

บ้านต้นแบบสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

Excellent Health Home Model for Dependent Patients

บรรณวรรณ หิรัญเคราะห์¹, ดนัย ดุสรักษ์¹, อัญญา ปลดเปลื้อง¹, หฤทัย กองมหา² และ นิภา เก่งธัญญกร³
BuntawanHirunkhro¹, Danai Dussarak¹, Unya Plodpluang¹, Haruethai Kongmaha² and Nipa Kengtanyakorn³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

¹Boromarajonani college of Nursing Chakriraj

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

²Boromarajonani college of Nursing Nakhon Ratchasima

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าผา

³District Health Promoting Hospital

Received: August 8, 2019

Revised: October 10, 2019

Accepted: October 16, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับสุขภาพของพื้นที่ที่ศึกษา (2) เพื่อพัฒนาบ้านต้นแบบสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง (3) เพื่อศึกษารูปแบบบ้านต้นแบบสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมของชุมชน กลุ่มเป้าหมาย เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดราชบุรี ได้แก่ ญาติผู้ดูแลและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 21 คู่ แก่นำอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 15 คน และตัวแทนภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมีทั้งแบบเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้แก่ แบบคัดกรองสุขภาพ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ แบบสอบถามถึงโครงสร้าง วิธีการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ (1) ระยะเตรียมดำเนินการโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (2) ระยะดำเนินการเพื่อพัฒนาบ้านต้นแบบสุขภาพร่วมกัน (3) ระยะการกำกับติดตามกระบวนการพัฒนา และ (4) ระยะประเมินผล ผลการศึกษาวิจัยพบว่า (1) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงลึกพบปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพในระดับสูงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ เป็นผู้มีความพิการอยู่ระดับมาก ซึ่งระดับความพิการส่งผลโดยตรงด้านจิตใจ ต่อผู้ดูแล (2) การพัฒนาบ้านต้นแบบสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง ประชาชน ผู้บริหารเทศบาล บุคลากรวิชาชีพด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและภาคเอกชนในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการพัฒนาร่วมกัน และ (3) ผลการประเมินรูปแบบบ้านต้นแบบสุขภาพจากความพึงพอใจของผู้รับบริการพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ปัญหาของ

ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้เกิดรูปแบบและระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลการวางแผนและการพัฒนาเป็น “โมเดลบ้านต้นแบบสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง” สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงหรือสูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเป็นการไม่ทอดทิ้งและเป็นส่งเสริมสุขภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้

คำสำคัญ: บ้านต้นแบบ, ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This participatory action research aimed to (1) investigate analytical problems of dependent patients in depth (2) to develop excellent health home model for dependent patients (3) to summarize the appropriate model for dependent patients. The target participants were those who live in a sub district of Ratchaburi Province. Participants of the study were comprised 21 caregivers, 21 dependent patients, 15 village public health volunteers, and 10 service providers in this multidisciplinary study. Data were collated by using both qualitative and quantitative methods. The research instruments consisted of the following: a health screening form, the Barthel index [BI], and a client satisfaction form. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics, while qualitative data was analyzed by content analysis. The study was divided into 4 phases: phase 1-Pre-research and analysis of the problem situations. Phase 2-Research phase, which includes development of the dependent patients' model, training workshops, home visits, and assessments. Phase 3-The monitoring phase, which includes repeat home visits, reassessment, and phase 4-Evaluation phase, which includes summarizing the information and conducting a conference to share and extend knowledge from this information. The results revealed the following: (1) based on a deep analysis of the situation of the dependent patients at their homes, it showed they had lack of knowledge about health literacy at high level. The ADL--Activity Daily Living of dependent patients had a high prevalence and can have direct effect on the psychology of caregivers (2) all stakeholders in the setting of this study including government leaders, health professionals, public health volunteers, and the private sector in the area were seen the health problems and (3) the results of the evaluation of the model by comparing it with the satisfaction of clients reported a high satisfaction at $p < .05$. Moreover, when considering the effect of increasing stakeholder's awareness of the dependent patients' problems, there were perceived long term concerns to build the continuous care systems or model of care for dependent patients. The results of this study can be used as planning information and for the development of an "excellent happy home ward" for dependent patients in other areas.

Keywords: home care model, dependent patients, elderly patients, community participation



บทนำ

ความท้าทายของการดูแลผู้สูงอายุทั่วโลกในปัจจุบัน คือ การให้การดูแลที่สอดคล้องและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลและการจัดบริการสวัสดิการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว รวมถึงผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้พิการนั้นมีความต้องการการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะ ในปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรเนื่องจากโครงสร้างของ ประชากรไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) ดังนั้นจำนวนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย (Ronnarithivichai, 2018) โดยองค์กรสหประชาชาติได้ให้คำจำกัดความของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุว่า ประเทศใดที่มีสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 ของประชากรรวมถือว่าประเทศนั้นเป็นสังคมผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทยต่อประชากรรวมทั้งประเทศ พบว่าประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรประมาณ 68.9 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ประมาณ 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.5 (Vapattanawong & Prasartkul, 2017; Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute--TGRI, 2017) จากสถานการณ์ปัญหาที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ภาครัฐมีการกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-พ.ศ.2564) โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดจนครอบครัว ชุมชน สังคม และภาครัฐ มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Primary Health Care Division, 2017; Department of Health, 2014); Assantachai, 2011) การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาตามมา โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ยังคงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ยากจึงเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทยในปัจจุบันที่ต้องเร่งแก้ไขอย่างเป็นระบบ (Ronnarithivichai, 2018)

ภาพรวมด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท มีฐานะยากจน ผู้สูงอายุที่ศึกษาน้อย อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข่าวสารและการบริการทางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล โดยผู้สูงอายุไทยส่วนมากพบกับปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ นอกจากนี้

