

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพา* Effectiveness of care model for dependent chronically ill older persons

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 40 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2560
Volume 40 No.4 (October-December) 2017

พรทิพย์ สาริโส พยม.** ปิยะกร ไพรสนธิ พยม.*** อุษาษ โทหินึง วท.ม (สาธารณสุขศาสตร์)****
วรางคณา อ่ำศรีเวียง พยม.** นารีลักษณ์ ฟองรัตน์ พย.บ.*****
Pornpip Sareeso MNS. ** Piyaporn Praison MNS.*** Usa Thohinung MSc.***
Warangkana Umsrewaing MNS.** Nareeluk Fongrat BNS*****

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาตามแนวคิด Chronic care model ของ Wagner และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพา 14 คน ผู้ดูแลหลัก 14 คน อสม. 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และสถิติทดสอบ wilcoxon signed ranks พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตโดยรวม ความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($p < 0.05$) คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้รูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกัน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถใช้รูปแบบการดูแล เป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาได้

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุ กลุ่มพึ่งพา โรคเรื้อรัง

Abstract

The purpose of this research and development project was to develop a care model for dependent chronically ill older persons, and to test its effectiveness. Chronic care model of Wagner was used as conceptual framework to develop a care model in this study. The subjects were 14 dependent chronically ill older persons, 14 primary caregivers, 2 village health volunteers and 1 registered nurse. Barthel activities of daily living index, WHOQOL – BREF – THAI, and satisfaction assessment were applied to the study, and to assess at week one and a week 8. The data were analyzed based on frequency and statistics using the wilcoxon signed ranks test. The result show that dependent chronically ill older persons' BADL, QOL, satisfaction, and primary caregiver's satisfaction increased significantly ($p < 0.05$). QOL of the primary caregivers showed no significant change. A primary care unit could be used as a care model for dependent chronically ill older persons.

keywords: care model, older person, dependent older person, chronically ill

*Project Grant by Mae Fah Luang University, Thailand.

**Assistant professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University

***Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University

****Registered Nursing, Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiangrai province

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) ในปี 2564 กล่าวคือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดและคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aging society) ในอีกไม่ถึง 20 ปี เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด¹ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุนี้ นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้สูงอายุมีธรรมชาติของการเสื่อมลงทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม² โดยปัจจุบันโรคเรื้อรังนี้ได้กลายเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุและพบเพิ่มขึ้นตามอายุ ในปี 2556 พบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิตร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6¹

ผลกระทบที่เกิดตามมาจากรโรคเรื้อรังและการถดถอยของสมรรถนะของร่างกายที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลในระยะยาวจากบุคคลในครอบครัว และสังคมมากขึ้น โดยครอบครัวก็ยังมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ³ จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 79 อยู่ในสภาวะ “ติดสังคม” คือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ และสามารถออกนอกบ้านไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมได้ร้อยละ 19 อยู่ในสภาวะ “ติดบ้าน” คือมีปัญหาในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวก และร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” คืออยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁴ แต่ในทางตรงกันข้าม ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมมุ่งให้บริการหลักแก่ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง บริการในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีจำกัดมาก อีกทั้งการจัดการบริการทางสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวที่ยังขาดมาตรฐานในการดูแล ขาดการกำหนดเป้าหมายการ

ฟื้นฟูและระบบข้อมูลในการติดตาม ประเมิน ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังเป็นแบบแยกส่วนขาดความต่อเนื่องของระบบและยังไม่ครอบคลุม อีกทั้งคุณภาพการบริการที่ยังคงมีปัญหา รวมถึงบริการที่เป็นรูปธรรมทั้งทางด้านสาธารณสุขและทางสังคมยังมีจำกัด³ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการได้รับบริการสุขภาพที่ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพา

การทบทวนวรรณกรรม มีการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งนำไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่าช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้ แต่ยังไม่มีการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบบริการ⁴ หลายประเทศมีการนำแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model; CCM) ของ Wagner⁵ ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม ให้ความสำคัญต่อเนื้อ เชื่อมโยงตั้งแต่ครอบครัว ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพและเป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล อีกทั้งยังเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น⁶ ไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับทรัพยากรและโครงสร้างของระบบบริการของแต่ละประเทศ

