การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

The Development of Learning to a Community-Based on Home Ward Care and Rehabilitation

ภัลลภา โสตถิสวัสดิ์*

Panlapa Sotitsawat

Corresponding author : Email : Panlapa_49@hotmail.com

(Received: March 2,2021 ; Revised : March 9, 2021 ; Accepted : April 20, 2021)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสามัครสาธารณสุข จำนวน 94 คน และผู้ป่วย อัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียงและผู้สูงอายุในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 253 คน การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการพัฒนารูปแบบฯ และระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทักษะการดูแลตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า : 1) สภาพปัญหาด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean =3.82, SD= 0.49) 2) การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมีการดำเนินงาน 4 ขั้น คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล และถอดบทเรียน มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.30,SD = 0.62) และหลังการพัฒนา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น มากกว่า ก่อนการพัฒนา และ 3) ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียงและผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 110 คน (46.7%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากระบวนการเรียนรู้ส่งผลให้ อสม.มีความรู้และทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น และยังส่งผลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: การเรียนรู้ ; ชุมชนเป็นฐาน ; การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ABSTRACT

Purposes : To development of learning to a community-based on home ward care and Rehabilitation.

Study design : Research and Development Research.

Materials and methods : 94 of village health volunteers (VHV) and 253 of paralysis patients, home-bound and bed-bound chronically ill patients, and elderly in community who were met the inclusion criteria. The research was divided two phases: The first phase was the development of a model and the second phase assessed an effectiveness learning to a community-based on home ward care and rehabilitation. Data were coollected using a test, self-care skills test, and a quality of life assessment form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation,and paired t-test.

Main findings : 1)The overall problems of health were at a high level (mean = 3.82, SD = 0.49) 2) Learning to a community-based on home ward care and rehabilitation were condition analysis of operational problems, development of home care and rehabilitation skills, Implementation of action plan, and monitoring, evaluation and transcription of lessons. The validityand feasibility study overall were high (mean = 4.30, SD = 0.62). After intervention, village health volunteers had higher mean scores of knowledge, skills, home care and rehabilitation and quality of life than before intervention, and 3) Paralysis patients, home-bound and bed-bound chronically ill patients, and elderly in community had a good overall quality of life. (46.7%)

Conclusion and recommendations : The results of study indicated that a learning process resulted in village health volunteers have a knowledge and and care skills and also affect the patient's quality of life.

Keywords : Learning ; Community-Based ; Home Ward Care

บทนำ

ศตวรรษที่ 21 เป็นยุคแห่งการเจริญของเทคโนโลยีกับการเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ จากสถานการณ์ "สังคมสูงวัย" (Aged society) สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 ตามเกณฑ์การแบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ[1] ทั้งนี้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ได้กำหนดให้ "ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและ การสนับสนุนในด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ" โดยกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มารับบริการด้านสุขภาพกลุ่มใหญ่ของหน่วยบริการสุขภาพ ประมาณร้อยละ 27.0 ของบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพที่ไม่ฉุกเฉินเป็นบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 50.0 ของกลุ่มผู้รับบริการที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นผู้สูงอายุ และกลุ่มนี้ยังต้องได้รับการเยี่ยมบ้านด้วยจำนวนที่ค่อนข้างสูง[2] เช่นเดียวกับแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดอุบลราชธานีเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 คิดเป็น 10.90%, 11.28%, 11.15%, 11.66% และ 13.18% ตามลำดับ[3]

ในปี พ.ศ.2559-2560 จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนที่ตำบลสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) 142 ตำบล 64.84% ของตำบลทั้งหมด (219 ตำบล) ผ่านการประเมินตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 142 ตำบล (100.0%) มีการเบิกจ่ายเงิน

