบางช่วงเวลาที่เป็นและเหมาะสม

1. ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ สมควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม
2. ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองอย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลและสมวัย
3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม ถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็ก็เป็นเพียงบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น

วิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด
2. เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน
4. เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชน มีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ ด้วยตระหนักว่าเป็นการพัฒนาความมั่นคงของสังคมโดยรวมและถือเป็นภารกิจสำคัญขององค์กร

5. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่างๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน

ยุทธศาสตร์ ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ มี 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ
3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

- 1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
- 2) มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- 3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของ

ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ

- 1) มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น
- 2) มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ
- 3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
- 4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 5) มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ
- 6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

- 1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้
- 2) มาตรการหลักประกันสุขภาพ
- 3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
- 4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

- 1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
- 2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

- 1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ
- 2) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายการพัฒนาการบริการ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

3) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มาตรฐานต่อเนื่อง

4) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

โดยสรุป แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ มี 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) การส่งเสริมผู้สูงอายุ 3) ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลผลพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้เพราะว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นผู้สูงอายุที่ขาดโอกาสด้านสาธารณสุขเนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่ ขาดผู้ดูแลหลัก ผู้สูงอายุอยู่ตัวคนเดียว อยู่กับคู่ชีวิต 2 คนที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้เต็มที่หรือบางคนอาศัยอยู่กับลูกหลานแต่ลูกต้องไปทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาดูแลจึงทำให้ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัว ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายไม่มีเงินค่ารถไปรักษาที่โรงพยาบาลทำให้บางคนขาดนัดพบแพทย์ขาดยาในการรักษาโรคประจำตัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะต้องศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการศึกษาครั้งนี้โดยเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขและบริการทางด้านสังคมโดยการดูแลจากนักบริบาลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG) คือบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมงที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบและได้รับการดูแลจากภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างทั่วถึง

2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศไทย

ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันยังคงเน้นการดูแลแบบเฉียบพลันเป็นหลักโดยเฉพาะระบบการดูแลในโรงพยาบาลซึ่งเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้วยังมีช่องว่างในการให้บริการอยู่ในระบบบริการปฐมภูมิก็มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในแง่ของจำนวนและศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้มีการจ้างนักกายภาพบำบัดในการให้บริการในโรงพยาบาลและบริการเชิงรุกและโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจัดทีมให้บริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมิติด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นกว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุขอีกทั้งทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและอาสาสมัครในชุมชน (อสม. และ ผสส.) ที่เคยประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพประชาชนจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันในอดีตนั้นไม่เพียงพอต่อความต้องการการบริการของชุมชนในปัจจุบันที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องรอบด้านและบูรณาการทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคมนอกจากนั้นอาสาสมัครก็

คืออาสาสมัครที่ถึงแม้จะมีใจในการสนับสนุนการดำเนินการแต่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่จะทำงานได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2551)

การดูแลที่บ้านในชุมชนส่วนใหญ่ในสังคมไทยจะเป็นการให้บริการการดูแลสุขภาพโดยคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไปติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านหรือให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนหมู่บ้านซึ่งทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประกอบด้วยบุคลากรหลายด้าน ได้แก่ แพทย์พยาบาลเภสัชกรนักกายภาพบำบัดนักสังคมสงเคราะห์นักโภชนาการนักเภสัชกรและอาจมีผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้านและคนทำงานบ้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดังนี้ (จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำพราว, 2557)

2.3.1 การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในผู้สูงอายุควรมีการเยี่ยมบ้านที่มีลักษณะเฉพาะดังนี้

- 1) Illness Home Visit เป็นการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย
- 2) Dying Patient Home Visit เป็นการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
- 3) Assessment Home Visit เป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผู้สูงอายุ
- 4) Hospitalization Follow up Home Visit เป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษา

หลังจากออกจากโรงพยาบาลกลับบ้านเป็นการดูแลต่อเนื่องของระบบบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2.3.2 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เป็นการดูแลสุขภาพที่มีแบบแผนการดูแลให้บริการที่เป็นทางการสม่ำเสมอโดยบุคลากรทางการแพทย์เช่นพยาบาลชุมชนที่ติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องติดตามดูแลเป็นระยะๆ อย่างใกล้ชิดโดยศูนย์บริการสาธารณสุขจะดำเนินการติดตามเยี่ยมเป็นประจำโดยใช้บ้านเปรียบเสมือนเป็น Ward เดียวที่บ้านเป็นเตียงผู้ป่วยเน้นครอบครัวเป็นหลักในการดูแลพยาบาลเวชปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยเป็นผู้ให้คำแนะนำประเมินอาการเป็นระยะๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วมและประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน

2.3.3 การบริการที่จัดในชุมชนเป็นศูนย์รับจัดส่งพี่เลี้ยงเด็กแม่บ้านแม่ครัวผู้ช่วยพยาบาลคนดูแลผู้สูงอายุ

สรุปผู้วิจัยในบทบาทผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุนานยาว (Care Manager : CM) ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงจันทน์ศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงจันทน์ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี โดยการทำงานในรูปแบบที่ชัดเจนภายใต้คณะกรรมการกองทุนตำบลการดูแลผู้สูงอายุนานยาวโดยมีนักรับบาลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบเพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีผู้จัดการ

ผู้สูงอายุเป็นผู้วางแผนการดูแล เพื่อนำไปเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนตำบลการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวเห็นชอบ

2.4 ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในสังคมแบบดั้งเดิมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือได้จำกัดอยู่ ภายใต้การช่วยเหลือกันเองของคนในครอบครัวลูกหลานญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านในชุมชนอย่างไรก็ดี เมื่อบริบทของสังคมเปลี่ยนไปทั้งในด้านประชากรการอยู่อาศัยการทำงาน ฯลฯ ทำให้ศักยภาพในการดูแลกันเองในครอบครัวลดถอยลงจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการช่วยเหลือในการดูแลขึ้นมาทั้ง ในลักษณะการจัดบริการในชุมชนที่บ้านและในสถานบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ซึ่งบริการส่วนบุคคลนี้มักต้องให้บริการร่วมกับ บริการทางการแพทย์พื้นฐานบางอย่าง เช่นการทำแผล การบริหารความปวด การให้ยา การเฝ้าระวัง ภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือบริการดูแลแบบ ประคับประคอง ซึ่ง ความหมายดังกล่าวมุ่งไปที่การจัดบริการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นหลัก

บริการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง บริการที่จัดโดยบุคคลอื่นโดยมุ่ง ให้ผู้ที่สูญเสียหรือเสี่ยงที่จะสูญเสียสมรรถนะต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ ให้สามารถดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะ ในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน เกียรติและศักดิ์ศรีของตน กลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับบริการ Long Term Care จึงไม่จำกัดเฉพาะผู้สูญเสียสมรรถนะในการดูแลตนเองแต่ครอบคลุมถึงผู้ที่เสี่ยงต่อการสูญเสียสมรรถนะในการดูแลตนเองด้วย และก็ได้จำกัดอยู่ เฉพาะผู้สูงอายุเช่นกัน เป้าประสงค์การดูแลระยะยาว คือ การฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะ (Functional Ability) มากกว่าเพียงแค่การช่วยเหลือพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างเดียว บริการต้อง หลากหลายจัดโดยภาคส่วนต่างๆ โดยการบูรณาการของบริการด้านสังคมและด้านสุขภาพทั้งใน แนวราบและแนวคิดที่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการจัดการบริการ Long Term Care

กลไกหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบ Long Term Care ในชุมชน คือ ศูนย์พัฒนา คุณภาพผู้สูงอายุ โดยมีคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงภายใต้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) เป็นกลไกในการบริหารจัดการ โดยมีแนวคิดหลักว่า ท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการ และระดมทรัพยากร และคาดว่าจะทำให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการได้อย่างเหมาะสมภายใต้การ สนับสนุนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) โดยส่วนกลางสนับสนุนการพัฒนากำลังคนจัดอบรม ผู้จัดการการดูแล (CM) และผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) สนับสนุนงบประมาณ กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีค่า

คะแนน Barthel ADL index เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายตามระดับการมีภาวะพึ่งพิงและภาวะสับสนทางสมอง

หลักการแนวทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

ในรายงานขององค์การอนามัยโลก World Report on Ageing and Health ที่กล่าวข้างต้นเสนอให้มีการปฏิรูประบบการดูแลระยะยาวที่สำคัญสองประการคือ

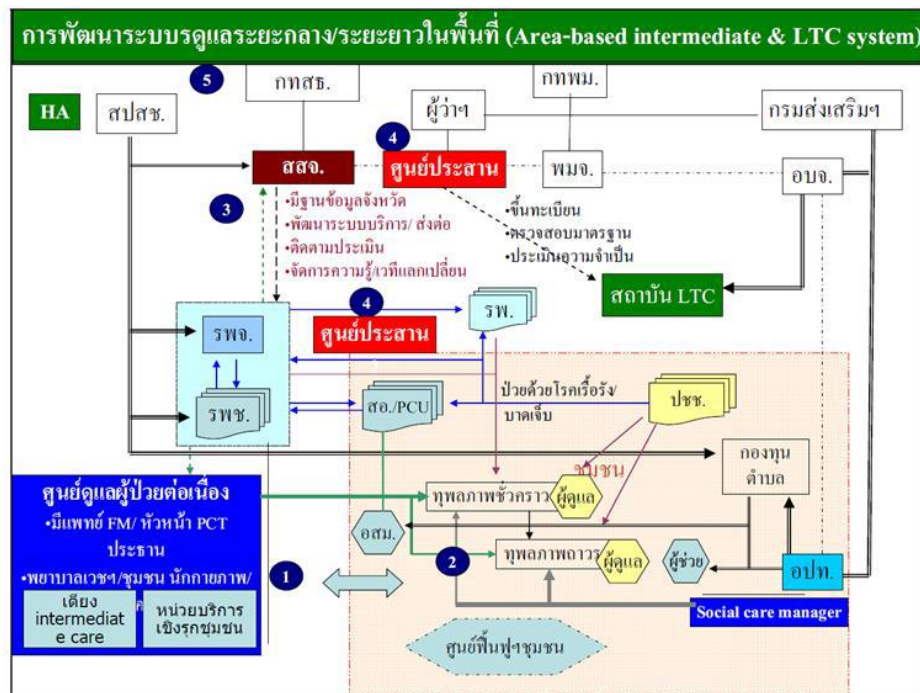
- 1) การกำหนดให้บริการดูแลระยะยาวเป็นสินค้าสาธารณะ (Public Good) และ
- 2) ปรับเปลี่ยนแนวคิดการจัดบริการจากลักษณะ Passive ที่ผู้สูงอายุเป็นเพียงผู้รับบริการให้มีลักษณะ Proactive มากขึ้นมุ่งเน้นการดำรงรักษาศักยภาพของสมรรถนะและชดเชยส่วนขาดเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีเกียรติศักดิ์ศรีและอยู่ดีมีสุขและในภาพกว้างระบบการดูแลระยะยาวควรส่งเสริมให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคมความเป็นธรรมระหว่างเพศและระดับคุณภาพบริการที่เป็นที่ยอมรับได้ของสังคมและควรครอบคลุมไม่เฉพาะผู้มีภาวะพึ่งพิงแต่รวมไปถึงผู้ดูแลด้วย

หลักการสำคัญของการจัดบริการดูแลระยะยาว

- 1) เป็นบริการที่สามารถเข้าถึงได้โดยเฉพาะสำหรับคนจนและคนชายขอบ
- 2) เคารพในสิทธิของผู้มีภาวะพึ่งพิงให้บริการอย่างให้เกียรติให้โอกาสในการแสดงออกและเลือก
- 3) ดำรงรักษาและเสริมสร้างศักยภาพของสมรรถนะปัจเจก
- 4) เอาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นศูนย์กลางไม่ใช่เอาระบบบริการเป็นตัวตั้ง
- 5) ผู้ดูแลและผู้ช่วยดูแลได้รับการยอมรับและการดูแลที่เหมาะสม
- 6) รัฐบาลต้องทำหน้าที่ในการอภิบาลระบบการดูแลระยะยาว

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ได้ให้ข้อเสนอการพัฒนา รูปแบบการดูแลระยะยาว/ระยะกลางในพื้นที่ไว้ในรายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทยว่าการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่กับระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงของระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนเกิดภาวะทุพพลภาพชั่วคราวและต่อเนื่องไปยังภาวะทุพพลภาพถาวรนอกจากนั้นหากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อไม่ได้รับการบริการในระยะนี้ก็มีโอกาสสูงที่จะเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพถาวร ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาวต่อไปซึ่งจะเป็นการเพิ่มภาระกับระบบการดูแลระยะยาวในอนาคตทั้งนี้ การดูแลระยะกลางเน้นหนักไปที่การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก (บทบาทบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์) ในขณะที่การดูแลระยะยาวเน้นหนักไปที่การดูแลด้านสังคมในการดำรงชีวิตเป็นหลัก (บทบาทบุคลากรผู้ช่วยดูแลนักสังคมสงเคราะห์และท้องถิ่น) ทั้งนี้การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะ

กลาง/ระยะยาวจำเป็นต้องพัฒนาเต็มพื้นที่อย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกันตั้งแต่ในบ้านชุมชนและระบบบริการทั้งด้านการแพทย์ (ปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ) และบริการด้านสังคมรวมถึงการเชื่อมโยงบริการระหว่างอยู่ในชุมชนและเมื่อต้องส่งต่อไปรับบริการในสถาบันตลอดจนกลไกในการพัฒนากำกับติดตามและกลไกในการเชื่อมโยงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกับบริการด้านสังคมเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการต่อเนื่องและจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านการแพทย์และสังคมควบคู่กันพื้นที่สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง/ระยะยาวที่เหมาะสมเมื่อพิจารณาโครงสร้างระบบต่างๆ ที่มีและบริบทในปัจจุบันเสนอให้ใช้พื้นที่ระดับจังหวัดในการพัฒนาเนื่องจากสามารถหาเจ้าภาพทั้งด้านสาธารณสุขและสังคมได้และต้องทำงานเชื่อมประสานกันอีกทั้งมีกลไกด้านการปกครองคือผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นตัวเชื่อมระหว่างภาคส่วนต่างๆ ส่วนในระดับอำเภออาศัยเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (CUP) เป็นตัวหลักภาคสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลไกชุมชนและทำงานร่วมกับ อบต. ในพื้นที่โดยมีกลไกมหาดไทยคือ นายอำเภอเป็นตัวเชื่อมทั้งนี้จำเป็นต้องมีการพัฒนากลไกต่างๆ ในพื้นที่ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

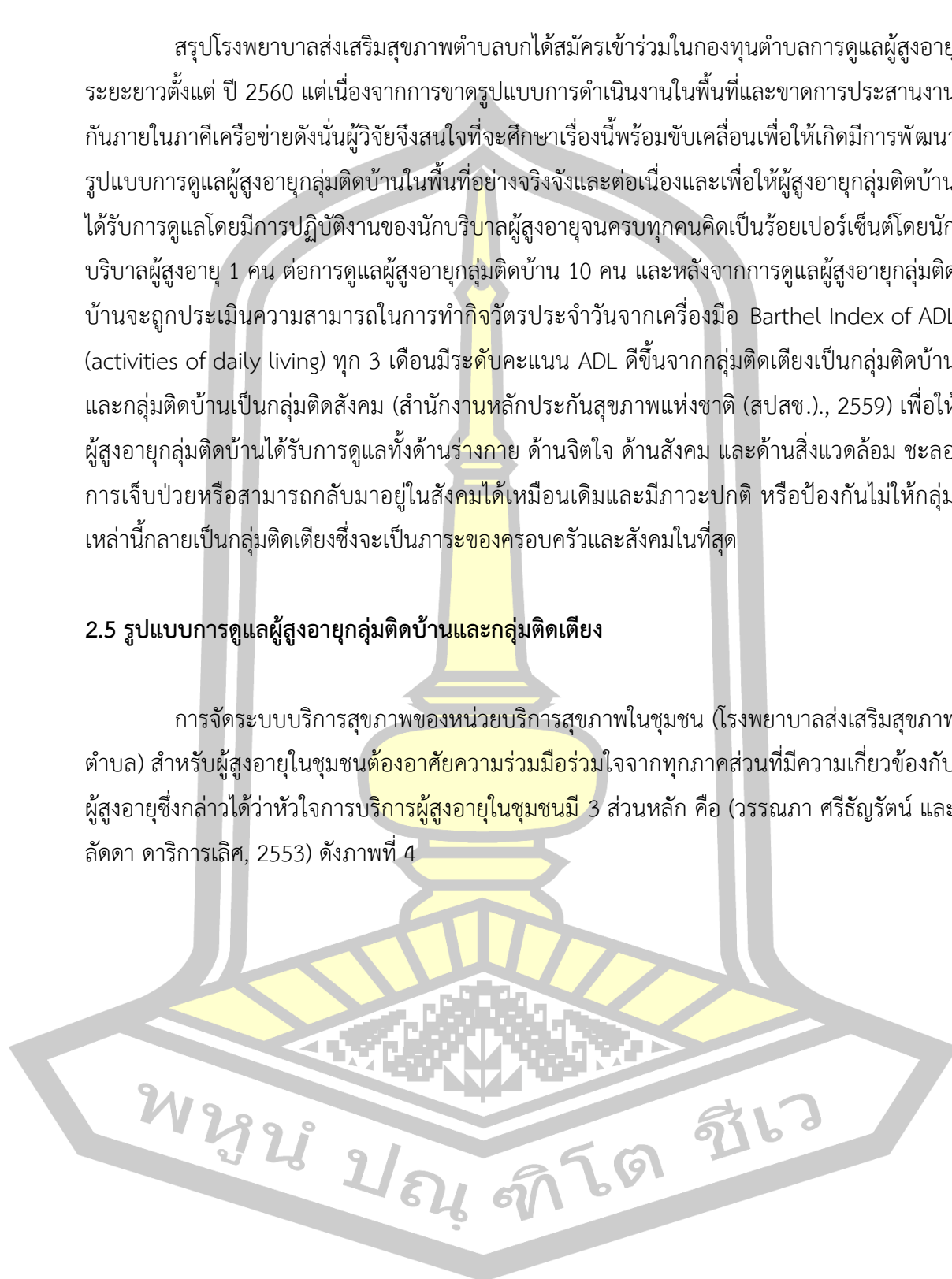


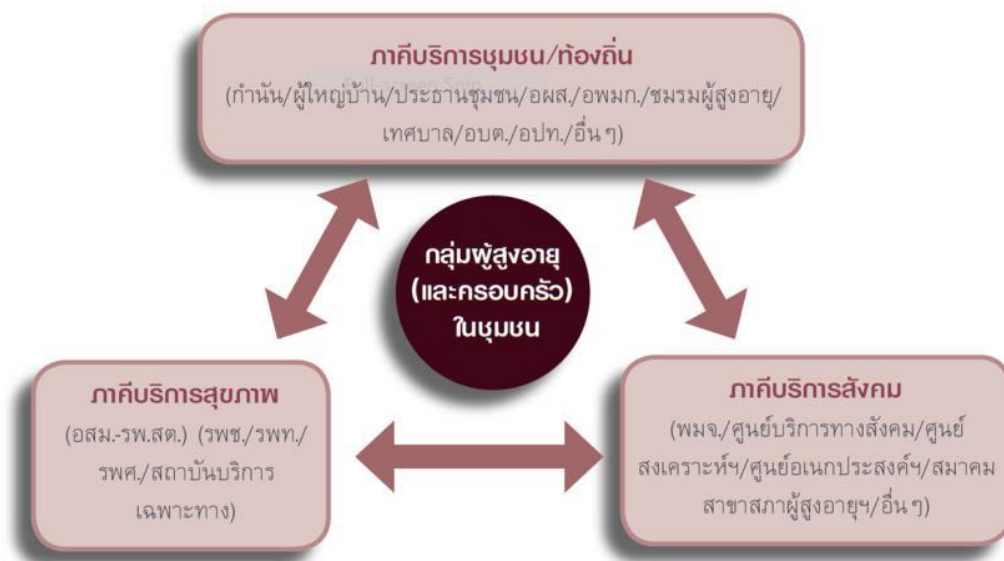
ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง/ระยะยาวในพื้นที่
 ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553)

สรุปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกได้สมัครเข้าร่วมในกองทุนตำบลการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวตั้งแต่ ปี 2560 แต่เนื่องจากการขาดรูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่และขาดการประสานงาน กันภายในภาคีเครือข่ายดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้พร้อมขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดมีการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในพื้นที่อย่างจริงจังและต่อเนื่องและเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้รับการดูแลโดยมีการปฏิบัติงานของนักบริบาลผู้สูงอายุจนครบทุกคนคิดเป็นร้อยละเช่นเดียวกับนัก บริบาลผู้สูงอายุ 1 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 10 คน และหลังจากการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านจะถูกประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) ทุก 3 เดือนมีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559) เพื่อให้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ชะลอ การเจ็บป่วยหรือสามารถกลับมาอยู่ในสังคมได้เหมือนเดิมและมีภาวะปกติ หรือป้องกันไม่ไห้กลุ่ม เหล่านี้กลายเป็นกลุ่มติดเตียงซึ่งจะเป็นภาระของครอบครัวและสังคมในที่สุด

2.5 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

การจัดระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุซึ่งกล่าวได้ว่าหัวใจการบริการผู้สูงอายุในชุมชนมี 3 ส่วนหลัก คือ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ลัดดา ดาริการเลิศ, 2553) ดังภาพที่ 4





ภาพประกอบ 2 องค์ประกอบการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
ที่มา: วรณภา ศรีธีรรัตน์ และลัดดา ดาริกการเลิศ (2553)

จากภาพที่ 4 การบูรณาการภาคีหลัก 3 ภาคีเพื่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
มีหลักการสำคัญดังนี้ (วรณภา ศรีธีรรัตน์ และลัดดา ดาริกการเลิศ, 2553)

1) ภาคีหลัก 3 ภาคีสามประสานที่สำคัญในการบูรณาการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ
ในชุมชนคือภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่นภาคีบริการสุขภาพและภาคีบริการสังคม

2) เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุจัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุและ
ความสูงอายุเสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับ
ผู้สูงอายุ

3) รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ: รพ.สต. เอื้ออาทรผู้สูงอายุ

3.1) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและ
ความสูงอายุที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุคือบุคลากรที่เอื้ออาทรต่อ
ผู้สูงอายุ

3.2) ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุคือ หน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการ
ที่นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้นำมีกระบวนการทําอย่างเป็นระบบและครอบคลุมเป้าหมาย
ของทุกกลุ่มผู้สูงอายุ

3.3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้และต้อง
เอาใจใส่ทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการในชุมชนและที่บ้าน

กลุ่มและเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุ

ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุจากการสำรวจและการคัดกรองภาวะสุขภาพสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มได้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (Well Elder) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder) และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) ซึ่งในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภารกิจ 3 ด้านที่ต้องให้บริการได้แก่ภารกิจการให้บริการสุขภาพภารกิจการพัฒนาศักยภาพและภารกิจประสานบริการโดยบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้ผู้สูงอายุตามลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มคือ 4 H (Health Promotion, Home Visit, Home Health Care, Home Ward)

สำหรับคุณลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและเป้าหมายในการดูแลของแต่ละกลุ่มได้สรุปไว้ดังภาพที่ 4 (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดาริการเลิศ, 2553)



ภาพประกอบ 3 แสดงลักษณะของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ และเป้าหมายการบริการ

ที่มา: วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดาริการเลิศ (2553)

ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล (2557) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุได้เสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มเป็นดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้การดูแลส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มนี้จึงเป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ประโยชน์พร้อมทั้งดูแลมิให้เกิดความเสื่อมหรือเกิดภาวะพึ่งพิงกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การรวมตัวกันในรูปของชมรมผู้สูงอายุ”

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองบ้างจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางกิจกรรมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การเยี่ยมบ้าน” เป็นบริการต่อเนื่องที่บ้านที่จัดให้กับผู้สูงอายุดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการเยี่ยมบ้านเป็นการช่วยเหลือที่ทำได้ง่ายไม่ซับซ้อนทั้งด้านสุขภาพและสังคมโดยไม่มีหัตถการดูแลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดการตายลดการใช้บริการสุขภาพเพิ่มสมรรถนะร่างกายเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจและลดการหกล้มได้และ

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองต้องพึ่งพาผู้อื่นการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตลอดเวลาอย่างถูกวิธีลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นสำลักอาหารแผลกดทับทางเดินปัสสาวะติดเชื้อภาวะทุพโภชนาการเป็นต้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การจัดให้มีผู้ดูแล” เป็นการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพื่อแบ่งเบาภาระจากสมาชิกในครอบครัวให้สมาชิกยังคงสามารถสร้างผลผลิตให้แก่ชุมชนและสังคมได้ต่อไปและรวมถึงการดูแลสมาชิกของชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวดูแลด้วยการสนับสนุนข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลจะช่วยให้การทำงานของผูดูแลดีขึ้นเกิดการดูแลระยะยาวในชุมชนต่อไป

โดยสรุปการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 : ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder) และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 : ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) จะมีความซับซ้อนและมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 : ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (Well Elder) อันเนื่องมาจากผลกระทบจากภาวะสุขภาพและภาวะการณสูงวัยของผู้สูงอายุซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับบริการสาธารณสุขและบริการสังคมในระยะยาว (Long Term Care)

2.5.2 แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในชุมชนจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและด้านเศรษฐกิจอันเป็นผลมาจากจากสภาวะทุพพลภาพหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือสภาวะการสูงอายุจากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นจนทำให้

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ประสบปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะความเสื่อมถอยด้านสุขภาพจนนำไปสู่ปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและต้องการการดูแลจากผู้อื่นทั้งการดูแลทางเศรษฐกิจด้านสังคมและด้านสุขภาพทำให้เกิดภาวะพึ่งพาระยะยาวในผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุครอบครัวและประเทศซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่นำไปสู่การพึ่งพาระยะยาวในผู้สูงอายุมี 4 สาเหตุหลักดังนี้ (ศิริภาณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2556)

1) โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกายที่เจ็บป่วยทำให้เกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจและนำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

2) ภาวะสมองเสื่อมเป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้เป็นกระบวนการคิดการเรียนรู้และการจดจำที่เป็นผลจากเหตุทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุเอง

3) การหกล้มพบว่าในผู้สูงอายุนั้นระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทั้งรูปร่างและโครงสร้างเปลี่ยนไปความแข็งแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงโอกาสเกิดการได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะการหกล้มมีสูงการหกล้มทำให้เกิดความกลัวต่อการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมจึงทำให้เกิดการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทำให้ความสมดุลของการควบคุมร่างกายเสียไปจนนำมาสู่ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

4) อายุพบว่าอายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลให้ร่างกายเกิดกระบวนการทุพพลภาพและทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกระบวนการชราภาพจะทำให้เกิดการทำงานของระบบประสาทสัมผัสและประสาทสั่งการลดลงเกิดกระบวนการเสื่อมของระบบหายใจและหัวใจระบบกระดูกและกล้ามเนื้อและระบบประสาทเป็นต้น

นอกจากนี้ (ราณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2556) ยังได้สรุปแนวทางการดูแลระยะยาวได้ 6 ประการดังต่อไปนี้

1) เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพที่ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ

2) เป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง

3) กิจกรรมการดูแลที่มีความหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือเสื่อมความสามารถในการกระทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ช่วยพาไปห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากเตียงหรือเก้าอี้

4) เป็นการบริการที่เกิดขึ้นที่บ้านในชุมชนหรือในสถาบันเช่น ครอบครัว สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน โรงพยาบาล Nursing Home

5) เป็นบริการที่จัดขึ้นโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน และผู้ดูแลที่เป็นทางการเช่น สหสาขาวิชาชีพและผู้ช่วยด้านสุขภาพสังคมและอาชีพอื่นๆ

6) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพาในระยะยาวในการดูแลการฟื้นฟู การบำบัดรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559) ให้ความหมายของระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) ไว้ว่า เป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังการประสพอุบัติเหตุความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันมีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัดส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การเกิดขึ้นของนโยบายของระบบการดูแลระยะยาวส่วนหนึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ปี 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุวาระการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในการประชุมและเป็นมติสมัชชาในที่สุดโดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญคือให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลักและคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559) กล่าวถึงหลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ดังนี้

1) ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่องโดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาลชุมชนและครอบครัว

2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ ในพื้นที่หรือชุมชนไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุน

ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแลโดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง

3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ อาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลักเช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดเป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

4) ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

ดังนั้นการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ควรมีลักษณะดังนี้ 1) เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager, CM) เช่นพยาบาลนักกายภาพบำบัดนักสังคมสงเคราะห์ฯและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารของ อปท.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559) ได้มีการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9/2558 วันที่ 14 กันยายน 2558 มีมติเห็นชอบแนวทางการบริหารจัดการเงื่อนไขอัตราและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังและคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2558 โดยมีกรอบการบริหารบค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากที่มาและความสำคัญดังนี้(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559)

1) จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

2) ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลงจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมืองการทำงานนอกบ้านของสตรี

3) ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมาอยู่ในลักษณะตั้งรับ สามารถให้บริการหลักแก่กลุ่มที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงบริการมีจำกัดและมักเป็นในรูปการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง

4) คาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 60,000 ล้านบาทในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาทในปี 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565

5) ปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลได้ใช้งบค่าบริการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน 600 ล้านบาท ครอบคลุมร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่และเมื่อพิจารณาทางเลือกการออกแบบระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง Community Based กับ Hospital Based แล้วสรุปได้ว่าจะใช้ Community Based เป็นหลักภายใต้การสนับสนุนทางวิชาการและบริการจาก Hospital Based ซึ่งหลักสำคัญในการออกแบบระบบคือ

(1) เน้นบูรณาการด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้านครอบครัว)

(2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณในอนาคต

(3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

(4) ขยายระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ในพื้นที่) โดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก 1 : 10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนภายใต้การบริหารของ อปท.

โดยสรุปผลการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกตัญญูหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 550 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 495 คน (ร้อยละ 90) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 55 คน (ร้อยละ 10) โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง จำนวน 213 คน (ร้อยละ 38.72) ซึ่งเป็นโรคเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการ การบริการด้านสาธารณสุข (Typology of Aged with Illustration : TAI) TAI คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสถานะของผู้สูงอายุ หรือเป็นเครื่องมือในการวัดความสามารถในการวัดความสามารถ ในการทำกิจกรรม (Function) ของผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI : B3) จำนวน 41 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2) จำนวน 4 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่

มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI : I 3) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (TAI : I 2, 1) ซึ่งในขณะที่ทำการศึกษาไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ โดยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้นานกว่า 6 เดือนและเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว เป็นเหตุให้มีแนวโน้มการใช้ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสูงขึ้นและต้องการคนดูแลตลอดเวลา แต่โครงสร้างประชากรของครอบครัวในพื้นที่ส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านกับเด็กเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวที่อยู่ในวัยทำงาน ต้องออกไปทำงานนอกบ้านไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลายเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ความจำเป็นเร่งด่วนในชุมชนจึงต้องการการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 3 กลุ่ม ที่สามารถเชื่อมโยงวิธีการดูแลตนเองกับการบริการสุขภาพในสถานบริการอย่างเป็นระบบ จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ควรได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จากนักบริบาลผู้สูงอายุครบทุกคนคิดเป็น ร้อยเปอร์เซ็นต์ และมีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559) โดยสรุป การดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสพอุบัติเหตุ และหรือความพิการต่างๆ โดยอาจไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง แต่มุ่งเน้นด้านการฟื้นฟูบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่กับระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงของระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยการดูแลระยะกลางเน้นหนักไปที่การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก (บทบาทบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์) ในขณะที่การดูแลระยะยาวเน้นหนักไปที่การดูแลด้านสังคมในการดำรงชีวิตเป็นหลัก (บทบาทบุคลากรผู้ช่วยดูแลนักสังคมสงเคราะห์และท้องถิ่น) จำเป็นต้องพัฒนาเต็มพื้นที่อย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกันตั้งแต่ในบ้านชุมชนและระบบบริการทั้งด้านการแพทย์ (ปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ) และบริการด้านสังคมรวมถึงการเชื่อมโยงบริการระหว่างอยู่ในชุมชนและเมื่อต้องส่งต่อไปรับบริการในสถาบันเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการต่อเนื่องและจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านการแพทย์และสังคมควบคู่กัน

2.6 ภาวะซึมเศร้า (depression) ในผู้สูงอายุ

เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือพิการซึ่งประสบความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข บุคคลกลุ่มนี้จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ภาวะซึมเศร้านั้นมีโอกาสพัฒนาไปเป็น “โรคซึมเศร้า” ได้ในอนาคต นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การทำร้ายตนเอง ซึ่งผู้ดูแลจำต้องตระหนักถึงภาวะอันตรายดังกล่าวหากจะทำความรู้จักกับภาวะซึมเศร้าอย่างเข้าใจนั้น จะพบว่าภาวะซึมเศร้าคือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง อาการหลักๆ คือ ผู้สูงอายุจะรู้สึกเบื่อหน่ายหรือเศร้าหรือทั้งสองอย่าง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกินการนอน เรียวแรง สมาธิ รวมถึงความรู้สึกที่มีต่อตัวเองร่วมด้วยการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ถ้าเป็นไม่มากนักอาจเข้าข่าย “ภาวะซึมเศร้า” แต่หากมีอาการมากและกินระยะเวลาเนิ่นนานก็สามารถพัฒนากลายเป็น “โรคซึมเศร้า” ซึ่งจะทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต ทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ไม่ดีเหมือนเดิม และบางรายที่รู้สึกท้อแท้หรือหมดหวัง อาจส่งผลรุนแรงถึงขั้นไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปสำหรับประเทศไทย จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 33 แต่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าจริงๆ มีประมาณร้อยละ 6 รายงานของ ศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์ และคณะที่เสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวนร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 4 แห่ง ซึ่งมีแผนกจิตเวช (ณัททัย วงศ์ปการันย์ และคณะ, 2559)

สรุปผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวทำให้ไปไหนมาไหนลำบากเป็นภาระแก่ลูกหลาน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเศร้าโศกเสียใจง่าย น้อยใจง่าย ร้องไห้ง่าย รวมถึงมักรู้สึกท้อใจพฤติกรรมการนอนเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุจะนอนไม่หลับหลับๆ ตื่นๆ ตื่นเช้ากว่าปกติ หรืออาจนอนมากขึ้น หลับทั้งวันทั้งคืน นอนขี้เซาพฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร หรืออาจกินจุขึ้น ของที่เคยชอบกินกลับไม่ยอมกิน หรือบางรายอาจอยากกินของที่ปกติไม่กิน เช่น ของหวานๆ การเคลื่อนไหวของร่างกายเปลี่ยนแปลง หมายถึง ผู้สูงอายุอาจเคลื่อนไหวเชิงช้าลงหรือเคลื่อนไหวมากขึ้น กระวนกระวายกำลังกายเปลี่ยนแปลง รู้สึกอ่อนเพลียง่าย กำลังวังชาลดน้อยถอยลง รู้สึกไม่ค้อยแข็งแรงเหมือนเดิม ไม่ค้อยมีแรง บางรายอาจบ่นเกี่ยวกับอาการทางร่างกายหลายอย่างที่ตรวจไม่พบสาเหตุ หรือมีอาการมากกว่าอาการปกติของโรคนั้นๆ ความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนแปลง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด หรือรู้สึกแค้นกับตัวเอง คิดว่าตนเป็นภาระของลูกหลาน ไม่มีความสามารถเหมือนที่เคยเป็น ความภาคภูมิใจในตนเองลดลงอับจนหนทาง หมดหวังในชีวิตสมาธิและความจำ บกพร่อง หลงลืมบ่อย โดยเฉพาะสิ่งใหม่ๆ ใจลอย คิดไม่ค่อยออก มักลังเลหรือตัดสินใจผิดพลาดทำร้ายตัวเอง ผู้สูงอายุบางรายที่มีอาการมากๆ อาจรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่อีกต่อไป บางรายจะคิดหรือพูดถึงความตายบ่อยๆ นึกอยากตาย และอาจวางแผนทำร้ายร่างกาย เช่นเตรียมสะสมยาจำนวนมากๆ เตรียม

วัสดุอุปกรณ์ จากนั้นอาจลงมือทำร้ายตัวเองด้วยวิธีต่างๆ เช่น กินยาเกินขนาด กินยาฆ่าแมลงหรือยาฆ่าหญ้า แขว่นคอ หรือใช้อาวุธทำร้ายตนเอง ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่ยอมกินยาประจำตัวเพื่อปล่อยให้อาการทรุดลงจนเสียชีวิตยิ่งไปกว่านั้น ภาวะซึมเศร้าที่น่าวิตกกว่าเปิดประตูไปสู่โรคภัยอื่น อาทิเช่น โรคสมองเสื่อมตามหลังภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ผู้สูงอายุรายใดที่อยู่ในภาวะซึมเศร้านานๆ โดยไม่ได้รับการรักษาจะกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ และหลังจากผ่านไปเพียง 1-2 ปี บางรายก็เริ่มมีอาการของโรคสมาธิ ความจำเสื่อมในระยะเริ่มแรก และต่อมาอาจยิ่งรุนแรงขึ้นจนกลายเป็นโรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ รวมถึงอาการโรคจิตเข้าแทรกซ้อน กว่าร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้านานๆ อาจมีอาการของโรคจิตเข้าแทรกซ้อน เช่น หวาดระแวงว่าภรรยาหรือสามีนอกใจ กลัวคนมาทำร้ายหรือขโมยของ หูแว่ว เห็นภาพหลอน โทษตัวเองเกินความจริง หรือรู้สึกผิดมากๆ ด้วยเหตุที่สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้าเป็นอุปสรรคสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงวัย ด้วยเหตุนี้ผู้ใกล้ชิดหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงควรมีทักษะและแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง อันได้แก่ การประเมินลักษณะอาการ การค้นหาและคัดกรอง การดูแลเบื้องต้นหรือการดูแลควบคู่กับแผนการรักษาของแพทย์ การประเมินภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ ทั้งนี้จำเป็นต้องใส่ใจและเห็นความสำคัญของปัญหาในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพื่อการดูแลป้องกันอย่างใกล้ชิด

2.7 แนวคิดบทบาทนักบริบาลผู้สูงอายุ

ในช่วงปลายสหัสวรรษที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพของประเทศไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเป็นผลสืบเนื่องจาก การพัฒนาประเทศในด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพใหม่ที่ประสบอยู่ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งมักจะตามมาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาตทำให้มีความพิการตามมา ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเมื่ออายุมากขึ้น มีการถดถอยของการทำงานของร่างกายและสมอง เกิดภาวะฟุ้งฟิงในการใช้ชีวิตประจำวัน จำนวนผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงทางกายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ นอกเหนือจากปัญหาผู้สูงอายุดังกล่าวแล้ว ยังมีผู้ป่วยอื่นที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิงผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ผู้พิการ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช และภาวะสมองบกพร่อง

ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกัน ก็มีปัญหาในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคมดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาว อาจแบ่งผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิงตามภาวะฟุ้งฟิง หรือความรุนแรงของโรคโดยการคัดกรองของแผนกผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และตามข้อตกลงของทีมสหวิชาชีพ เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้แต่ได้รับการแนะนำให้ติดตาม เช่นผู้ป่วยหลังคลอด มีการดูแลต่อเนื่องไม่เกิน 6 สัปดาห์ หลังจากออกจากโรงพยาบาล

กลุ่ม 2 ผู้ป่วยติดบ้าน คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มีข้อจำกัด ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ที่ต้องการผู้ดูแล หรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วนมีการดูแลต่อเนื่องอยู่ในระหว่าง 3-6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล

กลุ่ม 3 ผู้ป่วยติดเตียง คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ป่วยที่มี ADL Barthel Index ตั้งแต่ 4 ลงมาทุกราย เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต

กลุ่ม P ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative Care) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ไม่นาน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตโดยพิจารณาจากผู้ประเมินระยะที่ 4 หรือผู้ป่วยที่มี Palliative Performance Score (PPS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30

การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มที่ 3 มีความยากลำบาก เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลสุขภาพและมีความยุ่งยากในการเคลื่อนย้าย มีต้นทุนสูงในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง การดูแลผู้ป่วยระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติในการดูแลและให้ บริการ รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลด้วย เช่น ที่นอน พื้นบ้าน สถานที่ขับถ่าย ฯลฯ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องออกไปประเมินและให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล และต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลด้านสังคมอีกด้วย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG) หรือนักบริบาลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ

คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG)

1) มีคุณสมบัติตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) พ.ศ. 2549 ได้แก่อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาและมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจและมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

2) สมัครและได้รับการคัดเลือกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) ได้รับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงตามหลักสูตรของสำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขต/บทบาทหน้าที่ของ Caregiver

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG) มีบทบาทสำคัญที่ได้รับมอบหมายดังนี้

1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้ายการขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ
2. สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ
3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน ตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด
5. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ
6. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง
7. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง
8. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

โดยสรุป ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG) หรือนักบริหารผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่น ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบเป็นผู้ที่จะดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้ายการขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาดและถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉิน หรือการ

เจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้องจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการสุขภาพ (Care Manager : CM) เพื่อนำเสนอแผนการดูแลรายบุคคลต่อคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองทันน้ำ

2.8 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.8.1 ความหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

จากแนวคิดของ Kurt Lewin (อินทิตรา เลิศล้ำ, 2557 อ้างอิงจาก Adelman, 1993) ได้ศึกษาปัญหาของชนกลุ่มน้อยในอเมริกากระยะเพ็งยุคสงครามโลกครั้งที่สอง โดยใช้กระบวนการศึกษาในลักษณะกลุ่มร่วมกันทำงานและตัดสินใจอย่างมีพันธะต่อกันเพื่อมุ่งมั่นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (A Group Activites Group Decision and Commitment to Improvement) และใช้การปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติและการสะท้อนผลการปฏิบัติ Kemmis and McTaggart (สุวิมล ว่องวานิช, 2555 อ้างอิงจาก Kemmis, McTaggart, & Deakin University (Vic.), 1982) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติในสังคม หรือเพื่อต้องการที่พัฒนาหลักการ และเหตุผล วิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัตินั้นๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง Johnson, C.S. and Kromann-Kelly (สุวิมล ว่องวานิช, 2555 อ้างอิงจาก Schulte Johnson & Kromann-Kelly, 1995) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึงการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และตีความหมายโดยมีแผนงานกำหนดและแลกเปลี่ยนผลกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ กระบวนการวิจัยปฏิบัติการต้องตอบคำถาม 5 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) คำถามที่ต้องการศึกษาคืออะไร 2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง 3) ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บคืออะไร 4) จะวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร และ 5) จะแปลความหมายนั้นว่าอย่างไร การตอบคำถามเหล่านี้ต้องใช้เวลาวางแผนและในทุกขั้นตอนต้องอภิปรายกับเพื่อนร่วมงาน

2.8.2 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ชยุต ชำนาญเนาว์, 2558; สุวิมล ว่องวานิช, 2544) ผู้วิจัย คือ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน สิ่งที่ถูกวิจัย คือปฏิบัติการในหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ การพัฒนาและค้นคว้าแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นการพัฒนาวิชาชีพ วิธีการวิจัย คือกระบวนการค้นคว้าข้อความรู้ที่มีขั้นตอน หลักสำคัญคือการวิจัยและการปฏิบัติโดยมีลักษณะสำคัญคือ

2.8.2.1 การสะท้อนผลกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของตนเองและผลที่เกิดขึ้น

2.8.2.2 การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานเพื่อร่วมงานที่มีส่วนในการวิพากษ์วิจารณ์การปฏิบัติงานและผลที่ได้รับ

2.8.2.3 กระบวนการที่มีการดำเนินงานเป็นวงจรต่อเนื่องและทำเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน

2.8.2.4 ผลที่ได้จากการวิจัยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติงานรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.8.3 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สุวิมล ว่องวานิช (สุนีย์ ศรีเพชร, 2553 อ้างอิงมาจาก สุวิมล ว่องวานิช, 2544) ได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการพบว่าการจัดประเภทของรูปแบบการทาวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

2.8.3.1 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research)

1) การวิจัยแบบทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยรูปแบบที่มีแบบแผนการวิจัยที่เคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงาน ซึ่งมีการนำเสนอที่เหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ได้แก่ นักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการที่อยู่ในมหาวิทยาลัย หรือนิสิตนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้ตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจนและมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่แยกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นรูปแบบงานวิจัยที่ไม่ได้ยึดติดรูปแบบการวิจัยที่เคร่งครัดเหมือนกับการวิจัยแบบเป็นทางการ โดยจะมุ่งเน้นตอบคำถามการวิจัยมากกว่าการยึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการสอนตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้ บางครั้งพบว่าการรายงานเพียง 1-2 หน้า

2.8.3.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (Kemmis et al., 1982) รูปแบบมีดังนี้

1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) มีจุดประสงค์ของการวิจัยเพื่อใช้ปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ที่ให้บุคคลภายนอก (Outsider) มาช่วยวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ในการควบคุม กำกับ ดูแล จากนักวิจัยภายนอก โดยบุคคลภายนอกเป็นผู้วิจัยหลัก ผู้ปฏิบัติไม่ได้มีส่วนแสดงออกทางความคิดที่จะใช้ในการวิจัยโดยเทคนิคที่ใช้ในการทำวิจัย การตอบคำถามวิจัยเป็นคำตอบที่รัดกุม อาจใช้ไม่ได้ในการนำมาใช้จริง

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) การวิจัยนี้ นักวิจัยภายนอกจะเป็นที่ปรึกษาในเรื่องกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ เป็นการปรับปรุงประสิทธิผลการทำงานมุ่งเน้นในการสร้างความเข้าใจมุ่งที่จะพัฒนาวิชาชีพให้กับแก่ผู้ปฏิบัติ โดยพบว่าในกระบวนการวิจัยจะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีการสะท้อน การวิเคราะห์ปรับปรุง และพัฒนาในเรื่องการปฏิบัติงานของตนเอง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย รวมถึงการมีส่วนในการเสนอความคิดเห็นในประเด็นปัญหาการวิจัยที่ได้มีการปฏิบัติจริงจนได้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ได้

3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัยที่เพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบที่ 1 แบบที่ 2 คือ มีการพัฒนาประสิทธิภาพในเรื่องของการทำงาน มีการส่งเสริม สนับสนุนให้มีความเข้าใจในเรื่องของ การพัฒนาปรับปรุงในการทำงานสำหรับผู้ปฏิบัติแล้ว ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานในส่วนขององค์กรให้ดีขึ้นด้วย ถึงแม้จะมีบุคคลภายนอกร่วมทำการวิจัยด้วยแต่ทุกคนที่อยู่ในองค์กรต่างมีสิทธิมีเสียง ต่อการแสดงความคิดเห็นที่มีความเท่าเทียมกัน โดยไม่มีที่ปรึกษาการวิจัยที่เหมือนกับแบบที่ 2 การวิจัยแบบนี้เป็นการเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาซึ่งความสามารถ ด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติและในส่วนของนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์พันธนาการจากทางความคิดเดิม จึงเห็นได้ว่าแนวทางการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีลักษณะในการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการทำงานจาก ผู้ปฏิบัติที่ถูกครอบงำทางความคิดที่เกิดจากนักวิจัยภายนอก (Cooption) ในแบบแรกมาเป็นแบบที่สองคือร่วมกัน ทำงาน (Cooperation) และในรูปแบบที่สามที่เป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) เป็นแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่นิยม และได้รับการยอมรับว่าจะมีการทำให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติมากกว่าแบบอื่นๆ

สรุปงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) การวิจัยนี้ นักวิจัยภายนอกจะเป็นที่ปรึกษาในเรื่องกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ เป็นการปรับปรุงประสิทธิผลการทำงานมุ่งเน้นในการสร้างความเข้าใจมุ่งที่จะพัฒนาวิชาชีพให้กับแก่ผู้ปฏิบัติ โดยพบว่าในกระบวนการวิจัยจะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีการสะท้อน การวิเคราะห์ปรับปรุง และพัฒนาในเรื่องการปฏิบัติงานของตนเอง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย รวมถึงการมีส่วนในการเสนอความคิดเห็นในประเด็นปัญหาการวิจัยที่ได้มีการปฏิบัติจริงจนได้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ได้

2.9 ระบบและมาตรฐานการบริการสุขภาพในระบบปฐมภูมิ

แนวคิด บริการระดับปฐมภูมิ

จากนิยามความหมาย คำว่าสุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายจิตใจสังคม และปัญญา ดังนั้น สุขภาพจึงไม่ได้แยกจากวิถีชีวิต ที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดีโดยดำรงอยู่ในครอบครัวชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุล ทั้งทางด้านเศรษฐกิจด้านสังคม การเมืองและด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นระบบสุขภาพ จะต้องเป็นระบบทุกระบบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของประชาชน โดยมีความเกี่ยวข้อง ตั้งแต่ในเรื่องของอาชีพ พฤติกรรม การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง และประชาสังคม การเมืองกระบวนการทางสังคมศาสนารวมถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่ดีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับสุขภาพไปสู่ความเป็นปกติหรือการมีสุขภาพที่ดี ที่ผ่านมาสุขภาพจำกัดความหมายแค่เพียงการป่วยใช้และการรักษาหรือการซ่อมสุขภาพ ซึ่งระบบสุขภาพขาดอยู่กับโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เท่านั้น การปฏิรูประบบสุขภาพจึงเกิดขึ้นเพียงเพื่อ เปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพสมัยใหม่มีความหมายที่กว้างขึ้นครอบคลุมสุขภาวะของประชาชน (ประเวศ วะสี, 2543) พร้อมกันสร้างระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวมต่อเนื่องและผสมผสานเป็นบริการที่ใกล้บ้านมีประชาชนเป็นศูนย์กลางซึ่งระบบดังกล่าวเริ่มต้นจากระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพทั้งทางด้านกายภาพและสังคม (คณะทำงานแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2543)

ความหมายระบบบริการ ระดับปฐมภูมิ

บริการปฐมภูมิ หมายถึง วิธีการจัดบริการ ที่จะนำไปสู่เป้าหมาย ของระบบบริการสุขภาพ 2 ประการคือเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นสูงสุดและเพื่อกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างยุติธรรม บริการรับระบบภูมิเป็นการให้บริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ ที่ประชาชนสามารถรับบริการได้ง่าย เป็นบริการที่ต่อเนื่อง ผสมผสาน เข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ และเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ ประสานการบริการที่จุดเริ่มต้นกับบริการเฉพาะทาง หรือบริการทางสังคมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง บริการระดับปฐมภูมิ อาจหมายถึงบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านให้การดูแลสุขภาพและรับผิดชอบส่งต่อผู้รับบริการ ไปยังสถานบริการอื่นๆ ตามความจำเป็น โดยคำนึงถึงคุณค่าทางวัฒนธรรมอย่างเหมาะสม และบริการจะเน้นคุณภาพบริการเชิงสังคม ควบคู่กับเชิงเทคนิคบริการ คือ นอกจากผู้ให้บริการจะมีความรู้ ในด้านการบริการที่ดีแล้วยังจะต้องมีความรู้ในด้านการสร้างสัมพันธภาพอันดีกับประชาชนในชุมชน เพื่อให้การบริการเกิดความต่อเนื่อง ผสมผสานและมีลักษณะเป็นองค์รวม

นอกจากนี้ บริการระดับปฐมภูมิ เป็นกระบวนการให้การดูแลทางด้านสาธารณสุข ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการให้บริการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ลดการดูแลที่กระจัดกระจายแยกส่วนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคล ลดราคาค่ารักษาพยาบาล เป็นการขยายบทบาทของพยาบาลให้ทำหน้าที่แทนแพทย์ซึ่งในขณะนั้นขาดแคลนอย่างมากโดยเฉพาะกลุ่มประชาชนในชนบทผู้มีรายได้น้อยและเป็นระบบบริการที่ใช้แก้ปัญหาการรักษาที่สูงมากในขณะนั้น

บริการระดับปฐมภูมิ เป็นบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดโดยจะดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้อย่างใกล้ชิดตั้งแต่ก่อนที่จะป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายด้านจิตใจด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณทั้งนี้รวมถึงการสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็งด้วย

ตามคำประกาศอัลมาอตา ในปี ค.ศ. 1978 ซึ่งเป็นการประกาศความสำคัญของบริการระดับปฐมภูมิ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายบริการระดับปฐมภูมิไว้ว่าเป็นบริการด่านแรกที่ผู้รับบริการระดับบุคคลครอบครัวและชุมชนสามารถเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการทางการแพทย์รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมที่รวมปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัวชุมชนไม่เฉพาะรายบุคคลแต่เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกคน (Rifat, A., 1996)

สำเร้ง แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิรา (2545) กล่าวว่าไว้ว่า บริการรับธรรมะภูมิมีผู้ให้ความหมายไว้ในหลายแง่หลายมุมทั้งในเชิงปรัชญาหลักการจัดการระบบบริการและลักษณะบริการซึ่งยังไม่สามารถให้ความหมายบริการระดับปฐมภูมิได้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมดเนื่องจากบริการระดับปฐมภูมิมิแนวคิดที่เป็นนามธรรมสูง ในการให้ความหมายต้องแปลจากลักษณะนามธรรมไปสู่ในโลกทำให้ได้จึงทำให้บริการปฐมภูมิมีความหมายออกมาในลักษณะที่แตกต่างกันดังนี้ 1) เป็นสถานบริการด่านแรกหรือสถานการณ่ด้านหน้า 2) เป็นสถานบริการปฐมภูมิหรือสถานบริการระดับต้น (Primary Care) 3) เป็นสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practice) 4) เป็นสถานบริการครอบครัว (Family Service) 5) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Family care unit) ซึ่งความหมายตรงกับสถานบริการที่มีอยู่แล้วคือสถานอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุขของเทศบาล หรือในปัจจุบันคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั่นเองแต่การจัดการบริการอาจไม่ครบถ้วนตามปรัชญาและแนวคิดของบริการปฐมภูมิ

โดยสรุป บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการจุดแรกของระบบบริการสุขภาพภาครัฐ ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ในการให้บริการสุขภาพในแบบผสมผสานที่มีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างชุมชนหมู่บ้านจนสามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย จนถึงหลังจากเจ็บป่วยแล้วเป็นองค์รวมซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านทางด้านร่างกาย จิตใจ

สังคม จิตวิญญาณ ทำให้ผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงทางด้านภูมิศาสตร์ที่สามารถเดินทางไปรับบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว การเข้าถึงทางด้านสังคมที่มีค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการที่สามารถจ่ายได้ราคาไม่แพงจนเกินไปหรือ การเข้าถึงทางด้านจิตใจซึ่งเกิดจากความเชื่อมั่นศรัทธาของผู้รับบริการ ที่มีต่อผู้ให้บริการและสถานบริการสุขภาพ

พันธกิจของบริการระดับปฐมภูมิ

1. เป็นบริการด่านแรกของระบบสุขภาพ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก และดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มโรค สามารถให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางหรือในระดับที่สูงขึ้น
2. รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยจนถึงป่วย และการฟื้นฟูสภาพ หรืออาจจะพูดได้ว่าตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการเข้าใจการรู้จักการระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด
3. และบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสานค้ำึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ประเพณีวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้อง ให้การบริการที่ผสมผสานในทุกรูปแบบตามความต้องการของผู้รับบริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพหลังจากเจ็บป่วย
4. เป็นบริการส่งต่อและประสานงานกับบริการอื่นๆ ทั้งทางด้านการแพทย์และสังคม มีการเชื่อมข้อมูลต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

แนวคิดบริการปฐมภูมิของสตาร์ฟิลด์ (ศิริพงศ์ ทองสกุล, 2545 อ้างอิงจาก Starfield, 1992) ได้กล่าวถึงส่วนประกอบต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นระบบ 3 ประการ ประกอบไปด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง เป็นทรัพยากรพื้นฐานที่จำเป็นทำให้เกิดบริการสุขภาพขึ้น อันประกอบไปด้วย บุคลากรเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์การจัดหน่วยงานการให้บริการอย่างต่อเนื่องการเข้าถึงบริการการสนับสนุนงบประมาณการกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายและพื้นที่รับผิดชอบโดยให้รายละเอียดไว้ดังนี้คือ

1.1 บุคลากร เป็นผู้ให้บริการโดยตรง ต้องมีประสบการณ์ทั้งทางการศึกษาผ่านการฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงานได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะ การให้บริการสุขภาพสามารถบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ในด้านสภการ บุคลากรที่มีประสบการณ์มากย่อมปฏิบัติงานที่แก้ไขปัญหาต่างๆ ให้ลุล่วงไปได้ ตรงกันข้ามกับบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยมักจะขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งผสมผสาน ศึกษาของบุคลากรผู้ที่จะให้บริการระดับปฐมภูมินั้น ควรยกระดับถึงปริญญาตรี สำหรับการพัฒนาความรู้ในการ

ปฏิบัติงานวิธีการที่สำคัญก็คือต้องมีการนิเทศงานซึ่งเกี่ยวข้องกับการสอนการฝึกอบรมการฝึกปฏิบัติการกำหนดวิธีการปฏิบัติงานการติดตามงาน แนะนำการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากรผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อให้ปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จ หลักการนิเทศงานที่สำคัญคือ ต้องเน้นการพัฒนางานควบคู่กับการพัฒนาขีดความสามารถของบุคคล ด้วยการสื่อสารที่เข้าใจ ตรงการพัฒนาความรู้ในเชิงทักษะของการทำงาน และที่สำคัญการนิเทศงานต้องอยู่บนพื้นฐาน ของความต้องการของบุคลากร จึงจะเกิดการดำเนินงานที่เป็นการทำงานแบบร่วมมือที่ได้มาจากการวางแผนร่วมกัน ทั้งประสบการณ์การศึกษาการฝึกอบรมและพัฒนาความรู้ทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติงาน

องค์การอนามัยโลกได้จัดระดับของทักษะไว้ 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ทำได้เอง

ระดับ 2 ทำได้ตามคู่มือ

ระดับ 3 ทำไม่ได้

การศึกษาในครั้งนี้พิจารณาความสามารถของบุคลากรตามระดับทักษะที่องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดไว้ 3 ระดับคือทำตัวเอง ทำได้ตามคู่มือ และทำไม่ได้ ในการปฏิบัติกิจกรรมบริการทางการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพซึ่งดัดแปลงตามประเภทบริการที่ต้องมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

1) ด้านการรักษายาสูบ ประกอบไปด้วย การรักษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทั่วไป ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง การตรวจร่างกาย การให้การรักษายาสูบเบื้องต้น ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การดูแลเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุ อุจจาระ ก่อนส่งต่อการทำหัตถการเล็กๆ น้อยๆ เช่น การเย็บแผลการผ่าฝี เป็นต้น รวมทั้งการบริการขั้นสูงพื้นฐาน การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาตรวจหาเชื้อมาลาเรีย

2) การส่งเสริมสุขภาพ บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีกิจกรรมดังต่อไปนี้ การวางแผนครอบครัว การตรวจครรภ์ การทำคลอดในรายปกติ การดูแลมารดาและทารกหลังคลอด การติดตามเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด การตรวจหามะเร็งปากมดลูก บริการดูแลเด็กทั้งทางด้านการกระตุ้นพัฒนาการ การให้วัคซีน การประเมินภาวะโภชนาการ และการเจริญเติบโต บริการเด็กวัยเรียนการตรวจสุขภาพ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน เป็นการไปดูแลคนไข้ที่บ้านแก่ประชากรทุกกลุ่มวัย และการบันทึกการเยี่ยมบ้าน

3) การฟื้นฟูสภาพ มีกิจกรรมดังนี้ การนวดบำบัด ผู้ป่วย โดยสอนนวดแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต เป็นต้น

4) การควบคุมป้องกันโรค กิจกรรมดำเนินการก็คือ การประเมินสิ่งแวดล้อมในชุมชน การเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน

1.2 เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ คือสิ่งก่อสร้างที่เป็นตัวอาคารสถานบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานีอนามัย เป็นต้น รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือในการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ การจัดการเครื่องมือเพื่อบริการประชาชน ครุภัณฑ์สำนักงานต่างๆ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เตียงสำหรับตรวจโรค เพื่อการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพอย่างครบถ้วนและเพียงพอ

1.3 การบริหารจัดการหน่วยงาน คือการกำหนดนโยบาย โครงสร้างองค์กร การจัดสรร อัตรากำลัง และการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารในขั้นตอนของการวางแผน และการจัดการองค์กร โดยการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ในระยะยาว ระยะกลาง ระยะสั้น รวมทั้งการ กำหนดกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ ให้บรรลุเป้าหมาย ที่หน่วยงานกำหนด หรือบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร โดยแบ่งการวางแผนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การวางแผนกลยุทธ์และการวางแผนปฏิบัติการ สำหรับการ จัดการองค์กรจะเป็นการกำหนดกฎระเบียบ แบบแผน ที่ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดผลลัพธ์ ที่บรรลุ ตามวัตถุประสงค์ ขององค์กร โดยในการจัดการหน่วยงานในลักษณะดังกล่าว สถานการณ์พยาบาล ได้ กำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาลชุมชน ใช้เป็นมาตรฐานในการกำหนดทิศทางการบริหารการ พยาบาล และมาตรฐานการจัดการองค์กร การบริหารจัดการซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อระบบบริการ โดยจะเป็นแนวทางที่นำไปสู่คุณภาพ ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่มีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดได้น้อยที่สุดที่จะ เกิดกับผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการจะเกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นในตัวผู้ให้บริการ อันจะนำไปสู่ความ พึงพอใจ ความประทับใจ และความไว้วางใจต่อการให้บริการต่อไป