สำหรับประเทศไทยมีการนำแนวคิด CCM มาพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น⁶ อย่างไรก็ตามการวิจัยดังกล่าวศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งบริบททั้งทางสังคม วัฒนธรรม แหล่งประโยชน์ อาจมีความแตกต่างจากภาคเหนือ นอกจากนี้ มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการตนเองซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของแนวคิด CCM ในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาของนิสิตนักศึกษาและอาจารย์ในมหาวิทยาลัยยังไม่มีการนำการจัดการและการสนับสนุนการจัดการตนเองรวมทั้งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง⁷

ที่มวิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาตามแนวคิด CCM ของ Wagner⁵ และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้สูงอายุเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลหลัก รวมถึงหน่วยบริการสุขภาพมีระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ มีระบบการติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน ตอบสนองผู้ใช้บริการมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดของการวิจัย การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล ตามแนวคิดเชิงระบบของ Donabedian⁶ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcomes) ในการวิจัยนี้ ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพา ผู้ดูแลและรูปแบบการดูแล กระบวนการ หมายถึง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาตามแนวคิด CCM ของ Wagner⁵ และสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้วยคู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงรวมทั้งพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาได้แก่ การดูแลที่ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย (home ward care) ส่วนผลลัพธ์ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้สูงอายุและความพึงพอใจของการนำรูปแบบการดูแลไปใช้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพา 2) ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานและความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพา เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก และเปรียบเทียบความพึงพอใจของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้มีประชากรคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ดูแลหลัก อสม. และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพ เขตเทศบาลในความรับผิดชอบโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลือกหน่วยตัวอย่าง (sampling unit) โดยการสุ่มอย่างง่าย มีเกณฑ์คัดเลือกคือ เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ระบบ JHCIS ในการบันทึกข้อมูลสุขภาพได้หน่วยตัวอย่างเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) รอบเวียงอ.เมือง จ. เชียงราย กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่ายจากผู้ที่มีอายุในหน่วยตัวอย่างที่สุ่มเลือกและมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มประชากรดังนี้ 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือ เบาหวาน หรือ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มพึ่งพา 2) ผู้ดูแลหลักผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือ เบาหวาน หรือ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มพึ่งพา 3) อสม. ในชุมชนที่อยู่ภายใต้การดูแลของรพ.สต. รอบเวียง อ.เมือง จ. เชียงราย 4) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. รอบเวียง ผู้ที่ไม่สามารถอ่าน พูดและเข้าใจภาษาไทยได้ถูกคัดออกจากการวิจัย เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2559 ถึง เดือน ตุลาคม 2559 มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ดังนี้ ผู้สูงอายุ 15 ราย ผู้ดูแลหลัก 16 ราย (มีผู้สูงอายุจำนวน 1 รายที่มีผู้ดูแลหลัก 2 ราย) อสม. 2 ราย พยาบาลวิชาชีพ 1 ราย ในระหว่างการทำวิจัยมีผู้สูงอายุ 1 รายเสียชีวิต ผู้ดูแลหลักขอถอนตัวออกจากกรวิจัยจำนวน 2 ราย จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุจำนวน 14 ราย ผู้ดูแลหลัก 14 ราย อสม. 2 ราย และ พยาบาลวิชาชีพ 1 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย ประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น 2. แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย เช่น โรคประจำตัว ความสามารถในการ

ทำกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาอุปกรณ์การแพทย์ กิจกรรมที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เป็นต้น 3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล (Barthel Activities of Daily Living Index, BADL) เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง โดยสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติใน 10 ด้าน ในระยะ 24-48 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับการพึ่งพิง คะแนนเต็ม 20 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด 5-8 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ 9-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง และ 12 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย⁴ แบบบันทึกคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับ ภาษาไทยที่

WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบมีเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ 5 ด้าน¹⁰ (ตามตารางที่ 1) 5. แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพา ผู้ดูแลหลัก อสม. และพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแลการวิจัยนี้ นำฉบับที่สถานวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์¹¹ พัฒนามาใช้เป็นการประเมินโดยใช้มาตราวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) มีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนน แบ่งช่วงคะแนน ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ 1-3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง 7-10 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากมีค่าความเที่ยงของพยาบาล อสม. ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลเท่ากับ .93, .95, .90 และ .90 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ 5 ด้าน

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านสุขภาพกาย	7- 16	17-26	27- 35
ด้านจิตใจ	6- 14	15 - 22	23 - 30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3- 7	8 - 11	12 - 15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8- 18	19 - 29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) การพัฒนารูปแบบการดูแล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล สันทนาการกลุ่มอสม. ประธานชุมชน และพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีแนวทาง

การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาที่ชัดเจนและมีการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มที่ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาและการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง วิเคราะห์สาเหตุและพิจารณาปัญหาที่เป็น

ความต้องการของชุมชน และวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา สุขภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ หารูปแบบหรือกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เด่นชัดและมีจุดแข็ง ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นได้นำข้อมูลจากทั้ง 2 ส่วนมาสร้างรูปแบบตามแนวคิด CCM ของ Wagner⁶ ได้รูปแบบการดูแล ดังนี้ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชนที่ดีและเข้มแข็ง ในการวิจัยนี้คือ อสม. 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ ในการวิจัยนี้คือ รพ.สต. รอบเวียง 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง ในการวิจัยนี้คือ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงที่บ้าน ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยสถานวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์¹¹ 4) การออกแบบระบบให้บริการในการวิจัยนี้คือ home ward care ซึ่งเป็นการใช้บ้านผู้ป่วยเป็นสถานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเช่นเดียวกับหอผู้ป่วย มีญาติเป็นผู้ดูแลหลักเสมือนผู้ช่วยเหลือคนไข้ในโรงพยาบาล มีพยาบาลติดตามเยี่ยม ประเมินและวิเคราะห์ผลการรักษา¹² กำหนดสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ:อสม.:ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาและผู้ดูแลหลักเท่ากับ 1:1-2:15 พยาบาลเป็นหัวหน้าทีมกำหนดเกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาเป็น 3 กลุ่ม แผนการดูแลที่บ้านตามกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงมีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนการดูแล 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ ในการวิจัยนี้คือ การสอนการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล แนวปฏิบัติและแผนการดูแลผู้สูงอายุตามกลุ่มผู้สูงอายุสำหรับอสม. และพยาบาล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแล 1 ครั้ง/เดือน เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแล ตลอดจนเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มติดบ้านและติดเตียงให้กับอสม. และพยาบาลวิชาชีพ มีระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก ในการวิจัยนี้คือ

โปรแกรม Family Folder Collector; FFC+ V.2.1 ที่พัฒนาขึ้นโดยวัชรกร หนูทองและคณะ¹³ โปรแกรมจะทำงานร่วมกับฐานข้อมูลโปรแกรมระบบงาน รพ.สต. JHCIS ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทีมวิจัยได้นำรูปแบบการดูแล ไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาจำนวน 2 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาจำนวน 2 ราย อสม. จำนวน 2 ราย และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 ราย เพื่อให้ข้อเสนอแนะและทดสอบความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบฯ หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรูปแบบการดูแล

2) การรวบรวมข้อมูล หัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้คือ ประสานกับผู้อำนวยการ รพ.สต. รอบเวียงเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งให้ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย บันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และประเมิน BADL คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจแรกรับในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประเมินคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจแรกรับในกลุ่มผู้ดูแลหลัก ประเมินความพึงพอใจแรกรับในกลุ่ม อสม. และพยาบาลวิชาชีพ หลังจากนั้นสัปดาห์ที่ 1 พยาบาลวิชาชีพลงทะเบียนผู้ป่วยใน FFC program ประเมินเมื่อแรกรับและจำแนกลักษณะผู้ป่วย มอบหมายหน้าที่ในการติดตามเยี่ยม โดยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแผนการดูแลผู้สูงอายุตามกลุ่มที่ประเมินได้ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ อสม. และผู้ดูแลหลัก ในสัปดาห์ที่ 4 และ 7 ในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มทำแบบสอบถามชุดเดิมซึ่งเป็นการสิ้นสุดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เอกสารเลข

ที่ 39/2556 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในเขตเทศบาลภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึง วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการถอนตัวออกจากกรวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ควรได้รับ ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล จะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลการวิจัยที่เป็นภาพรวมเท่านั้นและจะทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยการแจกแจงความถี่ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย BAL คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ wilcoxon signed ranks test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($p < 0.05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 ราย เป็นผู้สูงอายุจำนวน 14 รายและผู้ดูแล จำนวน 14 ราย (ตารางที่ 2) อสม. 2 ราย พยาบาลวิชาชีพ 1 ราย ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