จากกองทุน LTC จำนวน 21 กองทุน (14.0%) จากกองทุนเข้าร่วมทั้งหมด (150 กองทุน) และปีงบประมาณ พ.ศ.2560 มีตำบลสมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่มอีก 70 ตำบล รวมมีตำบลสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 212 ตำบล (96.80%) ของตำบลทั้งหมด (219 ตำบล) ผ่านเกณฑ์ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน 212 ตำบล (96.80%) มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10,159 คน Care Manager 470 คน สัดส่วน CM ผู้สูงอายุพึ่งพิง จำนวน 1 : 21.61 Care Giver 2,857 คน สัดส่วน CG : ผู้สูงอายุพึ่งพิง อัตราส่วน (Ratio) 1 : 3.56 จัดทำ Care plan ได้ 8,499 ฉบับ (83.66%) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงสุขภาพดีขึ้นเป็นกลุ่มติดบ้าน 94 คน จาก 938 คน (10.41%) กลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคม 960 คน จาก 9,221 คน (10.02%) สำหรับ การบริหารจัดการกองทุน LTC นั้น จังหวัดอุบลราชธานี การบริหารจัดการเงินกองทุน Long Term Care เพื่อซื้อบริการ โดยโอนเงินไปยังศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และโอนไปยังสถานบริการสามารถโอนเงินเพื่อซื้อบริการได้แล้ว จำนวน 80 กองทุน จากทั้งหมด 150 กองทุน ที่เข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ. 2559-2560 (53.33%) อปท.ที่ยังไม่เบิกจ่ายเนื่องจากไม่เข้าใจและไม่มั่นใจ ในระเบียบการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC อำเภอที่เป็นต้นแบบการเบิกจ่ายเงินกองทุน คือ อำเภอเหล่าเสือโก้ก อำเภอนาเยีย มีตำบลสมัครเข้าร่วมโครงการครบ 100.0% เบิกจ่ายเงินกองทุนได้ครบ 100.0% และอำเภอโพธิ์ไทร ตำบลที่สมัครเข้าโครงการเบิกจ่ายได้ครบ 100.0% ในตำบลที่เข้าร่วมโครงการ ปี พ.ศ. 2561 พบว่า สปสช.ยังโอนงบประมาณให้ไม่ครบทุกแห่ง จึงอยู่ระหว่างดำเนินการ[3] นอกจากนั้นยังพบว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุในอำเภอดอนมดแดง ปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 1,741 คน ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 477 คน ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ 35 คน ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 38 คน ผู้จัดการผู้สูงอายุ (Care Manager) 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 47 คน กองทุนที่ซื้อบริการตาม แผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) 4 กองทุน แผนการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 38 ฉบับ พื้นที่ที่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 แห่ง[4] และจากการคัดกรองภาวะสุขภาพของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผลลัพธ์ 96.37% พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 176 คน มีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 163 คน สงสัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 52 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 29 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 125 คน มีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน 17 คน สงสัยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ 2 คน กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 376 คน ภาวะอ้วนลงพุง 128 คน และผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจะมีความวิตกกังวลร่วมด้วย

เมื่อพิจารณาตามการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข กลุ่มที่ 1 (ด้านการเคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง) มีจำนวน 27 คน กลุ่มที่ 2 (เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง) มีจำนวน 7 คน กลุ่มที่ 3 (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการป่วยรุนแรง) มีจำนวน 3 คน และกลุ่มที่ 4 (เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต) มีจำนวน 3 คน และยังพบว่า จำนวนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนหนึ่งมีอายุมากขึ้น ร่วมกับมีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงไม่มีระบบการดูแลช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ อาจกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลและการจัดระบบบริการสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหลายหน่วยงานได้วางกรอบและระบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านติดเตียง แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย[4] การดำเนินงานยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสมขาดการบูรณาการ การดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลและขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาผู้สูงอายุไทยที่ต้องเผชิญในอนาคต คือ การขาดผู้ดูแล อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปหางานทำที่อื่นของสมาชิกวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนไม่น้อยถูกทอดทิ้ง ต้องช่วยตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็นระบบและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชนยังไม่ชัดเจน ขาดบุคลากรที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ[5] นอกจากปัญหาด้านร่างกายแล้ว ผู้สูงอายุยังมีปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ[6] พบว่า สุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไปโดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และค่านิยมต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลง[7]

แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น จะต้องอาศัยการเรียนรู้อันเป็นกระบวนการที่ทำให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิด และการกระทำ ซึ่งสามารถเรียนรู้ได้จากการได้ยิน การสัมผัส การอ่าน การถาม การใช้เทคโนโลยี เป็นต้น การเรียนรู้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เรียนรู้ผ่านประสบการณ์หรือจากประสบการณ์ที่ผู้อื่นนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีปฏิสัมพันธ์ การเรียนรู้จึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิต เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและตลอดชีวิต ซึ่งสังคมยุคปัจจุบันทำให้บุคคลจำเป็นที่จะต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าผู้ใหญ่แต่ละคนเป็น ผู้ที่มีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์มีความสามารถที่จะเป็นผู้ชี้นำตนเองได้ บทบาทของครูจะไม่เป็นผู้สอนแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่ครูจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ เป็นผู้ช่วยในการวิเคราะห์ความต้องการ (Need analysis) วิเคราะห์ปัญหาของผู้เรียน (Problem analysis) วางวัตถุประสงค์และออกแบบสร้างประสบการณ์เพื่อการเรียนรู้(Design learning experiences) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนต้องยึดหลักให้ตอบสนองต่อธรรมชาติของผู้ใหญ่สิ่งที่ควรคำนึงถึงหรือลักษณะเด่นของผู้ใหญ่ที่มีผลทำให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้ได้อย่างสมบูรณ์แบบมี 4 ประการ คือ (1) มโนทัศน์ของผู้เรียน (Self Concept) ผู้ใหญ่จะมองเห็นตนเองและนำตนเองได้ รู้จักเหตุและผลและสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (2) ประสบการณ์ของผู้เรียน (Experience) ผู้ใหญ่มีประสบการณ์สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีประสบการณ์มาก (3) ความพร้อมที่จะเรียน (Readiness to Learn) ผู้ใหญ่จะมีวุฒิภาวะและเกิดความพร้อมในการเรียนรู้และจะเรียนรู้ได้ดีที่สุด ถ้าเรื่องที่เรียนรู้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และมีความจำเป็นต้องรู้ และ (4) แนวทางการเรียนรู้ (Orientation to Learn) ผู้ใหญ่จะยึดตนเองเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้และมุ่งนำความรู้ไปใช้ได้ในทันที[8]

ในทำนองเดียวกันการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานมีฐานรากมาจากทฤษฎีคอนสตรัค ติวิสต์ (Constructivist Theory) โดยมีเงื่อนไขการเรียนรู้ คือ การเรียนรู้เป็นกระบวนการลงมือกระทำ (ActiveProcess) ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ความรู้ต่างๆ จะถูกสร้างด้วยตัวผู้เรียนเอง โดยใช้ข้อมูลที่ได้รับมาใหม่ร่วมกับข้อมูลหรือความรู้เดิมที่มีอยู่แล้ว รวมทั้งประสบการณ์เดิมมาสร้างความหมายในการเรียนรู้ของตนเอง ประสบการณ์ของผู้เรียนจะถูกนำมาเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ และจะมีผลโดยตรงต่อการสร้างความรู้ใหม่ แนวคิดใหม่หรือการเรียนรู้นั่นเอง กระบวนการเรียนรู้จึงมักเป็นลักษณะที่ให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากการร่วมมือกันแก้ปัญหาโดยใช้ชุมชนเป็นฐานยังอยู่ภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) โดย David Kolb กำหนดไว้ 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (Concrete Experience : CE) Kolb เชื่อว่าการเรียนรู้ที่แท้จริงจะเริ่มขึ้นเมื่อผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติซึ่งจะทำให้ผู้เรียนได้สัมผัส “ธรรมชาติที่แท้จริงขององค์ความรู้นั้น”[9] เช่น การเรียนการสอนในห้องเรียน การศึกษาแหล่งเรียนรู้ในชุมชน การอ่านหนังสือการทดลอง การพูดคุยและการประชุม เป็นต้น 2)การสะท้อนการเรียนรู้/ทบทวนการเรียนรู้ (Reflective Observation : RO) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนจะมีการสะท้อนคิด (Reflection) กระบวนการเรียนรู้จะต้องมีการจัดสรรเวลาให้ขั้นตอนนี้อย่างเหมาะสมเนื่องจากเป็นธรรมชาติของผู้เรียนที่จะต้องมีการสะท้อนคิดอยู่ตลอดเวลา เช่น การเขียนสรุปสิ่งที่เรียนรู้ การบันทึกการเรียนรู้การทำการบ้าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ระหว่างผู้เรียน (Dialogue/Discussion) 3) การสรุปองค์ความรู้ (Abstract Conceptualization : AC) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนจัดวางองค์ความรู้ใหม่ผสานกับองค์ความรู้เก่าด้วยตนเอง เช่น การเขียนแผนภาพมโนทัศน์ (Mind Mapping) การสรุปการเรียนรู้ออกมาเป็นรูปแบบหรือกรอบความคิด การนำเสนอผลการเรียนรู้ของผู้เรียน และ 4) การประยุกต์ใช้ความรู้ (Active Experimentation : AE) ผู้เรียนจะลงมือปฏิบัติอีกครั้งเพื่อพิสูจน์การเรียนรู้ของตนเองว่าเข้าใจได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อรวบรวมสิ่งที่เรียนรู้ที่ถูกต้องหรือสิ่งที่ควรปรับปรุงสำหรับดำเนินการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 1 ต่อไป[10,11]

การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานให้บรรลุเป้าหมายนั้นจะต้องประกอบด้วย 1) การสนับสนุนงบประมาณและร่วมในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การจัดระบบการดูแลตามการประเมินศักยภาพของผู้สูงอายุได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง 3) การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 4) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ และ 5) การมอบรางวัลให้แก่ผู้สูงอายุในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคลังปัญญาของผู้สูงอายุ[12] หรือการจัดการเชื่อมประสานภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน เช่น (1) ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง (2) มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ (3) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง และ (4) เน้นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long Term Care) ไม่สามารถจะดูแลได้เฉพาะในเครือข่ายสุขภาพเท่านั้น แต่ยังต้องอาศัยเครือข่ายระดับอำเภอ ไม่ว่าจะเป็นเครือข่าย ทางด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โดยโรงพยาบาลชุมชนจะเป็นแกนนำในการจัดตั้งศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุในอำเภอ มีการปรับ “ระบบเดิม” เป็น “ระบบพัฒนา” ดูแลผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่การคัดกรองไปจนถึงการเตรียมผู้สูงอายุที่ต้องดูแลระยะยาวกลับไปยังชุมชน “ระบบพัฒนา” ได้กำหนดให้บริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม โดยใช้ครอบครัวเป็นหลัก ถ้าครอบครัวดูแลไม่ไหว โรงพยาบาลจะให้อาสาสมัครเข้าไปช่วยเป็น พี่เลี้ยงโดยมีภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุน ซึ่งทางโรงพยาบาลจะจัดอบรมอาสาสมัครให้ครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างน้อยต้องมีอาสาสมัครหมู่บ้านละ 2 คน นอกจากนั้น ยังมีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตและปฏิบัติธรรมเน้นเรื่องของจิตอาสาเป็นหลัก ลักษณะการทำงานจะประสานงานร่วมกับโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ค่อนข้างดี[13]

กล่าวได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาถูกจำกัดอยู่ 2 แบบ คือ การดูแลตนเองในครอบครัวและการดูแลโดยรัฐจัดให้ นอกจากนี้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมามีการจัดบริการแบบแยกส่วน คือ การดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยกระทรวงสาธารณสุขที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่างๆ ของผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุก็เกิดปัญหาด้านบริหารจัดการ และขาดการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน ซึ่งล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรม จนทำให้เกิดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ส่วนการสนับสนุนในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นบรรทัดฐานที่ดีของสังคมไทย หากครอบครัวไม่พร้อมย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลง แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องละเอียดอ่อน และจำเป็นจะต้องคำนึงถึงบริบทต่างๆ อย่างลึกซึ้ง[14]

ดังผลการศึกษาในเขตเทศบาลตำบลพุกร่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรีพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความมั่นใจในการดูแลหรือให้คำแนะนำผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการแนะนำวิธีการให้ความรู้ เอกสารและแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งพี่เลี้ยงเพื่อเป็นที่ปรึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 ขั้นตอน คือ การวางแผน ปฏิบัติการ การสังเกต การสะท้อนผลและขั้นปรับปรุง ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความคิดเห็นและศักยภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและ

หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน[8] การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนชี้ให้เห็น 2 กระบวนการ คือ การหาและใช้ข้อมูลปัญหาและความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน และกระบวนการหาและใช้ศักยภาพทุนทางสังคมที่มีอยู่แล้วบางส่วน และเพิ่มเติมส่วนขาดด้วยการวิเคราะห์ใช้เวทีระดมสมอง จากทั้ง 2 กระบวนการนี้นำไปสู่การจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การอบรมและฝึกปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย การจัดระบบการจ่ายเงินสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ การสร้างอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ และ การปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการรับบริการของผู้สูงอายุ[15]

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการจัดกิจกรรม การเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยคนชุมชนมีความสำคัญต่อการดำเนินงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานขึ้น เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพตนเองผ่านกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนที่เน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เน้นการวิพากษ์ทั้งในมุมมองของผู้สอนและผู้เรียน โดยให้ผู้เรียนมีบทบาทสำคัญมีโอกาสเลือก และมีส่วนรับผิดชอบในการเรียนรู้และความสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนเป็นในลักษณะของบุคคลที่มีความเท่าเทียมกัน อันจะส่งผลให้เสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานบรรลุวัตถุประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย ที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research) ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R1) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน (Analysis : A) : ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ การเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

วิธีดำเนินการ โดยวิเคราะห์และศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สภาพปัจจุบันและความต้องการ วิเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน และวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบสอบถามสภาพปัญหาและความต้องการการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้ววิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.60 - 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายของเบสต์[16]

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) เป็นการออกแบบและพัฒนา (Design and Development : D) ดำเนินการโดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาร่างรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ แบบตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี และความเป็นไปได้ของร่างต้นแบบที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้ววิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.60 - 1.00

การวิจัยระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research:R2) เป็นการนำกระบวนการเรียนรู้ไปใช้จริงดำเนินการ โดยนำกระบวนการเรียนรู้ที่ผ่านการพัฒนาจากขั้นตอนที่ 2 ไปใช้ในสภาพจริง (Implementation: I)