1.4 การให้บริการอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลสุขภาพที่ต้องมีมากกว่า 1 ครั้ง กล่าวคือจะต้องกำหนดการติดตามผลและแนวทางการดูแลในแต่ละครั้งที่ปฏิบัติ เช่น การนัดติดตาม ผลที่สถานบริการสุขภาพ การกำหนดแนวทางการติดตาม การออกเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครอบครัว การลง ไปในชุมชน ซึ่งสำคัญมากต่อการบริการระดับปฐมภูมิ เนื่องจากหากไม่มีกิจกรรมดังกล่าว การ แก้ปัญหาที่แท้จริงจะไม่เกิดขึ้น การให้บริการอย่างต่อเนื่องนี้เป็นการดูแลผู้รับบริการ ในทุกกลุ่มวัย ทุกสถานะ โดยจะได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ที่ยังไม่เจ็บป่วยจนกระทั่งเกิดอาการเจ็บป่วย ครอบคลุมทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีจนถึงผู้พิการหรือผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในทางอุดมคติกล่าวไว้ว่า เป็นการ ดูแลตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ซึ่งจำเป็นจะต้องจัดระบบเพื่อให้เกิดการติดตามอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวชุมชน กล่าวคือ ผู้ให้บริการนอกจากจะให้การดูแลสุขภาพในสถาน บริการแล้ว จะต้องมีการติดตามไปเยี่ยมผู้รับบริการที่บ้านด้วย โดยอาศัยมาตรฐานการจัดบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เป็นตัวกำหนดความต่อเนื่องของการให้บริการไว้ดังนี้

บริการต่อเนื่องในชุมชนประกอบไปด้วย

1) มีมาตรฐานบริการ มีระบบการตรวจสอบ ที่ทำให้บริการมีความต่อเนื่อง ได้แก่ระบบนัด ระบบตรวจสอบและติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดหมาย

2) มีระบบการบันทึกข้อมูลของผู้มารับบริการ ที่ทำให้สามารถพิจารณาข้อมูลการรักษา ได้ต่อเนื่องชัดเจน

3) มีระบบการจัดการที่ทำให้ผู้มารับบริการ ได้พบผู้ให้บริการคนเดิม ที่จะทำให้การรักษามีความต่อเนื่อง ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ

4) มีการติดตามผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ถูกรับไว้รักษาที่โรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้กับมารักษาตัวที่บ้าน จะต้องมีการออกไปเยี่ยมติดตามประเมินอาการ ดูแลรักษาที่บ้านเพื่อให้มีการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ต่อไป

โดยสรุปบริการอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เกิดความประทับใจ เกิดการยอมรับ ทำให้บริการมีความน่าเชื่อถือ มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

1.5 การเข้าถึงบริการ คือ การที่ประชาชนสามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้ตามความเหมาะสม โดยที่ไม่มีสิ่งใดเป็นอุปสรรค ซึ่งการเข้าถึงบริการไม่ได้จะพิจารณาเฉพาะการที่สถานบริการสุขภาพนั้น มีบุคลากร มีเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกต่างๆ อย่างครบครัน แต่จะเป็นการพิจารณาให้ครอบคลุมถึงการใช้ประโยชน์จากสิ่งเหล่านั้น ประชาชนสามารถรับบริการโดยใช้เวลาไม่นานจนเกินไป ระยะทางใกล้บ้านเดินทางสะดวก เส้นทางคมนาคม พาหนะที่ใช้ในการเดินทางมีครบหาได้ไม่ยาก ด้านจิตใจบุคลากรผู้ให้บริการต้องพูดจาภาษาเดียวกันกับประชาชน ซึ่งจะทำให้สามารถสื่อสารเข้าใจกันได้ เกิดความเข้าถึงเข้าใจในวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีท้องถิ่นได้อย่างลึกซึ้ง ซึ่งการเข้าถึงบริการถือเป็นหัวใจสำคัญของบริการด้านแรก เพราะว่าบริการระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ต้องเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว สามารถเข้าถึงได้ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เป็นลักษณะที่ไม่มีอะไรมาขวาง เวลาในการเปิดให้บริการ ต้องมีการเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง คือมีบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ เพื่อที่จะให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาการเข้าถึงทางด้านเศรษฐกิจ โดยผู้รับบริการสามารถจ่ายค่าบริการได้ ค่าบริการไม่แพงจนเกินไป มีความเหมาะสมกับสถานะของผู้มารับบริการ และการเข้าถึงด้านภาษา ผู้ให้บริการและประชาชน ควรใช้ภาษาท้องถิ่นซึ่งจะทำให้เข้าใจซึ่งกันและกันได้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งทำให้เข้าใจในเรื่องของจิตใจ วิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ซึ่งลักษณะการจัดหน่วยงาน จะต้องเป็นการจัดหน่วยงาน ที่เอื้อต่อการให้บริการทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบายในการมารับบริการมากที่สุด

1.6 งบประมาณ งบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดบริการระดับปฐมภูมิ จะต้องเป็นงบประมาณที่จัดสรรไว้อย่างชัดเจน มีประโยชน์ในการประเมินความคุ้มค่าของบริการ ในระยะยาวโดยการบริหารงบประมาณจะต้องแตกต่างกันตามสถานการณ์ของหน่วยงานนั้นๆ ซึ่งการวางแผนด้านการใช้งบประมาณ เป็นแผนงานของหน่วยงานด้าน ที่ใช้สำหรับการควบคุมกำกับการใช้งบประมาณ

โดยการวางแผนและการควบคุม จะต้องให้รายละเอียดของต้นทุนในทุกแผน เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าหน่วยงานจะได้รับผลกำไรอย่างไรบ้าง และเป็นการแสดงความคาดหวังต่อสถานการณ์ด้านการเงินในอนาคตของหน่วยงาน การวางแผนงบประมาณจะต้องอาศัยระเบียบ วิธีการ จัดทำงบประมาณของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งหน่วยงานราชการจะมีระบบระเบียบเกี่ยวกับการเงินการคลัง ที่เฉพาะเจาะจง จึงต้องมีการวางแผนการใช้งบประมาณให้ถูกต้องตามระเบียบ ให้มากที่สุด

1.7 การกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายและพื้นที่รับผิดชอบ โดยแต่ละหน่วยงานของบริการระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องกำหนดพื้นที่รับผิดชอบ ที่จะให้บริการประชาชนให้ครอบคลุมถึงจำนวนประชาชนในพื้นที่ที่กำหนด โดยใช้เหตุผลที่สำคัญที่จำเป็นต้องกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมาย และพื้นที่รับผิดชอบคือ ทำให้บุคลากรผู้ให้บริการสามารถเข้าใจภูมิหลังทางสังคมของประชากรหรือผู้มารับบริการ ตลอดจนรูปแบบสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบนั้นๆ ได้โดยง่าย ซึ่งจำนวนประชากรสามารถนำมาเป็นตัวกำหนดทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการ เพื่อเป็นบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมที่สุด กล่าวคือเงื่อนไขบริการระดับปฐมภูมิที่ดีประการหนึ่งก็คือจะต้องกำหนดขอบเขตพื้นที่รับผิดชอบประชากรเป้าหมาย หรือผู้ให้บริการที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดบริการที่ดี ควรให้ประชาชนได้ลงทะเบียนเครือข่ายบริการที่มีขนาดประชากรในความรับผิดชอบที่มีความเหมาะสม เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัว ซึ่งในส่วนของภาระลงทะเบียนอาจจะจัดให้สามารถเลือกได้ตามความพึงพอใจของประชาชน จำเป็นจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขของหลักเกณฑ์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสมด้วยเช่นกัน สามารถเลือกสถานบริการได้ 2 แห่ง คือหน่วยบริการปฐมภูมิหลักที่มีแพทย์ และหน่วยบริการปฐมภูมิรอง ที่อยู่ใกล้บ้าน โดยจะต้องอยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิเดียวกัน

2. กระบวนการ

เป็นส่วนของกิจกรรมที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการจะต้องประกอบไปด้วยกิจกรรม 2 ส่วนดังนี้ คือกิจกรรมซึ่งผู้ให้บริการจะดูแลกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติร่วมกับประชาชนซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 กิจกรรมที่จัดบริการให้กับกลุ่มประชากรเป้าหมาย ผู้ให้บริการต้องยอมรับความต้องการของบุคคล ชุมชนและครอบครัว รวมถึงอาจเป็นปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการการบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอาจเป็นอาการและการแสดงผลการตรวจทางห้องแลปที่ผิดปกติ หรือความต้องการ ด้านการป้องกันโรคการ ยอมรับปัญหาที่ทำให้เกิดบริการที่เหมาะสม ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ นอกจากนั้นจะต้องกำหนดขั้นตอนของการวินิจฉัย ซึ่งมีความจำเป็นในการให้บริการขั้นต่อไปก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา หรือการจัดการปัญหาผู้ให้บริการต้องประเมินปัญหาตลอดเวลา จนกว่าการรับรู้ปัญหา หรือการวินิจฉัยรักษาที่เพียงพอ และได้มีการเสนอกิจกรรมที่ต้องมีในการในการบริการระดับปฐมภูมิไว้ 4 ด้าน ดังนี้

2.1.1 งานการรักษาพยาบาล

2.1.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

2.1.3 ด้านการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน

2.1.4 ด้านการควบคุมและป้องกันโรค

2.2 กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติร่วมกับประชาชน เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยสิ่งแรกที่ประชาชน จะตัดสินใจว่าจะใช้บริการตอนไหน เมื่อตัดสินใจใช้บริการต้องเข้าใจว่าผู้ให้บริการมีบริการอะไรบ้าง บริการเป็นที่น่าพึงพอใจหรือไม่ ยอมรับแนวทางการดูแลรักษา ข้อเสนอแนะและคำแนะนำหรือไม่ แล้วจึงรับบริการอย่างมีส่วนร่วม ยอมรับและปฏิบัติตามแผนการดูแลทั้งหมดหรือดัดแปลงตามความเหมาะสม ของแต่ละพื้นที่ด้วยกระบวนการทั้งหมดประชาชนจะเป็นผู้พิจารณา กำหนดกิจกรรม และความต่อเนื่องของบริการเอง กิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกับประชาชน เป็นบริการสุขภาพลักษณะของกิจกรรม โครงการที่นอกเหนือจากกิจกรรมบริการที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการที่ประชาชนในชุมชนนั้น เป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาในชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี และสามารถกำหนดปัญหา วิเคราะห์และกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชนและแยกแยะปัญหา ได้โดยที่ปัญหาที่แก้ไขได้เองจะบริหารจัดการทันที ส่วนที่นอกเหนือจากความสามารถ ก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ในส่วนของภาครัฐ หรือบุคคลภายนอกชุมชน เป็นผู้เข้ามาดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งมีมิติของการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 4 มิติอันประกอบไปด้วย

2.2.1 มิติการวางแผนโดยชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งในการตัดสินใจว่าจะต้องทำอะไรเมื่อไหร่อย่างไร

2.2.2 มิติการดำเนินการ ชุมชนให้ความร่วมมือในการทำตามการตัดสินใจการวางแผนงานอย่างไรบ้าง

2.2.3 มิติการได้รับประโยชน์ชุมชนพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้นๆ อย่างเป็นบ้างและ

2.2.4 มิติการประเมินผลซึ่งอาจพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจ

ในการเข้าแก้ไขปัญหาในประการแรกก็ได้ ซึ่งมีการแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็น 3 ระดับดังนี้

1) ระดับไม่มีส่วนร่วม คือเป็นการทำตามคำสั่งโดยประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เพื่อสนับสนุนโครงการ กิจกรรมหรือในลักษณะของการให้บริการ ซึ่งประชาชนเป็นเพียงผู้ร่วมรับบริการเท่านั้นเอง

2) ระดับมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย ได้แก่ การบอกให้ประชาชนรับทราบถึงสถานการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง หรือแนวทางการเงินงาน การปรึกษาซึ่งเป็นเพียงการสอบถามความคิดเห็นเบื้องต้นโดยไม่ได้นำความคิดเห็นนั้น มาใช้ในการดำเนินงาน และการได้รับสิทธิประโยชน์ ซึ่งตัวแทนประชาชน 2-3 คนจะได้รับเลือกให้เป็นกรรมการ แต่ไม่มีสิทธิ์ไม่มีเสียงในการที่จะแสดงความคิดเห็น

3) ระดับอำนาจอยู่ที่ประชาชนซึ่งจะประกอบไปด้วยลักษณะสำคัญ สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

3.1) ลักษณะของหุ้นส่วน ซึ่งเป็นหุ้นส่วนคือการใช้อำนาจตัดสินใจร่วมกัน

3.2) การกระจายอำนาจ ประชาชนส่วนใหญ่มีอำนาจในการตัดสินใจ ผังประชาชนควบคุมกันเองคือประชาชนควบคุมโครงการทั้งหมดซึ่งการมีส่วนร่วมระดับสูงสุดหรือระดับอำนาจอยู่ที่ประชาชน จะทำให้กิจกรรมหรือโครงการที่จะดำเนินงานเกิดความต่อเนื่องยั่งยืน ประชาชนเกิดความรับรู้เป็นเจ้าของเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์อย่างแท้จริง

3. ผลลัพธ์

เป็นผลของกระบวนการบริการหรือการดูแล ที่เกิดต่อสุขภาพของบุคคลชุมชน และครอบครัวโดยมีแนวทางการพิจารณาสุขภาพที่เป็นผลของการดูแลได้หลายประการดังนี้

3.1 ความยืนยาวของชีวิต เป็นการวัดในภาพรวมของสหกรณ์โดยวัดที่อายุขัยเฉลี่ย เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพรายบุคคลซึ่งมุมมองสุขภาพของสหกรณ์ทั้งหมดในระดับประเทศ

3.2 ความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวัน ตัวนี้เป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นคุณภาพชีวิตที่บอกถึงความด้อยสมรรถสมรรถภาพหรือความพิการที่มีผลมาจากสุขภาพของบุคคลครอบครัวและชุมชน

3.3 ความสุขสบายของบุคคลก็คือปราศจากความเจ็บป่วย ความไม่สุขสบายต่างๆหรือเป็นอุปสรรคในการประกอบกิจการงานในหน้าที่ หรือการพักผ่อนเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะที่มีสุขภาพดี

3.4 แผนผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต เป็นองค์ประกอบที่บ่งบอกว่าประชากรทั้งชีวิตและสุขภาพของตนเองอย่างไร รวมถึงมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของตนเอง

3.5 การเจ็บป่วย จะมีอาการหรืออาการแสดงชัดเจนหรือไม่นั้น ก็เป็นอุปสรรคหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก ซึ่งสามารถวัดได้จากอัตราป่วยอัตราตาย

3.6 ความสำเร็จในชีวิตเป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพดีพิจารณาความสำเร็จในชีวิตด้วยศักยภาพในการที่จะประกอบอาชีพให้ประสบผลสำเร็จ

3.7 การปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เป็นตัวบ่งบอกถึงความผาสุก ศักยภาพในการปรับตัวต่อสู้กับสิ่งคุกคามหรือภัยสุขภาพสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างวัดด้วยเทคนิคทางสรีรวิทยาหรือจิตวิทยาหรือการแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้า

โดยสรุป บริการระดับปฐมภูมิตามแนวคิดของ Starfield เป็นความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ของส่วนประกอบ ด้านโครงสร้าง ซึ่งเป็นทรัพยากรที่จำเป็น อันประกอบไปด้วยบุคคลเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์การจัดหน่วยงาน การให้บริการอย่างต่อเนื่องการเข้าถึงบริการงบประมาณการกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายและพื้นที่รับผิดชอบ ด้านกระบวนการเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นทางกิจกรรมที่จัดบริการให้แก่กลุ่มประชากรเป้าหมายและกิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกันกับประชาชนในชุมชน และด้านผลลัพธ์เป็นสถานะทางสุขภาพอันเป็นผลมาจากการดำเนินงาน ได้แก่ ความยืนยาวของชีวิตอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มมากขึ้นความสามารถในการประกอบกิจการหรือกิจกรรมประจำวันความสุขสบายของบุคคลความผาสุกความพึงพอใจในชีวิต ความเจ็บป่วยความสำเร็จและการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

2.10 การจัดการบริการสุขภาพ (Health System Management)

ระบบบริการสุขภาพ (Health Service) เป็นเป้าหมายทางระดับผลผลิตและผลลัพธ์เพื่อบรรลุเป้าหมายของระบบสุขภาพ กระบวนการจัดการระบบสุขภาพ มีเป้าหมายจะให้เกิดบริการสุขภาพที่ดีเป็นเบื้องต้น ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย วางอยู่บนแนวคิดรัฐเป็นผู้รับผิดชอบต่อการจัดให้มีบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยถ้วนหน้า และภายใต้แนวคิดการประกันสุขภาพแบบเฉลี่ยความเสี่ยง มุ่งเน้นการป้องกัน การล้มละลายจากปัญหาเจ็บป่วยด้านสุขภาพรวมทั้ง แนวคิดการพึ่งพาตนเองโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยมุ่งเป้าหมายที่ประชาชนจะต้องสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นแก่ชีวิตได้อย่างเท่าเทียมกัน Universal Coverage รวมทั้ง ให้มีการบริการที่ครอบคลุม ทั่วถึงอย่างเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้โดยไม่ให้เกิดภาวะล้มละลาย เมื่อเจ็บป่วย ระบบบริการสุขภาพจึงครอบคลุมการบริการตั้งแต่ระดับตนเอง ครอบครัว และระดับชุมชน รวมถึงระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และการบริการเฉพาะสาขา หรือเฉพาะทาง และการบริการฉุกเฉินทางการแพทย์อีกด้วย ทางนี้จะต้องเป็นบริการที่มีการควบคุมคุณภาพที่ได้มาตรฐาน โดยมีระบบการพัฒนาและรองรับคุณภาพ เป็นหลักประกันมาตรฐานคุณภาพบริการรวมทั้งมีระบบกลไกการประเมิน การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เป็นหลักประกันมาตรฐานคุณภาพบริการ รวมทั้งมีระบบกลไกการประเมินการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้ในการจัดการบริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

นิยามและแนวคิด หลักการจัดบริการสุขภาพ

การบริการสุขภาพ (Health service Delivery) หมายถึง ผลผลิต (output) ของการนำเข้าไปในระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ระบบการจัดการ การช่วยเหลือการสนับสนุนและระบบการเงินการคลัง เพื่อให้เกิดกระบวนการ (process) การจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชน ในประเภทและระดับบริการต่างๆ รวมไปถึงการดูแลสุขภาพ (reproductive Health) ที่ครอบคลุมโรคต่างๆ ที่สำคัญ เช่น โรคเอดส์ โรคติดต่อ HIV สุขภาพมารดาและทารก การคลอด การผ่าตัด โรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง เป็นต้น โดยการบริการสุขภาพต้องอาศัยเทคนิค กระบวนการสนับสนุนส่งเสริม รวมถึงระบบส่งต่อ referral System นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพ ควรมีการทำงานผสมผสานหลายจุดบริการและหลายวิธี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ในการบริการสุขภาพ (Health service Delivery) และประชาชนเข้าถึงบริการ

นอกจากนี้ การบริการสุขภาพยังหมายถึงการบริการต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ที่เป็นแบบผสมผสาน เฉพาะด้าน เฉพาะเรื่อง แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ระบบบริการระดับทุติยภูมิ ระบบบริการระดับตติยภูมิ (ซึ่งนฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2552)

1. การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary health care Level) หมายถึง การจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการเป็นแบบระดับต้น ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก นอกจากนี้ยังเป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและไม่มีลักษณะของการดูแลให้บริการแบบองค์รวม ในระดับครอบครัว ประกอบด้วยสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั้งของรัฐและเอกชนและร้านขายยา

2. การจัดบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary Health care level) หมายถึง การจัดการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ ที่มีความรู้สูง ระดับปานกลาง ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งของรัฐและเอกชน

3. การจัดบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ tertiary health care Level หมายถึง การจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการ ดังนี้ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่

รูปการบริการสุขภาพหมายถึงการจัดบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพที่เผชิญอยู่ของสังคมนั้นๆ และเป็นการยกระดับสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น (สงครามชัย ลีทองดี, 2558)

แนวคิดการจัดบริการสุขภาพ ควรเป็นการจัดบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ และบริการที่จัดโดยบุคคลครอบครัวและชุมชน การจัดบริการสุขภาพควรมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการและสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากร ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการบริการ โดยการจัดบริการ สุขภาพ เน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุม โดยเริ่มจากระดับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และเมื่อเจ็บป่วย สามารถเข้ารับบริการรักษาในแต่ละระดับ มีระบบการส่งต่อในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิแบบไร้รอยต่อ ตามปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย

เป้าประสงค์ของการจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ควรมีหลักการและเป้าหมายที่สำคัญ คือ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล เป็นระบบบริการที่มีความเหมาะสมสอดคล้อง กับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป มีลักษณะการบริการที่ผสมผสาน มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม เข้าถึงได้ มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการผู้ให้บริการและชุมชน ทำให้เกิดความพึงพอใจและมีความรับผิดชอบต่อสังคมโดยลักษณะบริการสุขภาพที่ดี ต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. การขยายขอบเขตการให้บริการสุขภาพ โดยมีการขยายการให้บริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขความต้องการของประชาชน ที่รวมถึงการควบคุมป้องกันโรค การรักษา การดูแลระยะสุดท้าย การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ

2. การเข้าถึงบริการ (Accessibility) โดยเป็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยตรง และไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่าย ภาษา วัฒนธรรมหรืออาศัยอยู่ที่ใดการบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนและเป็นการเชื่อมโยงที่เข้าถึงการบริการระดับปฐมภูมิ บ้าน ที่ทำงานชุมชนที่อยู่อาศัยและการเข้าถึงบริการ ต้องมีการประสานงานที่ดี

3. ความครอบคลุม (Coverage) เป็นการจัดบริการสุขภาพ ที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย ทางผู้ป่วย ผู้มีสุขภาพดี ทุกระดับรายได้ ทุกสังคม

4. ความต่อเนื่อง (Continuity) เป็นการจัดบริการสุขภาพ ที่มีความต่อเนื่องทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ ต่อเนื่องตามสถานะสุขภาพ และต่อเนื่องเมื่อต่างระดับบริการ

5. มีคุณภาพ (Quality) เป็นการจัดบริการสุขภาพที่ต้องมีคุณภาพสูง มีประสิทธิผลมีความปลอดภัยเน้นความต้องการของผู้ป่วยที่มีรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์

6. ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นบริการสุขภาพมุ่งที่บุคคล เน้นออกแบบบริการเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยหรือผู้รับบริการผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่มีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ และเป็นผู้ประเมินผลการบริการ

7. การประสานงาน Coordination เป็นบริการสุขภาพที่มีความคล่องตัว ทั้งในระดับเครือข่าย ในพื้นที่ ระดับผู้ให้บริการและการบริการในระดับต่างๆ การประสาน ต้องพร้อมทั้งในการบริการในภาวะปกติ และการบริการในภาวะฉุกเฉิน ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในระดับเครือข่าย พื้นที่และในระดับที่สูงขึ้นรวมถึงการประสานกับองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และองค์กรที่สำคัญในชุมชนด้วย 8 มีเหตุผลและมีประสิทธิภาพ ระบบบริการสุขภาพควรมีการบริหารจัดการที่ดี โดยมีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า มีการกระจายอำนาจ มีธรรมาภิบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และให้เกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพ ควรมีกลไกในการประเมิน การมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและชุมชน

2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธารินทร์ คุณยศยิ่ง (2556) ศึกษาเรื่องการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) หากในชุมชนมีระบบและเครือข่ายการดูแลและความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดีผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเป็นผลกระทบทางบวกมากกว่าผลกระทบทางลบเช่นผู้ดูแลในครอบครัวมีแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนมีศักยภาพในการดูแลได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าไม่ถูกทอดทิ้งซึ่งระบบและเครือข่ายการดูแลนั้นควรเป็นความร่วมมือของคนในชุมชนตั้งแต่คนในครอบครัวชุมชนภาคีภาคเอกชนภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลในระยะยาวที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวชุมชนและองค์กรรัฐโดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพานั้นควรมี 3 ภาคส่วนคือผู้ดูแลและครอบครัวเครือข่ายชุมชนและศูนย์บริการ

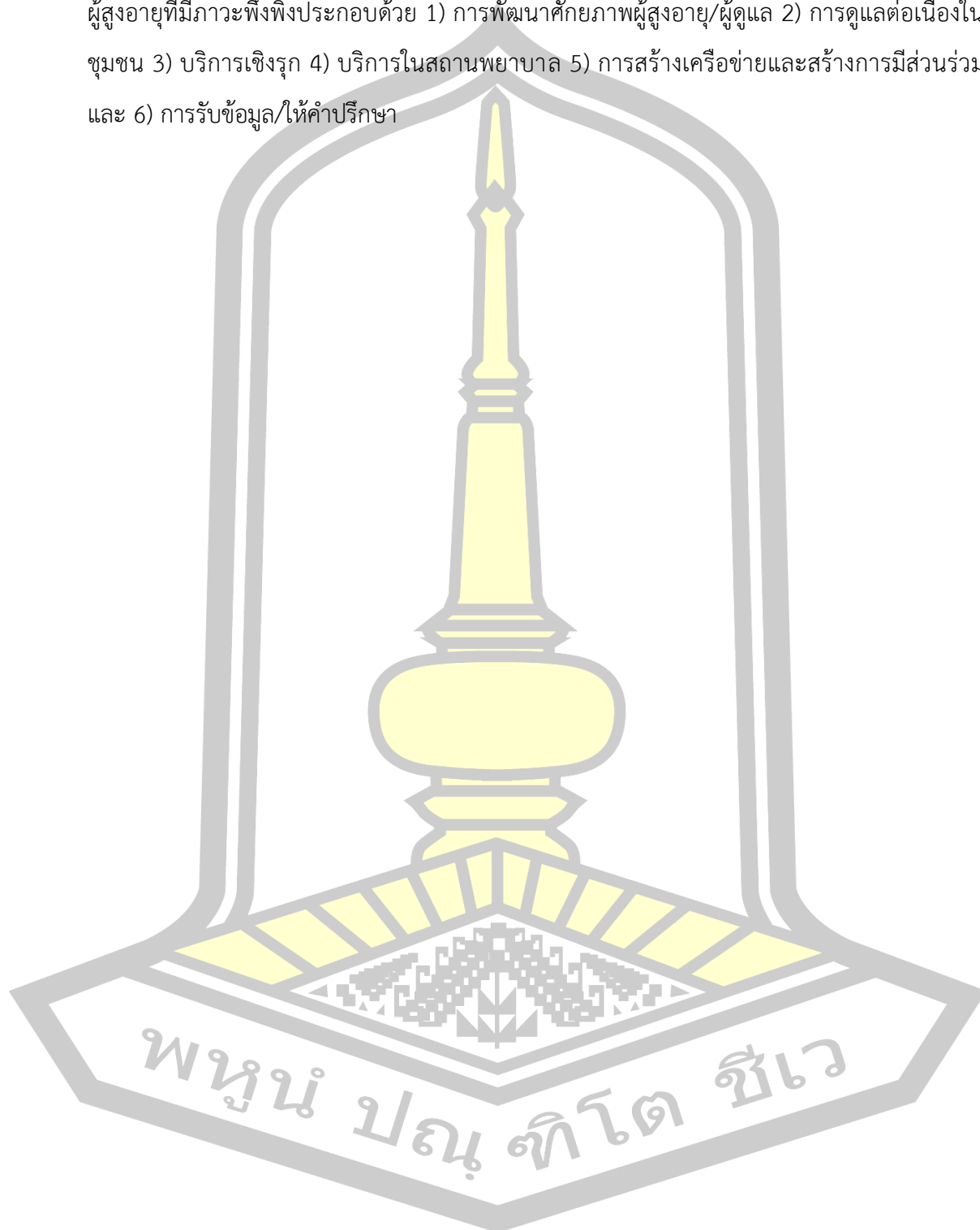
สาธารณสุขแต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ บริการสุขภาพและทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกายจิตและสังคม

รวีวรรณ ศิริสมบูรณ์ และณภัทรกฤต จันทวงศ์ (2558) ทำการวิจัยประเมินผลโครงการ ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านลำอาเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี พบว่า ควรเพิ่มศักยภาพที่สนับสนุนให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุมีเวทีเสริมสร้างขวัญ และกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน นักบริหารควรได้รับการคัดเลือกจากผู้ที่มีความตั้งใจจริง ควรมี ช่องทางการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นทางการเพื่อการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างราบรื่น

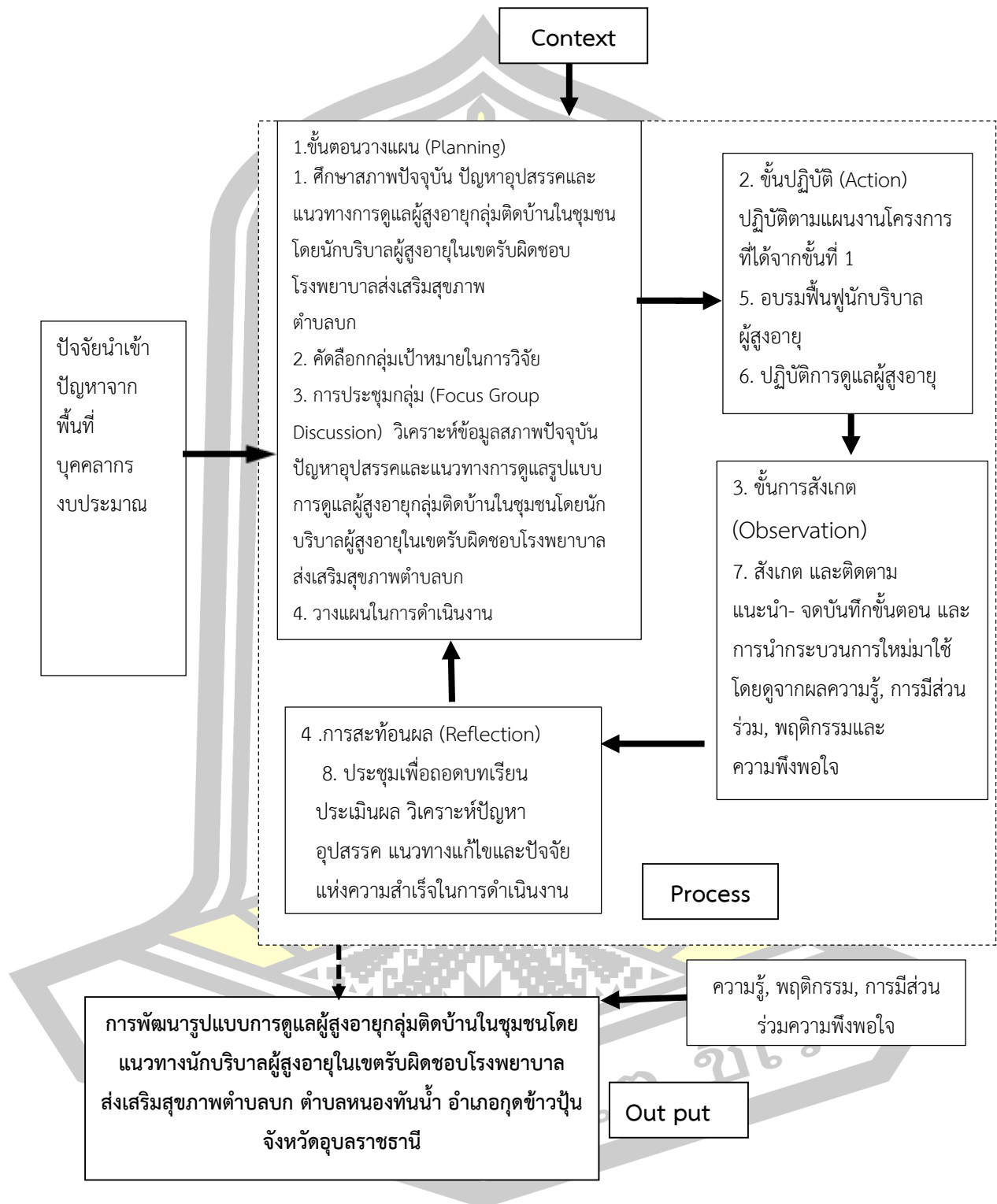
ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของไทย โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลปี พ.ศ. 2559 เก็บ รวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์การสำรวจรายครัวเรือน สันทนาการกลุ่ม การสังเกตแบบมี ส่วนร่วม และประชุมเชิงปฏิบัติการ พื้นที่ศึกษา 8 ตำบลในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ผล การศึกษา มีดังนี้ การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวเป็นการดูแลใน ผู้ดูแลหลักคือ ลูกสาว ขณะที่บทบาทภาระของผู้ดูแลหลักมีปัญหาและได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลหลักที่ หลากหลาย คือ ไม่มีประสบการณ์และความรู้ด้านการดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยร่วม สมรรถนะทางร่างกายลดลง มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ขึ้นอยู่กับระดับ การพึ่งพิงของผู้สูงอายุ บทบาทและภาระการจัดการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน ท้องถิ่น กิจกรรมที่มีความสำคัญ คือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการดูแลนอก ได้แก่ กลุ่มเครือข่าย กลุ่มเพื่อนบ้านครัวเรือนแบบชิด กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มองค์กรและ สถาบันในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุน ทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลายและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ เชื่อมโยง และช่วยเหลือกัน แต่บทบาทและภาระการจัดการจัดบริการโดยชุมชนท้องถิ่นยังสามารถกระทำ การได้ในวงแคบๆ ไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง และเข้าไม่ถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แนวทางในการดูแล คือ การเพิ่มศักยภาพด้านการดูแล และการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลใน และวงนอกที่เป็นเครือข่าย และครัวเรือนแบบชิด เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันเป็นสิ่งจำเป็น และควร พัฒนากลไกในรูปคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงาน ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากชุมชน

กัญญารัตน์ กัญญาญจน์ และคณะ (2562) ศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณา การโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บึง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัวให้การ ดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้านและ

การดูแลสุขภาพที่บ้านรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) บริการเชิงรุก 4) บริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และ 6) การรับข้อมูล/ให้คำปรึกษา



2.12 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันทน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ภายใต้กรอบการศึกษาวิจัยตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของเคมมิสและแมคแท็กการท (Kemmis et al., 1988) ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือ
- 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Action Research) ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของ เคมมิส และแมคแท็กการท (Kemmis et al., 1988) ที่ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) โดยมีขั้นตอนการศึกษาวิจัยตามกรอบแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) การวิจัยนี้ นักวิจัยภายนอกจะเป็นที่ปรึกษาในเรื่องกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ เป็นการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานมุ่งเน้นในการสร้างความเข้าใจมุ่งที่จะพัฒนาวิชาชีพให้กับแก่ผู้ปฏิบัติ โดยพบว่าในกระบวนการวิจัยจะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีการสะท้อน

การวิเคราะห์ปรับปรุง และพัฒนาในเรื่องการปฏิบัติงานของตนเอง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย รวมถึงการมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในประเด็นปัญหาการวิจัยที่ได้มีการปฏิบัติจริงจนได้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ได้

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัยประกอบด้วย 2 กลุ่มดังนี้

3.2.1 ประชากรคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)

ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 119 คน จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม

3.2.1.1 กลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบวรรวมทั้งสิ้น ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ภาคีบริการสังคมและภาคีบริการสุขภาพ จำนวน 57 คน

1) ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่นจำนวน 46 คน

2) ตัวแทนจากภาคีบริการสังคมจำนวน 4 คน

3) ตัวแทนภาคีบริการสุขภาพจำนวน 7 คน

3.2.1.2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 62 คน ประกอบด้วย

1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวนทั้งสิ้น 55 คน

2) ผู้ดูแลสูงอายุ (Caregiver: CG) จำนวน 7 คน

3.2.2 กลุ่มเป้าหมาย

ในการศึกษาครั้งนี้สามารถจำแนกกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

3.2.2.1 กลุ่มเข้ามามีส่วนร่วม ในกระบวนการศึกษาวิจัย ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการสุ่มแบบง่าย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ตัวแทนจากภาคีบริการสังคม และภาคีบริการสุขภาพรวมจำนวน 57 คน ประกอบด้วย

1) ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น จำนวน 46 คน ประกอบด้วย

1.1) ตัวแทนคณะกรรมการกองทุนตำบล LTC จำนวน 5 คน

1.2) กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 7 คน

1.3) ประธานชมรมผู้สูงอายุชมรม จำนวน 7 คน

1.4) ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลหนองทันน้ำ จำนวน 2 คน

1.5) เจ้าอาวาสวัด จำนวน 2 รูป

1.6) ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 2 คน

1.7) อสม. จำนวน 14 คน

1.8) ผู้ดูแลสูงอายุ (Caregiver: CG) จำนวน 7 คน

2) ตัวแทนจากภาคีบริการสังคม จำนวน 4 คน ประกอบด้วย

2.1) ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน จำนวน 2 คน

2.2) พัฒนาชุมชน จำนวน 2 คน

3) ตัวแทนภาคีบริการสุขภาพ จำนวน 7 คน ประกอบด้วย

3.1) CM ระดับตำบล จำนวน 1 คน

3.2) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูซำปูน

จำนวน 1 คน

3.3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก

จำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนา คือ ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 62 คน ประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวนทั้งสิ้น 55 คน

2. ผู้ดูแลสูงอายุ (Caregiver: CG) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอภูซำปูน จังหวัดอุบลราชธานี

จำนวน 7 คน

3.2.3 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

กลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลุ่มติดบ้าน

1) เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก

2) ภาคีเครือข่ายด้านบริการสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

3) ใช้เกณฑ์การคัดเข้าโดยการสุ่มแบบง่าย

4) สนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติหน้าที่

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่

1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงของพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ที่ประเมินความสามารถโดยนักจัดการสุขภาพ (Care Manager) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ในการทำกิจวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) และมีคะแนนจากการประเมินอยู่ในช่วง 5-11 คะแนนจำนวนทั้งสิ้น 55 คน

2) ผู้ดูแลสูงอายุ (Caregiver: CG) มีลักษณะดังนี้

2.1) มีคุณสมบัติตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) พ.ศ. 2549 ได้แก่

2.2) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์

2.3) จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และมีความพร้อมด้าน

ร่างกายและจิตใจ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

2.4) สมัครและได้รับการคัดเลือกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก

2.5) ได้รับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข

3.2.4 เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติหน้าที่

สรุป การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 57 คน และกลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ จำนวน 62 คน รวมทั้งสิ้น 119 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกตำบลหนองพันน้ำ อำเภอกุศช่วง จังหวัดอุบลราชธานี ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection)

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิดเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง ทำการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการครั้งเดียว การแปลผลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ 60.0 ลงมา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกลบ ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ มีให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม	เท่ากับ 1 คะแนน

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกลบ ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี พิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/ จำนวนชั้น (กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์, 2558) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อยใช้เกณฑ์ช่วงค่าเฉลี่ย เกณฑ์การมีส่วนร่วม ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{5 - 1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 1.33$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามมีให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย โดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (พุทธิดา จันดอนแดง, 2556 อ้างอิงจาก สมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{5 - 1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 1.33$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่ง ระดับความพึงพอใจในการในการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันทน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.68 – 5.00	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.67	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับน้อย

2) แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิดเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง ทำการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการครั้งเดียว การแปลผลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้ (สุมัทนา กลางคารและวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

ความรู้ระดับสูง	หมายถึง	ให้	คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง	ให้	คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึง	ให้	คะแนนร้อยละ 60.0 ลงมา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันทน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ ให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	มีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	มีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	มีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม	เท่ากับ 1 คะแนน

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอภูซำบึง จังหวัดอุบลราชธานี พิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/ จำนวนชั้น (กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์, 2558) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์ช่วงค่าเฉลี่ย เกณฑ์การมีส่วนร่วม ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{5 - 1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 1.33$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอภูซำบึง จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	หมายถึง	การมีส่วนร่วมระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	หมายถึง	การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	การมีส่วนร่วมระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอภูซำบึง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามมีให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอภูซำบึง

จังหวัดอุบลราชธานี โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (พุทธิดา จันดอนแดง, 2556 อ้างอิงจาก สมัทธนา กลางคาร และวรวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{5-1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 1.33$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับความพึงพอใจในการการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอภูคดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

3) แบบสอบถามชุดที่ 3 สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว กิจกรรมการดูแลที่ได้รับสิทธิการรักษา สถานบริการด้านสุขภาพที่ใช้ประจำ

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิด จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล กิจกรรมการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ ใช่ (1 คะแนน) ตอบ ไม่ใช่ (0 คะแนน) การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง หมายถึง ให้ คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป
 ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ให้ คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9
 ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง ให้ คะแนนร้อยละ 60.0 ลงมา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 28 ข้อ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 11 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ ด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 5 ข้อ และด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความเชิงบวก และลบ กำหนดค่าคะแนนเชิงบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ข้อความเชิงลบกำหนดให้ค่าคะแนน ในทิศทางตรงกันข้าม และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัว แบ่งการปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ (พุทธิดา จันตอนแดง, 2556 อ้างอิงจาก สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) คิดคะแนนจาก

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{3-1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
 ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรม ระดับสูง
 ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรม ระดับปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีพฤติกรรม ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสำรวจภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 9 ข้อ (9Q) พัฒนาโดยธรรนินทร์ กองสุข และคณะ (2555) มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 75.68 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92 เป็นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีใน ระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ มีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน คำตอบลักษณะ เป็นข้อความมีให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือกคือ ไม่มีเลยเป็นบางวัน 1-7 วันเป็นบ่อย > 7 วัน และเป็นทุก วันการแปลผล กลุ่มปกติ 0-6 คะแนน ซึมเศร้าระดับน้อย 7-12 คะแนน ซึมเศร้าระดับปานกลาง 13-18 คะแนน และซึมเศร้ารุนแรง >19 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 11 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามมีให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบ ประเมินความพึงพอใจในการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาล ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (พุทธิดา จันดอนแดง, 2556 อ้างอิงจาก สุมัทนา กลางคาร และวราพรณ์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{5-1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 1.33$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับความพึงพอใจในการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับน้อย

3.3.3 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.3.3.1 การบันทึก (Record) ผู้วิจัยจะทำการบันทึกการดำเนินการได้แก่ การจดบันทึก และการบันทึกภาพ

3.3.3.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ ความต้องการ การออกแบบระบบ รวมถึงการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นที่กำลังศึกษาวิจัย แล้วบันทึกแนวทางการสนทนากลุ่ม

3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมา กำหนดและสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม พิจารณาข้อคำถาม และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ดังนี้

3.4.1 อาจารย์ ดร.ฐิติมา โกศลวิตร ตำแหน่ง อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี (รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา)

3.4.2 ดร.กัญญารัตน์ กัญญาภรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (Care Manager :CM) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

3.4.3 ดร.ชนาธิป ศรีสุระ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชริลาลงกรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ แล้ว จึงนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในลำดับต่อไป การตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) ของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัย พิจารณาใช้สูตรการคำนวณของ Rowinelli และ Hambleton (จूरिพร ศรีเมือง, 2556 อ้างอิงจาก วรรณะ ชูศรีขาว, 2553)

$$\text{จากสูตร } IOC = \frac{[\sum R]}{N}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

R = คะแนนความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งสูตรของ Rowinelli and Hambleton (1977) กำหนดให้ค่า IOC (Index of Consistency) มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน ดังนั้นผู้วิจัย กำหนดให้ค่า IOC ที่สามารถยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าไม่น้อยกว่า 0.50 ถือว่าข้อคำถามนั้นความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา มีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไปทุกข้อคำถาม

3.5 การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน การวัดความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) ในส่วนของการประเมินการมีส่วนร่วม การประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และการประเมินความพึงพอใจ ที่มีมาตรวัดแบบ Rating Scale ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ต้องมากกว่า 0.75

3.5.1 แบบสอบถามเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.5.1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย

1) แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 3) ความพึงพอใจต่อการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

3.5.1.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 3) ความพึงพอใจต่อการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

3.5.1.3 แบบสอบถามชุดที่ 3 สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 3) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มติดบ้านต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

3.5.2 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกตามประเด็นปัญหา และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอนดังนี้

3.6.1 ระยะเวลาที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี โดยการลงศึกษาสภาพปัญหาในพื้นที่ในบริบทสภาพแวดล้อมจริงของชุมชน

2) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย แยกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ได้แก่ ภาศึบริการชุมชน/ท้องถิ่น ตัวแทนจากภาศึบริการสังคม และภาศึบริการสุขภาพรวมจำนวน 57 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 62 คน ประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

3) การประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) วิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประชุมกลุ่มและประชุมกลุ่มย่อย กำหนดวันเวลาในการประชุมที่ชัดเจน

4) กิจกรรมที่ 4 วางแผนในการดำเนินงาน

3.6.2 ระยะเวลาที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

1) การดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานีปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ 1 และติดตาม ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

3.6.3 ระยะเวลาที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน
 2) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ
 3) ประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาวิจัย
 4) สังเกตผลการดำเนินงาน ก่อนการดำเนินการระหว่างการดำเนินการ และหลังการ ดำเนินการ ทำการบันทึกผลทุกขั้นตอน

3.6.4 ระยะเวลาที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผล

1) สรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติ
 2) สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน
 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยมีวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แหล่งข้อมูลประกอบด้วย 2 แหล่ง คือเอกสารและ บุคคลรายละเอียดของวิธีการเก็บดังนี้

(1) ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ทะเบียนผู้สูงอายุ

(2) แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมของผู้มี ส่วนร่วมในการวิจัย

(3) แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว แบบสำรวจภาวะ ชีวีชีร์ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และแบบประเมินความพึงพอใจ ของ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม และการบันทึก (Record)

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

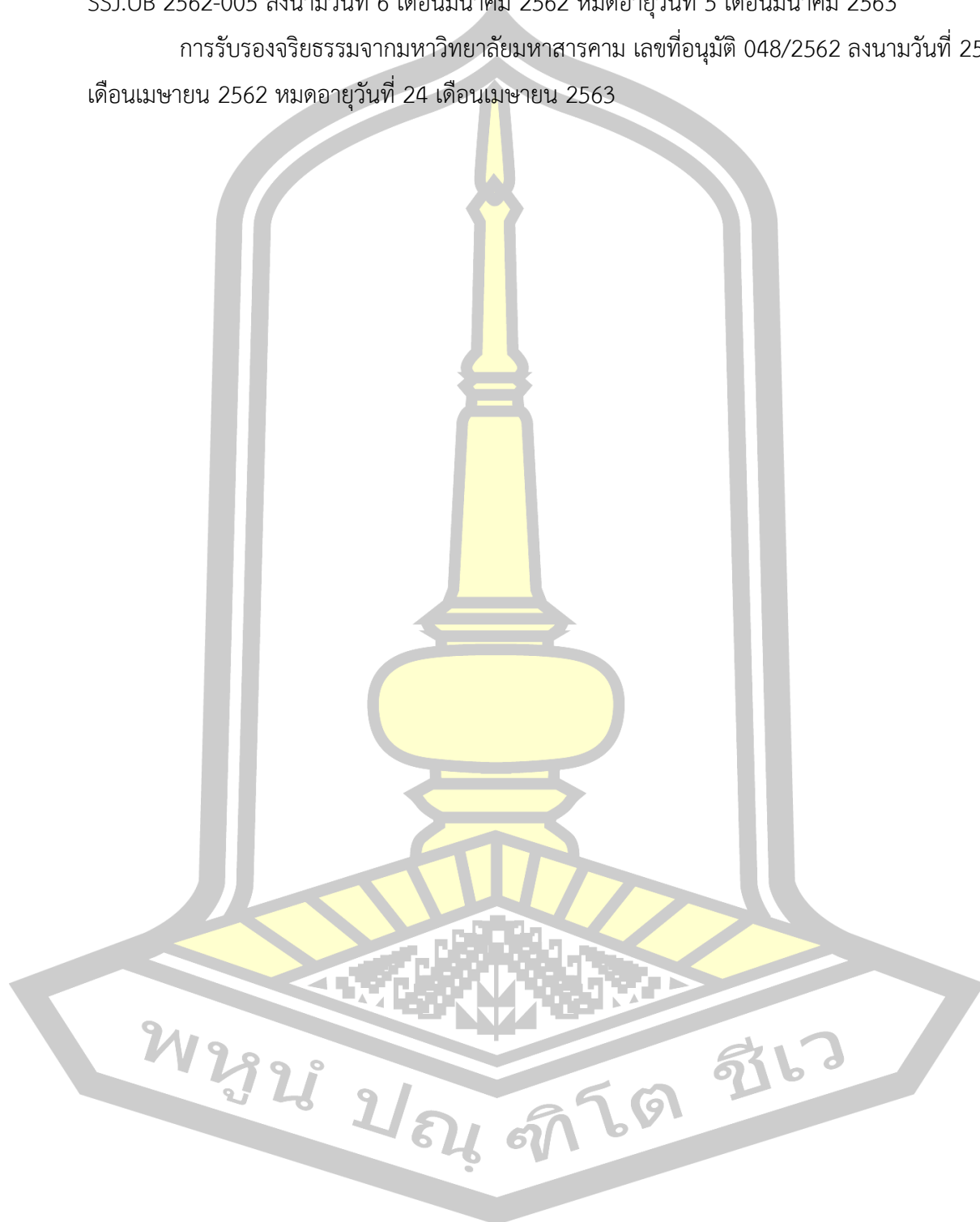
1. วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 3. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงค่าความถี่และค่าร้อยละ
 4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน คือ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test
 5. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนากลุ่มและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปสาระสำคัญที่ได้
- จากการดำเนินกิจกรรมโดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คำนึงถึงความมีคุณค่า และ ศักดิ์ศรีของผู้ร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน กระบวนการวิจัย โดยให้ความสำคัญใน 3 ด้านดังนี้ 1. ด้านความเคารพในบุคคล ใช้หลักเอกสิทธิ์ คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว สิทธิส่วนบุคคล รวมถึงการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจการให้ข้อมูล 2. ด้านการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ร่วมวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการทำหนังสือ ขออนุญาตทำการวิจัยจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อป้องกัน มิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยมีการขออนุญาตดำเนินการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินงาน การนำข้อมูลไปศึกษาวิจัยเท่านั้นโดยไม่มีการเปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล 3. ด้านความยุติธรรม โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์จะปฏิเสธ หรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยหรือการเข้าร่วมกระบวนการได้ตลอดเวลาในการดำเนินการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อทุกกรณีในสิทธิประโยชน์ในการรับบริการรักษาตามสิทธิในสถานบริการสาธารณสุข

การรับรองจริยธรรมในพื้นที่ ออกโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่
SSJ.UB 2562-005 ลงนามวันที่ 6 เดือนมีนาคม 2562 หมุดอายุวันที่ 5 เดือนมีนาคม 2563

การรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่อนุมติ 048/2562 ลงนามวันที่ 25
เดือนเมษายน 2562 หมุดอายุวันที่ 24 เดือนเมษายน 2563



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานีเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผน การดำเนินการ การประเมินผลการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกตและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้นำเสนอในประเด็นดังต่อไปนี้

4.1 บริบทและสภาพปัญหาในพื้นที่ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ

4.3 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ

4.1 บริบทและสภาพปัญหาในพื้นที่ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปและบริบท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน ได้แก่ 1. บ้านหนองทันน้ำ (หมู่ 1) บ้านบก (หมู่ 2 และหมู่ 12) บ้านชาติ (หมู่ 3) บ้านศรีสมบุญ (หมู่ 7) บ้านแหลมทอง (หมู่ 9) บ้านหนองบัว ตำบลแก่งเต็ง (หมู่ 8) อยู่ในเขต ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 868 ครัวเรือน ประชากรทั้งหมด 3713 คน แยกเป็นชาย จำนวน 1826 คน หญิงจำนวน 1887 คน (ที่มา: ฐานข้อมูล JHCIS (Type 1, 3) 1 ธันวาคม 2561) เป็นผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการทำวัตรประจำวัน จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 550 คน (คิดเป็นร้อยละ 14.81) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 495 คน (ร้อยละ 90) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 55 คน (ร้อยละ 10) โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง จำนวน 213 คน (ร้อยละ 38.72) ซึ่งเป็นโรคเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง และทำให้มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการ (Typology of Aged with Illustration : TAI) TAI คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสถานะของผู้สูงอายุ การบริการ

ด้านสาธารณสุข กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI : B3) จำนวน 41 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2) จำนวน 4 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกินหรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI : I 3) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (TAI : I 2, 1) จำนวน 0 คน โดยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้มานานกว่า 6 เดือน และเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาวส่วน ใหญ่สื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่น (ภาษาอีสาน) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ทำนาปี) ทูทางสังคมที่สำคัญคือ ความเป็นชุมชนท้องถิ่นแบบชนบท วิถีชีวิตของชาวบ้านมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงและช่วยเหลือเกื้อกูลกันในระบบเครือญาติและชุมชน มีการรวมกลุ่มกันจัดตั้งกลุ่มและชมรมภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญคือโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะฉุกเฉินที่ต้อง 1669 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ชาวบ้านไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพบ โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น การช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัด อุบลราชธานี 1669

4.1.2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกม มีผู้สูงอายุ ทั้งหมดจำนวน 550 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 340 คน (ร้อยละ 61.81) และเป็นเพศ ชาย จำนวน 210 คน (ร้อยละ 38.18) โดยเป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60 –74 ปี มากที่สุด จำนวน 411 คน (ร้อยละ 74.24) รองลงมาอยู่ในกลุ่มคนชรา มีอายุระหว่าง 75 –90 ปี จำนวน 158 คน (ร้อยละ 28.72) ผู้สูงอายุทั้งหมดนับถือ ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 421คน (ร้อยละ 76.54) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 489 คน (ร้อยละ 88.90) การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ ส่วนใหญ่ทำนา จำนวน 425 คน (ร้อยละ 77.27) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 1,501-5,000 บาท จำนวน 425 คน (ร้อยละ 77.27) สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ปี 2561 ผู้สูงอายุที่ได้รับ การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหาและ เฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพ จำนวน 387 คน สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถ การทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 550 คน (คิดเป็นร้อยละ 14.81) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ติดสังคม จำนวน 495 คน (ร้อยละ 90) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 55 คน (ร้อยละ 10)

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนี้นักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกม เป็นการทำงานในรูปแบบที่ชัดเจนภายใต้คณะกรรมการกองทุน ตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยมีนักบริบาลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช.เห็นชอบ เพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุที่มีผู้จัดการผู้สูงอายุเป็นผู้วางแผนการดูแล เพื่อนำไปเสนอต่อคณะกรรมการกองทุน ตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเห็นชอบในการปฏิบัติงานของนักบริบาลผู้สูงอายุจนครบทุกคนคิด เป็นร้อยละเซ็นต์โดยนักบริบาลผู้สูงอายุ 1 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 10 คน และหลังจาก

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจะถูกประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) ทุก 3 เดือนมีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริหารผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานีใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) จำนวน 12 กระบวนการ ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอนดังนี้

4.2.1 ขั้นการวางแผน (Planning)

1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี จัดเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

2) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย แยกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ได้แก่ ภาศึบริการชุมชน/ท้องถิ่น ตัวแทนจากภาศึบริการสังคม และภาศึบริการสุขภาพรวมจำนวน 57 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 62 คน ประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

3) การประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยการจัดทำหนังสือเชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 1 มีนาคม 2562 เวลา 09.00-12.00 น. ใช้สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก

4) วางแผนในการดำเนินงาน จัดเตรียมในส่วนของข้อมูลผู้สูงอายุ นักบริบาลผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากขั้นตอนนี้

1. ได้คณะกรรมการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขต รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก โดยเกิดความร่วมมือ กันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นการกำหนดบทบาท หน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบ ของภาคส่วนต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดย นักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก

2. ได้ประเด็นจากการวิเคราะห์ข้อมูลและบริบทของพื้นที่จากข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านในชุมชน

4.2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

ดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดย นักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานีปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ 1 โดย

1. อบรมฟื้นฟูนักบริบาลผู้สูงอายุจัดอบรมโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 18 เดือนมีนาคม 2562 ที่ห้องประชุมคำ โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น/ ฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก และ ในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG)

2. นักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตาม แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ภายใต้การกับดูแลของนักจัดการสุขภาพ (Care Manager) ในพื้นที่รับผิดชอบของนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG)

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากขั้นตอนนี้

1. นักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ได้ฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลจากนักบริบาลผู้สูงอายุ

4.2.3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน

2) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

3) ประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาวิจัย

4) สังเกตผลการดำเนินงาน ก่อนการดำเนินการระหว่างการดำเนินการ และหลังการ ดำเนินการ ทำการบันทึกผลทุกขั้นตอน

การประชุมสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ผู้ร่วมวิจัยได้มีการนำเสนอและระดมความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงานตลอดจนศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตาราง 1 วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงานตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นปัญหา การวิเคราะห์	สาเหตุ
นโยบาย	1.นโยบายที่ไม่ชัดเจนในการให้บริการการดูแลผู้ป่วย
ระบบบริการ	2.ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน 1.ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนในสาขาวิชาชีพ 2.ภาระงานของบุคลากร 3.ขาดการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 6.ไม่มีรูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน
ผู้ให้บริการ/นักบริบาล	1.ไม่ทราบนโยบายในการดูแล 2.ขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ 3.ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
ผู้สูงอายุ	1.ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง 2.ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล 3.โรคประจำตัว

ที่มา: การประชุมกลุ่มวันที่ 9 มีนาคม 2562 สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากขั้นตอนนี้

- เกิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน
- ได้ข้อสรุปจากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงระบบการดำเนินงานในขั้นต่อไป

4.2.4 ชั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผล

- 1) สรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุ
- 2) สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน
- 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากขั้นตอนนี้

ได้การดำเนินงานการจัดทำแผนได้เริ่มดำเนินการในวันที่ 23 มีนาคม 2562 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เริ่มเข้ามาในห้องประชุมตามเวลาที่นัดหมายไว้ ผู้วิจัยสังเกตว่าบรรยากาศในที่ประชุมเป็นกันเอง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความสนใจ ตั้งใจในการเข้าร่วมการพัฒนาในครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยได้กันสร้างความคาดหวังและเป้าหมายร่วมในการประชุมโดยผู้วิจัยได้สอบถามถึงความคาดหวังในผลที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผลของความคาดหวังของผู้เข้าร่วมประชุมสรุปได้ดังนี้ ตัวแทนนักรบิบาลผู้สูงอายุ กล่าวว่า “อยากได้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสูงอายุ” พยาบาลวิชาชีพ กล่าวว่า “อยากได้แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน” ผู้นำชุมชน กล่าวว่า “อยากได้แนวทางในการติดตามดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัวและนักรบิบาลผู้สูงอายุ”

4.3 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรบิบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

4.3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยผลของการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรบิบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

1) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย

(1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
\bar{x}	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Min	แทน	ค่าน้อยที่สุด
Max	แทน	ค่ามากที่สุด

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	จำนวน (n =50)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	28	56.00
หญิง	22	44.00
2. อายุ (ปี)		
21-30	3	6.00
31-40	11	22.00
41-50	9	18.00
51-60	14	28.00
มากกว่า 60 ปี	13	26.00
\bar{x} = 52.84 ปี, S.D. = 15.13 ปี, Min = 28 ปี, Max = 82 ปี		
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	34	68.00
ปริญญาตรี	14	28.00
ปริญญาโท	2	4.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน	จำนวน (n =50)	ร้อยละ
4. อาชีพประจำ		
เกษตรกรรวม	32	64.00
รับจ้าง	1	4.00
ค้าขาย	1	4.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	32.00
5. ประสบการณ์ทำงาน		
คณะอนุกรรมการกองทุนตำบล LTC	23	46.00
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	8	16.00
ประธานชมรมผู้สูงอายุชมรม	13	26.00
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2	4.00
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4	8.00
6. บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน		
คณะอนุกรรมการกองทุนตำบล LTC	23	46.00
ประธานชมรมผู้สูงอายุชมรม	13	26.00
ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ	7	14.00
ผู้ดูแลสูงอายุ (Caregiver: CG)	7	14.00
7. ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	2	4.00
1-5 ปี	39	78.00
มากกว่า 5 ปี	9	18.00
\bar{x} = 2.78 ปี, S.D. = 1.73 ปี, Min = 1 ปี, Max = 6 ปี		
8. การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	22	44.00
เคย	28	56.00
8.1 เรื่อง		
8.1.1 การดูแลผู้สูงอายุ	28	100.00
8.1.2 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	12	42.85
8.2 หน่วยงานที่จัด		
8.2.1 กระทรวงสาธารณสุข	28	100.00
8.2.2 องค์การบริหารส่วนตำบล	12	42.85

จากตาราง 2 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 และเป็นเพศหญิง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 28.00 อายุเฉลี่ย 52.84 ปีอายุน้อยที่สุด 28 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 68.00 อาชีพประจำเป็นเกษตรกรมารับจ้างค้าขายมากที่สุด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 ประสบการณ์ทำงานเป็นคณะอนุกรรมการกองทุนตำบล LTC มากที่สุด จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 46.00 บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นคณะอนุกรรมการกองทุนตำบล LTC มากที่สุด จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 46.00 ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 1-5 ปี มากที่สุด จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 78.00 เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 โดยเรื่องที่เคยอบรมมากที่สุดคือ การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยได้รับการฝึกอบรมจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 100

4.3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	(n= 50)		(n= 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ต่ำ (ตอบถูก 0-11 ข้อ)	6	12.00	0	0.00
ความรู้ปานกลาง (ตอบถูก 12-15 ข้อ)	39	78.00	6	12.00
ความรู้สูง (ตอบถูก 16 ข้อขึ้นไป)	5	10.00	44	88.00

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 78.00 รองลงมา มีระดับความรู้ต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00 และมีระดับความรู้สูง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 หลังการพัฒนา

รูปแบบ ผู้มีส่วนร่วมในวิจัยส่วนใหญ่มีระดับสูง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 88.00 และมีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรบิบาลผู้สูงอายุ