ผู้สูงอายุร้อยละ 18.9 หรือประมาณทุก 1 ใน 5 คนมีปัญหา ด้านสุขภาพที่ทำให้การดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามที่เคยทำไม่สามารถทำได้ตามเดิม (Kummesrisuk, 2012) นอกจากปัญหาสุขภาพ อันเนื่องมาจากความเสื่อมของสภาพร่างกายแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม เนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม สังคม เช่น การเปลี่ยนแปลง บทบาทและหน้าที่ทางสังคม การขาดรายได้เนื่องจากความสามารถในการทำงานลดลงหรือทำไม่ได้เลย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute--TGRI, Institute for Population and Social Research, Mahidol University 2017) ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะช่วยลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากความสูงวัย

ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ จากเดิมให้บริการที่เน้นการสงเคราะห์ มาเป็นการจัดบริการดูแลเชิงรุกโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้กำหนดมาตรการแผนงาน และนโยบายต่าง ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว และจากการรณรงค์สร้างสุขภาพ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 ของกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการสนับสนุนให้ตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยตำบลละ 1 ชมรม เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนแต่ละชุมชน รวมกลุ่มกันทำกิจกรรมในการสร้างสุขภาพ จากการศึกษาของ รัตน์สุตา จิตรระวัง Jitrawang (2017) ถึงเหตุผลที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม จะทำให้ช่วยคลายเครียด และยังได้ประโยชน์ในเรื่องสุขภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ในปัจจุบันผู้สูงอายุมากกว่า 10 ล้านคน มีส่วนหนึ่งที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง (dependent) จากความเสื่อมสภาพของร่างกายและจากโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ เช่น จากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต หรือจากอุบัติเหตุต่าง ๆ จากการสำรวจเป็นระยะ ๆ พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงราวร้อยละ 10 หรือราว 1 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงบางส่วน หรือเป็นประเภท “ติดบ้าน” ออกไปไหนไม่ได้ราวร้อยละ 85 หรือราว 8.5 แสนคน และต้องพึ่งพิงทั้งหมด หรือเป็นประเภท “ติดเตียง” ราวร้อยละ 15

หรือราว 1.5 แสนคน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) (Primary Health Care Division, 2017) ดังนั้นจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นสภาวะติดบ้านติดเตียงมีแนวโน้มสูงขึ้น ปัญหาผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียงปัจจุบันเป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย

ประเทศไทยให้ความสำคัญการแก้ปัญหาผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบมานานแล้ว โดยมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นแผนระยะยาว 20 ปี ฉบับแรกมาตั้งแต่ปี 2525 ปัจจุบันเป็นแผนฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และมีกฎหมายเฉพาะ คือ พ.ร.บ.ผู้สูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2546 แต่ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ ประสาทติดบ้านติดเตียงยังต้องการการพัฒนาอีกมาก จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้มีการทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ต่าง ๆ ที่ได้ผลดี แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ยังคงค่อนข้างน้อยมาก จึงควรขยายการดำเนินงานให้เพิ่มมากขึ้น การวิจัยแบบเดิม (tradition research) เป็นการวิจัยที่ใช้ผู้วิจัยเป็นศูนย์กลาง (researcher center) องค์ความรู้ (body of knowledge) อยู่ที่นักวิจัยที่เป็นคนนอกชุมชน วิจัยเพื่อรู้ปัญหาของคนอื่น ผลการวิจัยจึงไม่ได้นำไปใช้แก้ปัญหา การวิจัยแบบมีส่วนร่วม เป็นการศึกษาร่วมกัน โดยให้สมาชิกของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งเป็นผู้ร่วมวิจัยด้วย ดังนั้นคณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากโรคเรื้อรัง ความพิการ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ จึงสนใจที่จะทำโครงการวิจัยบ้านต้นแบบสภาวะสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่เทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ เพื่อตระหนักถึงปัญหา และแก้ไขให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลกันในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสภาวะของพื้นที่ที่ศึกษา
2. เพื่อพัฒนาบ้านต้นแบบสภาวะสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง

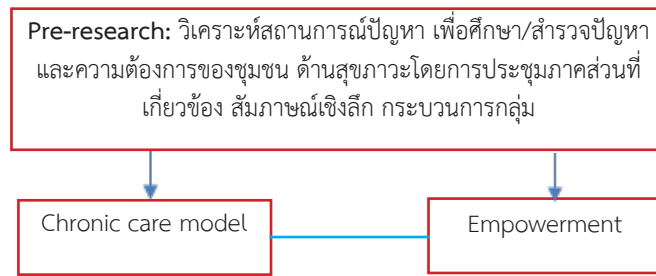
3. เพื่อศึกษารูปแบบบ้านต้นแบบสภาวะสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมของชุมชน

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คณะผู้วิจัยพัฒนากำหนดต้นแบบสภาวะสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้สังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีมาวางเป็นกรอบคิด ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic care model) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์ใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ การสอน การกระตุ้น โน้มน้าว สนับสนุน ส่งเสริม หรือสร้างให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และทีมสหสาขา มีความมั่นใจในการดำเนินงานร่วมกัน ตามแนวคิดของ Gibson, (1993) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกุญแจสำคัญในการทำงานการสำรวจจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ศึกษา ทำให้พบผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือญาติที่ดูแลของผู้ป่วยโดยตรง และยังส่งผลกระทบต่อชุมชน สังคมด้วย การแก้ไขปัญหาด้านสภาวะของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เน้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และรูปแบบการดำเนินงานเชิงรุก กิจกรรมหลักที่สำคัญมี 7 ขั้นตอน (1) วิเคราะห์สถานการณ์ และการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ (2) วางแผนการพัฒนา (3) พัฒนาร่วมกันโดยรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในชุมชน หรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องประชุมทีมการทำงานและวางแผนร่วมกัน พัฒนาคู่มือฯ สื่อประกอบไว้ศึกษา อ่านที่บ้าน (4) ทดสอบ ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนร่วมกัน กิจกรรมที่ 2 กำหนดกิจกรรมร่วมกัน (5) นำผลการทดสอบมาปรับปรุงครั้งที่ 1 (6) ทดสอบครั้งที่ 2 (7) นำผลการทดสอบมาปรับปรุง ครั้งที่ 2 และประเมินประสิทธิภาพนำสู่การขยายผลองค์ความรู้เพื่อพัฒนาให้เป็นระบบ กรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