การนำรูปแบบไปทดลองใช้ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียวทดสอบก่อนและหลัง

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 94 คน และกลุ่มผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียงและผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 253 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพเพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน คือ รูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง มีค่าเท่ากับ 0.60-1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้วิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน(Kuder–Richardson) โดยใช้สูตร KR20 ได้ค่าเท่ากับ 0.93 ความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ 0.43–0.75 และค่าอำนาจจำแนก (B) และค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.39–0.89 แบบประเมินทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.47-0.77 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอน บราคเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบราคเท่ากับ 0.8406

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การเตรียมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมก่อนวิจัยโดย 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และหลักการเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน 2) ศึกษาสภาพปัญหาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน 3) นำสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษาในขั้นที่ 1-3 มาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิด และ 4) นำกรอบแนวคิดในการวิจัยมาทำโครงร่างการวิจัยและที่ปรึกษา

การดำเนินการวิจัย ในขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) ที่เน้นการใช้นวัตกรรม การดำเนินการทุกขั้นตอนจะต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) วิทยากร ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยใช้แบบแผนการวิจัยเป็นแบบ One Group Pretest – Posttest Design ดังนี้[17]

T 1	X	T2

เมื่อ T1 แทน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. ก่อนการพัฒนา

X แทน รูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชน
เป็นฐาน

T2 แทน (1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. หลังการพัฒนา (2) พฤติกรรมการดูแล

สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอนโดยจัดทำหนังสือถึงประธานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล วิเคราะห์สภาพการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพปัจจุบัน/สิ่งที่เป็นจริง (Actual) รวมทั้งวิเคราะห์เอกสาร นโยบาย ทุกระดับ สิ่งที่คาดหวัง (Target) เพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์สิ่งที่เติมเต็ม (Gap) ดำเนินการจัดอบรม เชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของอสม. ที่จะดำเนินการพัฒนาศักยภาพ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 3 วัน และติดตามนิเทศงานในพื้นที่ จำนวน 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานและดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. ประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงาน 4 ขั้น หรือ ITIE Model ได้แก่ ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาการปฏิบัติงาน (Investigate analysis) ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน (Training) ขั้นที่ 3 การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Implementation) และขั้นที่ 4 ติดตาม ประเมินผล ถอดบทเรียน (Follow-up and evaluation) หรือสรุป ถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์ การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ เป็นการนำผลการทดลองใช้ตามกระบวนการดำเนินงานและเงื่อนไขของกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของ อสม. ในขั้นตอนที่ผ่านมา รวมทั้งผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา อุปสรรคและความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสมของการเรียนรู้มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และพร้อมที่จะนำไปใช้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D2) เป็นการประเมินผล (Evaluation : E) เป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานหลังการพัฒนา

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับศึกษาสภาพปัญหาทั้งหมด 80 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย (55.0%) อายุเฉลี่ย 61 ปี (SD= 13.99) สถานภาพสมรสเป็นโสด (47.5%) พบว่าสภาพปัญหาด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean =3.82, SD= 0.49)

2. การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงาน 4 ขั้นหรือ ITIE Model ได้แก่ ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาการปฏิบัติงาน (Investigate analysis) ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน (Training) ขั้นที่ 3 การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Implementation) และขั้นที่ 4 ติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียน (Follow-up and evaluation) หรือสรุป ถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์ รูปแบบการเรียนรู้มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.30,SD = 0.62) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า หลักการ และวัตถุประสงค์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean =4.50, SD=0.83) และ(Mean =4.50, SD= 0.84) ส่วนกระบวนการเรียนรู้ พบว่า ขั้นตอนการติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียน (Follow-up and evaluation) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean =4.67, SD=0.82)

3. ประสิทธิผลรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

3.1 หลังการพัฒนา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 9.67 คะแนน (95%CI ; 9.18, 10.17) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านรายด้านมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$, $<.001$,$<.001$,$<.001$ และ$<.001$) ตามลำดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.83 คะแนน (95%CI ; 1.65, 2.00) ; 1.98(95%CI ; 1.78, 2.19) ;

1.67(95%CI ; 1.49, 1.84) ; 2.28 (95%CI ; 2.07, 2.54) และ 1.90 คะแนน (95%CI ; 1.72, 2.09) ตามลำดับ

3.2 หลังการพัฒนา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยรวมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.57 คะแนน (95%CI ; 0.47, 0.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านทุกด้านรายด้าน มากกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (p<.001, <.001 และ<.001) ตามลำดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.10 คะแนน (95%CI ; 0.94, 1.25) ; 0.36(95%CI ; 0.23, 0.50) และ 0.23 คะแนน (95%CI ; 0.12, 0.36) ตามลำดับ