ความรู้	\bar{X}	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob(P)
ก่อนการพัฒนา	13.52	1.67	50	1,176	6.05	<0.001*
หลังการพัฒนา	17.32	1.87	50			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยแนวทางนักรบิบาลผู้สูงอายุด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังการพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 6.05, P < 0.001$)

4.3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายด้าน

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n =50)			หลังการพัฒนา (n =50)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การตัดสินใจ	3.58	0.29	ปานกลาง	4.40	0.38	มาก
2. การดำเนินงาน	3.72	0.27	ปานกลาง	4.59	0.38	มาก
3. การรับผลประโยชน์	3.65	0.92	ปานกลาง	4.49	0.38	มาก
4. การติดตามประเมินผล	3.47	0.39	ปานกลาง	4.57	0.40	มาก
รวม	3.61	0.28	ปานกลาง	4.51	0.33	มาก

จากตาราง 5 พบว่า ก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.61, S.D.= 0.28) หลังการพัฒนา รูปแบบ มีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.51, S.D.= 0.33) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (\bar{X} = 4.59, S.D.= 0.38) รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล (\bar{X} = 4.57, S.D.= 0.40) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (\bar{X} = 4.40, S.D.= 0.38)

ตาราง 6 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุ (n=50)

การมีส่วนร่วม	\bar{X}	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob(P)
ก่อนการพัฒนา	3.61	0.28	50	1,274.00	6.15	<0.001*
หลังการพัฒนา	4.51	0.33	50			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 6.15, P <0.001)

4.3.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต่อการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหาร ดังตาราง 7



ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาล จำแนกรายด้าน

ความพึงพอใจรายด้าน	ก่อนการพัฒนา (n =50)			หลังการพัฒนา (n = 50)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. นโยบายและแผนงาน	3.76	0.36	ปานกลาง	4.56	0.44	มาก
2. การให้บริการ	3.84	0.44	ปานกลาง	4.57	0.47	มาก
3. กระบวนการพัฒนา	3.82	0.43	ปานกลาง	4.58	0.43	มาก
4. บุคลากร	3.51	0.40	ปานกลาง	4.48	0.44	มาก
5. ผลการดำเนินงาน	3.55	0.42	ปานกลาง	4.53	0.46	มาก
รวม	3.68	0.38	ปานกลาง	4.54	0.41	มาก

จากตาราง 7 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.68, S.D= 0.38) หลังการพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =4.54, S.D= 0.41) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านกระบวนการพัฒนา (\bar{X} =4.58, S.D= 0.43) รองลงมาคือด้านกระบวนการพัฒนา (\bar{X} =3.94, S.D= 0.57) และด้านการให้บริการ (\bar{X} =4.57, S.D= 0.47) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านบุคลากร (\bar{X} =4.48, S.D= 0.44)

ตาราง 8 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการ

ความพึงพอใจ	\bar{X}	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob(P)
ก่อนการพัฒนา	3.68	0.38	50	1,275.00	6.28	<0.001*
หลังการพัฒนา	4.54	0.41	50			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการ พัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 6.28, P < 0.001$)

2. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการดูแล ผู้สูงอายุ การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตาราง 9 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข	จำนวน (n = 7)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	1	14.29
หญิง	6	85.71
2. อายุ (ปี)		
21-30	0	0.00
31-40	4	57.43
41-50	3	42.57
$\bar{X} = 40.14$ ปี, S.D. = 9.30 ปี, Min = 33 ปี, Max = 57 ปี		
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	42.57
ปริญญาตรี	4	57.43
4. ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพ	3	42.57
นักวิชาการสาธารณสุข	2	28.58
อื่นๆ	2	28.58

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข	จำนวน (n =7)	ร้อยละ
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	1	14.29
5-10 ปี	2	28.58
มากกว่า 10 ปี	4	57.43
\bar{x} = 11.86 ปี, S.D. = 6.97 ปี, Min = 1 ปี, Max = 20 ปี		
6. ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ		
น้อยกว่า 5 ปี	5	35.70
5-10 ปี	3	21.40
มากกว่า 10 ปี	6	42.90
\bar{x} = 59.29 ปี, S.D. = 5.35 ปี, Min = 5 ปี, Max = 20 ปี		
7. การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	0	0.00
เคย	7	100.00
7.1 เรื่อง		
7.1.1 การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	7	100.00
7.1.2 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	1	14.29
7.2 หน่วยงานที่จัด		
7.2.1 กระทรวงสาธารณสุข	7	100.00
7.2.2 องค์กรบริหารส่วนตำบล	1	14.29

จากตาราง 9 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 7 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 51.43 อายุเฉลี่ย 40.14 ปี อายุน้อยที่สุด 33 ปี อายุมากที่สุด 57 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.43 ตำแหน่งปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็น พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 42.57 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.43 ทั้งหมดเคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยเรื่องที่เคยอบรมมากที่สุดคือการดูแลผู้สูงอายุใน

ชุมชน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และได้รับการฝึกอบรมจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 100

2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

2.2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยแนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุ

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุ จำแนกตาม ระดับความรู้

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	(n= 7)		(n=7)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ต่ำ (ตอบถูก 0-11 ข้อ)	1	14.29	0	0
ความรู้ปานกลาง (ตอบถูก 12-15 ข้อ)	6	85.71	2	28.56
ความรู้สูง (ตอบถูก 16 ข้อขึ้นไป)	0	0.00	5	71.44

จากตาราง 10 พบว่า ก่อนการพัฒนาพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยแนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 รองลงมา มีระดับต่ำจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.29 หลังการพัฒนา กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 และมีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 28.56

ตาราง 11 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุ

ความรู้	\bar{x}	S.D.	n	Sum of Ranks	Wilcoxon Value (Z)	Wilcoxon Prob(P)
ก่อนการพัฒนา	13	1.53	7	28.00	2.37	<0.001*
หลังการพัฒนา	16	1.39	7			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังการพัฒนาผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.37, P < 0.001$)

2.2.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนา ดังตาราง 12

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายด้าน

	การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n = 7)			หลังการพัฒนา (n = 7)		
		\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1.	การตัดสินใจ	2.74	0.59	ปานกลาง	4.00	0.71	มาก
2.	การดำเนินงาน	2.94	0.62	ปานกลาง	4.51	0.51	มาก
3.	การรับผลประโยชน์	3.23	0.60	ปานกลาง	4.66	0.47	มาก
4.	การติดตามประเมินผล	2.97	0.70	ปานกลาง	4.54	0.41	มาก
	รวม	2.97	0.17	ปานกลาง	4.43	0.49	มาก

จากตาราง 12 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.97, S.D.= 0.17) หลังการพัฒนารูปแบบ มีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.43, S.D.= 0.49) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ (\bar{X} = 4.66, S.D.= 0.47) รองลงมาคือการติดตามประเมินผล (\bar{X} = 4.54, S.D.= 0.41) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (\bar{X} = 4.00, S.D.= 0.71)

ตาราง 13 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุ (n=50)

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

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังการพัฒนา รูปแบบ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.37, P < 0.05$)

1.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหาร

พหุ ประถมศึกษา

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และ
 สาธารณสุขก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนัก
 บริบาล จำแนกรายด้าน

ความพึงพอใจรายด้าน	ก่อนการพัฒนา (n =7)			หลังการพัฒนา (n = 7)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. นโยบายและแผนงาน	3.32	0.28	ปานกลาง	4.61	0.59	มาก
2. การให้บริการ	3.18	0.31	ปานกลาง	4.64	0.45	มาก
3. กระบวนการพัฒนา	3.21	0.22	ปานกลาง	4.64	0.45	มาก
4. บุคลากร	3.46	0.22	ปานกลาง	4.64	0.45	มาก
5. ผลการดำเนินงาน	3.36	0.32	ปานกลาง	4.79	0.37	มาก
รวม	3.31	0.16	ปานกลาง	4.66	0.44	มาก

จากตาราง 14 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนัก
 บริบาลกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม
 ติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.31, S.D= 0.16) หลังการพัฒนา
 รูปแบบมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =4.66, S.D= 0.44) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน
 พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือผลการดำเนินงาน (\bar{X} =4.79, S.D= 0.37) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้าน
 นโยบายและแผนงาน (\bar{X} =4.61, S.D= 0.59)

ตาราง 15 เปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนและหลัง
 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาล (n=7)

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

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธาณสุขมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 237, P < 0.05$)

4.3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนาคือ ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านสามารถจำแนกข้อมูลทั่วไป ตามลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว กิจกรรมการดูแลที่ได้รับ สิทธิการรักษา สถานบริการด้านสุขภาพที่ใช้ประจำ ดังตาราง 16

ตาราง 16 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(n =55)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	21	38.20
หญิง	34	61.80
2. อายุ (ปี)		
60-69	15	27.27
70-79	25	45.45
80 ปีขึ้นไป	15	27.27
\bar{x} = 74.27 ปี, S.D. = 7.58 ปี, Min = 60 ปี, Max = 88 ปี		
3. สถานภาพสมรส		
คู่	36	65.50
หม้าย	19	34.50
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	54	98.20
ปริญญาตรี	1	1.80

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(n =55)	ร้อยละ
5. รายได้		
ต่ำกว่า 1000บาท	34	61.82
1000 -2000 บาท	21	38.18
\bar{X} = 810.90 บาท. S.D. = 291.66 บาท, Min = 200 บาท, Max = 1,400 บาท		
6. ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	1	1.80
อยู่กับสามีหรือภรรยา	21	38.20
อยู่กับบุตร/หลาน	33	60.00
7. แหล่งที่มาของรายได้		
สามี/ภรรยา	1	1.80
บุตร/ธิดา	2	3.63
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	52	94.54
8. โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	8	14.50
โรคเบาหวาน	24	43.60
อัมพาต / อัมพฤกษ์	9	16.40
โรคไต	3	8.33
9. กิจกรรมการดูแลที่ได้รับ		
ด้านอาหาร/โภชนาการ	55	100.00
ด้านการออกกำลังกาย	55	100.00
ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ	32	58.18
การจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย	55	100.00
10. สิทธิการรักษาพยาบาล		
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.80
สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	54	98.18

จากตาราง 16 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 61.80 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-79 ปี มากที่สุด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 45.45 มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 65.50 จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 98.20 รายได้ต่ำกว่า 1000 บาท จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 61.82 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาย จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 แหล่งที่มาของรายได้ เกือบทั้งหมดได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 94.54 โรคประจำตัวเป็นเบาหวานมากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 43.60 ทั้งหมดได้รับการดูแลด้านอาหาร/โภชนาการด้านการออกกำลังกายและการจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และมีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 98.18

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สามารถจำแนกข้อมูลทั่วไป ตามลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว กิจกรรมการดูแลที่ได้รับ สิทธิการรักษา สถานบริการด้านสุขภาพที่ใช้ประจำ ดังตาราง 17

ตาราง 17 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(n =7)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	7	100.00
2. อายุ (ปี)		
31-40	2	28.57
41-50	3	42.86
51-60	2	28.57
\bar{x} = 44.86 ปี, S.D. = 7.62 ปี, Min = 32 ปี,		
Max = 60 ปี		

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(n =7)	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
โสด	1	14.29
คู่	6	85.71
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7	100.00
5. อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกร	7	100.00
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	4	57.14
5,000 – 10,000 บาท	2	28.58
มากกว่า 10,000 บาท	1	14.29
\bar{X} = 5,714.29 บาท. S.D. = 1,512.30 บาท		
Min = 3,500 บาท, Max = 12,000 บาท		
8. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	6	85.71
โรคความดันโลหิตสูง	1	14.29
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ		
น้อยกว่า 5 ปี	4	57.14
5-10 ปี	2	28.58
มากกว่า 10 ปี	1	14.29
\bar{X} = 6.42 ปี, S.D. = 3.18 ปี, Min = 3 ปี,		
Max = 12 ปี		
10. กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ		
ด้านอาหาร/โภชนาการ	7	100.00
ด้านการออกกำลังกาย	7	100.00
ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ	7	100.00
การจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย	7	100.00

จากตาราง 17 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 ทั้งหมดจบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรทั้งหมด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านอาหาร/โภชนาการด้านการออกกำลังกายด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุและการจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย

4.3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของกลุ่มที่เข้ามา มีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนา

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนา จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	ก่อน (n=62 คน)		หลัง (n= 62 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ตอบถูก 0-11 ข้อ)	34	54.84	6	9.68
ปานกลาง (ตอบถูก 12-15 ข้อ)	24	38.71	36	58.06
สูง (ตอบถูก 16 ข้อขึ้นไป)	4	64.52	20	32.26

จากตาราง 18 พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนา มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 54.84 มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 38.71 และมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 64.52 หลังการพัฒนา มีความรู้ในระดับปานกลาง มากที่สุด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 58.06 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 32.26 และมีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.68

ตาราง 19 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของกลุ่มที่เข้ามามีส่วน
เกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนา ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

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

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนา ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังการพัฒนากลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 6.68$, $P < 0.001$)

4.3.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและ
หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ จำแนกรายด้าน

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว	ก่อนการพัฒนา (n = 62)			หลังการพัฒนา (n = 60)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ด้านการบริโภคอาหาร	2.87	0.35	ปานกลาง	4.02	0.58	มาก
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.25	0.56	ปานกลาง	3.64	0.50	ปานกลาง
3. ด้านการผ่อนคลายความเครียด	3.09	0.54	ปานกลาง	3.28	0.65	ปานกลาง
4. ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.38	0.68	ปานกลาง	3.80	0.73	มาก
รวม	3.15	0.30	ปานกลาง	3.68	0.46	มาก

จากตาราง 20 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดย
แนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยรวมอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X} = 3.15$, S.D. =0.30) ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.68$, S.D.=0.46)

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำแนกตามระดับพฤติกรรม ก่อนและหลังการ
พัฒนา

ระดับพฤติกรรม	ก่อน (n= 62)		หลัง (n= 62)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66)	9	14.52	0	0.00
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33)	51	82.26	29	46.77
สูง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00)	5	6.67	33	52.23

จากตาราง 21 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดย
แนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 51 คน
คิดเป็นร้อยละ 82.26 รองลงมา มีพฤติกรรมในระดับต่ำ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 14.52 ภายหลังการ
พัฒนารูปแบบ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 52.23 และมีพฤติกรรมใน
ระดับปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 46.77

ตาราง 22 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบคุณภาพ
บริการ

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

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อน
และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุด้วย
ค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังการพัฒนาคุณภาพ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีพฤติกรรมดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 6.79, P < 0.001$)

2.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังการพัฒนา

ตาราง 23 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อน (n= 55)		หลัง (n= 55)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มปกติ (0-6 คะแนน)	49	89.09	55	100.00
ซึมเศร้ายกระดับน้อย (7-12 คะแนน)	5	9.09	0	0.00
ซึมเศร้ายกระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	1	1.82	0	0.00
ซึมเศร้ายกระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	0	0	0	0.00

จากตาราง 23 พบว่า ก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 89.09 มีภาวะซึมเศร้ายกระดับน้อย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 และมีภาวะซึมเศร้ายกระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 หลังการพัฒนา รูปแบบผู้สูงอายุทั้งหมดไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

4.3.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ ดังตาราง 24

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ จำแนกรายด้าน

ความพึงพอใจรายด้าน	ก่อนการพัฒนา (n =62)			หลังการพัฒนา (n =62)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. มิติทางกาย	3.01	0.54	ปานกลาง	4.01	0.43	มาก
2. มิติทางจิตใจ / จิตวิญญาณ / ปัญญา	2.83	0.52	ปานกลาง	3.72	0.73	มาก
3. มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	3.18	0.51	ปานกลาง	3.78	0.63	มาก
ภาพรวม	3.03	0.34	ปานกลาง	3.71	0.42	มาก

จากตาราง 24 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.03, S.D.= 0.34) หลังการพัฒนามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.03, S.D.= 0.34) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือมิติทางกาย (\bar{X} =4.01, S.D.= 0.43) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านมิติทางจิตใจ / จิตวิญญาณ / ปัญญา (\bar{X} =3.72, S.D.= 0.73)

ตาราง 25 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

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

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ภายหลังจากพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาล

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 5.23, P < 0.001$)

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดย แนวทางนักบริหารผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอภูซำปูน จังหวัดอุบลราชธานี

การค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดย
แนวทางนักบริหารผู้สูงอายุครั้งนี้เป็นกระบวนการในการถอดบทเรียนหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบ
การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริหารผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและ
เชิงคุณภาพในการวิเคราะห์ประเด็นเพื่อค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ครึ่งนี้ ผลจากการดำเนินงานภายหลังจาก
ดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2)
การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) โดยพบว่า
จากการประชุมสรุปและถอดบทเรียนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการ
ดำเนินงานตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผล และขั้นสะท้อนกลับผลและข้อมูลคืนสู่
ชุมชนและผู้ดูแลหลักรวมถึงนักบริหารผู้สูงอายุที่จะเข้าไปดูแลและดำเนินงานในการช่วยเหลือ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ด้วยจิตใจที่ พร้อมให้บริการ อยากช่วยเหลือ
เพื่อนหรือญาติพี่น้องที่เจ็บป่วยในชุมชน ร่วมทั้งการสร้างภาคีเครือข่ายที่ประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ
และการมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยแนวทางนัก
บริหารผู้สูงอายุโดยผู้บริหารรับรู้ถึงนโยบายการดำเนินงานและสามารถถ่ายทอดให้ผู้ปฏิบัติได้
ดำเนินงานในเรื่องรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยมีนักบริหารผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินงานตาม
แผนการดูแลรายบุคคลของนักจัดการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก โดยการนำเสนอ
แผนการดูแลรายบุคคลต่อคณะอนุกรรมการเห็นชอบเพื่ออนุมัติในการเบิกจ่ายงบประมาณให้กับนัก
บริหารผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพื่อให้ง่ายต่อการขับเคลื่อนงานและเป็นขวัญกำลังใจค่าตอบแทน
สำหรับนักบริหารผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลจากนักบริหารผู้สูงอายุตาม
แผนการดูแลรายบุคคล

สรุปดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริหาร
ผู้สูงอายุในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกแบบบูรณาการความ
ร่วมมือในชุมชนครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลจากนักบริหารผู้สูงอายุตาม
แผนการดูแลรายบุคคลครบ 100 เปอร์เซ็นต์ตามเกณฑ์ของงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวง

สาธารณสุขและพบว่า การพัฒนาศักยภาพของนักบริบาลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน มีโดยอาศัยการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายหรือเรียกว่า BOK MODEL เป็นการนำเอาภาคีกลุ่มผู้นำชุมชน นักจัดการสุขภาพ นักบริบาลผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุและกองทุนตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในตำบลหนองทันน้ำเข้ามาช่วยขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เหมาะสมและต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้วิจัยได้ค้นพบว่า การดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จได้โดยประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบด้วยกัน คือ

1) การมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่เกิดจากความสำเร็จที่ผู้บริหารในระดับพื้นที่รับรู้ถึงนโยบายการดำเนินงานและสามารถถ่ายทอดให้ผู้ปฏิบัติได้ดำเนินงานตามนโยบายเพื่อให้ต่อเนื่องและยั่งยืน การสร้างนโยบายในพื้นที่เกิดจากผู้บริหารในพื้นที่ได้ร่วมกันกับผู้เกี่ยวข้องได้กำหนดเข็มมุ่งและทิศทางในการดำเนินงานที่ชัดเจนร่วมกันโดย

1.1 ประชุมสรุปและถอดบทเรียนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผล และขั้นสะท้อนกลับผลของการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของนักบริบาลผู้สูงอายุ

1.2 ทุกวันที่ 5 ของเดือนนักบริบาลผู้สูงอายุทุกคนต้องนำผลการดำเนินงานปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงเข้านำเสนอต่อคณะกรรมการการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของตำบลหนองทันน้ำ (Long Term Care)

1.3 มีคณะกรรมการการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของตำบลหนองทันน้ำ (Long Term Care) ในแต่ละหมู่บ้านคือประธานชมรมผู้สูงอายุในการติดตามผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของนักบริบาลผู้สูงอายุ

1.4 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงต้องได้รับการดูแลภายใต้นักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมงของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์คือนักบริบาลผู้สูงอายุ 1 คนต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 5-10 คนโดยอาศัยการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายหรือเรียกว่า BOK MODEL

2) มีการพัฒนาศักยภาพของนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมงของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่คณะอนุกรรมการ LTC หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยกให้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแก่อาสาสมัครในชุมชนและญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2.1 นักบริบาลผู้สูงอายุ 1 คนต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 5-10 ในการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของนักจัดการสุขภาพ (Care Manager) ในเขต รพ.สต.บก

2.2 นักบริบาลผู้สูงอายุทุกคนที่ดูแลผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล โดยมีการกำหนดสรุปผลการดำเนินงานของตนเองทุกวันที่ 10 ของทุกเดือน

2.3 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันของนักบริบาลผู้สูงอายุโดยการลงชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลเพื่อที่จะได้ดูแลผู้สูงอายุหลากหลายปัญหาความต้องการรายบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการกำกับดูแลของนักจัดการสุขภาพ (Care Manager) ในเขต รพ.สต.บก

2.4 มีการถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุของนักบริบาลผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในเวทีประชุมประจำเดือนทุกวันที่ 11 ของเดือนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก

2.5 มีการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานของนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) ทุกวัน 10 ของเดือนโดยนักจัดการสุขภาพ (Care Manager) ในเขต รพ.สต.บก

2.6 มีการประเมินความพึงพอใจในการดำเนินนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุก 6 เดือน จากตาราง 26

3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีโดยอาศัยการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่าย เป็นการนำเอาภาคีกลุ่มผู้นำชุมชน นักจัดการสุขภาพ นักบริบาลผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุและกองทุนตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในตำบลหนองทันน้ำเข้ามาช่วยขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เหมาะสมและต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

3.1 คณะกรรมการการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของตำบลหนองทันน้ำ (Long Term Care) ประชุมสรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของนักบริบาลผู้สูงอายุทุกวันที่ 5 ของเดือน

พูน ปณ ทิโต ชีเว

3.2 มีการติดตามผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยประธานชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านเพื่อนำข้อมูลมาสรุปผลการประเมินการทำงานของนักบริบาลผู้สูงอายุ

ตาราง 26 แบบติดตามการประเมินงานการทำงานของนักบริบาลผู้สูงอายุ

หมู่บ้าน	ประธานชมรมผู้สูงอายุ	นักบริบาลผู้สูงอายุ	ว/ด/ป ที่ติดตาม	ลายเซ็น
หมู่ 1 บ้านหนองทันน้ำ	นายแถม กาละพันธ์	นส.ประคอง บุคดีสอน		
หมู่ 2 บ้านบก	นายคุณ สุรียา	นส.อุไรวรรณ บุญอ่อน		
หมู่ 3 บ้านชาติ	นายคำพันธ์ จันลา	นางบุญธรรม พวงทอง		
หมู่ 7 บ้านศรีสมบุรณ์	นางนาง อเนกา	นางบุญมี สมยา		
หมู่ 8 บ้านแก่งเค็ง	นายสุนทร บุญภา	นางทองดี พิพัฒน์		
หมู่ 9 บ้านแหลมทอง	นางจำปี รอดทุกข์	นางมณีรัตน์ รอดทุกข์		
หมู่ 12 บ้านบก	นายประยงค์ อเนกา	นางศรีวิสัย บุญภา		

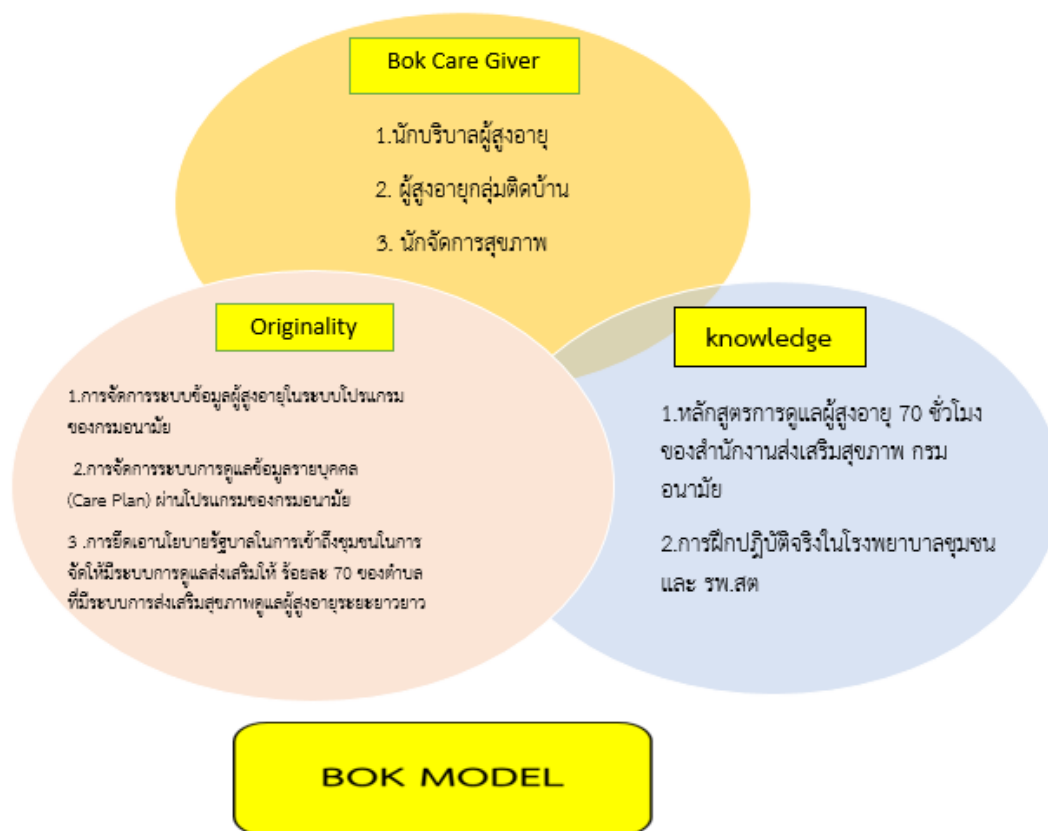
4) มีงบประมาณสนับสนุนเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในการขับเคลื่อนงานการดูแลผู้สูงอายุต้องได้งบประมาณสนับสนุนเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุจากกองทุนตำบลการดูแลระยะยาวของกองทุนตำบลหนองทันน้ำโดยได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามรายการกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จได้จึงประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบด้วยกัน คือ การพัฒนาศักยภาพของนักบริบาลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน โดยอาศัยการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายหรือเรียกว่า BOK MODEL เป็นการนำเอาภาคีกลุ่มผู้นำชุมชน นักจัดการสุขภาพ นักบริบาลผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุและกองทุนตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในตำบลหนองทันน้ำเข้ามาช่วยขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เหมาะสมและต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใน

การขับเคลื่อนงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต้องได้งบประมาณสนับสนุนเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุจากกองทุนตำบลการดูแลระยะยาว

4.5 รูปแบบการจัดการ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุโดยเดิมที่ผู้ที่จะดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเป็นลูกหลาน ญาติ หรือ อสม. ในเขตรับผิดชอบแต่ยังมีปัญหาหลายอย่างที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านไม่สามารถกลับไปเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้เพราะ บุคคลผู้ดูแลเหล่านี้มีภาระงานมาก ภาระค่าใช้จ่ายเยอะ ไม่มีความรู้ในการดูแลเป็นเฉพาะโรคได้ดังนั้นปัญหาดังกล่าวจึงผู้วิจัยจึงได้ศึกษารูปแบบใหม่ที่จะมีการพัฒนาศักยภาพของนักรับบาลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมงของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขโดยให้ นักรับบาลผู้สูงอายุ 1 คนต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 5-10 ในการดูแลผู้สูงอายุภายใต้การดูแลของนักรับบาลสุขภาพ (Care Manager) ในเขต รพ.สต.บกนักรับบาลผู้สูงอายุทุกคนที่ดูแลผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล โดยมีการกำหนดสรุปผลการดำเนินงานของตนเองทุกวันที่ 10 ของทุกเดือน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันของนักรับบาลผู้สูงอายุโดยการลงชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลเพื่อที่จะได้ดูแลผู้สูงอายุหลากหลายปัญหาความต้องการรายบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการกำกับดูแลของนักรับบาลสุขภาพ (Care Manager) ในเขต รพ.สต.บก มีการถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุของนักรับบาลผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในเวทีประชุมประจำเดือนทุกวันที่ 11 ของเดือนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานของนักรับบาลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) ทุกวัน 10 ของเดือนโดยนักรับบาลสุขภาพ (Care Manager) ในเขต รพ.สต.บกมีการติดตามผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยประธานชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านเพื่อนำข้อมูลมาสรุปผลการประเมินการทำงานของนักรับบาลผู้สูงอายุเพื่อที่จะทำให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนและทีมสุขภาพทุกระดับในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน จึงจะทำให้เกิดกระบวนการที่สำเร็จและต่อเนื่องโดยที่ชุมชนสามารถดูแลกันเองได้ โดยเฉพาะนักรับบาลผู้สูงอายุที่จะเข้าไปดูแลผู้สูงอายุเหล่านั้นต้องมีกระบวนการงานที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีความรู้ในการเข้าไปดูแลผู้สูงอายุ มีทักษะที่ดี และที่สำคัญคือมีจิตใจที่รักในงานที่ทำ ดังนั้นเพื่อทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ ที่เรียกว่า BOK MODEL ตามรายละเอียด ดังนี้



ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เรียกว่า BOK MODEL

1. B= BOK Care Giver คือนักบริหารผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG) จำนวน 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอนุมัติและได้รับการฝึกปฏิบัติงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของนักจัดการสุขภาพ (Care Manager) ในเขต รพ.สต.บก

1.1 นักบริหารผู้สูงอายุ 1 คนต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 5-10ในการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของนักจัดการสุขภาพ(Care Manager) ในเขต รพ.สต.บก

1.2 นักบริหารผู้สูงอายุทุกคนที่ดูแลผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกาปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล โดยมีการกำหนดสรุปผลการดำเนินงานของตนเองทุกวันที่ 10 ของทุกเดือน

1.3 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันของนักบริหารผู้สูงอายุโดยการลงชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลเพื่อที่จะได้ดูแลผู้สูงอายุหลากหลายปัญหาความต้องการรายบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการกำกับดูแลของนักจัดการสุขภาพ (Care Manager) ในเขต รพ.สต.บก

1.4 มีการถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุของนักบริบาลผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในเวทีประชุมประจำเดือนทุกวันที่ 11 ของเดือนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก

1.5 มีการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานของนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) ทุกวัน 10 ของเดือน โดยนักจัดการสุขภาพ (Care Manager) ในเขต รพ.สต.ก

1.6 มีการประเมินความพึงพอใจในการดำเนินนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุก 6 เดือน

2. O= Originality คือความคิดริเริ่ม ความคิดที่แปลกใหม่

2.1 การจัดการระบบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในระบบโปรแกรมของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.2 การจัดการระบบข้อมูลการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผ่านโปรแกรมของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