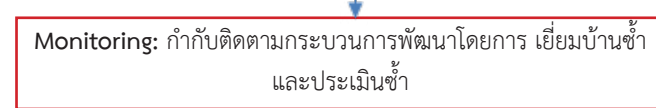
ระยะที่ 1



ระยะที่ 2



ระยะที่ 3



ระยะที่ 4



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนากำหนดแบบสุขภาวะสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อใช้เป็นต้นแบบการวิจัยโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เพื่อศึกษาและให้ผลลัพธ์ในรูปแบบซึ่งเกิดจากปรากฏการณ์จริงและมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้ยั่งยืนสืบไป การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีเป้าหมายในการปรับปรุงสถานการณ์ที่กำลังมีปัญหาอยู่ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาโดยนักวิจัยทีมงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน (stakeholders) และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้เผชิญกับปัญหานั้น ๆ มาร่วมดำเนินการ

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายเป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ตำบลท่าผา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยผู้เข้าร่วมในการวิจัยประกอบด้วย ตัวแทนของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ญาติผู้ดูแลและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 21 คู่ เท่ากับ 42 คน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 15 คน เจ้าหน้าที่เทศบาล ผู้นำชุมชน/แกนนำชุมชน องค์กรเอกชนในพื้นที่ บุคลากรทีมสุขภาพประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านครก และท่าผา จำนวน 10 คน

ทำการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2560-เดือน พฤษภาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน

1. แบบสอบถามปลายเปิด ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและข้อมูลส่วนบุคคลของญาติที่ดูแล มีจำนวน 12 ข้อที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง
3. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL ของกรมอนามัย (Department of Health, 2014)
4. แบบประเมินการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและแบบบันทึกระดับค่าความดันโลหิต ที่ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น
5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีทั้งหมด 5 ด้าน แบบสอบถามเป็นแบบวัดประมาณค่า (rating scale)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่าน ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะคณะผู้วิจัยนำไปปรับแก้ไข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช เลขที่ ๔๒/๒๕๕๙ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีวิธีการดังนี้

1. คณะผู้วิจัยได้ทำหนังสือราชการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช ถึงนายกเทศบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 2 แห่ง ในตำบลที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

และเข้าพบเพื่อทำความเข้าใจและอธิบายรายละเอียดการวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

2. เข้าพบผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และนายกเทศมนตรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและทำการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ทางเทศบาลเป็นฝ่ายนัดหมายผู้เกี่ยวข้อง เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสาและอาสาสมัครสาธารณสุข
3. นัดหมายวันเวลาจัดประชุมเป็นระยะ ๆ เพื่อดำเนินการตามแผนที่วางไว้ รวมถึงการนัดเยี่ยมบ้าน
4. คณะผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลตามระยะ/แผนที่วางไว้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมดำเนินการโดยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เพื่อศึกษา/สำรวจปัญหาและความต้องการของชุมชน ด้านสุขภาวะโดยการประชุมภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ/ความเจ็บป่วย กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และลงพื้นที่ในชุมชนเบื้องต้น เนื้อหาในการประชุมประกอบด้วยข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้ จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ เพื่อสรุปยอดผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยพิการ ระบบสุขภาพชุมชนและระบบทุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ในชุมชน เสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการดูแลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและการทำ focus group

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการเพื่อพัฒนาบ้านต้นแบบสุขภาวะร่วมกัน โดยนำเสนอผลจากสภาพปัญหา และความต้องการของชุมชนจากระยะที่ 1 เพื่อให้ชุมชนรับทราบปัญหา ตระหนักในปัญหาและพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาต่อชุมชน และการจัดการการดูแลและเพื่อเป็นการกำหนดแนวทางร่วมกัน และดำเนินกิจกรรมอบรมเสริมวิชาการแก่แกนนำสม. ผู้สูงอายุในพื้นที่ กลุ่มเฝ้าระวัง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยวิทยากรจากวิทยาลัยพยาบาล ให้ความรู้เรื่อง

5 อ. พอเพียงและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน โดยมีกิจกรรม ดังนี้ การตรวจคัดกรองสมรรถภาพร่างกาย โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสอนสุขศึกษา ให้ความรู้เฉพาะราย การเสริมแรงและการประเมินตนเอง โดยใช้คู่มือสำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง/คู่มือการดูแลสุขภาพ หรือ คู่มือเฉพาะโรค/เอกสารแผ่นพับ การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

ระยะที่ 3 ระยะการกำกับติดตาม

กระบวนการพัฒนาโดยการเยี่ยมบ้านซ้ำและประเมินซ้ำ เป็นระยะ ๆ

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผล และสรุปถอดบทเรียน ปัจจัย กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบโครงการบริการ/กิจกรรมสุขภาพ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และเสนอแนะแก่เทศบาล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การใช้กระบวนการ PAR ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้รวบรวม นำมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ความถูกต้องและนำมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์ตามประเภทของข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสอบถามปลายเปิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลโดยกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ประชุมกลุ่ม (focus group) ทำการวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติที่ดูแล แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน แบบบันทึกระดับค่าความดันโลหิต แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ได้แก่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับด้านสุขภาพ และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา (ผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงและญาติที่ดูแล)