3.3 หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 110 คน (46.7%) รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน17 คน (7.27%) และคุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน 108 คน (46.07%) ตามลำดับ ดังรายละเอียด ในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข

ตัวแปร	n	Mean(SD)		Mean difference (95%CI)	p
		ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา		
การบริโภคอาหาร	94	0.73(0.65)	2.56(0.63)	1.83(1.65, 2.00)	<.001
การออกกำลังกาย	94	0.78(0.47)	2.77(0.47)	1.98(1.78, 2.19)	<.001
การดูแลอนามัยส่วนบุคคล	94	0.98(0.67)	2.65(0.47)	1.67(1.49, 1.84)	<.001
การป้องกันโรค	94	1.19(0.94)	3.47(0.94)	2.28(2.07, 2.54)	<.001
การดูแลสุขภาพจิต	94	0.91(0.81)	2.82(0.43)	1.90(1.72, 2.09)	<.001
โดยรวม	94	4.60(1.85)	14.28(1.63)	9.68(9.18, 10.17)	<.001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข

ตัวแปร	n	Mean(SD)		Mean difference (95%CI)	p
		ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา		
การบริโภคอาหาร	94	0.70(0.66)	1.08(0.31)	1.10(0.94, 1.25)	<.001
การออกกำลังกาย	94	0.69(0.57)	1.06(0.24)	0.36(0.23, 0.50)	<.001
การผ่อนคลายความเครียด	94	0.63(0.51)	0.86(0.21)	0.23(0.12, 0.36)	<.001
โดยรวม	94	0.67(0.42)	1.24(0.15)	0.57(0.47, 0.66)	<.001

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชน (n = 253)

ระดับคุณภาพชีวิต	n(%)
การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี	108(46.0)
การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง	35(13.8)
การมีคุณภาพชีวิตดี	110(46.7)

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับผลการวิจัยในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ซึ่งพบว่า ภาวะความเจ็บป่วย (โรคประจำตัว) ของผู้สูงอายุตำบลบางเตย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่สุดเป็นลำดับแรก (ร้อยละ 69.00) รองลงมาคือโรคปวดเมื่อย/ปวดหลัง/ปวดเอว (ร้อยละ 45.20) โรคปวดข้อ/ปวดกระดูก (ร้อยละ 25.40) และลำดับสุดท้าย คือ โรคภาวะทางสมอง (ร้อยละ 0.50)[18] 6 เดือนต่อมาพบว่า มีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผลนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องส่งเสริมความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองด้านต่างๆ และจะต้องจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน เช่นเดียวกับงานวิจัยของอมร สุวรรณนิมิตรนงเยาว์ มีเทียนและสุภาพร อาญาเมือง[19] ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 70 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (50.5%) สถานภาพสมรส (50.5%) รายได้เฉลี่ย 4,718 บาท ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน เฉลี่ย 4 คน อาศัยอยู่กับบุตรหลานญาติ แหล่งรายได้มากกว่าร้อยละ 90.0 มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 60.0 มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองและผู้อื่นได้ และมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการเอาใจใส่จากผู้ดูแล และพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีปัญหาสุขภาพ และปัญหาด้านอื่นๆ ต้องการความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และสอดคล้องกับงานวิจัยของจีราพร ทองดี[20] ; ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และอนัฐฌา ปิ่นแก้ว[21] ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายสูง

การวิจัยนี้ได้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานที่สำคัญ 4 ขั้น คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน การปฏิบัติตามแผน การติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนหรือสรุป ถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์ ทั้งนี้รูปแบบการเรียนรู้ฯ มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ในทำนองเดียวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม และการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล[19]เช่นเดียวกับการศึกษาในจังหวัดสิงห์บุรีและจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า กระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุ 2) การกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม 3) การให้ความรู้แก่ชุมชน 4) การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ 5) การจัดตั้งกลุ่มการเรียนรู้ 6) การส่งเสริมการทำงานหารายได้และกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และ 7) การประเมินผล[22] ดังผลการวิจัยในจังหวัดนครราชสีมาซึ่งพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือขั้นเตรียม