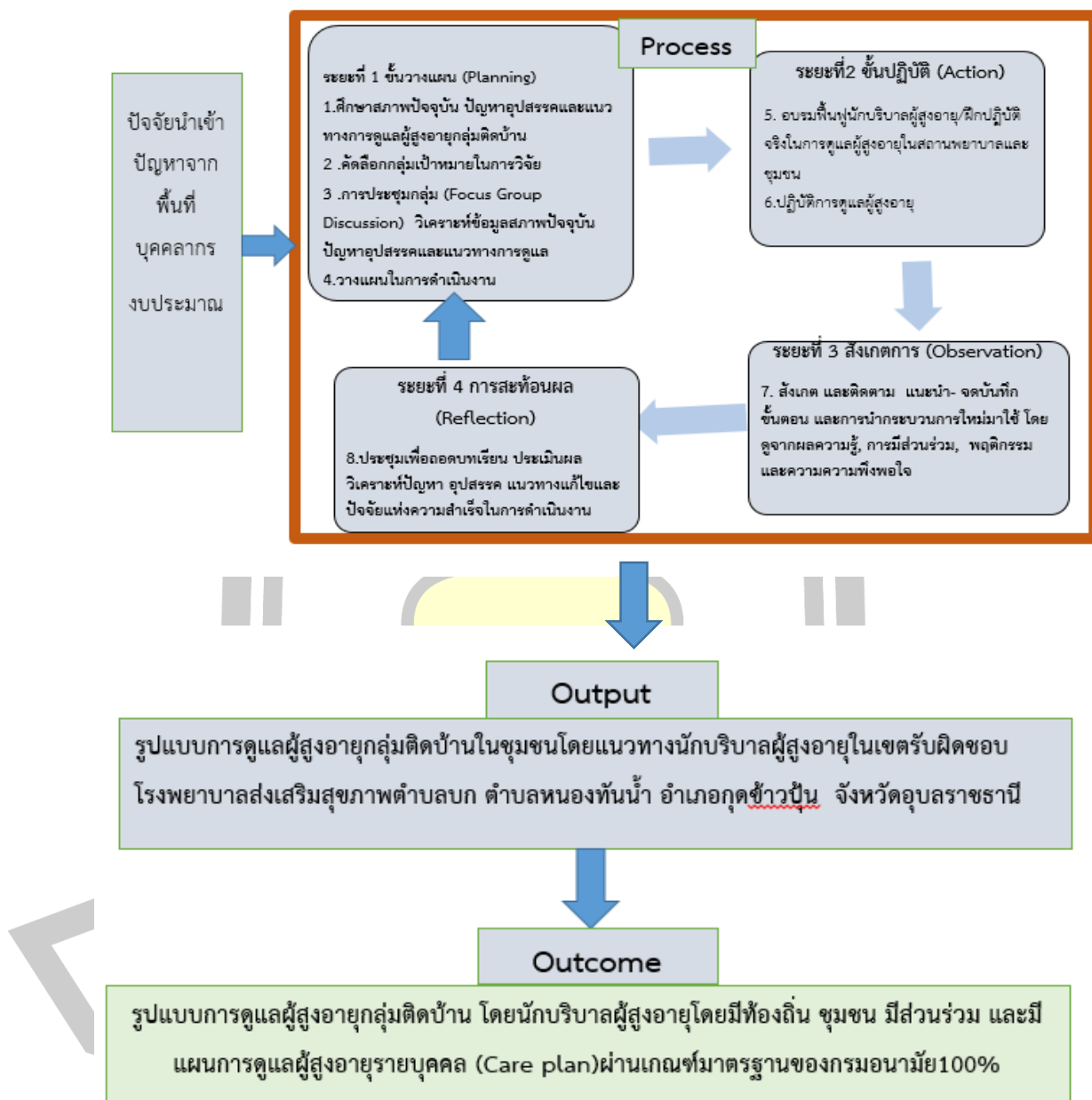
2.3 การยึดเอานโยบายรัฐบาลในการเข้าถึงชุมชนในการจัดให้มีระบบการดูแลส่งเสริมให้ร้อยละ 70 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์โดยเราจะให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นตัวช่วยขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความทั่วถึง มั่นคงและยั่งยืน

3. K=knowledge คือ ความรู้

3.1 หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 70 ชั่วโมงของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่คณะอนุกรรมการ LTC หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบและการฝึกปฏิบัติจริงของนักบริบาลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกและในชุมชน การจัดการข้อมูล (data) โดยการ ค้นหา รวบรวม และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ประมวลผลให้เป็นสารสนเทศ (information) จัดการเชิงระบบบนพื้นฐานของข้อมูล จนกลายเป็นองค์ความรู้ (Knowledge) เพื่อนำไปประยุกต์ใช้โดยการนำข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนมาวิเคราะห์ถึงปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคลเพื่อที่จะได้จัดการเรียนการสอนให้กับนักบริบาลผู้สูงอายุเพื่อที่จะไปปฏิบัติได้ถูกต้องเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

3.2 จัดอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพนักบริบาลผู้สูงอายุทุก 1 ปี จัดโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูซำ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี



บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึง ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยในลักษณะวงรอบ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับขั้นตอนจนครบและได้สรุปผล อภิปรายผลดังนี้

5.1 สรุปการวิจัย

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ P-A-O-R กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 119 คน ประกอบด้วย ภาศึบริการชุมชน/ท้องถิ่น ตัวแทนจากภาศึบริการสังคมและภาศึบริการสุขภาพรวม จำนวน 57 คน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 62 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมีค่าความเชื่อมั่นมีค่าต้องมากกว่า 0.75 และการประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการประชุมแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึง โดยการวิจัยนี้ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. ขั้นตอนวางแผน มี 4 กิจกรรม 1.1 ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 1.2 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย 1.3 การประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) 1.4 วางแผนในการดำเนินงาน 2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) มี 2 กิจกรรม 2.1 อบรมฟื้นฟูนักบริบาลผู้สูงอายุ/ฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลและชุมชน 2.2 นักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG)

ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ภายใต้การกำกับดูแลของนักจัดการสุขภาพ (Care Manager) 3. ขั้นการสังเกตผล (Observation) การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอนประเมินผล ก่อนและหลังการศึกษาวิจัยสังเกตผลการดำเนินงาน ก่อนการดำเนินการระหว่างการดำเนินการ และหลังการดำเนินการ ทำการบันทึกผลทุกขั้นตอน 4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติงานปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและการเข้าปฏิบัติการในพื้นที่ของนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) เพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไปและจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดผลของการวิจัยดังนี้

5.1.1 บริบทของชุมชนและสภาพปัญหาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อมูลทั่วไปและบริบท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน มีจำนวน 868 ครัวเรือน ประชากรทั้งหมด 3713 คน แยกเป็นชาย จำนวน 1826 คน หญิง จำนวน 1887 คน (ที่มา:ฐานข้อมูล JHCIS (Type 1, 3) 1 ธันวาคม 2561) เป็นผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก (2561) ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2561 สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการทำวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 550 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 495 คน (ร้อยละ 90) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 55 คน (ร้อยละ 10) โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง จำนวน 213 คน (ร้อยละ 38.72) ซึ่งเป็นโรคเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการ การบริการด้านสาธารณสุข Typology of Aged with Illustration(TAI) คือเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาวะของผู้สูงอายุหรือเป็นเครื่องมือในการวัดความสามารถในการวัดความสามารถในการทำกิจกรรม (Function) ของผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน (TAI : B3) จำนวน 41 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย (TAI : C 4, 3, 2) จำนวน 4 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง (TAI : I 3) จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต (TAI : I 2, 1) ซึ่งในขณะที่ทำการศึกษานี้ไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ โดยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้มานานกว่า 6 เดือนและเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว เป็นเหตุให้มีแนวโน้มการใช้ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสูงขึ้นและต้องการคนดูแลตลอดเวลา แต่โครงสร้างประชากรของครอบครัวในพื้นที่ส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านกับเด็กเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวที่อยู่ในวัย

ทำงาน ต้องออกไปทำงานนอกบ้านไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลายเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ความจำเป็นเร่งด่วนในชุมชนจึงต้องการการจัดการระดับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 3 กลุ่ม ที่สามารถเชื่อมโยงวิธีการดูแลตนเองกับการบริการสุขภาพในสถานบริการอย่างเป็นระบบ

จากผลการประเมินการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก (2561) พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลจากนักบริบาลผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10 จากเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559) จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงควรได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จากนักบริบาลผู้สูงอายุครบทุกคนคิดเป็นร้อยละ 100 และมีระดับคะแนน ADL ดีขึ้นจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากปัญหาคือ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ชัดเจน

พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกใช้การดูแลสุขภาพประชาชน 10 ครั้งเรือนต่อผู้ดูแล1คนคืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสาธารณสุขและกิจกรรมทางด้านสังคมได้เพราะด้วยภาระงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถที่จะนำกิจกรรมต่างๆเข้าไปถึงบริการกลุ่มติดบ้านได้และขาดการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ต่างคนต่างทำหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานไม่มีผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นหลักในการประสานงานการจัดทำงบประมาณ ขาดแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณที่ชัดเจน ทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณเป็นไปได้ยากด้านนโยบาย การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารการดำเนินงานตามนโยบายไม่ต่อเนื่อง หรือไม่มีมีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติหรือการประสานส่งต่อข้อมูลกัน ขาดการสื่อสารในการจัดรูปแบบโครงการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในรูปเครือข่าย ขาดการบูรณาการในพื้นที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ประสบผลสำเร็จทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มมากขึ้นและกลายเป็นกลุ่มติดเตียงเพิ่มมากขึ้นดังนั้นผู้วิจัยจึงจะทำการเก็บข้อมูลความรู้ทักษะ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของกลุ่มภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านผู้รับบริการผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ตัวคนเดียว อยู่กับคู่ชีวิต 2 คนที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้เต็มที่หรือบางคนอาศัยอยู่กับลูกหลานแต่ลูกต้องไปทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาดูแลจึงทำให้ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัว ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายไม่มีเงินค่ารถไปรับยาที่โรงพยาบาลทำให้บางคนขาดนัดพบแพทย์ขาดยาในการรักษาโรคประจำตัวส่วนบุคคลากรในพื้นที่ภาระงานมาก ขาดประสบการณ์ในการนำกลุ่มนักบริบาลผู้สูงอายุเข้าดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านในชุมชน

5.1.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทาง นักบริหารผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอภูซำปูน จังหวัดอุบลราชธานี

การพัฒนาครั้งนี้มี 8 ขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
2. คัดเลือกคณะกรรมการในการทำงานวิจัย
3. การประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion)
4. วางแผนในการดำเนินงาน
5. ขั้นตอนการปฏิบัติการโดยส่งนักบริหารผู้สูงอายุเข้าฝึกอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 70 ชั่วโมงของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข/ฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลและชุมชน
6. นักบริหารผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ภายใต้การกำกับดูแลของนักจัดการสุขภาพ (Care Manager)
7. ขั้นการสังเกตผล (Observation) การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอนประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาวิจัยสังเกตผลการดำเนินงาน ก่อนการดำเนินการระหว่างการดำเนินการ และหลังการดำเนินการ ทำการบันทึกผลทุกขั้นตอน
8. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติงานปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและการเข้าปฏิบัติการในพื้นที่ของนักบริหารผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) เพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไปและจากการ

5.1.3 ผลการดำเนินงานตามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยแนวทางนักบริหารผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบล หนองหันน้ำ อำเภอภูซำปูน จังหวัดอุบลราชธานี

1) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบความรู้ผู้มีส่วนร่วมในวิจัยส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูงเพิ่มขึ้น จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 88.00 และมีความรู้ระดับปานกลางจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก

1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการให้บริการด้านผลการดำเนินงาน นโยบายและแผนงาน กระบวนการพัฒนา ด้านบุคลากรพบว่าอยู่ในระดับมากทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก

3. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 7.43 และมีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 28.56

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก

3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

4. กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของกลุ่มที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบพบว่าหลังการพัฒนามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 58.06 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 32.26 และมีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.68

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุพบว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 52.23 และมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 46.77

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุทั้งหมดไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลหลังการพัฒนารูปแบบพบว่าหลังการพัฒนามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

5.1.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันทน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุครั้งนี้เป็นกระบวนการในการถอดบทเรียนหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผล และขั้นสะท้อนกลับผล ข้อมูลคืนข้อมูลสู่ชุมชนและกลุ่มที่เข้ามาพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์ประเด็นเพื่อค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันทน้ำ การดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จได้จึงประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบด้วยกัน คือ การพัฒนาศักยภาพของนักบริบาลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเป็นต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน โดยอาศัยการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายหรือเรียกว่า BOK MODEL เป็นการนำเอาภาคีกลุ่มผู้นำชุมชน นักจัดการสุขภาพ นักบริบาลผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุและกองทุนตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในตำบลหนองทันทน้ำเข้ามาช่วยขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เหมาะสมและต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต้องได้งบประมาณสนับสนุนเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้นักบริบาลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลเข้ามาช่วยขับเคลื่อนให้เกิดรูปแบบที่เป็นรูปธรรมและกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย ด้านสังคมและด้านจิตใจ ตลอดจนด้านบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลายมาเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือคงสภาพร่างกายไว้ไม่ให้กลายเป็นกลุ่มติดเตียงโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากจากกองทุนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามรายกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จากนักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ครอบคลุมคิดเป็นร้อยละ 100

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันทน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามประเด็นดังต่อไปนี้

5.2.1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุ BOK

MODEL

BOK MODEL เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยนักบริบาลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนักบริบาลผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver : CG) หมายถึงบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ โดยอาศัยการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและกองทุนตำบลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองทันน้ำโดยการนำนโยบายใหม่ๆของรัฐบาลมาเป็นตัวช่วยผลักดันขับเคลื่อนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในการดูแลและเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนซึ่งพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนอกจากจะได้รับการดูแลทางด้านสาธารณสุขแล้ว กลุ่มนี้ยังได้รับการดูแลบริการทางสังคมจากกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและเกิดความพึงพอใจตามผลการศึกษาดังที่กล่าวมาแล้วในบทที่4 ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) เป็นการจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัดส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการดูแลที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและบริการทางสังคม โดยมีผู้ดูแลหรือ “นักบริบาลผู้สูงอายุ” (Caregiver : CG) เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว อธิบายได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคมสุขภาพเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิราพรธนะ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพาโดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวชุมชนและองค์กรรัฐ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพานั้นควรมี 3 ภาคส่วน คือผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกายจิตและสังคม และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่า บทบาทและภาระการจั้ดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่น กิจกรรมที่มีความสำคัญ คือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการดูแลวงนอก ได้แก่ กลุ่มเครือญาติ กลุ่มเพื่อนบ้านครัวเรือนแนบชิด กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐที่เกิดจากการ

ผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลายและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ เชื่อมโยง และช่วยเหลือกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัญญารัตน์ กัญญาภูวนัย และคณะ (2562) ศึกษาารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) บริการเชิงรุก 4) บริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และ 6) การรับข้อมูล/ให้คำปรึกษา

5.2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริหารผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยพบว่า มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบท/ข้อมูลพื้นฐาน 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 4) การวางแผนดำเนินงาน 5)อบรมฟื้นฟูนักบริหารผู้สูงอายุ 6) ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 7) การสังเกต ติดตาม และ 8) ประเมินผล และถอดบทเรียน อธิบายได้ว่า การจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริหารผู้สูงอายุ โดยเดิมที่ผู้ที่จะดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเป็นลูกหลาน ญาติ หรือ อสม.ในเขตรับผิดชอบแต่ยังมีปัญหาหลายอย่างที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านไม่สามารถกลับไปเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้เพราะ บุคคลผู้ดูแลเหล่านี้มีภาระงานมาก ภาระค่าใช้จ่ายเยอะ ไม่มีความรู้ในการดูแลเป็นเฉพาะโรคได้ดังนั้น ปัญหาดังกล่าวจึงทำให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนและทีมสุขภาพทุกระดับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน จึงจะทำให้เกิดกระบวนการที่สำเร็จและต่อเนื่องโดยที่ชุมชนสามารถดูแลกันเองได้ โดยเฉพาะนักบริหารผู้สูงอายุที่จะเข้าไปดูแลผู้สูงอายุเหล่านั้นต้องมีกระบวนการงานที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีความรู้ในการเข้าไปดูแลผู้สูงอายุ มีทักษะที่ดี และที่สำคัญคือมีจิตใจที่รักในงานที่ทำ ดังนั้นเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริหารผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ ที่เรียกว่า BOK MODEL เข้ามาใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อที่จะไปปฏิบัติได้ถูกต้องเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุหลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาลชุมชนและครอบครัว อาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559) สอดคล้องกับหลักการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คือ 1) เน้นบูรณาการด้านบริการ

สาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2) คำนึงถึงความยั่งยืน และเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager, CM) เช่นพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รวีวรรณ ศิริสมบูรณ์ และณภัทรกฤต จันทวงศ์ (2558) ทำการวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านลำอำเภอเวียงเหนือ จังหวัดสระบุรี พบว่า ควรเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุมีเวทีเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน นักบริหารควรได้รับการคัดเลือกจากผู้ที่มีความตั้งใจจริง ควรมีช่องทางการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นทางการเพื่อการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างราบรื่น และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ขวลิขิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่า บทบาทและภาระการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่น กิจกรรมที่มีความสำคัญ คือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการดูแลนอก ได้แก่ กลุ่มเครือข่าย กลุ่มเพื่อนบ้านครัวเรือนแบบชิด กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลายและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ เชื่อมโยง และช่วยเหลือกัน แต่บทบาทและภาระการจัดบริการโดยชุมชนท้องถิ่นยังสามารถกระทำการได้ในวงแคบๆ ไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง และเข้าไม่ถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แนวทางในการดูแล คือ การเพิ่มศักยภาพด้านการดูแล และการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลในและวงนอกที่เป็นเครือข่าย และครัวเรือนแบบชิด เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันเป็นกิจจําเป็น และควรพัฒนากลไกในรูปแบบคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากชุมชน

5.2.3 ผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริหาร

ผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากพัฒนารูปแบบ กลุ่มภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและนักบริหารผู้สูงอายุ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แนวทางนักบริหารผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวทางนักบริหารผู้สูงอายุ BOK

MODEL โดยผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบที่เริ่มต้นจากการศึกษาบริบท/ข้อมูลพื้นฐาน การแต่งตั้งคณะทำงาน มีการประชุม/วิเคราะห์ข้อมูล/วางแผนดำเนินงาน การอบรมฟื้นฟูกับริบาลผู้สูงอายุ ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ การสังเกต ติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียน โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559) ส่งผลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมทุกกระบวนการของการพัฒนา เกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชารินทร์ คุณยศยิ่ง (2556) ศึกษาเรื่องการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภาระการดูแลการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) หากในชุมชนมีระบบและเครือข่ายการดูแลและความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดี ผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเป็นผลกระทบทางบวกมากกว่าผลกระทบทางลบ เช่น ผู้ดูแลในครอบครัวมีแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนมีศักยภาพในการดูแลได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าไม่ถูกทอดทิ้งซึ่งระบบและเครือข่ายการดูแลนั้นควรเป็นความร่วมมือของคนในชุมชนตั้งแต่คนในครอบครัวชุมชนภาครัฐภาคเอกชนภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลในระยะยาวที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

5.3 ข้อเสนอแนะ

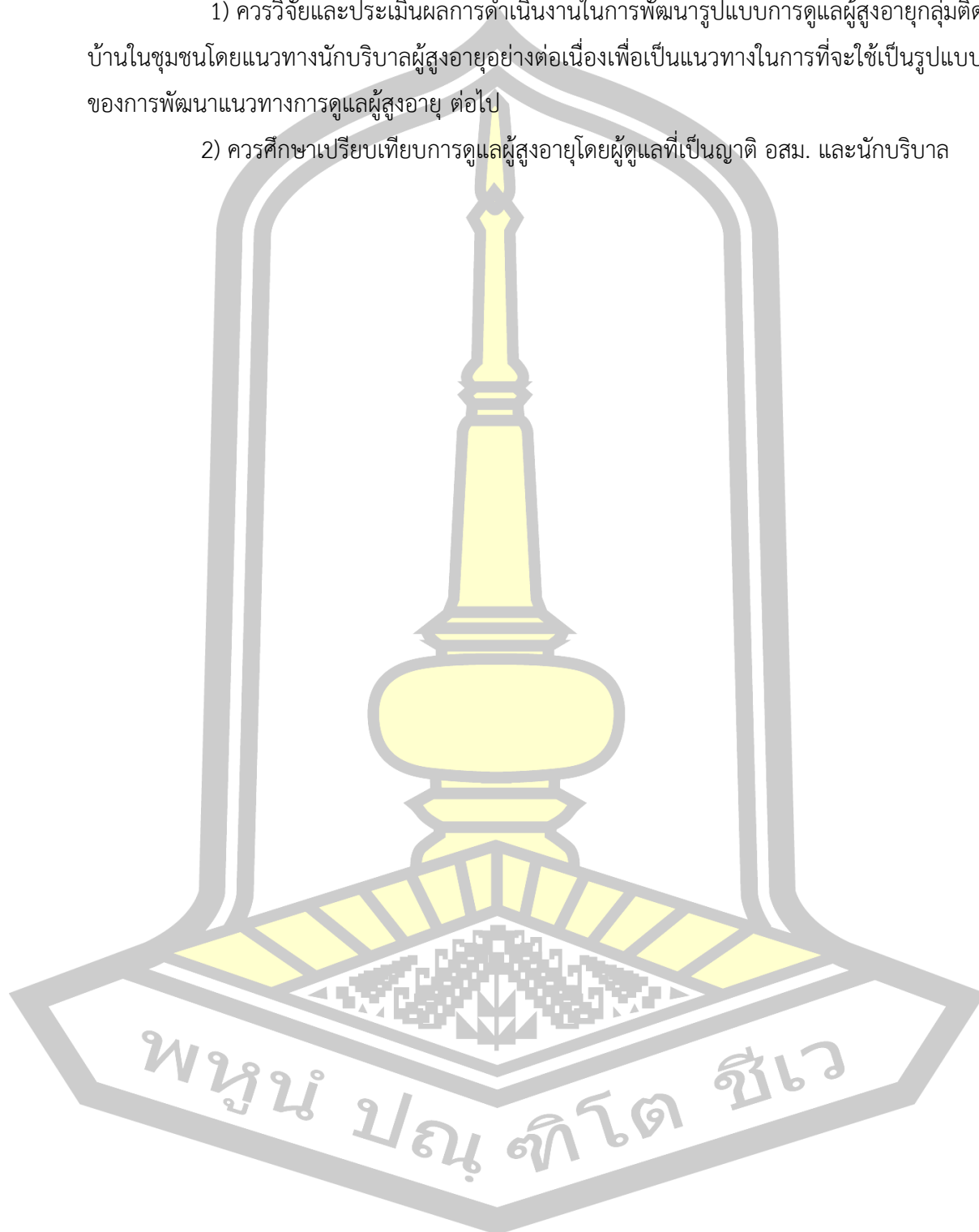
5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

- 1) ควรส่งเสริมและเน้นกิจกรรมการดูแลทางด้านจิตใจ ให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเช่นให้ทางด้านศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมช่วยในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพื่อให้เกิดความสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
- 2) ควรพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการเพิ่มศักยภาพให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุในชุมชนในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนและส่งเสริมการทำงานเชิงรุกให้กับกลุ่มนี้ด้วย
- 3) ควรอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วย

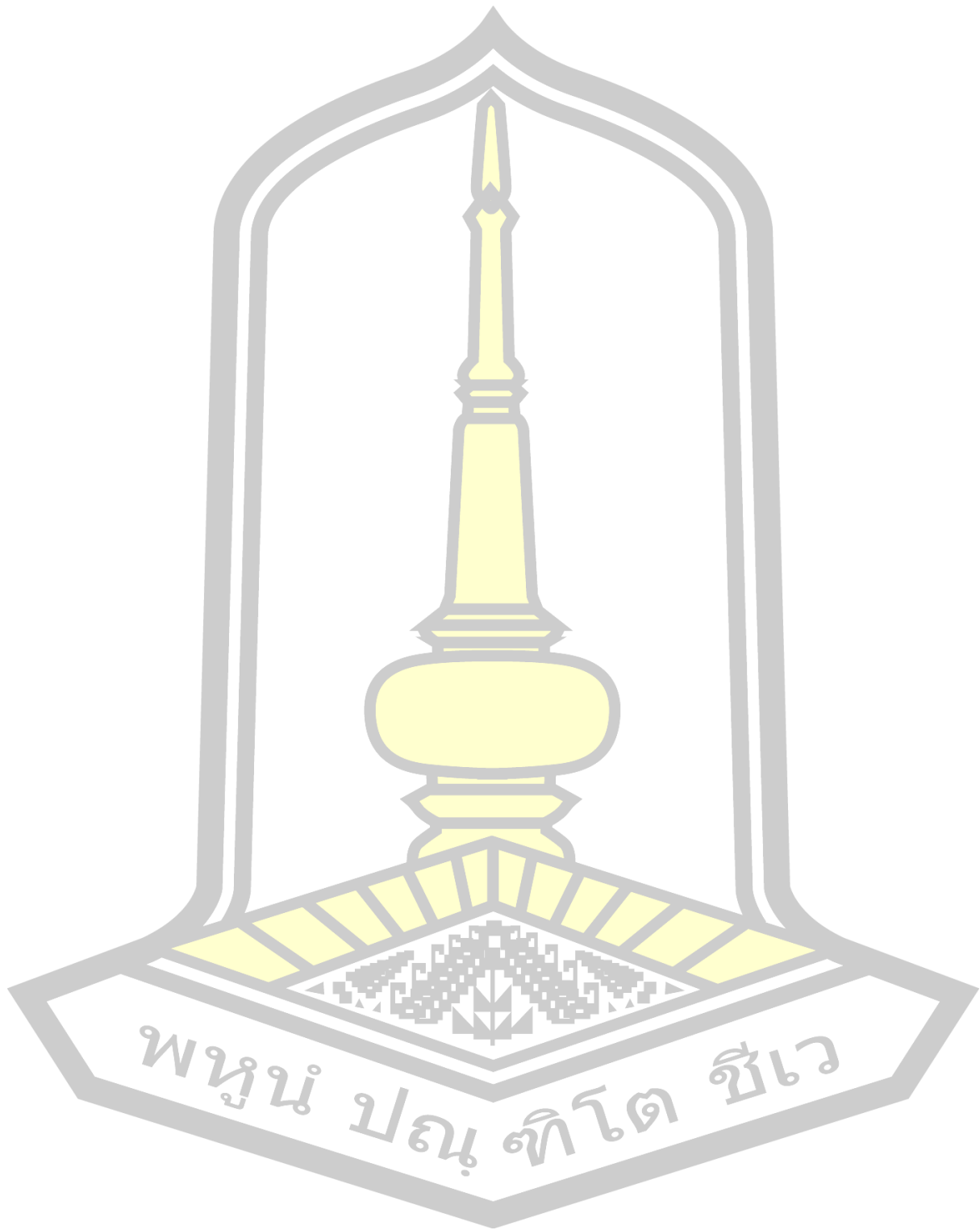
5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรวิจัยและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นแนวทางในการที่จะใช้เป็นรูปแบบของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ต่อไป

2) ควรศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลที่เป็นญาติ อสม. และนักบริบาล



บรรณานุกรม

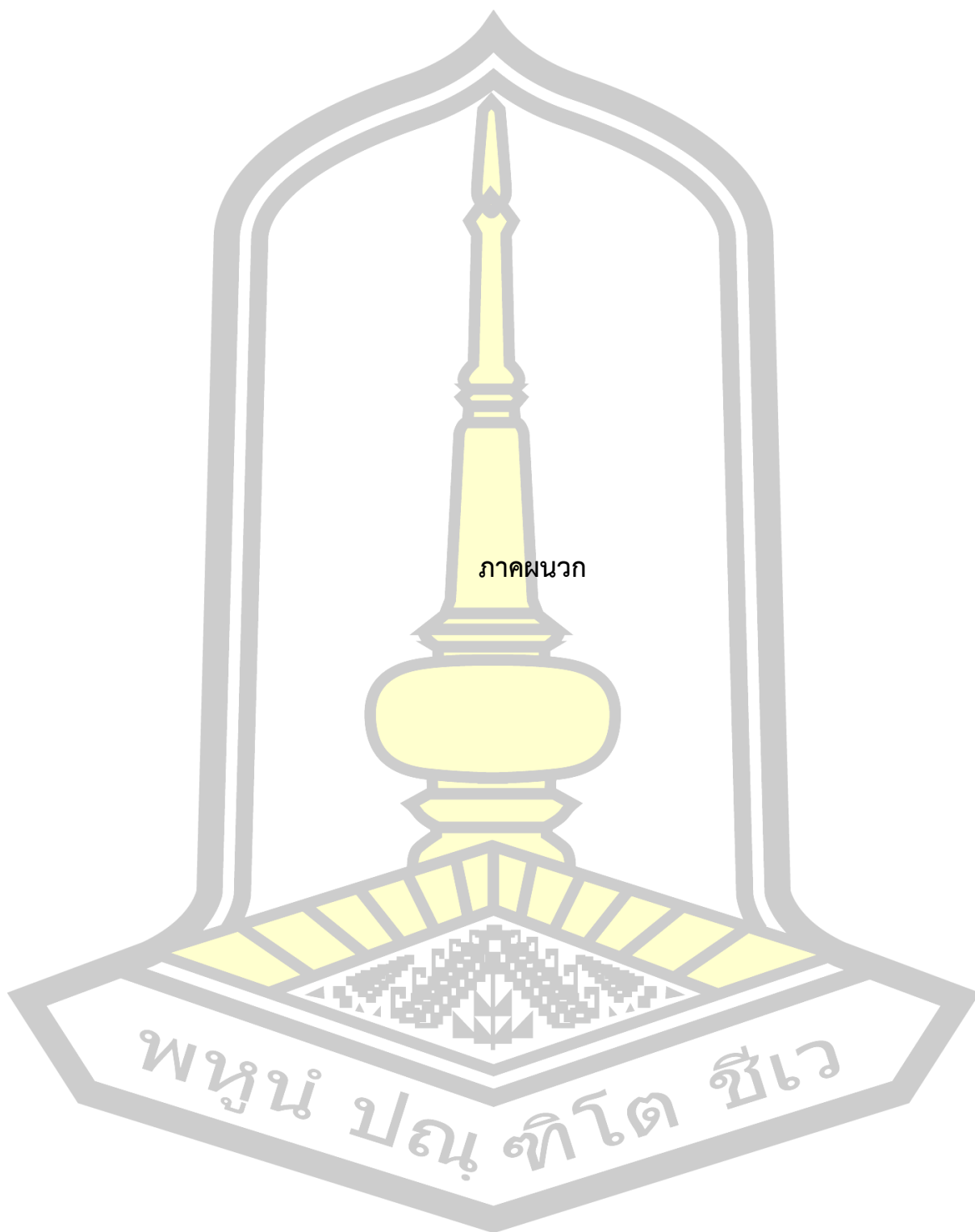


บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามาริบัติสาร*, 14, 3, กันยายน – ธันวาคม.
- กัญญารัตน์ กัญญะกาญจน์, ฐิติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2562). Integrated Community-Based Long Term Care Model Using Community Participation for Dependent Elders at Dongbang Promoting Hospital in Mueang District, Ubon Ratchathani Province. *มนุษยสังคมสาร (มสส)*, 17(1), 1–10.
- กิตติวรรณ จรรยาสุทิวังศ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 34(6), 551–559.
- คณะทำงานแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 และคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุ แห่งชาติ. (2543). *ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำพราว. (2557). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15, 3, กันยายน – ธันวาคม.
- จूरืพร ศรีเมือง. (2556). การพัฒนาระบบบริการคลินิกเบาหวานโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระเทียม อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชยุต ชำนาญเนา. (2558). รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหัวถนน อำเภอ นางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิทยาลัยทักษิณ*, 18(2), 5–18.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์จร*, 5, ฉบับพิเศษ, พฤษภาคม.
- ชันททัย กาญจนะจิตรา และคณะ. (2552). การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประเด็นการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. รายงานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ณททัย วงศ์ปการันย์ และคณะ. (2559). *คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