ส่วนที่ 2 รูปแบบการพัฒนากิจกรรมต้นแบบสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง

ส่วนที่ 1 สภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับด้านสุขภาพและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

1. มีการสำรวจข้อมูลและปัญหาเชิงลึกของประชาชนในเขตเทศบาลเมือง ซึ่งผลจากการสำรวจพบว่า ประชากรในตำบลที่ศึกษา มีจำนวน 18,436 คน แบ่งเป็นเพศชาย 8,961 คน เป็นเพศหญิง 9,475 คน เป็นผู้สูงอายุ 3,675 คน และผู้ป่วยติดเตียงที่มีระดับฟุ้งฟิงสูงมีจำนวน 21 คน และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีแนวโน้มการเพิ่มมากขึ้นและมีปัญหาดังนี้

1.1 ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุมากกว่า 60 ปี มีฐานะยากจนถึงปานกลาง มีระดับความพิการอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด แต่ส่วนใหญ่มีญาติที่ดูแลสายตรง ไม่ได้รับค่าจ้างจากการดูแล ญาติที่ดูแลเป็นบุตรหลานมากที่สุด รองลงมาคือญาติ และคู่สมรส

1.2 ผู้ป่วยติดเตียง/ผู้สูงอายุ ยังขาดแคลนกายอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์ที่ช่วยลุกพุง รถเข็นไม้เท้า เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องการสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตรประจำวัน เช่น ผ้ารองซับปัสสาวะ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถลุกเดินได้ แต่นั่งได้ สภาพแวดล้อมในบ้านไม่เอื้อต่อความสะดวกในการลุกเดินช่วยเหลือตนเองไปขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ทำให้ต้องลุกนั่งอยู่เฉพาะแค่เตียงนอน

1.3 สภาพแวดล้อมภายในบ้านมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และบ้านไม่ถูกสุขอนามัย

1.4 ญาติที่ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแล และการดูแลที่ตอบสนองด้านอารมณ์และจิตใจ

1.5 มีการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโดย บุคลากรทางสุขภาพและอส. แต่ยังไม่เพียงพอ และไม่ครอบคลุมต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยติดเตียง และญาติที่ดูแล

1.6 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เพียงแต่กลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มนี้ยังมีวัยผู้ใหญ่ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นจากโรคประจำตัว ที่เป็นมาแต่กำเนิด เช่น โรคดาวน์ซินโดรม/ออติสติก หรือ อาจเกิดจากสภาวะหลังเกิดอุบัติเหตุ

1.7 ผู้สูงอายุติดเตียงและญาติที่ดูแล มีความต้องการด้านการเงินในระดับมาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังร่วม อยู่ด้วย ต้องการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วยร่วมกับสภาพร่างกาย ที่ชราภาพทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ไม่สามารถหารายได้ด้วย ตนเอง ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล และค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อาหารและน้ำ ใน ขณะเดียวกันรายได้ของครอบครัวอาจเท่าเดิมหรือลดลง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่หารายได้เป็นวัยทำงาน ซึ่ง รายได้ไม่มากเพียงพอ จากการศึกษารายได้ของญาติที่ดูแล มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,001-4,000 บาท/เดือน ซึ่งอาชีพหลักของญาติที่ดูแลที่พบคือมีอาชีพเกษตรกรกรรม ได้แก่ ปลูกพืช ทำนา ปลูกอ้อย เป็นต้น

1.8 ไม่มีสวัสดิการใด ๆ สำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

1.9 เบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการ รายเดือนที่ได้รับสวัสดิการจากภาครัฐต่อเดือน เบี้ยผู้พิการ 800 บาท/เดือน เบี้ยผู้สูงอายุตามระดับอายุ ไม่เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

1.10 เมื่อมีกิจกรรมของชุมชน กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่ไม่สามารถเดินทางไปร่วมได้ จึงขาดการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมในชุมชนที่จัดขึ้น

1.11 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา (ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติที่ดูแล) จำนวน 21 ราย หรือ

42 คน ระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล เสียชีวิต 1 ราย จึงเหลือ 20 คู่ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.0 และเป็นเพศชายจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 อายุอยู่ระหว่าง 70-80 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย 74.87 ปี (SD=9.18) ด้านรายได้ อยู่ระหว่าง 600-1,000 บาทต่อเดือน มากที่สุดคิด จำนวน 12 ราย เป็นร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษา ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.0 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100.0 ด้านอาชีพไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 20 รายคิดเป็นร้อยละ 100.0 ด้านสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคร่วม 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.0 โรคร่วมเป็นโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปวดข้อ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และเป็นมานานมากกว่า 5 ปี จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.0

ญาติที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.0 ด้านรายได้ มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,001-4,000 บาทต่อเดือน จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 บาท รองลงมา คือ มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท จำนวน 5 ราย ญาติที่ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.0 และอาชีพค้าขายเท่ากันกับไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวนอย่างละ 1 รายคิดเป็น ร้อยละ 20.0 ด้านสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากันกับโสด จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 การนับถือศาสนา นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 การพัฒนาบ้านต้นแบบสุขภาวะสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากประชาชน ผู้บริหารเทศบาล บุคลากร

วิชาชีพด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และภาคเอกชนในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการพัฒนาร่วมกัน