ความพร้อม ได้แก่ ทีมเยี่ยมบ้านประเมินการวางแผนจำหน่ายประเมินอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ลงทะเบียนผู้ป่วยและร่วมกันวางแผนการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ทีมลุขภาพ ขั้นเยี่ยมบ้าน (ภายใน 4 สัปดาห์ หลังจำหน่าย) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินสภาวะสุขภาพผู้พิการที่บ้าน ประเมินความสามารถของผู้ดูแล ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ เจ้าหน้าที่สอนและให้คำปรึกษาแนะนำให้กำลังใจ ผู้พิการและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง ขั้นติดตามประเมินผล (4-16 สัปดาห์หลังจำหน่าย) ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการและความสามารถของผู้ดูแลซ้ำ ประเมินสภาพปัญหา สอนและให้คำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจและสนับสนุนปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน และขั้นดูแลตนเอง (หลัง 16 สัปดาห์) ได้แก่ การประชุมแลกเปลี่ยนและวางแผนส่งต่อข้อมูลแก่ครอบครัวและชุมชน มีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ทางโทรศัพท์เพื่อปรึกษาปัญหาทีมสุขภาพ สรุป บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและจัดเก็บในฐานข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชน[23]

ในทำนองเดียวกับผลการศึกษาที่ศูนย์บริการผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ของผู้สูงอายุในปัจจุบันมีการเรียนรู้จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ 1) เรียนรู้จากการร่วมปฏิบัติงานกับทีมบุคลากรด้านสุขภาพ 2) เรียนรู้จากการเข้าร่วมประชุมหรืออบรม 3) เรียนรู้จากการสอนของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 5) เรียนรู้จากนวัตกรรมสื่อประชาสัมพันธ์ 6) เรียนรู้จากญาติ เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มแม่บ้าน และ 7) เรียนรู้จากวัฒนธรรมพื้นบ้าน โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและครอบครัวส่วนความต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุได้แก่ 1) การเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองแบบการแพทย์ทางเลือก 2) การเรียนรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) เรียนรู้เรื่องสวัสดิการและสิทธิประโยชน์[24]และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท การศึกษาประกอบด้วย ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย พบว่า ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพและสภาวะสุขภาพ โดยตัวแปรทั้งหมดร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 26.0 ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย (1) การศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง (2) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า กระบวนการเพิ่มความสามารถ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดผลกระทบของการสูงอายุ และการอยู่อาศัยตามลำพัง ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคคลภายนอกครอบครัวและองค์กรภาครัฐในพื้นที่ และระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง[25]

ส่วนประสิทธิผลรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน หลังการพัฒนา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยรวม มากกว่า ก่อนการพัฒนา และพบว่า ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 110 คน (46.7%) เช่นเดียวกับอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่า หลังการปฏิบัติการระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการปฏิบัติการอย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกองค์

ประกอบ[15] ผลการวิเคราะห์ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจ บีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโสหิตสูงเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังนั้น ควรนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท[25]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการเรียนรู้มาจากทฤษฎีการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งแนวคิดนี้อยู่ภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) โดย David Kolb กำหนดไว้ 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (Concrete Experience : CE) Kolb เชื่อว่าการเรียนรู้ที่แท้จริงจะเริ่มขึ้น เมื่อผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนได้สัมผัส “ธรรมชาติที่แท้จริงขององค์ความรู้นั้น” เช่น การเรียนการสอนในห้องเรียน การศึกษาแหล่งเรียนรู้ในชุมชน การอ่านหนังสือ การทดลอง การพูดคุย และการประชุม เป็นต้น 2) การสะท้อนการเรียนรู้/ทบทวนการเรียนรู้ (Reflective Observation : RO) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนจะมีการสะท้อนคิด (Reflection) กระบวนการเรียนรู้จะต้องมีการจัดสรรเวลาให้ขั้นตอนนี้อย่างเหมาะสมเนื่องจากเป็นธรรมชาติของผู้เรียนที่จะต้องมีการสะท้อนคิดอยู่ตลอดเวลา เช่น การเขียนสรุปสิ่งที่เรียนรู้ การบันทึกการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน(Dialogue/Discussion) 3) การสรุปองค์ความรู้ (Abstract Conceptualization : AC) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนจัดวางองค์ความรู้ใหม่ผสานกับองค์ความรู้เก่าด้วยตนเอง เช่น การเขียนแผนภาพมโนทัศน์ (Mind Mapping) การสรุปการเรียนรู้ออกมาเป็นรูปแบบหรือกรอบความคิด การนำเสนอผลการเรียนรู้ของผู้เรียน และ 4) การประยุกต์ใช้ความรู้ (Active Experimentation : AE) ผู้เรียนจะลงมือปฏิบัติ อีกครั้งเพื่อพิสูจน์การเรียนรู้ของตนเองว่าเข้าใจได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อรวบรวมสิ่งที่เรียนรู้ที่ถูกต้องหรือสิ่งที่ควรปรับปรุงสำหรับดำเนินการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 1 ต่อไป ดังนั้นจึงส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้พบว่า รูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลและฟื้นฟู[26] ผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน การปฏิบัติตามแผน การติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนหรือสรุป ถอดบทเรียนและประชาสัมพันธ์ ทั้งนี้รูปแบบการเรียนรู้ฯ มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก และประสิทธิผลรูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน หลังการพัฒนา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านโดยรวมมากกว่า ก่อนการพัฒนา และพบว่า ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 110 คน (46.7%)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ยังมีผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 108 คน (46.0%) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ถึง 211 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 253 คน คู่สมรสขาดความรู้ และทักษะในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย ส่งผลให้ขาดความมั่นใจขณะดูแลและขาดการสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น แฟ้มครอบครัว ใบสั่งยา ถุงมือแบบใช้แล้วทิ้ง ปรอทวัดไข้ ไม้กดลิ้น ไฟฉาย เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว เครื่องตรวจหูและตา เจลหล่อลื่นในกรณีที่ต้องเปลี่ยนสายต่างๆ ที่ติดอยู่กับผู้ป่วย หรือถุงขยะติดเชื้อ เป็นต้น ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย อัมพฤกษ์อัมพาต ติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุในชุมชนให้กับญาติหรือคู่สมรส และสนับสนุนการสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations. World population ageing 2013. New York : United Nations Department of Economic and Social Affairs ; 2015.