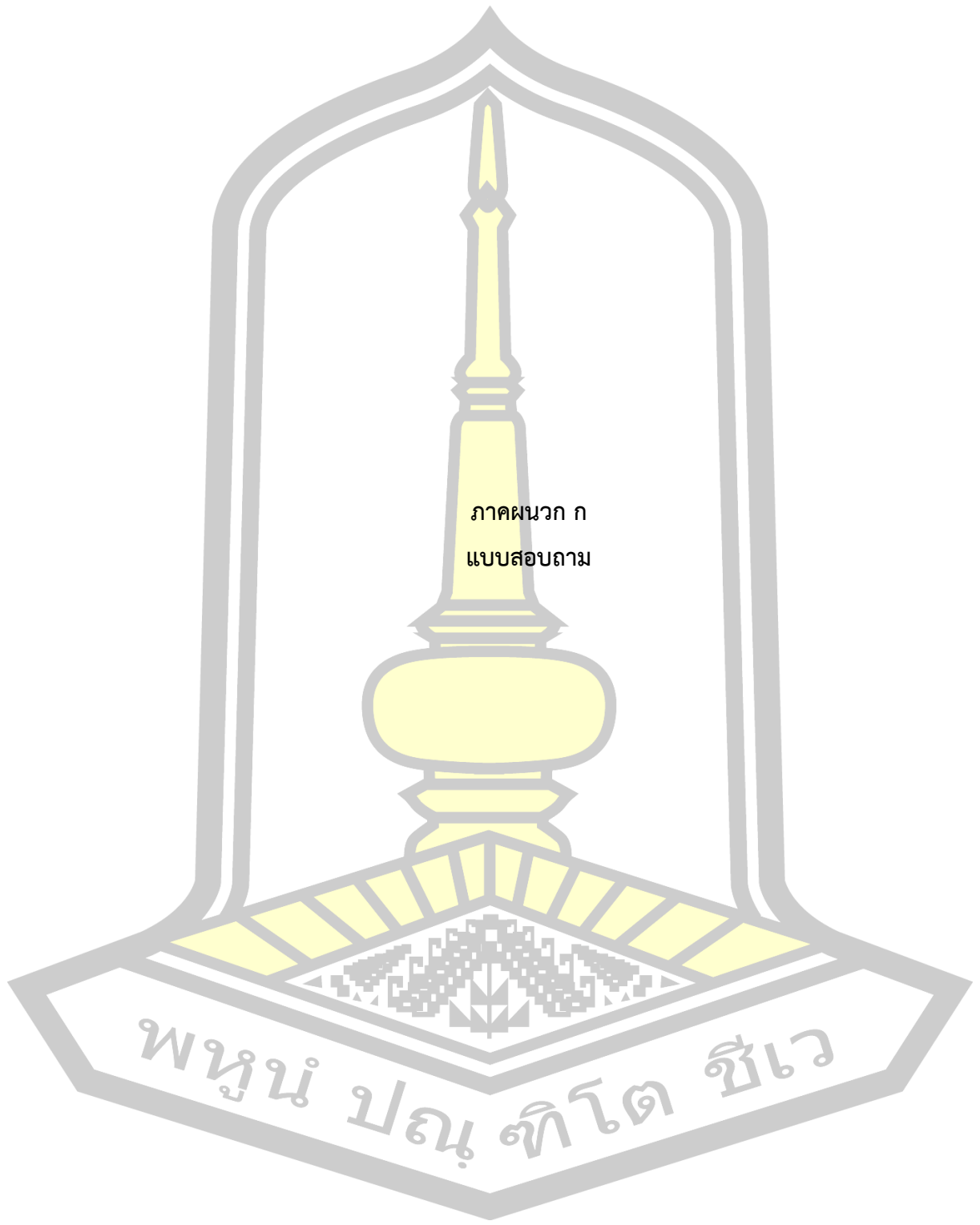
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง. (2556). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภาวะการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเวศ วัชชี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบ สุขภาพ.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน).
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). รู้ก่อน เข้าใจกว่า การตรวจรักษามะเร็ง. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- พุทธิดา จันดอนแดง. (2556). การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล. (2557). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อ รองรับสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(2), 226-232.
- รวีวรรณ ศิริสมบุรณ์ และณภัทรกฤต จันทวงศ์. (2558). การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแล ระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(6), 1076-1085.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก. (2561). รายงานผลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปี 2561. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก.
- วรรณภา ศรีธีธรรณ์ และลัดดา ดาริการเลิศ. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทาง ปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตร พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วรรณะ ชูศรีชาว. (2553). การประยุกต์ใช้โปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการสร้าง พลังของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลเพี้ยราม อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณษะ. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล, 29, 3, กรกฎาคม-กันยายน.
- ศิริานี ศรีหาคาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2556). ผลกระทบและภาวะการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.).

- ศิริพงศ์ ทองสกุล. (2545). *บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีนอนามัย จังหวัดพังงา*.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศุณย์อนามัยที่10 อุบลราชธานี. (2561). *ผลการคัดกรองความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบ
 กิจวัตรประจำวันจากเครื่องมือ Barthel Index of ADL (activities of daily living)
 (ADL) ของเขตสุขภาพที่ 10*. อุบลราชธานี: ศุณย์อนามัยที่10 อุบลราชธานี.
- สงครามชัย ลีทองดี. (2558). *การจัดการระบบบริการสุขภาพ Health System Management*.
 ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน*.
เวทีเสวนา 'ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน' ครั้งที่ 824 เมษายน 2555. นครปฐม:
 สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแล
 ผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: คิว พี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2561). *รายงานการสำรวจจำนวนประชากรในจังหวัด
 อุบลราชธานี ปี 2560*. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบ
 บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกัน
 สุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิรา. (2545). *ศูนย์สุขภาพชุมชน : หนทางสู่ระบบบริการที่พึง
 ประสงค์*. กรุงเทพฯ: แสงโสมมาเกิดตั้ง.
- สุนีย์ ศรีเพชร. (2553). *ผลการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ
 ตำบลแกใหญ่ อำเภอมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
 มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุ่มทนา กลางคาร และวราภรณ์ พรหมสัถยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*.
 พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สาคามเปเปอร์.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2544). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัย
 การศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2555). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ภาคผนวก

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม

พหุ ประจักษ์ วิทยา

แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 1
(สำหรับกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน)

เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัด
อุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดย
แนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ
อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บ
ข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียง
เท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็น
ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรด
ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน จำนวน 7 หน้า ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน
โดยนักบริบาลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดย
นักบริบาลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางทัศนวรรณ เจริญวงศ์

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร. 0854191941

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)
3. ระดับการศึกษา
 () 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี () 2. ปริญญาตรี
 () 3. ปริญญาโท () 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. อาชีพประจำ
 () 1. เกษตรกรรม () 2. รับจ้าง () 3. ค้าขาย
 () 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 5. อื่น ๆ (ระบุ).....
5. ตำแหน่งในชุมชน
 () 1. คณะอนุกรรมการกองทุนตำบล LTC
 () 2. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
 () 3. ประธานชมรมผู้สูงอายุชมรม
 () 4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 () 5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 () 6. อื่น ๆ (ระบุ)
6. บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
 () 1. คณะอนุกรรมการกองทุนตำบล LTC () 2. ประธานชมรมผู้สูงอายุชมรม
 () 3. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ () 4. ผู้ดูแลสูงอายุ (Caregiver: CG)
 () 5. อื่น ๆ (ระบุ).....
7. ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ปี
8. การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ
 () 1. ไม่เคย
 () 2. เคย (ระบุ) เรื่อง.....หน่วยงานที่จัด.....

พูน ปณ ทิโต ชเว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ
ความเข้าใจของท่าน

ลำดับ	รายละเอียด	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป		
2	ผู้สูงอายุติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย มีคะแนนจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 0-4 คะแนน		
3	นักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ		
4	หากผู้สูงอายุได้ยินไม่ชัดเจน หรือหูตึง ควรตะโกนพูดเสียงดังเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยินชัดเจนขึ้น		
5	วัยสูงอายุ การเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลายชนิดครบทั้ง 5 หมู่ แต่ ปริมาณควรลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว		
6	นอกจากอาหาร 3 มื้อหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วยเพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ		
7	หากผู้สูงอายุท้องผูกเป็นประจำผู้ดูแลควรให้ยาระบายทุกวันเพื่อไม่ให้รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง		
8	บ้านที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย ถ้ามีพื้นต่างระดับ ไม่ควรทำสีแตกต่างกัน เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุเวียนศีรษะเกิดอุบัติเหตุ ล้มได้ง่าย		
9	ขณะออกกำลังกายถ้ามีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อ ควรหยุดออกกำลังกายทันที		
10	การต่อปากต่อคำกับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุอารมณ์ดี ไม่หลงลืมหรือสมองเสื่อมง่าย		
11	การช่วยผู้สูงอายุเดินควรช่วยจับบริเวณเอวของผู้สูงอายุ		
12	การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุควรต้องทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้นด้วย		

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ต่อ)

ลำดับ	รายละเอียด	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
13	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะขับถ่ายให้แก่ผู้สูงอายุควรเช็ดจากด้านล่างขึ้นด้านบน		
14	การป้อนอาหารควรจัดให้ผู้สูงอายุนอนศีรษะสูง เพื่อกลืนอาหารสะดวกและป้องกันการสำลักอาหาร		
15	หากวัดค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุได้ค่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท แสดงว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
16	อุณหภูมิของร่างกายปกติ คือ 37.6-38.4 องศาเซลเซียส		
17	เมื่อผู้สูงอายุมีอาการท้องเสีย ควรดื่มน้ำมากๆ		
18	หากผู้สูงอายุสำลักอาหารให้ช่วยเหลือโดยให้ผู้สูงอายุไอออกมาแรงๆ ถ้าไม่ออกให้ใช้วิธีกดหน้าท้องช่วย		
19	หากผู้สูงอายุล้มมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้ฟกช้ำนวดคลึงโดยเร็ว		
20	หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด		



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน
โดยนักบริบาลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง ในระดับการมีส่วนร่วมของท่านในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ มีให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม	เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อ	การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการตัดสินใจ						
1	ท่านได้มีส่วนร่วมนำเสนอให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
2	ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกปัญหา และวิเคราะห์หาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาด้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
3	ท่านได้เข้าร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
4	ท่านได้เข้าร่วมประชุมในกระบวนการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					

ข้อ	การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
5	ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกแผนงาน กิจกรรม ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใน ชุมชนโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุ					
ด้านการดำเนินการ						
6	ท่านมีส่วนร่วมกำหนดเสนอแนวทางการวางแผนใน การแก้ไขปัญหาดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในชุมชนโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุ					
7	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรม ดำเนินการ ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุ					
8	ท่านได้เข้าร่วมในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักรบิบาลผู้สูงอายุ					
9	ท่านได้เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการ ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรบิบาล ผู้สูงอายุ					
10	ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบใน การปฏิบัติตามแผนงานโครงการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านในชุมชนโดยนักรบิบาลผู้สูงอายุ					

พหุ ประถมศึกษา ชีวะ

ข้อ	การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการรับผลประโยชน์						
11	ท่านมีส่วนรับทราบเกี่ยวกับสรุปผลการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
12	ท่านได้มีส่วนร่วมในการนำปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการ/กิจกรรม ที่กำหนดไว้ใน การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
13	ท่านได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาทบทวนวิธีการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
14	ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผลสำเร็จแผนงานโครงการในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
15	ท่านได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงแก้ไขแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
ด้านการติดตามและประเมินผล						
16	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					

ข้อ	การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
17	ท่านได้มีส่วนร่วมในการติดตาม ทบทวน แผนงาน/ โครงการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใน ชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					
18	ท่านมีส่วนร่วมนำปัญหา อุปสรรคเปรียบเทียบผล การปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่างๆ ในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					
19	ท่านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ผลสำเร็จของงาน โดยการ เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้					
20	ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้าในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใน ชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักบริบาลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ ตรงกับ
ความพึงพอใจของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อ	ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
ด้านนโยบายและแผนงาน						
1	ท่านมีความพึงพอใจต่อแผนงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
2	ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้ เรื่องแนวทางการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
3	ท่านมีความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
4	ท่านมีความพึงพอใจในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
ด้านกระบวนการพัฒนา						
1	ท่านพึงพอใจกับคัดเลือกนักบริบาลผู้สูงอายุจากบุคคลใน ชุมชนเพื่อ ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ					
2	ท่านพึงพอใจกับการฝึกอบรมนักบริบาลผู้สูงอายุ ก่อนการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ					
3	ท่านพึงพอใจกับขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักบริบาลผู้สูงอายุที่เป็นการดูแลแบบองค์รวม					
4	ท่านพึงพอใจ กับขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใน ชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแล อย่างความครอบคลุม					

ข้อ	ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการให้บริการ						
1	ท่านมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
2	ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอน ความสะดวกรวดเร็ว ในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของนักบริบาลผู้สูงอายุ					
3	ท่านพึงพอใจในด้านความสนใจ ความเอาใจใส่ และความพร้อม ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ของนักบริบาลผู้สูงอายุ					
4	ท่านมีความพึงพอใจด้านความพร้อมในการให้บริการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ของนักบริบาลผู้สูงอายุ					
ด้านบุคลากรในการพัฒนา						
1	ท่านพึงพอใจในการทำงานเป็นทีมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
2	ท่านพึงพอใจต่อการคัดเลือกจำนวนนักบริการผู้สูงอายุที่เพียงพอ ต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน					
3	ท่านมีความพึงพอใจต่อวิธีการพัฒนาความรู้ของผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาล ผู้สูงอายุ					
4	เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติตาม แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาล ผู้สูงอายุได้ถูกต้อง					
ด้านผลการดำเนินการ						
1	ท่านมีความความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานตามแผนงาน การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
2	ท่านพึงพอใจต่อการแก้ไขปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
3	ท่านมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
4	ท่านมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกใน การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้

แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 2

(สำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข)

เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบริการผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบริการผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองต้นน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน จำนวน 10 หน้า ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักรับบริการผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักรับบริการผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

พูน ปรียาธิ์ ชีวะ
นางทัศนีย์ เจริญวงศ์

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร.0854191941

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)
3. ระดับการศึกษา
 () 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี () 2. ปริญญาตรี
 () 3. ปริญญาโท () 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. ตำแหน่ง
 () 1. พยาบาลวิชาชีพ () 2. นักวิชาการสาธารณสุข
 () 3. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน () 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงานปี
6. ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุปี
7. การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ
 () 1. ไม่เคย
 () 2. เคย (ระบุ) เรื่อง.....หน่วยงานที่จัด.....



ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ
ความเข้าใจของท่าน

ลำดับ	รายละเอียด	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 53 ระบุว่า ผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ		
2	ผู้สูงอายุติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย		
3	ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีค่าคะแนนการประเมิน ADL มากกว่า 12 คะแนน		
4	นักบริบาลผู้สูงอายุ (Caregiver : CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ		
5	การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกระบวนการชราภาพเกิดจากพยาธิสภาพของโรค		
6	การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพสามารถป้องกันหรือชะลอให้เกิดซ้ำลงได้		
7	ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลากลางวันเนื่องจากไตทำหน้าที่ดีขึ้น		
8	อาการเจ็บหน้าอกโดยเจ็บตื้อๆ แน่นๆ หรือหนๆ เจ็บที่กลางอกหรือทางซ้าย บริเวณหัวใจอาจร้ายไปสอกหรือแขนเป็นอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต้องรีบส่งพบแพทย์		
9	อาการปัสสาวะบ่อยดื่มน้ำมากกินแกงหิวบ่อยน้ำหนักลดรวมทั้งมีอาการจากร่างกายขาดน้ำเป็นแผลแล้วหายช้าถือว่าเป็นเรื่องปกติในวัยผู้สูงอายุ		
10	การประเมินภาวะวิกฤติในผู้ป่วยสูงอายุประเมินได้จากข้อมูลของผู้สูงอายุ การสังเกตด้านการติดต่อสื่อสารเช่น การมองเห็นการได้ยินการรับรู้สัมผัสและการประเมินการหายใจ		
11	บ้านที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย ถ้ามีพื้นที่ต่างระดับ ไม่ควรทำสีแตกต่างกัน เพราะจำทำให้ผู้สูงอายุเวียนศีรษะเกิดอุบัติเหตุ ล้มได้ง่าย		
12	ขณะออกกำลังกายถ้ามีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อ ควรหยุดออกกำลังกายทันที		
13	การตกเลือดมี 2 ชนิดคือการตกเลือดภายนอกและการตกเลือดภายในการห้ามเลือดภายนอกที่สำคัญคือการกดลงบนแผลที่มีเลือดออกและไม่ควรยกแขนหรือขาที่มีเลือดออกให้อยู่สูงเท่าหน้าอกหรือหัวใจเพราะจะทำให้เลือดออกมากขึ้น		

ลำดับ	รายละเอียด	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
14	ภาวะอัตราการเต้นของชีพจรผิดปกติคือภาวะที่อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาทีหรือภาวะที่อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที		
15	การวัดอุณหภูมิที่นิยมมี 2 ทาง คือ การวัดทางปากใช้เวลา 3-5 นาทีอุณหภูมิปกติได้เท่ากับ 37.9 องศาเซลเซียสวัดทางรักแร้ใช้เวลา 5 นาทีอุณหภูมิปกติเท่ากับ 36.5 องศาเซลเซียส		
16	การดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยางควรระมัดระวังไม่ให้สายยางหรือท่อให้อาหารหลุดจำเป็นต้องทดสอบทุกครั้งก่อนให้อาหารควรให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านั่งหรือศีรษะสูงให้อาหารอย่างช้าและคอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด		
17	การทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่ควรกระทำเพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุสำลักได้		
18	หลักการให้ยาที่นิยมกันเป็นสากลคือ 5 ถูกได้แก่ 1. ให้ถูกต้องกับคน 2. ให้ถูกต้องกับชนิดของยา 3. ให้ถูกต้องขนาดยา 4. ให้ถูกต้องทางเช่นทางปากทางผิวหนัง 5. ให้ถูกต้องเวลาเช่นก่อนหรือหลังอาหาร		
19	ข้อควรระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุคือการให้ยาสองอย่างขึ้นไปอาจมีปฏิกิริยาต่อกันได้และการหยาบยาผิด		
20	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 5 วันขึ้นไปครั้งละ 30 นาทีจะทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ		



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

โดยนักบริบาลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง ในระดับการมีส่วนร่วมของท่านในการพัฒนา

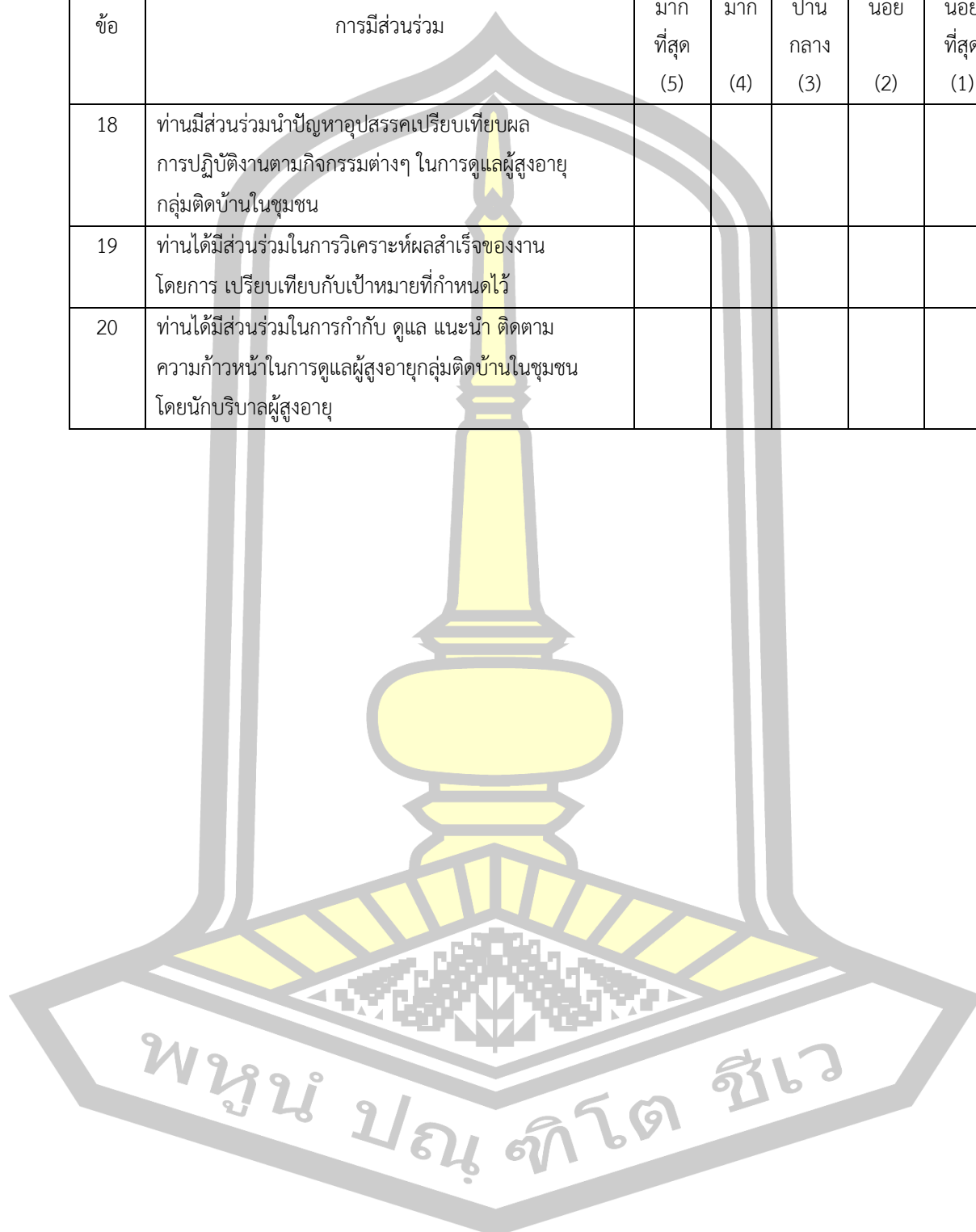
คุณภาพระบบบริการ มีให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม	เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อ	การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการตัดสินใจ						
1	ท่านได้มีส่วนร่วมนำเสนอให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน					
2	ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกปัญหา และวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาด้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน					
3	ท่านได้เข้าร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
4	ท่านได้เข้าร่วมประชุมในกระบวนการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
5	ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกแผนงาน กิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
ด้านการดำเนินการ						
6	ท่านมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการวางแผนในการแก้ไขปัญหาคาดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
7	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					

ข้อ	การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
8	ท่านได้เข้าร่วมในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					
9	ท่านได้เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					
10	ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					
ด้านการรับผลประโยชน์						
11	ท่านมีส่วนรับทราบเกี่ยวกับสรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					
12	ท่านได้มีส่วนร่วมในการนำปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานตามแผนงาน /โครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในโครงการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					
13	ท่านได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาทบทวนวิธีการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					
14	ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผลสำเร็จแผนงาน โครงการในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					
15	ท่านได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงแก้ไขแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					
ด้านการติดตามและประเมินผล						
16	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					
17	ท่านได้มีส่วนร่วมในการติดตาม ทบทวน แผนงาน/โครงการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					

ข้อ	การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
18	ท่านมีส่วนร่วมนำปัญหาอุปสรรคเปรียบเทียบผล การปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านในชุมชน					
19	ท่านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ผลสำเร็จของงาน โดยการ เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้					
20	ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้าในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักรับบาลผู้สูงอายุ					



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ ตรงกับ

ความพึงพอใจของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อ	ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านนโยบายและแผนงาน						
1	ท่านมีความพึงพอใจต่อแผนดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
2	ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเผยแพร่ความรู้เรื่องแนวทางการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
3	ท่านมีความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
4	ท่านมีความพึงพอใจในกิจกรรมการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
ด้านกระบวนการพัฒนา						
1	ท่านพึงพอใจกับการคัดเลือกนักบริบาลผู้สูงอายุจากบุคคลในชุมชนเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ					
2	ท่านพึงพอใจกับการฝึกอบรมนักบริบาลผู้สูงอายุก่อนการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ					
3	ท่านพึงพอใจกับขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุที่เป็นการดูแลแบบองค์รวม					
4	ท่านพึงพอใจ กับขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างความครอบคลุม					

แบบสอบถามความพึงพอใจ (ต่อ)

ข้อ	ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการให้บริการ						
1	ท่านมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
2	ท่านพึงพอใจต่อขั้นตอน ความสะดวกรวดเร็ว ในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของนักบริบาลผู้สูงอายุ					
3	ท่านพึงพอใจในด้านความสนใจ ความเอาใจใส่ และความพร้อม ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ของนักบริบาลผู้สูงอายุ					
4	ท่านมีความพึงพอใจด้านความพร้อมในการให้บริการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ของนักบริบาลผู้สูงอายุ					
ด้านบุคลากรในการพัฒนา						
1	ท่านพึงพอใจในการทำงานเป็นทีมตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
2	ท่านพึงพอใจต่อการคัดเลือกจำนวนนักบริบาลผู้สูงอายุที่เพียงพอ ต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน					
3	ท่านมีความพึงพอใจต่อวิธีการพัฒนาความรู้ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
4	เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติตาม แนวทางในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ ได้ถูกต้อง					
ด้านผลการดำเนินการ						
1	ท่านพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
2	ท่านพึงพอใจต่อการแก้ไขปัญหาตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
3	ท่านพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					
4	ท่านพึงพอใจต่อการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกของ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุ					

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้

แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 3

(สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน)

เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบริการผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอภูซำบุรี จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบริการผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอภูซำบุรี จังหวัดอุบลราชธานี คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน หน้าที่ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 2 ด้าน จำนวน 20 ข้อ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 10 ข้อ

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสำรวจภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 20 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักรับบริการผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

พจนัน ปณ ทิโต ชีเว

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักรับบาลผู้สูงอายุในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันทน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัด
อุบลราชธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 2 ด้าน จำนวน 20 ข้อ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1.1 ชาย () 1.2 หญิง
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)
3. สถานภาพ () 3.1 โสด () 3.2 สมรส () 3.3 หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
 - () 4.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี () 4.2 ปริญญาตรี
 - () 4.3 ปริญญาโท () 4.4 อื่น ๆ (ระบุ).....
5. รายได้ของท่านเดือนละ บาท
6. ลักษณะการอยู่อาศัย
 - () 6.1 อยู่คนเดียว () 6.2 อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา
 - () 6.3 อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน () 6.4 อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง
 - () 6.5 อื่น ๆ (ระบุ).....
7. แหล่งที่มาของรายได้ที่ท่านได้รับ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () 7.1 เงินบำนาญ () 7.2 สามี/ภรรยา
 - () 7.3 บุตร/ธิดา () 7.4 ญาติ/พี่น้อง
 - () 7.5 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ () 7.6 อื่นๆ (ระบุ)
8. โรคประจำตัว (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () 8.1 โรคความดันโลหิตสูง () 8.2 โรคเบาหวาน
 - () 8.3 อัมพาต / อัมพฤกษ์ () 8.4 โรคไต
 - () 8.5 โรคหัวใจ () 8.6 อื่นๆ (ระบุ)
9. กิจกรรมการดูแลที่ได้รับ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () 9.1 ด้านอาหาร/โภชนาการ () 9.2 ด้านการออกกำลังกาย
 - () 9.3 ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ () 9.4 การจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสม
 - () 9.5 อื่นๆ ระบุ

10. สิทธิการรักษาพยาบาล

- () 10.1 จ่ายเงินเอง () 10.2 สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 () 10.3 ประกันสังคม () 10.4 บัตรทองโครงการ 30 บาท () 9.5 อื่นๆ (ระบุ)