ส่วนที่ 2 รูปแบบการพัฒนาบ้านต้นแบบสุขภาวะสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการดำเนินงานการพัฒนาบ้านต้นแบบสุขภาวะสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการดำเนินงานเชิงรุกและมีกิจกรรมหลักที่สำคัญมี 7 ขั้นตอน นำผลนำไปสู่การขยายผลองค์ความรู้เพื่อพัฒนาให้เป็นระบบ โดยในกิจกรรมใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการสอน การกระตุ้น โน้มน้าว สนับสนุน ส่งเสริม หรือสร้างให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและทีมสหสาขา มีความมั่นใจในการดำเนินงานร่วมกันตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991; Gibson, 1993) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกุญแจสำคัญในการทำงานหรือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ในสภาพแวดล้อมจริงที่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติที่ดูแลใช้ชีวิตอยู่ เมื่อผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะที่สูญเสียไป ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น มีกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น หรือความรู้สึกรับรู้พอใจในตนเอง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้สรุปกิจกรรมหลักที่สำคัญมี 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์และการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ซึ่งได้นำเสนอไปในส่วนที่ 1 สภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับด้านสุขภาพและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาการบริการสุขภาพให้ประชาชน/ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ป่วยติดเตียงในสถานบริการแต่ละแห่งมีศักยภาพที่แตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความเจ็บป่วยของประชาชนมีความหลากหลาย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เลือกพื้นที่การศึกษาในเขตเทศบาลเมืองซึ่งทั้งตำบล มีถึง 20 หมู่ เป็นชุมชนที่ใหญ่ และพบว่าผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 10 หลัง ในกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 21 หลัง ในจำนวน 10 หลังนี้

สามารถพัฒนาความสามารถให้เป็นบ้านต้นแบบสุขภาวะได้

2. วางแผนการพัฒนา เป็นกลไกสำคัญที่เป็นหัวใจในการดำเนินการ คือ คณะผู้วิจัยต้องเตรียมชุมชนทั้งการสร้างทีม การดำเนินงานให้เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ และต้องมีการติดตามเป็นระยะ ๆ การดำเนินการร่วมกัน มีการดูแลติดตามที่มีมาตรฐาน โดยการบูรณาการทุกภาคส่วนสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างแท้จริง

3. พัฒนาโดยรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในชุมชนหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องประชุมทีมการทำงานและวางแผนร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนร่วมกัน มีกิจกรรมที่กำหนดร่วมกัน ในโครงการวิจัยได้มีการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประชาชน ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจำนวน 1 ครั้ง ที่เทศบาล

4. นำผลการดำเนินงานมาทดสอบมาปรับปรุง ครั้งที่ 1 ในการติดตามเยี่ยม มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสาร เช่น การใช้โทรศัพท์มือถือในการติดต่อสื่อสาร การใช้ Application Line ทำกลุ่มในโทรศัพท์ เพื่อการติดต่อสื่อสารที่ง่ายและสะดวก สามารถติดตามผู้ป่วยและญาติที่ดูแล โดยการส่งภาพ หรือพูดคุยสอบถามอาการซึ่งกันและกัน มีการออกเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ สามารถตอบสนองความต้องการด้านมิติทางสุขภาพใจ ลดความวิตกกังวล ลดความเครียดของทั้งผู้ป่วยและญาติที่ดูแล เพิ่มความพึงพอใจโดยรวม

5. ทดสอบครั้งที่ 2 โดยรวม ถึงแม้การดำเนินงานวิจัยจะไม่สามารถยกระดับกลุ่มเป้าหมายที่มีผู้ป่วยติดเตียงทั้ง 21 หลังได้ สามารถยกระดับได้เพียง 10 หลังคาเรือน หรือ 50% ก็เป็นสิ่งที่น่าภูมิใจของทีมนักวิจัย เพราะมีปัจจัยแทรกหลายประการที่ทำให้ไม่สามารถยกระดับได้ทั้ง 20 หลังคาเรือน ปัจจัยแทรก เช่น ด้านเศรษฐกิจของญาติที่ดูแลสถานะของผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยในระดับที่รุนแรง เป็นต้น

6. นำผลการทดสอบมาปรับปรุง ครั้งที่ 2 จากการประเมินผลคะแนนความพึงพอใจโดยรวมก่อน-หลังการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจรายด้านอยู่ในระดับดีทุกข้อ และที่สำคัญกลุ่มเป้าหมายไม่เกิดภาวะ

แทรกซ้อนที่รุนแรง (ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้) เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับขนาดใหญ่ หรือกลับเข้ารักษาโรงพยาบาลซ้ำในช่วงที่ศึกษา เป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้กับประเทศชาติ

7) ประเมินประสิทธิผลนำสู่การขยายผลองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาให้เป็นระบบรูปแบบบ้านต้นสุภาพะด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง/ติดเตียงที่สร้างขึ้น ทำให้ชุมชนเกิดความสำนึกรับผิดชอบร่วมกัน มองเห็นและตระหนักถึงปัญหาในอนาคตที่อาจเกิดขึ้น จากสังคมผู้สูงอายุ หากคนในชุมชนมีการดูแลซึ่งกันและกันช่วยเหลือกัน โดยผู้บริหารของเทศบาล ให้ความสนใจในการช่วยบริหารจัดการ อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ภาคเอกชนให้การสนับสนุนร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้ชุมชนน่าอยู่ เกิดการเปลี่ยนแปลงเข้มแข็งอย่างยั่งยืน รูปแบบบ้านต้นแบบที่สร้างขึ้น ยังสามารถคัดกรองเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ได้ เช่น กลุ่มผู้ที่มีโรคเรื้อรัง และในการดำเนินงานโครงการวิจัยนี้ได้ค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับน้อย ทำให้มีรายชื่อ ที่อยู่อาศัย ที่แน่นอน และได้เร่งรีบประสานกับทีมและกลุ่ม อสม. ให้เฝ้าระวังและติดตามได้อย่างต่อเนื่อง รูปแบบบ้านต้นแบบที่สร้างขึ้นสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ การให้บริการเชิงรุกที่บ้านนี้ เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยติดเตียงและญาติที่ดูแล ในสถานที่จริงที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนไปตามสภาพ ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพเฉพาะด้าน ในโครงการวิจัยยังมีการสนับสนุนเครื่องใช้อุปโภคบริโภค ให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงด้วยโดยการสนับสนุนจากภาคเอกชน ได้แก่ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป อาหารบำรุงสุขภาพ นมกล่อง เป็นต้น ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแล การรักษาเบื้องต้น เช่น การเจาะเลือดปลายนิ้ว การซักประวัติอย่างครอบคลุม การวัดสัญญาณชีพ การตรวจเช็คติดตามระดับความดันโลหิตสูงเป็นระยะ ๆ การเปลี่ยนสายให้อาหารทางสายยาง การทำแผลกดทับและการดูแลจนแผลกดทับหาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา หัวหน้าโครงการและคณะทำงาน สรุปรายงานโครงการทั้งหมด และจัดทำรายงานสรุปประเมินผลเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการที่กำหนด ครอบคลุมกระบวนการที่ศึกษา