2. Hendrix CC, Matters L, West Y, Stewart B, McConnell ES. The Duke-NICHE program : an academic-practicecollaboration to enhance geriatric nursing care. NursOutlook 2011 ; 59 : 149-57.

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุข; 2561.

4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. อุบลราชธานี : สำนักงานสาธารณสุข ; 2561.

5. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554

6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554. สมุทรปราการ : แอดวานซ์ พริ้นติ้ง เซอร์วิส ; 2555.

7. พรทิพย์ เกยุรานนท์. จิตสังคมผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_9.html

8. สุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์, จรูญศรี ทองมาก. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555 ; 22(3) : 77-87.

9. Bedri, Z, de Frein, R. and Dowling, G. Community -based learning : A primer. Irish Journal of Academic Practice [Internet]. 2017 [cited June 14, 2020] : Available from : https://arrow.dit.ie/ijap/vol6/iss1/5

10. Erstad O. The Assessment and Teaching of 21st Century Skills Project. Nordic Journal of Digital Literacy 2009 ; 4(2) : 7.

11. มณฑล จันทร์แจ่มใส. โครงการถอดชุดประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน : กรณีศึกษาการบูรณาการการจัดการเรียนรู้วิชาออกแบบสถาปัตยกรรมกับการพัฒนาที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 2558; 10:143-156.

12. สริญญา ปิ่นเพชร. ผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552 ; 27 : 38-47.

13. นพรัตน์ วัชรขจรกุล. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน. ใน : สุพัตรา ศรีวณิชชากร, บรรณาธิการ. การดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในชุมชน. นครปฐม : ที ศิว พี; 2555.

14. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ. การสำรวจสถานการณ์ การมีกิจกรรมทางกายของประเทศไทย พ.ศ. 2555. นครปฐม : มหาวทยาลัย ; 2555.

15. พิทยา ทองหนูนุ้ย. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนดินแดง จังหวัดพัทลุง. ใน : มหกรรมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง; 2561.

16. Best, J. W. Research in Education. 3 rd ed. New Jersey : Prentice hall Inc; 1977.

17. มาเรียม นิลพันธ์. วิธีวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ศิลปากร ; 2553.

18.ธนายุส ธนธิติ, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชุมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ 2558 ; 35(3) : 57-72.

19. อมร สุวรรณนิมิตร, นงเยาว์ มีเทียน, สุภาพร อาญาเมือง. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม 2560 : 46-53.

20. จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557 ; 22(3) : 88-99.
21. ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และอนัฐฌา ปิ่นแก้ว. ความสำคัญของเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2558 ; 10(2) : 109-16.
22. เรวดี จันทเปรมจิตต์. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2557.
23. อุไรวรรณ จาริก. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์].นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ; 2551.
24. พิทักษ์ ทองสุขและคณะ. การเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลมะขามเตี้ยอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. ตาก : วิทยาลัยนอร์ทเทิร์นตาก ; 2558.
25. สมคิด ตันติไวทยพันธุ์, สุมนา ตันติไวทยพันธุ์. ประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557 ; 23(4) : 619-628.
26. Bedri, Z, de Frein, R. and Dowling, G. Community -based learning : A primer. Irish Journal of Academic Practice [Internet]. 2017 [cited July 10, 2020] : Available from : https://arrow.dit.ie/ijap/vol6/iss1/5