ตารางที่ 2 จำนวนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้สูงอายุ n=14	ผู้ดูแลหลัก n=14
เพศ		
ชาย	6	3
หญิง	8	11
ช่วงอายุ (ปี)		
21-59	0	10
60-69	1	1
70-79	7	2
มากกว่าหรือเท่ากับ 80	6	1
	Min= 66, Max=90, Mean±SD=796.67±	Min=24, Max=87, Mean±SD=56.1516.15±
สถานภาพสมรส		
คู่	3	10
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	11	4

2. ลักษณะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า 12/14 คน มีโรคประจำตัว โรคที่พบ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคพาร์กินสัน โดย 1/14 คน มีปัญหาทางสุขภาพจิต 2/14 คน มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องดูแลต่อเนื่อง 4/14 คน มีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และ 12/14 คน มียาต้องรับประทานเป็นประจำ

2.2 กลุ่มผู้ดูแลหลัก พบว่า 8/14 คน มีโรคประจำตัว โรคที่พบเป็น 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมาคือ ภรรยา และหลาน ตามลำดับ (7,6,1) ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุสูงสุดคือ 40 ปี น้อยที่สุดคือ 3 เดือน เฉลี่ย 10.28 ปี (13.58)

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพา

3.1 เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน คุณภาพชีวิตโดยรวม

และความพึงพอใจต่อการได้รับบริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ก่อน (n=14)	หลัง (n=14)	p-value
BADLmean(SD)	7.36(4.088)	12.50(5.748)	0.001 ^S
0-4 คะแนน	4	1	
5-8 คะแนน	3	3	
9-11 คะแนน	7	1	
12 คะแนนขึ้นไป	0	9	
คุณภาพชีวิต			
ด้านสุขภาพร่างกายmean(SD)	22.64(2.706)	23.29(2.894)	0.324 ^{NS}
	(2.706)	(2.894)	
ไม่ดี	0	0	
ปานกลาง	7	8	
ดี	7	6	
ด้านจิตใจmean(SD)	19.07(4.665)	19.50(4.800)	0.352 ^{NS}
ไม่ดี	1	0	
ปานกลาง	5	7	
ดี	8	7	
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม mean(SD)	9.29(2.091)	9.71(1.858)	0.131 ^{NS}
ไม่ดี	1	0	
ปานกลาง	7	10	
ดี	6	4	
ด้านสิ่งแวดล้อมmean(SD)	26.43(5.155)	27.43(4.718)	0.136 ^{NS}
ไม่ดี	0	0	
ปานกลาง	6	6	
ดี	8	8	
คุณภาพชีวิตโดยรวมmean(SD)	81.50(13.894)	84.21(13.605)	0.041 ^S
ไม่ดี	0	0	
ปานกลาง	7	7	
ดี	7	7	
ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการที่ได้รับmean(SD)	7(1.177)	9.21(0.802)	0.001 ^{NS}

NS ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ, S มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ของผู้ดูแลหลักพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึง

พอใจต่อการได้รับบริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ของผู้ดูแลหลัก พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ของผู้ดูแลหลัก

ตัวแปร	ก่อน (n=14)	หลัง (n=14)	p-value
คุณภาพชีวิต			
ด้านสุขภาพร่างกาย mean(SD)	25.07(3.605)	25.79(4.003)	0.442 ^{NS}
ไม่ดี	0	0	
ปานกลาง	12	13	
ดี	2	1	
ด้านจิตใจ mean(SD)	22.50(3.632)	25.79(4.003)	0.754 ^{NS}
ไม่ดี	2	2	
ปานกลาง	8	7	
ดี	4	5	
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม mean(SD)	10.79(1.847)	10.79(0.975)	0.672 ^{NS}
ไม่ดี	4	2	
ปานกลาง	8	10	
ดี	2	2	
ด้านสิ่งแวดล้อม mean(SD)	29.14(4.167)	30.64(3.875)	0.181 ^{NS}
ไม่ดี	2	1	
ปานกลาง	8	7	
ดี	4	6	
คุณภาพชีวิตโดยรวม mean(SD)	93.57(12.635)	96.21(12.813)	0.271 ^{NS}
ไม่ดี	1	1	
ปานกลาง	11	9	
ดี	2	4	
ความพึงพอใจต่อการได้รับบริการ mean(SD)	5.43(1.869)	7.29(2.463)	0.003 ^S

NS ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ, S มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของอสม. และพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลพบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลฯ มีคะแนนเฉลี่ย

ความพึงพอใจสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของอสม. และพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้รูปแบบการดูแล

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อน	หลัง
อสม. (n=2)	4.5(0.707)	9.5(0.707)
พยาบาลวิชาชีพ(n=1)	6(NA)	9(NA)

NA ไม่สามารถคำนวณได้

การอภิปรายผล

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาที่พัฒนาขึ้นมี 6 องค์ประกอบตามแนวคิด CCM คือ 1) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชนที่ดีและเข้มแข็งของชุมชนคือ อสม. 2) หน่วยงานบริการสุขภาพคือ รพ.สต. 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการใช้อุปกรณ์การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงที่บ้าน 4) การออกแบบระบบให้บริการใช้ระบบการให้บริการแบบ home ward care โดยการใช้บ้านผู้ป่วยเป็นสถานที่ดูแลรักษาเช่นเดียวกับหอผู้ป่วย ญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักเสมือนผู้ช่วยเหลือคนไข้ในโรงพยาบาลพยาบาลทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมติดตามเยี่ยมประเมินและวิเคราะห์ผลการรักษารวมถึงมีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนการดูแลมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ: อสม.: ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาและผู้ดูแลหลักเป็น 1:1-2:1.5 มีเกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาที่ชัดเจน ตลอดจนใช้แผนการดูแลที่บ้านตามกลุ่มผู้สูงอายุที่ประเมินได้ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยการสอนการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ แนวปฏิบัติและแผนการดูแลผู้สูงอายุตามกลุ่มผู้สูงอายุสำหรับอสม. และพยาบาลวิชาชีพ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแล 1 ครั้ง/ เดือน เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแล ตลอดจนเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มติดบ้านและติดเตียงให้กับ อสม. และพยาบาลวิชาชีพ มีระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 6) ระบบข้อมูลทางคลินิก คือ FFC+ V.2.1 จากการใช้รูปแบบการดูแล นี้ทำให้ผู้รับบริการและ อสม. มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลกลุ่มผู้สูง

อายุที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องใช้ทักษะปฏิบัติที่ค่อนข้างซับซ้อน อีกทั้งยังทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลเมื่อมีการเข้าไปเยี่ยมที่บ้านของ อสม. เป็นเพราะ อสม. ได้รับการสนับสนุนการตัดสินใจกล่าวคือมีคู่มือที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในการดูแลผู้สูงอายุรวมถึงยังมีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพา ได้รับการดูแลที่สม่ำเสมอและต่อเนื่องและยังมีพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ให้คำปรึกษาและเข้าถึงได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตาม ระบบข้อมูลทางคลินิกในรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น เป็นการนำ FFC มาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลพบว่ายังมีข้อจำกัด เนื่องจากความไม่ชำนาญในการใช้เทคโนโลยีของผู้ใช้งาน อีกทั้งการจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุใน FFC ยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมิน BADL เพื่อใช้ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ อีกทั้งการบันทึกข้อมูลในระบบ JCIH ของหน่วยบริการสุขภาพไม่ครบถ้วน ทำให้ข้อมูลที่ได้มาไม่ครบถ้วน ทำให้จำเป็นต้องมีการบันทึกลงในแบบสอบถามควบคู่กันไป

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแล พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคะแนน

เฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพา และความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของ อสม. และพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นรูปแบบบริการสุขภาพที่มีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ และนำรูปแบบบริการไปทดลองใช้พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสามารถเข้าถึงบริการได้สูงกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁷ สามารถอธิบายได้ว่าการบริการสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาในปัจจุบันยังขาดความชัดเจน กอปรกับลักษณะการจัดรูปแบบการบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี 2 ส่วนหลัก คือ 1) การบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการซึ่งเป็นการบริการดูแลในด้านสุขภาพ การดูแล รักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ให้บริการเป็นบุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการหลัก และ 2) การบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรม ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การจัดกิจกรรมที่สนับสนุนด้านการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุ การเรียนรู้พัฒนาตนเอง กิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ การสร้างอาชีพ และรายได้ รวมถึงการส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มีผู้ดำเนินการหลักได้แก่ ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุ อันได้แก่ ชมรม ผู้สูงอายุ ภาควิชาหรือหน่วยงานในพื้นที่¹⁴ แต่ในปัจจุบันผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกทั้งโรงพยาบาลยังมีแนวทางในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาต้องกลับมาอยู่ในชุมชน จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวอาจถูกละเลยในการดูแล นอกจากนี้บทบาทการให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันจำกัดอยู่เฉพาะบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น

ในขณะที่มิติด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นกว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข กล่าวคือจะรวมไปถึงมิติทางด้านสังคมและวัฒนธรรมด้วย¹⁵ และกิจกรรมในชุมชนมุ่งเน้นเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้จากข้อมูลดังกล่าวยิ่งสนับสนุนให้เห็นชัดว่าการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเน้นเฉพาะกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลจึงทำให้มีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม มีการวิจัยก่อนหน้านี้ที่ขัดแย้งกับการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในบริการของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการวิจัยดังกล่าวได้ทดลองใช้รูปแบบระบบบริการในช่วง 3 เดือน ผู้ดูแลไม่ได้รับการอบรมศักยภาพผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุตามที่ต้องการ⁷ นอกจากนี้สถานวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์¹¹ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองใหญ่เช่นเดียวกับในการวิจัยนี้ แต่อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติดังกล่าวยังไม่ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการนำไปใช้ ซึ่งพออธิบายได้ว่าการศึกษาวิจัยนี้ได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชนก่อนทำให้ทราบความต้องการที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน รวมถึง อสม. ได้ผ่านการอบรมจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งยังมีคู่มือและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพา ที่ช่วยให้ผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติตามได้ตลอดจนมีการกำหนดระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนจึงทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มพึ่งพาและผู้ดูแลหลักได้รับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง จึงอาจทำให้ผลการวิจัยมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมี BADL สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาได้ 2) ด้านการวิจัย ควรมีการพัฒนาาระบบข้อมูลทางคลินิก ที่สามารถบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรวมถึงแผนการดูแล เพื่อเพิ่มความสะดวกในการดูแลและเป็นการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบมากขึ้นและควรศึกษาเปรียบเทียบความคุ้มค่าคุ้มทุนของรูปแบบนี้ กับรูปแบบอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly 2014. Amarin printing and publishing; 2015. (in Thai)
2. Thongchareon V, editor. The art and science of elderly nursing. 1st ed. Bangkok: Faculty of nursing Mahidol University. (in Thai)
3. Srithamrongsawat S, Bundhamcharoen K, Sasat S, Amnatsatsue K. Community care model for older people in Thailand. journal PCFM 2009;1(2):22-31. (in Thai)
4. Wirojratana V, Amnatsatsue K, Sasat S, Malathum P, Narongsak J. Improvement of healthcare services for dependent elders. Thai Journal of Nursing Council 2014;29(3): 104-15. (in Thai)
5. Wagner EH, Glasgow C, Davis A, Bonomi L, Provost D, McCulloch P, et al. "Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach." Journal on Quality Improvement 2001; 27(2):63-80.
6. Srisaenpang P. Application of chronic care model to develop health care service for older persons with comorbidity in a community: case study of a primary care unit[dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen Univ.; 2011. (in Thai)
7. Puwarawuttipanit W. A systematic review of chronic care model and self-management support in chronic illness. Bangkok: Health systems research institute; 2015. (in Thai)
8. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. The millbank Quarterly 2005; 83(4): 691-729
9. Assantachai P. Health assessment in elderly. In : The elderly care guide from the hospital to the community. Bangkok: Sinthawee publishing; 2012. 17-71. (in Thai)
10. Mahathniranku S, Thuntipiwattanasakul V, Pumpaisarn V. Comparison of the WHOQOL-BREF (26 items). Journal of mental health of Thailand 1998; 5(3), June-September: 4-15. (in Thai)
11. Research center for caring system of Thai elderly. The developing of the home-based care practice guideline for elderly in Hat-Yai municipality area. Bangkok : Foundation of Thai gerontology research and development institute; 2015. RAC 56003. (in Thai)
12. Opartjirawirote W, Home ward care: One case sample. Buddhachinaraj medical journal 2011; 28(3), September-December: 300-4. (in Thai)
13. Nhoonthong W. Family folder collector; FFC+V.2.1. Pathomthani: National Electronics and Computer Technology Center (NECTEC);

2016. (in Thai)
14. Benjaporn S, Jiraporn K. & Naphas K. A synthesis of integrated care service model for Thai elderly. Journal of Health Science 2015; 24:1017-29. (in Thai)
15. Srithamrongsawat S, Bundhamcharoen K. Synthesis of long-term care system for the elderly in Thailand. Bangkok:QP publish, 2010. (in Thai)