กระบวนการแก้ไขปัญหาในชุมชน การดำเนินการจริงเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้

การอภิปรายผล

1. การศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสุขภาพของพื้นที่ที่ศึกษา พบว่า ประชากรในตำบลที่ศึกษา มีจำนวน 18,436 คน เป็นเพศชาย 8,961 คน เป็นเพศหญิง 9,475 คน เป็นผู้สูงอายุ 3,675 คน และผู้ป่วยติดเตียงที่มีระดับพึ่งพิงสูงมีจำนวน 21 คน ในจำนวนที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มการเพิ่มมากขึ้น ส่วนจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุมากกว่า 60 ปี มีฐานะยากจนถึงปานกลาง มีระดับความพิการอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด แต่ผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีญาติที่ดูแลสายตรง ไม่ได้รับค่าจ้างจากการดูแล ผู้ป่วยติดเตียงยังขาดแคลนกายอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์ที่ช่วยลุกพุง รถเข็น ไม่เท่า เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยติดเตียงยังต้องการสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ เจืออุบลมัย (Chuaoupathum, 2010) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีความต้องการสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ เช่น เงินสนับสนุนเพราะครอบครัวต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

2. การพัฒนาบ้านต้นแบบสุภาพะสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้รับความร่วมมืออย่างดีจากทุกภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานราชการ ได้แก่ เทศบาล รพ.สต. แกนน่าน อสม.ในชุมชน ทีมผู้ดูแล (caregiver) และภาคเอกชนในพื้นที่ ได้แก่ บริษัท SCG ที่ทำอุตสาหกรรมด้านกระดาษ ซึ่งเป็นบริษัทใหญ่ที่มีโรงงานตั้งอยู่ในตำบลที่ศึกษาวิจัย ในการประสานงานเยี่ยมบ้านถึงแม้การเยี่ยมบ้านจะเยี่ยมทั้งตำบล มีถึง 20 หมู่ เป็นชุมชนที่ใหญ่ อสม. แกนน่านไม่สามารถรู้ตำแหน่งบ้านของผู้ป่วยติดเตียงได้ทั้งหมด แต่หลังจากการจัดประชุม/จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน ทำให้คนในชุมชนรู้จักกันตระหนักถึงปัญหา แกนน่าน อสม.หลังจากผ่านการอบรม

เป็นผู้ประสานงาน โดยใช้โทรศัพท์เพื่อสอบถาม เพื่อน อสม. ด้วยกัน นัดวันเวลา เพื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน คณะผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งในความมีน้ำใจ การร่วมแรงร่วมใจ ความมีจิตอาสาของแกนนำ อสม. ในการเยี่ยมบ้าน ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ป่วยติดเตียงร่วมกัน ซึ่งแกนนำ อสม.ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ฐานะปานกลาง และมีรถมอเตอร์ไซด์เป็นพาหนะในการเดินทาง ซึ่งสามารถเข้าได้ทุกตรอกทุกซอย ประหยัด รวดเร็ว กลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 20 คู่ ได้รับการช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น คำแนะนำ การตรวจวัดความดันโลหิตเป็นระยะ ๆ เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการศึกษา การฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพ การได้รับคู่มือฯ แผ่นพับ ต่าง ๆ และได้รับการติดตาม เยี่ยมอย่างสม่ำเสมอและติดตามทางโทรศัพท์ด้วย และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มเป้าหมายก่อน-หลังการ ดำเนินงาน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวัดความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่บ้านรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอรรถาธิบายของเจ้าหน้าที่ ด้านการประสานงาน ด้านความสะดวก ด้านคุณภาพบริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับ พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน ซึ่งการติดตามให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์ส่งผลดีต่อความพึงพอใจสอดคล้องกับการศึกษาของ เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาภรณ์ ป้องเจริญ และปราณี เกษรสันต์ (Piomboriboon and Pongcharoen (2011); Kasornsunt (2015) และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิทยา ถนอมศักดิ์ศรี (Thanomsaksri, 2009) ที่ศึกษาความพึงพอใจในการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่พบว่าผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจต่อการบริการการดูแลที่บ้าน เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพอ่อนโยน ใช้สรรพนามเป็นกันเอง ไม่แสดงความรังเกียจ สนใจรับฟังคำบอกเล่าอาการของผู้ป่วย แสดงความเข้าใจเห็นใจ

3. รูปแบบบ้านต้นแบบสุขภาวะสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมของชุมชน

การศึกษาวิจัย ครั้งนี้ ได้ดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายของชาติ เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและยั่งยืน โดยได้ประสานความร่วมมือของหน่วยงานราชการ

ต่าง ๆ ไม่เพียงแต่เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ได้มีการรวบรวมหน่วยงานต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้การทำงานเป็นทีมมีประสิทธิภาพมากที่สุด กลวิธีการพัฒนาสุขภาวะด้านสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม ส่งผลให้คนในชุมชนเกิดความเข้าใจ ด้านสุขภาพ ชัยไปสู่การสร้างบ้านต้นแบบในการพัฒนาชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยมีการดำเนินการใน 4 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาและความต้องการของชุมชนเกี่ยวกับด้านสุขภาพ (2) ให้ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (3) พัฒนาแกนนำให้มีทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ (4) ขยายเครือข่าย กระบวนการ PAR เป็นกระบวนการแก้ปัญหาของชุมชน โดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการคิด การแก้ไขปัญหา พัฒนาให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ผลจากการถอดบทเรียนผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนาพบว่า

3.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องเริ่มจากรับรู้ เข้าใจบริบทที่เกี่ยวข้อง การวางแผนแก้ไขปัญหาด้านศักยภาพจริงของชุมชน สิ่งสนับสนุนในสังคม ดำเนินการและติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหาที่นั้น ๆ ผู้ริเริ่มโครงการ/นักวิจัย ควรประสานการทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มองค์กร หรือการสร้างเครือข่ายการทำงานกับผู้นำต่าง ๆ ในชุมชน ผู้บริหารแต่ละระดับ เช่น นายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าอสม. เจ้าหน้าที่ อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรเอกชนในพื้นที่ เพื่อให้เกิดเครือข่ายสุขภาพจากทุกภาคส่วนในชุมชน (Hirunkhro, 2017b) ให้สามารถก่อเกิดทีมที่ใหญ่และมีความสามัคคีร่วมกัน

3.2 การเรียนรู้การสร้างทีมและการพัฒนาการทำงานเป็นทีม การสร้างแกนนำ สมาชิกต่าง ๆ ผู้ริเริ่มโครงการ/นักวิจัย ควรเป็นคนในพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อการทำความเข้าใจพื้นที่และบริบทที่ศึกษาระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน นั้น ๆ อย่างถ่องแท้ ควรทราบถึงเครือข่ายชุมชนและแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อสามารถขอความร่วมมือที่เหมาะสมเกิดประโยชน์สูงสุดและสร้างการดูแลอย่างเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลงานวิจัยที่ดำเนินงานในชุมชนและประสบความสำเร็จ เช่น โครงการนวัตกรรมบ้านต้นแบบสุขภาวะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี (Kao PraNgam Tessaban Lopburi, 2017) และการพัฒนาระบบบริการในการมีส่วนร่วม

ของชุมชนและทีมสหสาขาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ตำบลปากแพรก จังหวัดกาญจนบุรี ของบรรณพรวรรณ หิรัญเคราะห์ (Hirunkhro, 2017a)

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ และความล้มเหลวของการดำเนินการ จากการถอดบทเรียนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด พบว่า (1) การสร้างความรู้ ความเข้าใจ รับรู้ปัญหาในชุมชน การตัดสินใจด้วยตนเอง กระบวนการทำงานเป็นทีม ทำให้สามารถเกิดการวางแผนทางแก้ไข ปัญหาและพัฒนาร่วมกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสากล ภูลศิริกุล, ชินินทร์ วะสินนท์, ละมัย ร่มเย็น และวัลนิกา ฉลากบาง (Poolsirikul, Wasinon, Romyen, and Chalabang, 2019) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเอง (2) ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนา จะสามารถนำไปสู่การวางแผน และการปฏิบัติที่ดี (3) การสื่อสารและความสามารถในการสื่อสาร ต้องมีการใช้ทักษะการสื่อสารที่ดี การติดต่อประสานงานหลายระดับ กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์เดียวกัน ประโยชน์ชุมชนจะได้รับ จึงทำให้เกิดกลุ่มแกนนำที่มีจิตอาสาอย่างแท้จริง (5) งบประมาณในการดำเนินงาน ในการดำเนินกิจกรรมใด ๆ จำเป็นต้องอาศัยงบประมาณสนับสนุนด้วย ผู้ริเริ่มโครงการ/นักวิจัยจำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งอาจสนับสนุนด้านทรัพยากร หรืองบประมาณในการดำเนินกิจกรรมนักวิจัยควรทราบแหล่งสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นองค์กรที่ให้การสนับสนุนงบประมาณและเงินอุดหนุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในรูปแบบของโครงการต่าง ๆ ซึ่งมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นผู้ตรวจสอบ และอนุมัติโครงการต่าง ๆ และติดตามเพื่อแก้ปัญหา ให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hirunkhro, Duangpaeng and Chantawong (2017) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าการทำงานในชุมชนให้มีประสิทธิภาพควรมีการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน การประชุมชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ เป็น ระยะ ๆ รวมถึงความ

โปร่งใสของงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่องไปจนถึงเป็นการดูแลระยะยาว (long term care) การสร้างแกนนำจำนวนมาก อาจไม่จำเป็นเท่ากับแกนนำที่น้อยแต่มีคุณภาพสูง ดังนั้นควรมีการเสริมพลังอำนาจให้แก่ อสม. แกนนำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความล้มเหลวของการดำเนินการ พบว่า (1) การบริหารเวลา การจัดสรรเวลา ในการประชุม ในการจัดอบรม การลงเยี่ยมบ้าน ซึ่งต้องทำเป็นทีม จะมีความยากลำบากและไม่คล่องตัวเท่าที่ควร เช่น การนัดประชุมกับผู้นำชุมชน จะไม่สามารถเข้าประชุมได้ครบและในการเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่อสม. ส่วนใหญ่นั้นเป็นแม่บ้านที่มี จิตอาสา แต่ อสม. นั้น ก็มีภาระงานมาก ค่าตอบแทนน้อย เพียง 1,000บาท/เดือน จึงต้องมีการกำหนดช่วงเวลา การประชุมชี้แจง เป็นระยะ ๆ (2) ความรู้ ความสามารถของแกนนำในการติดตามเยี่ยมบ้าน เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วย ความรู้แต่ละโรคและสถานการณ์ ที่ไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งแกนนำแต่ละคนมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เท่ากัน ภูมิหลัง ประสบการณ์ อายุแตกต่างกัน มีผลต่อคุณภาพการดูแลและการติดตามด้วย การตรวจประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุมแก่ผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ถึงแม้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยติดเตียง ที่มีระดับความพิการระดับมากอาจตอบคำถามไม่ได้ แต่เครื่องมือที่ใช้บันทึก (folder) สามารถให้ญาติที่ดูแลเป็นคนให้ข้อมูล ซึ่งข้อมูลจะเป็นการช่วยบันทึกและตรวจสอบอาการ ความก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ ของผู้ป่วยได้ สิ่งที่ควรบันทึกได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติที่ดูแล ระบุปัญหาปัจจุบันที่ยังต้องติดตาม การเปลี่ยนแปลงสภาวะการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงที่ไม่ปกติรุนแรงขึ้นและข้อบ่งชี้ถึงการเกิดอาการแทรกซ้อน การปฏิบัติกรพยาบาลต่าง ๆ ที่ให้ วันเวลาในการตรวจเยี่ยม โดยบุคลากรในทีม ผลจากการปฏิบัติการพยาบาล การเยี่ยมบ้านนั้นไม่มีรูปแบบที่ตายตัวในการกำหนดความถี่ และระยะเวลาในการเยี่ยม เพราะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาจริงของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ป่วยติดเตียง และญาติที่ดูแลที่อยู่ที่บ้าน

2. ควรทำการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเกี่ยวกับประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาสร้างบ้าน

ต้นแบบสุขภาวะจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนถึงความต่อเนื่องและยั่งยืน เพราะการดูแลระยะยาว อาจทำให้มีผลกระทบต่อญาติที่ดูแลโดยตรง ถึงแม้ช่วงระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย ญาติที่ดูแลจะมีความพึงพอใจในระดับมาก แต่หากขาดการติดตาม หรือเยี่ยมบ้านโดยไม่วัดซ้ำ อาจทำให้ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของญาติที่ดูแล



References

- Assantachai, P. (2011). *Health issues commonly encountered in the elderly and the protection*. Bangkok: Union creation. (in Thai)
- Chuaoupathum, R. (2010). *Nursing care need of caregivers for stroke patients at home*. (Master's thesis). Christian University, Bangkok. (in Thai)
- Department of Health. (2014). *Long Term Care*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRl). (2016). *Situation of the Thai elderly 2016*. Retrieved from <http://www.dop.go.th/th/know/2/108> (in Thai)
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354–361. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x
- Gibson, C.H. (1993). *A study of empower in mothers of Chronically Ill in children*. Boston: Unpublished doctoral dissertation, Boston College.
- Hirunkhro, B. (2017). Development of community and multidisiplinary team participated service system for home-based rehabilitation among persons with stroke. *Nakhon Phanom University Journal*, 7(The 25th anniversary academic conference edition), 36-45. (in Thai)
- Hirunkhro, B. (2017). Care management model for elderly stroke patient at home. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 11(3), 11-21. (in Thai)
- Hirunkhro, B., Duangpaeng, S., & Chantawong, C. (2017). Effectiveness of Home-Based Rehabilitation Nursing program on functional status health perception and health-related quality of life among Ischemic stroke. *Journal of Health Science Research*, 11(2), 28-37. (in Thai)
- Jitrawang, R. (2017). *Factors related to the elderly's participation in the activities of Elderly Club*. Kalasin: Naku Hospital. (in Thai)
- Kao PraNgam Tessaban Lopburi. (2017). *Excellent happy home ward Kao PraNgam Tessaban Lopburi*. Lopburi: Kao PraNgam Tessaban Lopburi. (in Thai)
- Kasornsunt, P. (2015). A Transitional Care model for stroke patients at Chaopraya Yommarat Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(1), 83-96. (in Thai)
- Kummesrisuk, A. (2012). *Management of a social enterprise to generate income among Thai ageing population*. (Doctor dissertation). Thammasat University, Pathum Thani. (in Thai)

- National Committee for the Elderly. (2017). *Situation of Thai elderly 2015*. Nakhon Pathom: Printery printing (in Thai)
- Piomboriboon, K & Pongcharoen, C. (2011). Development of care model for stroke in Choapraya Yommaraj at Supanburi. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 21(1), 4-21. (in Thai)
- Poolsirikul, S., Wasinon, C., Romyen, L., & Chalakbang, W. (2019). Scenarios for enhancing the quality of life in the next decade: The elderly under the concept of Sufficiency Economy Philosophy. *Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University*, 9(3), 19-28. (in Thai)
- Prasartkul, P. (2017). *Situation of Thai elderly 2016*. Nonthaburi: Thai Health Promotion Foundation. (in Thai)
- Primary Health Care Division. (2017). *Guidelines for public health operations 2017*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Ronnarithivichai, C. (2018). Caring of the old persons in aging society. *Journal of Nursing Science and Health*, 41(4), 136-144. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2017). *Care for elderly dependents*. Retrieved from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/35697.html> (in Thai)
- Thailand Development Research Institute. (2009). *Preparing to enter the aging society*. Retrieved from <http://tdri.or.th/tdri-insight/aging-society/> (in Thai)
- Thanomsaksri, N. (2009). *Satisfaction of Home Health Care Services among clients at Phutthamonthon District in Nakhon Pathom Province*. Bangkok: Christian University. (in Thai)
- Vapattanawong, P., & Prasartkul, P. (2017). *Future Thai population*. Retrieved from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/Conferencell/Article/Article02.htm>