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () ตามความเป็นจริงมากที่สุด

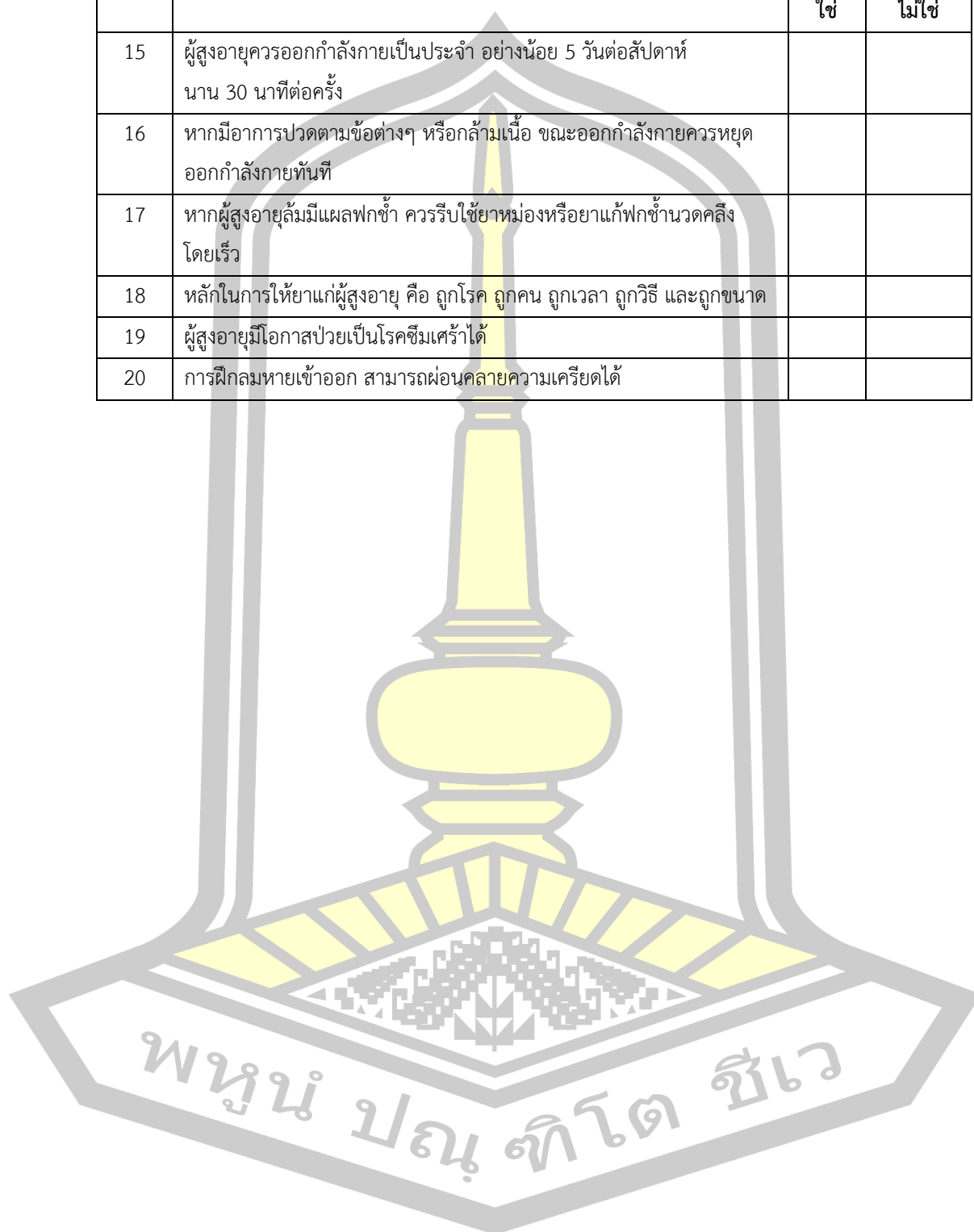
1. เพศ () 1.1 ชาย () 1.2 หญิง
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)
3. สถานภาพ
- () 3.1 โสด () 3.2 สมรส
 () 3.3 หม้าย/หย่า/แยก () 3.3 อื่น ๆ (ระบุ).....
4. ระดับการศึกษา
- () 4.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี () 4.2 ปริญญาตรี
 () 4.3 ปริญญาโท () 4.4 อื่น ๆ (ระบุ).....
5. อาชีพปัจจุบัน
- () 5.1 เกษตรกรรม () 5.2 รับจ้าง () 5.3 ค้าขาย
 () 5.4 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 5.5 อื่น ๆ (ระบุ).....
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน บาท
7. ความเพียงพอของรายได้
- () 7.1 เพียงพอ () 7.2 ไม่เพียงพอ
8. โรคประจำตัว (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 8.1 โรคความดันโลหิตสูง () 8.2 โรคเบาหวาน
 () 8.3 อัมพาต / อัมพฤกษ์ () 8.4 โรคไต
 () 8.5 โรคหัวใจ () 8.6 อื่นๆ (ระบุ)
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ปี
10. กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 10.1 ดูแลทางกาย เช่น ด้านอาหาร/โภชนาการ
 () 10.2 ดูแลด้านการออกกำลังกาย
 () 10.3 ดูแลและให้คำแนะนำด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ
 () 10.4 ดูแลและให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสม
 () 10.5 อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
1	ผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 53 ระบุว่าผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ		
2	ผู้สูงอายุติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย		
3	ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีค่าคะแนนการประเมิน ADL มากกว่า 5-11 คะแนน		
4	หากผู้สูงอายุได้ยินไม่ชัดเจน หรือหูตึง ควรตะโกนพูดเสียงดังเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยินชัดเจนขึ้น		
5	ไม่ควรใช้คำถามว่า "ทำไม" ถามผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดเหมือนถูกตำหนิ		
6	หากผู้สูงอายุท้องผูกเป็นประจำผู้ดูแลควรให้ยาระบายทุกวันเพื่อไม่ให้รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง		
7	ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลากลางวันเนื่องจากไตเสื่อมทำหน้าที่ได้ลดลง		
8	อาการเจ็บหน้าอกโดยเจ็บตื้อๆแน่นๆหรือหนึบๆที่กลางอกหรือทางซ้ายบริเวณหัวใจอาจร้ายไปศอกหรือแขนเป็นอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต้องรีบไปพบแพทย์		
9	อาการปัสสาวะบ่อยตึมน้ำมากกินเก่งหิวบ่อยน้ำหนักลดรวมทั้งมีอาการจากร่างกายขาดน้ำเป็นผลแล้วหายช้าถือว่าเป็นเรื่องปกติในวัยผู้สูงอายุ		
10	ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง		
11	วัยสูงอายุ การเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลายชนิดครบทั้ง 5 หมู่ แต่ ปริมาณควรลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว		
12	นอกจากอาหาร 3 มื้อหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วยเพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ		
13	ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะผักและผลไม้		
14	การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุควรต้องทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้นด้วย		

ลำดับ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
15	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ นาน 30 นาทีต่อครั้ง		
16	หากมีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อ ขณะออกกำลังกายควรหยุด ออกกำลังกายทันที		
17	หากผู้สูงอายุล้มมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้ฟกช้ำชนิดคลิง โดยเร็ว		
18	หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด		
19	ผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้		
20	การฝึกลมหายใจเข้าออก สามารถผ่อนคลายความเครียดได้		



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 28 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด/ทุกครั้ง	หมายถึง มีการปฏิบัติทุกวัน/เกือบทุกวัน เท่ากับ 5 คะแนน
มาก/บ่อยครั้ง	หมายถึง มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง/บางครั้ง	หมายถึง มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย/นานๆ	หมายถึง มีการปฏิบัติเดือนละครั้ง/น้อยกว่า เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด/ไม่เคยเลย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

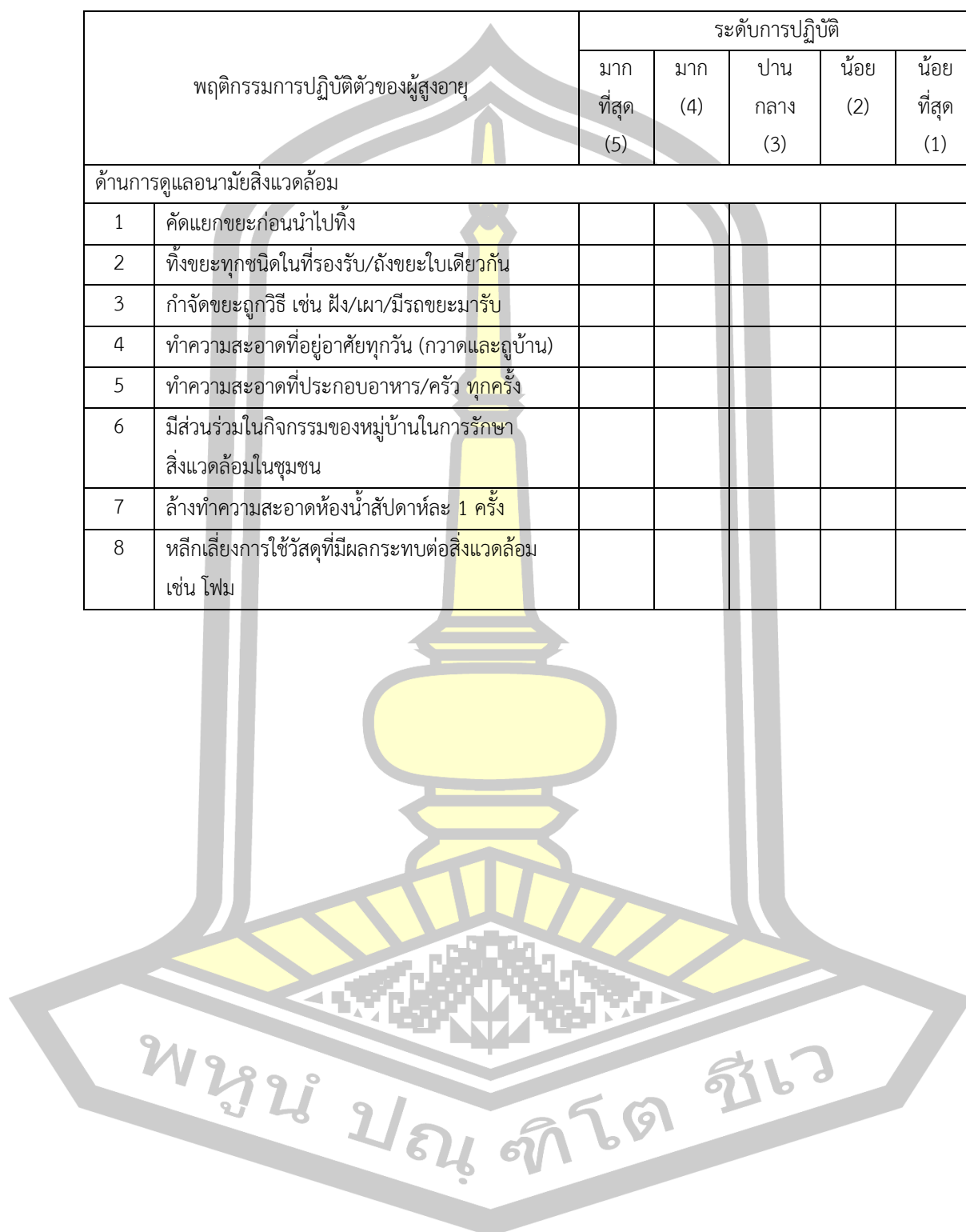
พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ		ระดับการปฏิบัติ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการบริโภคอาหาร						
1	กินอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน					
2	กินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน					
3	กินผักทุกวัน					
4	กินผลไม้ทุกวัน					
5	กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ปรุงสุก					
6	ลดการกินอาหารไขมันสูงเช่น ข้าวขาหมู หมูสามชั้น กุนเชียงคอหมูย่าง เบคอน ไส้กรอก หนังกุ้ง หนักรู					
7	ลดการกินอาหารประเภททอดเช่นกล้วยทอด ปลาทอดไก่					
8	ลดการกินอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เนย มาการีน เช่นแกงเผ็ด แกงเขียวหวาน มีส่วนผสม แกงคั่วข้าวเหนียวมูล กล้วยบวชชี บัวลอย ลอดช่อง ทับทิมกรอบ					
9	หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม					
10	หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัดเช่น การปรุงอาหารคาวแล้วเติมน้ำตาลให้มีรสหวานจัด					
11	ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว					

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ		ระดับการปฏิบัติ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านการออกกำลังกาย						
1	ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับปานกลางคือเหนื่อย พุดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยค)อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที					
2	ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับหนักคือเหนื่อยหอบ หรือไม่สามารถพุดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยคขณะออกกำลังกาย) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน อย่างน้อยวันละ 20 นาที					
3	มีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านงานอาชีพ เช่น ทำงานบ้าน/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/ขี่จักรยานหรือเดินไปทำงานจนรู้สึกเหนื่อยกำลังดีสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน					
4	มีการยืดเหยียด เช่น การก้มเอามือแตะพื้น ประสานมือไว้เหนือศีรษะหลังดันขึ้น การก้มลงเอามือแตะพื้น การเหยียด และฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อเนื่องกันสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน					
ด้านการผ่อนคลายความเครียด						
1	เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์/นั่งสมาธิไหว้พระ					
2	เมื่อเกิดความเครียดท่านใช้ยานอนหลับ/ยาระงับประสาท					
3	ท่านควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ไม่ขวางปาสั่งของ ไม่ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม ไม่เอะอะโวยวาย					
4	ท่านทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น กินอาหาร /ดูทีวี/ ฯลฯ					
5	ท่านมีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวตามเทศกาลต่างๆ เช่น ทำบุญ/พักผ่อน					

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมกรปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ		ระดับการปฏิบัติ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม						
1	คัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง					
2	ทิ้งขยะทุกชนิดในที่รองรับ/ถังขยะใบเดียวกัน					
3	กำจัดขยะถูกวิธี เช่น ฝัง/เผา/มีรถขยะมารับ					
4	ทำความสะอาดที่อยู่อาศัยทุกวัน (กวาดและถูบ้าน)					
5	ทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัว ทุกครั้ง					
6	มีส่วนร่วมในกิจกรรมของหมู่บ้านในการรักษาสิ่งแวดล้อมในชุมชน					
7	ล้างทำความสะอาดห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง					
8	หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น โฟม					



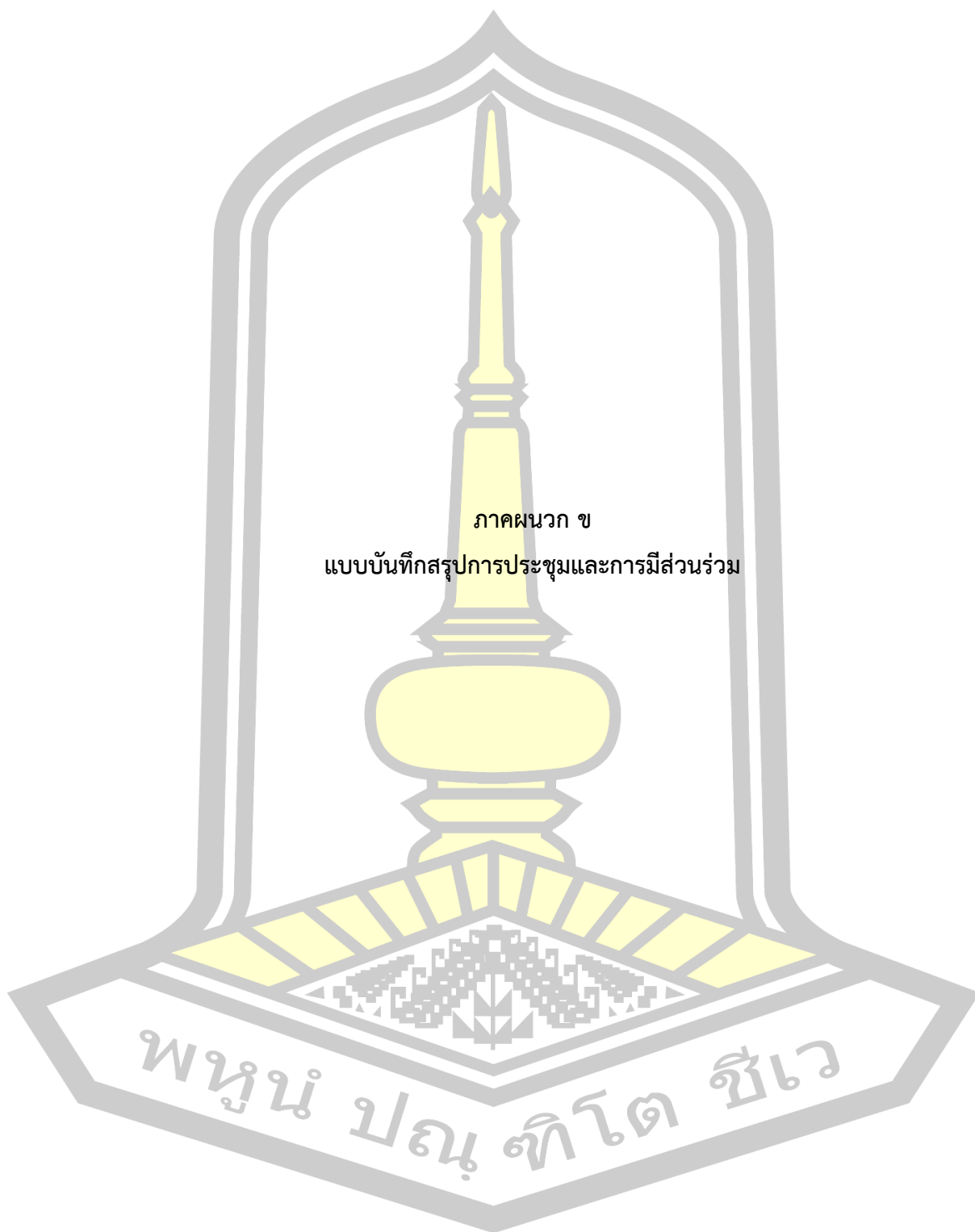
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก จำนวน 11 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ ความพึงพอใจของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อ	ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
มิติทางกาย						
1	ท่านพึงพอใจต่อคำแนะนำเรื่องอาหารโภชนาการ					
2	ท่านพึงพอใจต่อการดูแลและคำแนะนำด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ					
3	ท่านพึงพอใจต่อการดูแล และคำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ					
4	ท่านพึงพอใจต่อการดูแล และคำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสม					
มิติทางจิตใจ / จิตวิญญาณ / ปัญญา						
1	ความมั่นคง ปลอดภัย เมื่อได้รับการดูแลจากผู้ดูแล					
2	ความเชื่อมั่นในตัวผู้ดูแล					
3	การยอมรับในตัวผู้ดูแล					
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม						
1	กริยา วาจาของผู้ดูแล					
2	ความรวดเร็วในการดูแลที่บ้าน					
3	อุปกรณ์ / เครื่องมือที่ให้บริการตรงตามความต้องการ					
4	ความต่อเนื่องของการดูแลตามความต้องการ					

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้



ภาคผนวก ข
แบบบันทึกสรุปการประชุมและการมีส่วนร่วม

พหุบัณฑิตยสถาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกสรุปการประชุม

โครงการ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ครั้งที่..... ณ.....

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

มติที่ประชุม

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มติที่ประชุม

วาระที่ 3 เรื่องเพื่อทราบ

3.1)

มติที่ประชุม

3.2)

มติที่ประชุม

วาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1)

มติที่ประชุม

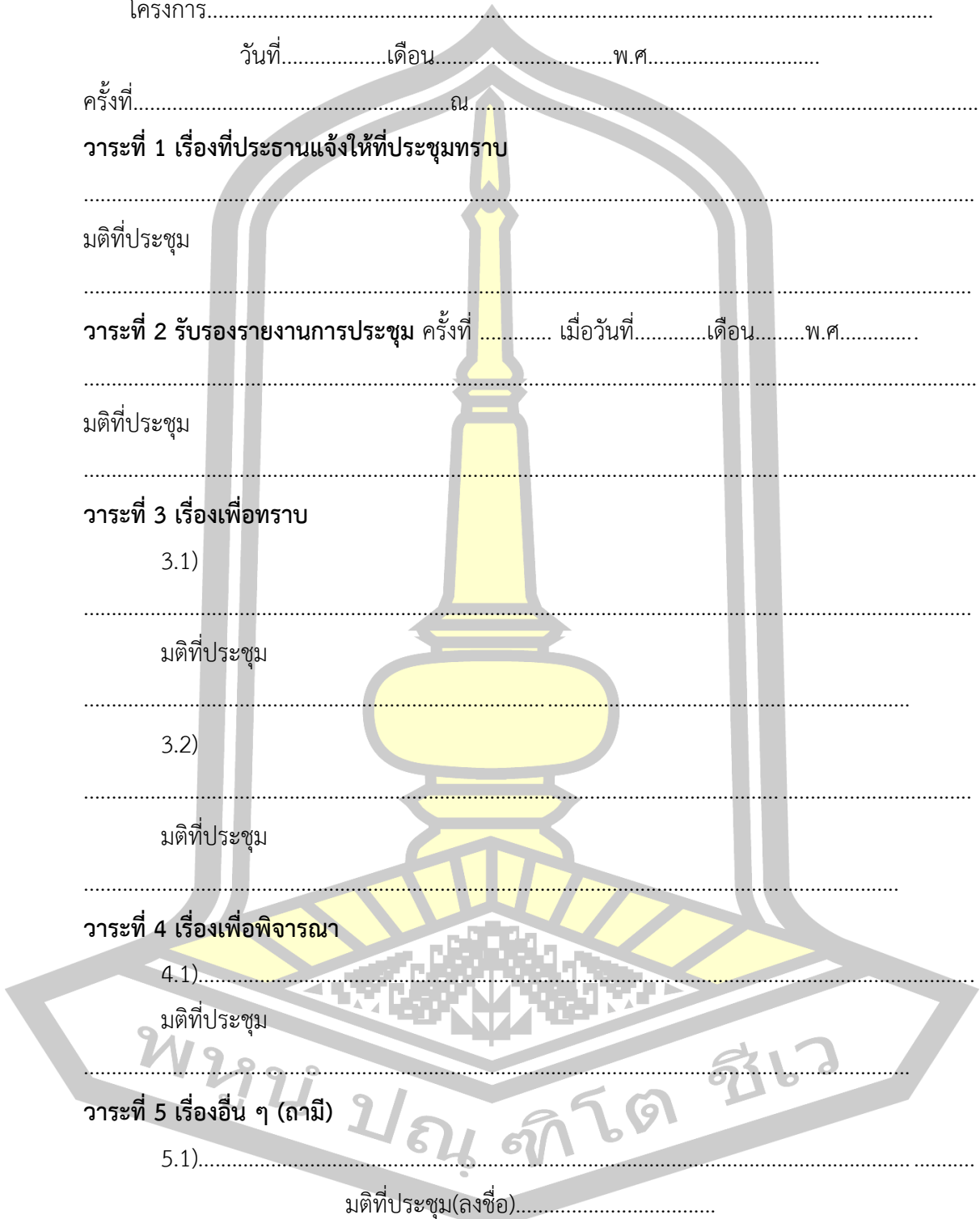
วาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ (ถ้ามี)

5.1)

มติที่ประชุม(ลงชื่อ).....

ผู้จัดบันทึก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

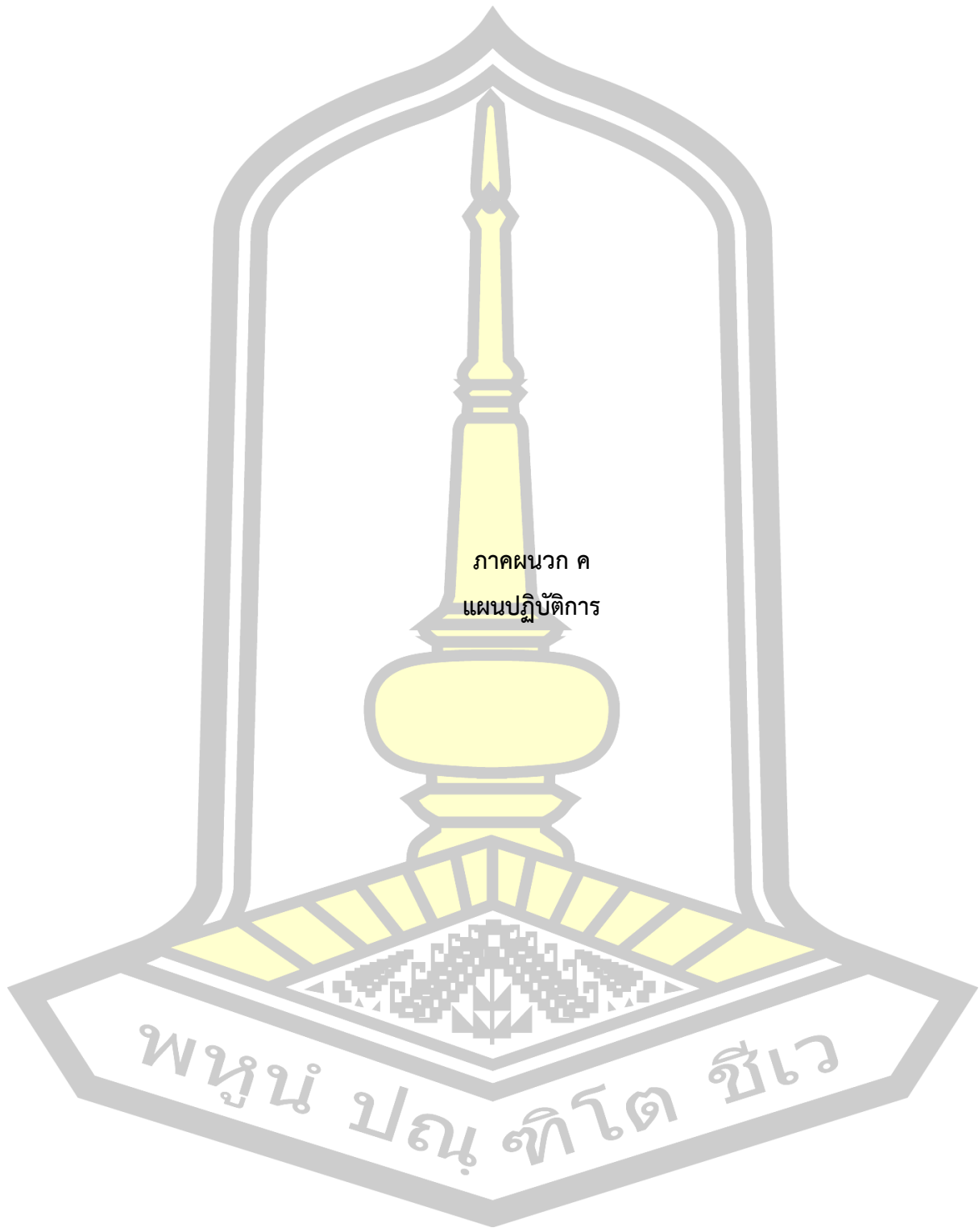


แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยนักบริหารผู้สูงอายุ

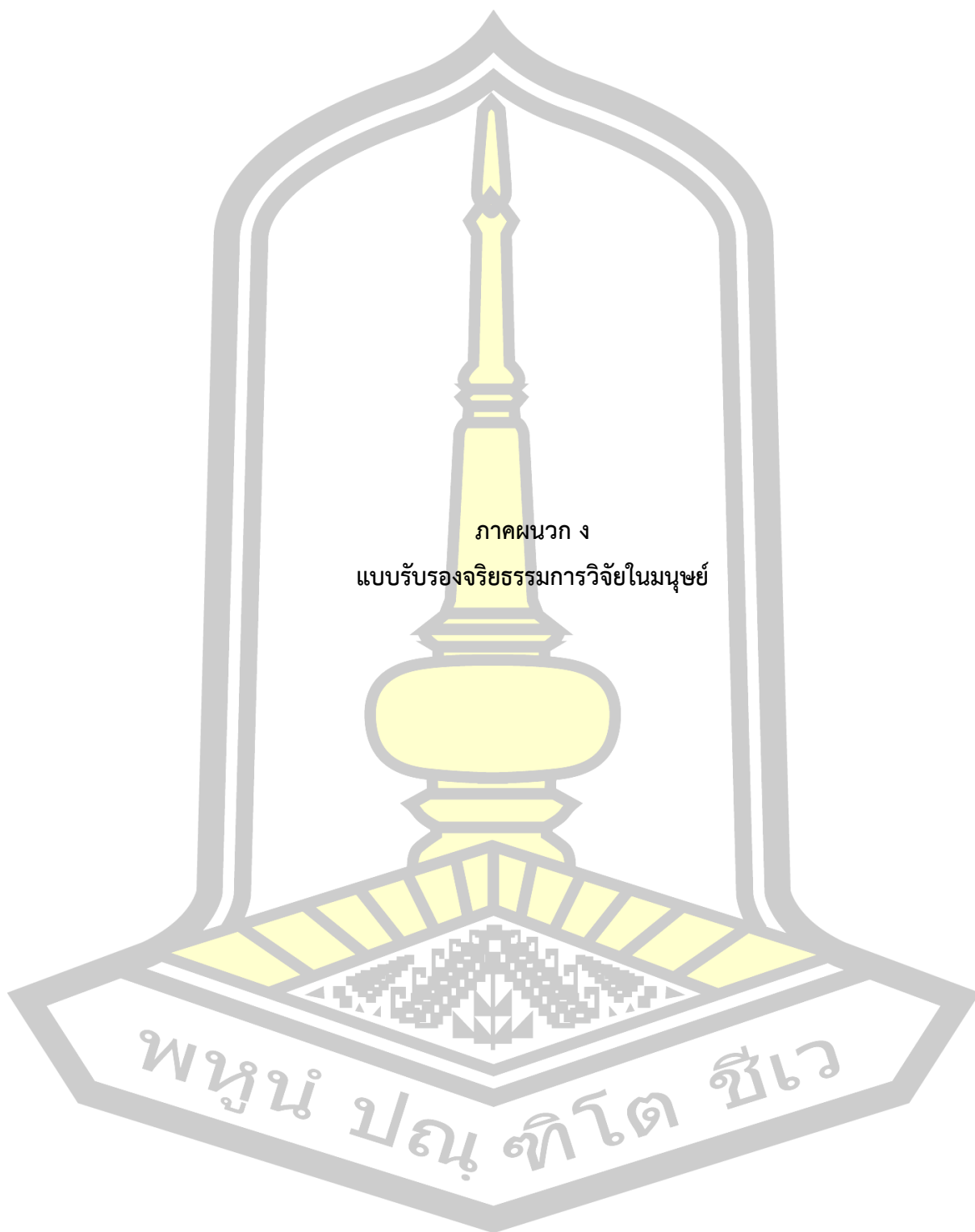
ลำดับ	บันทึกการสังเกต	การตีความ/ สรุป	วิธีการใช้
1	ผู้เข้าร่วมประชุม		
2	วัน/เวลา /สถานที่		
3	เหตุการณ์		
4	การให้ข้อมูล		
5	การเสนอความคิดเห็น		
6	การอภิปราย		

ผู้บันทึก.....



ภาคผนวก ค
แผนปฏิบัติการ

พหุ ประทีป ชีวะ



ภาคผนวก ง
แบบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุบัณฑิตศึกษา ชีว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 048/2562

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองหินน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : The Model for the Home-bound Elderly Care in Community through
Elderly Care Giver in BOK Health Promoting Hospital, NongThanam Sub-district, Kudkawbun
district, Ubon Ratchathani.

ผู้วิจัย : นางทัศนวรรณ เจริญวงศ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 25 เมษายน 2562

วันหมดอายุ : 24 เมษายน 2563

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของ
โครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการ
ปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์เทียนศักดิ์ เมฆพรรณโอภาส)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
 โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เอกสารรับรองเลขที่	SSJ.UB ๒๕๖๒ - ๐๐๕
ชื่อโครงการ/งานวิจัย	รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาล ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี
รหัสโครงการ	SSJ.UB ๐๐๕
ชื่อผู้ดำเนินการวิจัย	นางทัศนวรรณ เจริญวงศ์
คณะ/หน่วยงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองหันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี
เอกสารรับรอง	๑. แบบเสนอโครงการวิจัย ๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ๓. หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย ๔. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม
วันที่รับรอง	๖ มีนาคม ๒๕๖๒
วันหมดอายุ	๕ มีนาคม ๒๕๖๓

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบ
 โดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลงนาม

(นายสุวิทย์ โจรนศักดิ์โสธร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สสจ.อุบลราชธานี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางทัศนวรรณ เจริญวงศ์
วันเกิด	วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2519
สถานที่เกิด	อำเภอกุศช้างปุ่น จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 132 หมู่ 12 ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุศช้างปุ่น จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34270
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกก หมู่ 12 ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุศช้างปุ่น จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34270
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2535 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกุศช้างปุ่นวิทยา อำเภอกุศช้างปุ่น จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2538 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนกุศช้างปุ่นวิทยา อำเภอกุศช้างปุ่น จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2542 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัยราชธานี พ.ศ. 2562 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว