

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับใน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

กาญจนา พิบูลย์ และคณะ

- 7 ก.ค. 2558

354974

ผลงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖

เริ่มบริการ

- 6 ต.ค. 2558

ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่าง ๆ อย่างดียิ่งจาก ศาสตราจารย์ นพ. ศาสตรี เสาวคนธ์ ที่ปรึกษาคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษา ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติที่เป็นผู้อนุมัติทุนวิจัย ขอขอบคุณโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาที่สนับสนุนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณบุคลากรหน่วยงานองค์การส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุ และบุคลากรของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ร่วมให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมผู้ช่วยนักวิจัย และ เพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่คอยสนับสนุนให้ งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานวิจัยครั้งนี้จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อ ผู้สูงอายุไทยและผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศต่อไป

คณะผู้วิจัย

มิถุนายน ๒๕๕๗

ชื่อเรื่อง: รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยบูรพา (ระยะที่ 1)

ผู้วิจัย: ดร. กาญจนา พิบูลย์ สัปดาห์ที่ทำวิจัย ร้อยละ 70
ผศ.ดร.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ สัปดาห์ที่ทำวิจัย ร้อยละ 10
พญ.มยุรี พิทักษ์ศิลป์ สัปดาห์ที่ทำวิจัย ร้อยละ 10
นางสาวพวงทอง อินใจ สัปดาห์ที่ทำวิจัย ร้อยละ 10

สาขา: - วิทยาศาสตร์การแพทย์

ทุนอุดหนุนการวิจัย: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ พ.ศ. 2556

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย การศึกษาในระยะที่ 1 ประกอบด้วยการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพโดยสรุปผลการศึกษาวิจัยดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณคือผู้ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 384 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 50 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็น แบบประเมินความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและแนวทางในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาในเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าสถานบริการแบบไปกลับควรมีห้องหรือพื้นที่ส่วนกลางสำหรับทำกิจกรรมร่วมกัน มีบริเวณที่เป็นสนามหญ้าหรือสวนหย่อมเพื่อใช้ในพักผ่อน มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายกลางแจ้งและในร่ม มีห้องทำกิจกรรมทางศาสนา และมีห้องพักผ่อนหรือดูทีวีส่วนกลางร้อยละ 79.9 75 73.4 74.5 88.8 และ 92.2 ตามลำดับ

สำหรับความต้องการด้านการบริการพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพฟันให้ผู้สูงอายุ ปีละ 2 ครั้ง ควรมีการจัดเตรียมอาหารกลางวัน และอาหารว่างให้ผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ ควรมีบริการรถรับส่งที่บ้าน และ ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 89.6 91.9 91.7 93.5 84.1 81.3 และ 93.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ร้อยละ 76.6 กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้มีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับใน

ชุมชน ร้อยละ 74.2 มีความสนใจไปใช้บริการสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และคิดว่าถ้ามีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนมีประโยชน์มากต่อกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 93.8

ผลการศึกษาในเชิงคุณภาพนั้นทีมผู้วิจัยสรุปว่าความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนั้นเป็นไปตามแนวคิดผสมผสานของรูปแบบบริการดูแลทางสังคมและรูปแบบบริการการดูแลทางการแพทย์ซึ่งกิจกรรมบริการทางสังคมคือการเน้นการบริการแบบเป็นการดูแลทั่ว ๆ ไปในกิจวัตรประจำวันที่ครอบคลุมการบริการเรื่อง การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การรับประทานยา หรือกิจกรรมสันทนาการ และรูปแบบบริการการดูแลทางการแพทย์เน้นการดูแลเรื่องบริการการรักษาโรคหรือเรื่องที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น กายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

Title: Elderly Day Care Model in Burapha University Hospital
Authors: Kanchana Piboon, RN, PhD.
Pisit Piriyaapun, MD, PhD.
Mayuri Pitaksil, MD, PhD.
Paungtong Inchai, RN, MS.
Concentration: Medical Sciences
Grant: The Office of the National Research Council of Thailand

Abstract

This participatory action research aims to develop an elderly day care model in the university hospital. This research project consists of three phases. This phase is the first phase of this project and the objective of this phase was to explore the basic needs of day care services. Mix methods were used to conduct this research. 384 of out- patients from the Burapha university hospital were selected to participate in quantitative study and 50 participants were recruited to participate in qualitative study. The results from quantitative study found that almost the participant reported -physical structure of day care should have area for doing activities together, outdoor relax area, indoor and outdoor exercise areas, religion activity room, and living room (79.9%, 75%, 73.4%, 74.5%, 88.8%, and 92.2 % respectively). For basic needs of services, almost the participant reported day care services should provide basic health assessment once a month, teeth assessment twice a year, food for elderly people, health promotion activities, relax activities, transportation from home to day care and ambulance for emergency care (89.6%, 91.9%, 91.7%, 93.5%, 84.1%, 81.3 %, and 93.0 %, respectively). Furthermore, 76.6 % of the participants reported that day care for the elderly were needed in their community, 74.2 % of the participants revealed that they were interested to use the day care, and 93.8 % of the participants reported that day care for the elderly was valuable for them. For the qualitative study, the research teams concludes that day care services model that the participants need was mix model from social and medical models. For social model services including general care for the elderly, such as food management, bath and toilet care, hygiene care, administer medication, or relax activities. For medical model services, medical treatments including physical therapy or occupational therapy.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่	
บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดการดูแลแบบไปกลับ	7
แนวคิดการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม	13
วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	19
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	20
การรวบรวมข้อมูล	21
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	22

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	23
สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล	35
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	42
บรรณานุกรม	43
ภาคผนวก	46
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
ประวัติคณะผู้วิจัย	53

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้	25
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำแนกตาม เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้	26
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของสภาวะปัญหาผู้สูงอายุและผู้ดูแล	27
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแล ผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรายข้อ	28
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแล ผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รายข้อ	30

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกพบว่ามีผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน (ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า) แต่ในปี ค.ศ. 2025 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าเด็กและเยาวชนที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ในขณะที่สภาพปัญหาในอนาคตผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งมีแนวโน้มที่จะขาดการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหาการสูงอายุของประชากรในสังคม สำหรับประเทศไทยในปี 2553 มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 13.2 คาดการณ์ว่าในปี 2583 ไทยจะก้าวกระโดด ผู้สูงอายุจะล้นเมือง โดยมีจำนวนมากถึงร้อยละ 32.1 ของพลเมืองทั้งประเทศ (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วดังกล่าวส่งผลต่อโครงสร้างประชากรครอบครัว และวิถีชีวิตสังคมไทย จากนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จในอดีต รวมถึงความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการสาธารณสุข ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาวขึ้นภาวะเจริญพันธุ์และอัตราเกิดมีแนวโน้มลดลง โครงสร้างประชากรเริ่มเปลี่ยนแปลงไป นับจากปี 2513 เป็นต้นมา โดยประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ขณะที่ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบันพื้นที่ส่วนใหญ่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว รัฐบาลได้เห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้มีการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุไว้ใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา และมอบหมายให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติปัจจุบันใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ยังคงบรรจุมাত্রการในการให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมตามสาระสำคัญของปณิญาผู้สูงอายุไทย และสิทธิของผู้สูงอายุตาม หลักการขององค์การสหประชาชาติผ่านกิจกรรมโครงการมากมาย

จากปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปสู่สภาวะที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่วัยแรงงานและวัยเด็กลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้โครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป และจากการเปลี่ยนแปลงจากโครงสร้างทางสังคมของประเทศ จากสังคมการเกษตรไปสู่ภาคอุตสาหกรรม ส่งผลให้ลักษณะครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยว มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานโดยเฉพาะคนหนุ่มคนสาวที่ละทิ้งบ้านเกิดเข้าไปสู่สังคมเมือง ทำให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแล และถูกทอดทิ้งให้อยู่

โดดเดี่ยว และดำเนินชีวิตอยู่ตามลำพัง จากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับ การเปลี่ยนแปลงทั้งทาง เศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และค่านิยมต่าง ๆ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียด คับข้องใจ และ แยกตัวออกจากสังคม และเกิดอาการท้อแท้ในที่สุด ประกอบกับ วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญ กับการ ดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ ๆ คือต้องออกจากงาน รายได้ต่างๆ ลดลงเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบ อาชีพได้ ทำให้ไม่มีรายได้ ขณะเดียวกันแม้ภาครัฐยังมีนโยบายให้เงินสนับสนุนผู้สูงอายุในการเลี้ยงชีพแต่ ยังไม่ครอบคลุมในทุกภาคส่วน อีกทั้งยังจำนวนเงินที่รัฐบาลสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในการเลี้ยงชีพ เป็นเงินจำนวน 600 บาทต่อเดือนสำหรับผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี เป็นเงินจำนวน 700 บาท สำหรับผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี เป็นเงินจำนวน 800 บาทสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-89ปี และเป็นเงินจำนวน 1,000 บาท สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 90ปีขึ้นไปนั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน ที่ค่า ครองชีพสูง นอกจากนี้ปัญหาหลักทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเองที่มีภาวะเสื่อมโทรมลงตามวันและเวลา ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การเคลื่อนไหวที่ช้าลง สายตาเริ่มมองไม่ชัด การได้ยินลดลง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และความสามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยเดิม (Jitapunkul et al., 2001) จากการสำรวจ ที่ผ่านมามีพบว่าผู้สูงอายุที่อายุเฉลี่ย 75 ปี มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 3 โรค และต้อง รับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์อย่างน้อย 5 ชนิด (Lehman & Poindexter, 2006) และหนึ่งในสี่ของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจากปัญหาสุขภาพเป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรม ที่เคยทำได้ ร้อยละ 18.9 มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้นานกว่า 6 เดือน เป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาว เป็นเหตุให้มีค่าใช้จ่ายใน การดูแลสูงและต้องการคนดูแลตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางด้านจิตใจ และ สังคมอีกด้วย (Moon, 2001; Moriki-Durand, 2004) ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะส่งผลกระทบต่อถึงกันและกันเป็นวงจรไม่รู้จบ และมีผลให้คุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุลดลง นอกจากนั้นจากปัญหาดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเป็นภาระในการดูแลมากขึ้นจาก การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ หรืออัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุในปี 2537 เป็น 10.7 เพิ่มขึ้นเป็น 14.3 ในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 16.0 ในปี 2550 ประกอบกับสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ ตามลำพังในครัวเรือน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 6.3 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2550 และร้อยละ 56.7 ของผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังในครัวเรือน อยู่ได้โดยไม่มีปัญหา ที่เหลือร้อยละ 43.3 มี ปัญหา ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดคือ รู้สึกเหงาร้อยละ 51.2 ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ขณะที่ผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุของเยาวรัตน์ ประักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ (2549) พบว่าผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ต้องมีคนดูแลบางเวลาร้อยละ 52.2 และต้องมีคนดูแลตลอดเวลา ร้อยละ 10.2

จากผลกระทบบดังกล่าว ทำให้มีการคิดค้นเพื่อการดำเนินการค้นหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกและพึงพอใจ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระให้แก่ผู้อื่น และดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งหมายถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจึงมีความสำคัญ ส่วนการบรรลุความสำเร็จ คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตยืนยาว ผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่าคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงอยู่ที่การช่วยให้มีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค ดังนั้นการบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ พัฒนาสุขภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา และจากรายงานของสหประชาชาติพบจากปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุและบริการสุขภาพที่รองรับบริการสุขภาพในปัจจุบันในประเทศกำลังพัฒนานั้นส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (Bloom, Canning & Fink, 2011) ประชากรสูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะเฉพาะ ได้แก่ กระบวนการชราที่ทำให้กำลังสำรองลดลง มีโอกาสเกิดโรคหรือภาวะทุพพลภาพสูง มักมีโรคหรือปัญหาทางสุขภาพหลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกัน เกิดผลแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาได้ง่าย เกิดปัญหาสังคมได้ง่าย ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี และทัศนคติที่ไม่ดีต่อความชราและผู้สูงอายุและผู้ดูแล และต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมอันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นจึงมุ่งเน้นการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงเพียงพอ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองโดยไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง (Keleher & Murphy, 2004) ไม่เพียงแต่จะมุ่งเพื่อการให้บริการรักษาและดูแลผู้สูงอายุ ในยามเจ็บป่วยเท่านั้น แม้กระนั้นก็ตามมีผู้สูงอายุจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะประเทศไทยกำลังประสบปัญหาภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และขาดการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลและการบริการสุขภาพต่อไปด้วย ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วน โดยมีลักษณะในเชิงรุก และมีการประสานงานการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกัน นอกจากนั้นยังต้องครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยมีการ

ดำเนินการที่เป็นระบบและสนับสนุนต่อเนื่องตั้งแต่ระดับ การสาธารณสุขมูลฐาน การบริการระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ ไปจนถึงการบริการระดับตติยภูมิ ในการพัฒนาระบบบริการและหน่วยการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งความต้องการและความพร้อมของการให้บริการควบคู่กันไป (Jitapunkul, 2001) และจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแลผู้สูงอายุจึงควรมุ่งเพื่อการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังแต่อย่างใด จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยทั่วไปนั้นมักจะมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองเป็นหลัก โดยมีเครือข่ายของครอบครัวและชุมชนเป็นส่วนที่สนับสนุน แต่จากจากปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไปบุตรหลานของผู้สูงอายุจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าไปทำงานในเมือง หรือในนิคมอุตสาหกรรม เพื่อนำรายได้มาจุนเจือครอบครัว ผลกระทบที่ตามมาคือผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว และดำเนินชีวิตอยู่ตามลำพังแม้ว่าอาจเป็นช่วงสั้น ๆ ในช่วงกลางวัน ในเวลาที่ลูกหลานจำเป็นต้องไปทำงาน เมื่อผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อาทิเช่น การให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมชีวิต ในประจำวัน ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร รับประทานยา ความต้องการการดูแลเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ และไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

การพัฒนาหน่วยงานบริการที่ให้บริการผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องการความช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น สามารถทำได้หลากหลายวิธี แนวทางหนึ่งคือการให้บริการแบบไปกลับ การบริการแบบไปกลับนั้นส่งผลต่อผู้สูงอายุที่สามารถอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองและสามารถได้รับการดูแลจากสถานบริการที่มีผู้ให้บริการความรู้ความสามารถในแต่ละสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ญาติหรือผู้ดูแลได้รับประโยชน์จากการให้บริการแบบไปกลับโดยการที่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ โดยไม่สูญเสียรายได้หรือประโยชน์ที่ควรได้รับ ขณะที่ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในการบริการได้ จากการพัฒนาแบบบริการแบบไปกลับในต่างประเทศอาทิเช่นใน ประเทศแถบยุโรป หรือ สหรัฐอเมริกาพบว่ามีการเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและ ประสิทธิภาพของผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยเหล่านี้พบว่าเป็นที่น่าพึงพอใจ อีกทั้งยังสามารถลดการเกิดปัญหาสุขภาพระหว่างที่ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านคนเดียวและลดค่าบริการรักษาพยาบาลที่ใช้รักษาอาการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นเป็นบริบทของต่างชาติซึ่งมีมายาวนานนั้น ในวัฒนธรรมของชาติตะวันตก การดูแลหรือการให้บริการผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างจากวัฒนธรรมของคนในเอเชียอย่างสิ้นเชิง ในวัฒนธรรมคนเอเชียโดยเฉพาะคนไทยนั้นผู้สูงอายุ เป็นที่เคารพรักของ

ลูกหลาน เป็นผู้อาวุโสที่มีประสบการณ์ เป็นผู้นำของครอบครัว ดังนั้นการนำผู้สูงอายุไปรับบริการแบบไปกลับเหมือนในเด็กเล็ก ลูกหลานในครอบครัวอาจถูกตำหนิจากญาติพี่น้องหรือสังคมเรื่องการละทิ้งผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุเองอาจเกิดผลกระทบทางจิตใจที่อาจคิดว่าลูกหลานเอามาละทิ้งได้ประกอบกับในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในต่างประเทศนั้นมีการพัฒนาขึ้นมาอย่างต่อเนื่องอย่างมีระบบและมีความหลากหลาย สำหรับประเทศไทยนั้นแม้จะมีการพัฒนาขึ้นมาแต่ยังไม่พบความแพร่หลายในบริการแบบไปกลับ และจากเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับขึ้น ในการศึกษาในระยะแรกนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาหาความต้องการรูปแบบการบริการแบบไปกลับตามความต้องการของผู้ใช้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาต่อยอดเพื่อให้ได้รูปแบบการบริการที่เหมาะสม ตามบริบทของคนไทย ทั้งนี้ เพื่อจุดมุ่งหมายสูงสุดคือให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์งานวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีระยะเวลาในการดำเนินการ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

ซึ่งการวิจัยนี้เป็นการดำเนินการในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพื่อเป็นบริการทางเลือกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลช่วยในช่วงเวลากลางวัน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบุรีรัมย์มีอายุ 20 ปีขึ้นไปจำนวน 384 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการในให้บริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ และดำเนินการ ต่อเนื่อง 3 ปี ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะที่ 1 คือ ศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดการดูแลแบบไปกลับในบริบทของประเทศอเมริกา ไต้หวัน และประเทศไทย
2. แนวคิดการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม

แนวคิดการดูแลแบบไปกลับในประเทศสหรัฐอเมริกา

การดูแลแบบไปกลับสำหรับผู้สูงอายุหมายถึงการดูแลแบบไปกลับสำหรับผู้สูงอายุมีรูปแบบการบริการ เกี่ยวข้องในการดูแลเรื่องปัญหาสุขภาพกาย ใจ และสังคมของผู้สูงอายุ และการบริการเป็นการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในช่วงเวลาทำงานปกติอย่างน้อย 4 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมงต่อวัน (Fairholm, 2001) โดยมีวัตถุประสงค์ ของการดูแลคือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันจนถึงผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องการผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุในระยะเริ่มแรกนั้นพบว่ามีการพัฒนาตั้งแต่เริ่ม ค.ศ. 1930 ซึ่งเป็นรูปแบบของโรงพยาบาลแบบกลางวันของผู้ป่วยจิตเวชในกรุงมอสโก ประเทศรัสเซีย ขณะนั้นโรงพยาบาลแบบกลางวัน ที่สร้างขึ้นเพื่อบริการสำหรับผู้ที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Moore, Geboy, & Weisman, 2006) การบริการที่ โรงพยาบาลแบบกลางวัน นั้นผู้ป่วยจะได้รับการติดตามการดูแลหรือการรักษาในช่วงเวลากลางวัน และกลับบ้านในเวลากลางคืน หลังจากที่มีการพัฒนาการบริการ โรงพยาบาลแบบกลางวันของผู้ป่วยจิตเวชในกรุงมอสโก ประเทศรัสเซีย แล้วต่อมาใน ปี ค.ศ. 1960 ประเทศอังกฤษได้พัฒนา โรงพยาบาลแบบกลางวันสำหรับผู้สูงอายุขึ้น (Alkaema, Wilber, & Enguidanos, 2007; Tester, 2001) และในช่วงท้ายของปี ค.ศ. 1960 แนวคิดของการบริการ โรงพยาบาลแบบกลางวันได้นำไปใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยจิตแพทย์ชาวอังกฤษที่นำแนวคิดไปใช้ในโรงพยาบาลเซอร์รี ในรัฐ นอร์ทคาโรไลนา ขณะนั้นผู้ป่วยที่มาใช้บริการในช่วงกลางวัน ผู้ป่วยจะเข้ามารับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลก่อนออกไปใช้ชีวิต

ตามปกติภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว (Moore et al., 2006; O’Keeffe & Siebenaler, 2006) สำหรับการพัฒนาความต้องการของผู้ป่วยในด้านทักษะทางสังคม และลดการรักษาทางการแพทย์ หรือการรักษาด้วยยาในรูปแบบการดูแลแบบไปกลับนั้นเริ่ม ใน ค.ศ. 1970 ดังนั้นรูปแบบการบริการที่เน้น การดูแลด้านสังคมเป็นหลักนั้นจึงเปลี่ยนชื่อเรียกว่าเป็นศูนย์ดูแลแบบกลางวัน ซึ่งลักษณะการดูแลแบบ กลางวันสำหรับผู้ป่วยในขณะนั้น เน้นการบริการแบบเป็นการดูแลทั่ว ๆ ไป ที่ครอบคลุมการบริการเรื่อง การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย หรืออาบน้ำ และไม่เน้นการดูแลเรื่องบริการการ รักษา (Moore et al., 2006) ซึ่งการบริการดังกล่าวนี้ เป็นการบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ที่ เกี่ยวข้องทั้งหลาย และเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในระยะต่อมาในศตวรรษที่ 1980 (Gaugler & Zarit, 2001) ในปัจจุบันนี้ศูนย์ดูแลแบบไปกลับนั้น ส่วนใหญ่ครอบคลุมบริการทางสังคมและบริการการดูแล รักษาบางประเภท ที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ ศูนย์ดูแลแบบไปกลับ หรือแบบกลางวันนั้นเป็นสถานที่ ที่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยระหว่างกลางวัน และเป็นสถานที่ที่มี ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแล และมีจำนวนเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยอีกด้วย (NADSA, 2010). จากวัตถุประสงค์ในการพัฒนาศูนย์ดูแลแบบไปกลับ หรือแบบกลางวันเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มี ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่ที่บ้าน หรือในชุมชน และเป็นการลดภาระในการดูแลของ สมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการศูนย์ดูแลแบบไปกลับ หรือแบบกลางวันจึงได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในประเทศในแถบ ยุโรป และอเมริกา สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้นศูนย์ดูแลแบบไปกลับ หรือแบบกลางวันได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา (Schmitt, Sands, Weiss, Dowling, & Covinsky, 2010). และในปี ค.ศ. 2010 นั้นมีศูนย์ ดูแล ถึง 4600 ศูนย์และมีผู้เข้ารับบริการ มากกว่า 260,000 คน (The Metlife National Study of Adult Day Services, 2010).

รูปแบบของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวัน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศ สหรัฐอเมริกานั้น มี 3 รูปแบบ ประกอบด้วย รูปแบบที่เน้นทางสังคม รูปแบบที่เน้นทางการแพทย์ และ รูปแบบเฉพาะ (NADSA, 2010)

รูปแบบที่มีแนวคิดทางสังคมนั้นจะมุ่งเน้นการบริการที่ มีอาหาร การจัดกิจกรรมสันทนาการ มีกิจกรรมสุขภาพบางกิจกรรม มีกิจกรรมสำหรับผู้ที่มีปัญหาเรื่องการรับรู้ หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตร ประจำวัน กิจกรรมที่มีศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันอาทิเช่น เกมส์ งานฝีมือ งานศิลปะ กิจกรรมสันทนาการ (NADSA, 2010; Silverstein et al., 2010) รูปแบบที่มีแนวคิดเน้นทางการแพทย์

หรือเน้นดูแลสุขภาพนั้นจะมีกิจกรรมคล้ายคลึงกับศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในรูปแบบที่มีแนวคิดทางสังคม แต่จะมุ่งเน้นบริการเรื่องการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูอาทิเช่น การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด O’Keeffe & Siebenaler, (2006) กล่าวว่า บางครั้งรูปแบบกิจกรรมก็จะประกอบไปด้วย ทั้งกิจกรรมที่เน้นเรื่องสังคมและทางการรักษาสำหรับรูปแบบเฉพาะนั้นจะมีบริการสำหรับกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะ เช่นกลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDS กลุ่มที่มีปัญหาจากการได้รับอุบัติเหตุทางสมอง หรือมีปัญหาสุขภาพจิต

งานบริการในศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวัน

ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ให้บริการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบำบัด และการจัดสันตนาการ และ การบริการสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้มารับบริการ (Jarrott, Zarit, Berg, & Johansson, 1998) ในส่วนของการบำบัดและการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น O’Keeffe and Siebenaler (2006) ได้กล่าวว่าทั้งสองบริการนั้นจะเป็นงานบริการหลักที่สำคัญ อย่างไรก็ตาม ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในแต่ละแห่งนั้นจะมีกิจกรรมที่แตกต่างกันออกไป กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นนั้นมักจะออกแบบเพื่อเพิ่มให้ผู้มารับบริการมีสมรรถดีขึ้น และส่วนใหญ่ก็จะมุ่งเน้นในการพัฒนาสมรรถนะของการรับรู้ และสมรรถนะทางกายของผู้ป่วย (O’Keeffe & Siebenaler, 2006) กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นครอบคลุม กิจกรรมการออกกำลังกาย ดนตรีบำบัด การทำอาหาร ศิลปะบำบัด กิจกรรมการฝึกทักษะต่าง ๆ และ กิจกรรมการกระตุ้นการรับรู้ หรือการทบทวนความจำ (Jarrott, et al., 1998) กิจกรรมบางกิจกรรมที่ดำเนินการนั้นไม่ได้ช่วยแค่ให้ผู้สูงอายุสามารถมีสมรรถนะด้านร่างกาย และความจำดีขึ้นแต่ยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถหลับพักผ่อนได้ดีในตอนกลางคืนอีกด้วย การที่ผู้สูงอายุสามารถหลับพักผ่อนได้ดีในช่วงเวลากลางคืน ส่งผลดีต่อผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้นและอาจช่วยลดภาวะเครียดของผู้ดูแลได้ด้วย Fairholm (2001) ได้กล่าวว่าการบริการในสถานบริการแบบไปกลับนั้นส่วนใหญ่มีการบริการการดูแลสุขภาพที่หลากหลายสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกาย จิต และสังคม รวมทั้งเป็นสถานที่ ที่เป็นที่พักผ่อน ออกกำลังกาย หรือสถานที่ ที่ผู้ป่วยมาพบปะ พูดคุย ทั้งนี้อาจรวมกับการสนับสนุนบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การส่งเสริม และการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาทำงานปกติ ทำวันต่อสัปดาห์

คุณลักษณะศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศสหรัฐอเมริกา

O'Keeffe and Siebenaler (2006) ได้กล่าวว่าลักษณะของ ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวัน นั้นต้องคำนึงถึง สถานที่ตั้ง การบริหารจัดการ กลุ่มเป้าหมาย และ ข้อจำกัดของผู้มารับบริการ ส่วนของสถานที่นั้นควรหลีกเลี่ยงให้ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันมีลักษณะคล้ายสถานบริการมากเกินไป ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการเข้ามารับบริการนั้นจะเป็นตัวกำหนดคุณภาพของทั้งโครงสร้าง และ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ดังนั้นศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันจำเป็นต้องตัดสินใจว่าจะมีกิจกรรมอะไรบ้าง ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันควรจะเป็นหน่วยงานที่มีความเป็นอิสระในการบริหารงานและควรมีความสัมพันธ์กับ โรงพยาบาล หรือศูนย์ดูแลแบบระยะยาว หลาย ๆ แห่ง

จากรายงานของ National Adult Day Care Services Association (1997) พบว่าผู้ที่เข้ามารับบริการมีอายุเฉลี่ย 76 ปี สองในสามของผู้ที่เข้ามารับบริการเป็นผู้หญิง หนึ่งในสี่ อยู่คนเดียว สามในสี่อาศัยอยู่กับคู่สามีหรือภรรยาหรือกับสมาชิกในครอบครัว และร้อยละ 55 ของผู้เข้ามารับบริการ มีความต้องการการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 2 กิจกรรมหรือมากกว่า และ ร้อยละ 41 ของผู้เข้ามารับบริการ มีความต้องการการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 3 กิจกรรมหรือมากกว่า และจากรายงานของ Wake Forest University School of Medicine (2002) พบว่าผู้ที่เข้ามารับบริการในศูนย์ดูแลแบบไปกลับมีอายุเฉลี่ย 72 ปี ร้อยละ 35 ของผู้เข้ารับบริการอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 20 ของผู้เข้ารับบริการอาศัยอยู่กับคู่สามีหรือภรรยา ร้อยละ 52 ที่เข้ามารับบริการมีปัญหาเรื่องการสูญเสียการรับรู้ ผู้เข้ามารับส่วนใหญ่ที่เข้ามารับบริการนั้นผู้สูงอายุมีความต้องการผู้ดูแลในการช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว หรือการเปลี่ยนท่าทางเช่น การนั่งที่เก้าอี้ เป็นที่ยืนที่หนึ่งไปที่ การรับประทานยา อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีความต้องการการช่วยเหลือมากกว่า หนึ่งกิจกรรม และจากการศึกษา O'Keeffe and Siebenaler (2006) พบว่าลูกค้าที่เข้ามารับบริการ ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวัน นั้นมีอายุเฉลี่ย 72 ปี และกลุ่มผู้รับบริการเหล่านี้มากกว่าครึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีปัญหาเรื่องข้อจำกัดการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีความต้องการการดูแล เช่นการรับประทานยา การรับประทานยา การเดิน และการเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

มาตรฐานการดูแลของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันนั้นขึ้นอยู่กับรัฐแต่อย่างไรก็ตามตามผู้ดูแลต้องได้รับการพัฒนาตามมาตรฐานของ National Institution of Adult Day Care (NIAD) และต้องผ่านการประเมินจนมีคุณภาพก่อนการปฏิบัติงาน (Travis, 1993) สำหรับค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการนั้นขึ้นอยู่กับ กิจกรรมที่ให้บริการและขึ้นอยู่กับรัฐนั้น ๆ ส่วนใหญ่ประมาณ 185 ดอลลาร์ต่อวัน ซึ่ง

ถือว่ามีราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับศูนย์ดูแลแบบพักค้าง หรือการที่จ้างผู้ดูแลมาดูแลที่บ้าน (Fairholm, 2001)

แนวทางการดูแลแบบไปกลับในประเทศไต้หวัน

ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวันนั้นส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานที่รัฐจัดตั้งขึ้น และเป็นบริการเน้นชุมชนเป็นหลัก งานบริการนั้นมีทั้งอยู่ใน โรงพยาบาลและในชุมชน (Wang, Wu, & Chen, 2010) ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวัน นั้นเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 และในปี ค.ศ. 2005 นั้นมีถึง 455 ศูนย์ ศูนย์เหล่านี้อยู่ภายใต้การดูแลของ 2 หน่วยงานคือ หน่วยงานสุขภาพ หรืองาน ประกันสังคมขึ้นกับลักษณะของผู้รับบริการ ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวันแบ่ง ออกเป็น 3 ประเภท ประเภทที่ 1 คือศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการระดับปานกลางถึงมาก และมี ข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน อย่างน้อย 3 กิจกรรม ประเภทที่ 2 เป็นศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่ มี ข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวันอย่างเดียว และประเภทที่ 3 เป็นศูนย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี หรือลักษณะคล้ายคลึงกับศูนย์ผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา

ลักษณะของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวันส่วนใหญ่เน้นผู้ที่เข้ามาใช้บริการ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว แต่ครอบครัวต้องออกไปทำงานในตอนกลางวัน ส่วนใหญ่อายุ ระหว่าง 65- 74 ปี และมีปัญหาอย่างน้อย 1 เรื่องคือ มีภาวะสมองเสื่อม หรือ มีข้อจำกัดในการดำเนิน กิจกรรมประจำวัน (Yang, 2002) การบริการส่วนใหญ่เน้นเรื่อง การดูแลสุขภาพทางกาย กิจกรรมส่งเสริม สมรรถนะทางกายและการรับรู้ มีอาหารให้ 1 มื้อ และกิจกรรมที่มีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Wang, et al., 2010) ส่วนใหญ่รูปแบบการบริการปรกติจะคล้ายคลึงกัน อาจมีความแตกต่างเล็กน้อยขึ้นกับ หน่วยงานที่ดูแลกำกับ สถานที่ตั้งของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันจะอยู่ใน ชุมชน และอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานประกันสุขภาพ และสถานที่ตั้งของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบ กลางวันของไต้หวันจะต้องมีการตรวจสอบถึงความปลอดภัยของสถานที่ โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ สมองเสื่อม และบุคลากรก็จะต้องมีการกำหนดหน้าที่ ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทย

ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าจะดำเนินการโดยโรงพยาบาล และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยหน่วยงานท้องถิ่น ลักษณะงานบริการที่ดำเนินการเน้น เรื่องการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และบริการการสนับสนุนเช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ต่อมาในปี ค.ศ. 2007 ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทยมีหน่วยงานภาคเอกชน และโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาดำเนินการและเรียกชื่อว่า โรงพยาบาลแบบกลางวัน ซึ่งบริการดังกล่าวมีลักษณะคล้ายคลึงการทำกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงที่จะส่งต่อจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน ภายหลังที่ผ่านการดูแลจากการเจ็บป่วยหนัก หรือสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นภาวะสมองเสื่อม อัมพาต และผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปรูปแบบศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทยเป็นลักษณะผสมผสานระหว่างกิจกรรมการรักษาและ กิจกรรมทางสังคม โดยกิจกรรมที่ดำเนินการนั้น จะดำเนินการโดยสหสาขาวิชาชีพ ทั้งจาก บุคลากรในโรงพยาบาล บุคลากรทางการศึกษา และ กลุ่มทางสังคม เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย

จากการศึกษารูปแบบศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทยพบว่า มีอยู่ 2 แห่ง แห่งแรกคือที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และแห่งที่ 2 คือ ที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ทั้ง สอง แห่งเป็นโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะของการบริการเน้นเรื่องการบริการทางการแพทย์ การบำบัดรักษาและการฝึกทักษะด้านการรับรู้ ซึ่งงานบริการนี้จะบริการผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาแล้ว โดยให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

สำหรับรูปแบบศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทยสำหรับที่ให้บริการผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีข้อจำกัดในการดำรงชีวิตนั้นสำหรับประเทศไทยยังเป็นช่วงเริ่มต้น ดังนั้นจึงมีข้อคำถามมากมายถึงรูปแบบที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุและญาติ และอยู่ภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรมที่ประชาชนคนไทยคุ้นเคย หน่วยงานไหนควรเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ค่าใช้จ่ายในการบริการนั้นสามารถเบิกจ่ายจากองค์กรใด การพัฒนา รูปแบบศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทยนั้นจำเป็นต้องได้รับการศึกษาและพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม ข้อมูลจากการวิจัยที่ได้รับจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนานโยบายสุขภาพของชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กมล สดประเสริฐ (2540) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่าเป็นการวิจัยที่จัดกระทำโดยผู้ปฏิบัติการเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ไขปัญหาโดยทันที และต้องมีการดำเนินการร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยอาศัยกระบวนการทำงานร่วมกันในการค้นหาปัญหาและข้อโต้แย้งร่วมกันเป็นกลุ่ม การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยเป็นกระบวนการที่ใช้เสียงข้างมากในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ สุภาภรณ์ จันทวานิช (2550) ที่กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัยตั้งแต่ขั้นการระบุปัญหา การดำเนินการ การติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล เป็นการวิจัยที่นำแนวคิด 2 ประการมาผสมผสานกันคือ ปฏิบัติการ (action) หมายถึงกิจกรรมที่โครงการวิจัยต้องดำเนินการ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วปฏิบัติการมักเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาด้านใดด้านหนึ่ง และการมีส่วนร่วม (participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่ง แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย ในขณะที่นักวิชาการบางท่านกล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเดินทางไปสู่การพัฒนา (journey of development) โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เป็นอยู่ไปสู่สิ่งที่สามารถเป็นไปได้ ทั้งในระดับปัจเจกชนและระดับสังคมโดยทั่วไประหว่างการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่กระบวนการวิจัย ซึ่งใช้แนวทางความร่วมมือ (collaborative approach) ระหว่างนักวิจัยกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders)

Pearse and Stiefel (1981) ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึงการที่กลุ่มประชาชนหรือกระบวนการที่มีสมาชิกของชุมชนที่กระทำออกมาในลักษณะของการทำงานร่วมกันที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วมกัน ความสนใจร่วมกัน มีความต้องการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายร่วมกัน

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) หมายถึง การวิจัยที่ประยุกต์แนวคิดและวิธี ของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) และ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory research) เพื่อมุ่งแก้ปัญหาหรือพัฒนา หรือมุ่งปรับเปลี่ยนบางสิ่งบางอย่างภายในชุมชนหรือองค์กรของตน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นทั้งการวิจัย การบริหาร การพัฒนาและการทำงานเพื่อการแก้ปัญหาในเวลาเดียวกันโดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยจะร่วมกันวิเคราะห์สภาพการณ์ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง จากนั้นจึงกำหนดแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพที่พึงประสงค์มีการกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์นั้นแล้ววางแผนไปสู่

การปฏิบัติ ในช่วงปฏิบัติงานตามแผนจะมีการติดตามและตรวจสอบผลการดำเนินงานเพื่อการปรับปรุงแก้ไขและเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามแผนก็จะมีการประเมินผลสรุป โดยภาพรวมแล้วมีข้อมูลย้อนกลับโดยในขั้นตอนต่างๆ อาศัยเทคนิควิธีการหลากหลายวิธีในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนามาวิเคราะห์ประกอบการตัดสินใจ ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ เช่นการใช้แบบสอบถาม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การบันทึกรายวันหรือการบันทึกภาพ เป็นต้น

เทคนิคพื้นฐานของการมีส่วนร่วม

ในปัจจุบันแนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องอาศัยกระบวนการกลุ่มเป็นเทคนิคพื้นฐานเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุดและบรรลุเป้าหมายในการพัฒนา กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นมีเทคนิคหลากหลายซึ่งแต่ทุกเทคนิคมีเป้าประสงค์อันเดียวกันคือการพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาตนเอง ครอบคลุม ชุมชน และสังคมโดยรวม ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะ 4 กระบวนการคือ การสนทนากลุ่ม (focus group) การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (participatory rural appraisal : PRA) การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (appreciation influence control : AIC) และการสร้างอนาคตร่วมกัน (future search conference : FSC) มีรายละเอียดดังนี้ (สุรพล ขยภพ, 2552)

1. การสนทนากลุ่ม (focus group) การสนทนากลุ่ม เป็นกระบวนการ ตัดสินใจร่วมกัน (group decision) ของประชาชนในชุมชนในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมี ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) เป็นผู้ที่ย่อยจุดประเด็นการสนทนาเพื่อชักจูงให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางการสนทนาอย่างกว้างขวางและลึกซึ้งโดยในการสนทนาแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วยสมาชิกประมาณ 6-10 คน ซึ่งคัดเลือกมาจากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดเอาไว้ การสนทนากลุ่มเป็นกระบวนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างลึกซึ้ง ที่ผู้นำการสนทนาต้องสร้างความสนิทสนมและความเป็นกันเองกับผู้ร่วมการ สนทนาที่จะมีข้อโต้แย้งหลากหลายซึ่งเป็นความขัดแย้งที่เกิดจากความเชื่อพื้นฐานของแต่ละคนจึงต้องเข้าใจธรรมชาติของแต่ละคนที่จะนำไปสู่การเปิดใจยอมรับความรู้ความสามารถของผู้อื่นซึ่งจะช่วยให้การสนทนากลุ่มบรรลุเป้าหมายตามความต้องการ

2. การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (participatory rural appraisal :PRA)

การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพของชุมชนและชีวิตปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตรวจสอบข้อมูล รับฟังเหตุผลของกันและกันและหาข้อสรุปร่วมกัน โดยมีผู้ทำ PRA เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการพูดคุยและ

แลกเปลี่ยน บนพื้นฐานของความเคารพและความเสมอภาค การทำ PRA ที่ดีจะช่วยให้ชาวบ้านตระหนักถึงปัญหาของตนเองซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและการลงมือกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยตนเองต่อไปกระบวนการ PRA จึงเป็นกระบวนการที่นอกจากจะช่วยให้ได้รับข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในชุมชนและความต้องการของชาวบ้านแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพและศักยภาพของชาวบ้าน สร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของและเปิดโอกาสให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนในพื้นที่อีกด้วย ซึ่งหลักการทำ PRA ต้องอยู่บนพื้นฐานสำคัญคือความเชื่อมั่นในศักยภาพของชาวบ้าน การให้ความสำคัญกับความคิดที่มาจากประสบการณ์จริงและสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน การเน้นการระดมพลังในชุมชนเพื่อแก้ปัญหา และการสนับสนุนให้ชาวบ้านเป็นผู้กระทำและมีบทบาทหลักในการดำเนินการ

3. การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (appreciation influence control: AIC)

การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ เป็นการระดมพลังสมองเพื่อแก้ปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ เป็นการประชุมระดมสมองที่ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ชัดจำกัดความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ งานที่ได้จากการประชุมมาจากความคิดของคนทุกคน

A - Appreciation คือการยอมรับความคิดเห็นความรู้สึกร่วมกันของเพื่อนสมาชิกเข้าใจข้อจำกัดของแต่ละคน ไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

I - Influence คือการใช้ประสบการณ์/ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ร่วมกัน

C - Control คือการนำยุทธศาสตร์ วิธีการมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด สมาชิกจะประเมินว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดและรับไปปฏิบัติด้วยความเต็มใจเกิดเป็นพันธสัญญา ข้อผูกพันแก่ตนเอง เพื่อควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

4. การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (future search conference : FSC)

กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน เป็นกระบวนการประชุมสร้างอนาคตแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในชุมชน เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมของกลุ่มและสร้างจิตสำนึกพันธสัญญาในการพัฒนาร่วมกัน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ

1) การวิเคราะห์เหตุการณ์ในอดีต เพื่อเชื่อมโยงสภาพการณ์ ในปัจจุบันและอนาคต

2) การวิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจในทิศทางและปัจจัยที่มีอิทธิพลในประเด็นหลักการประชุม

3) การสร้างจินตนาการถึงอนาคตที่พึงปรารถนา เพื่อร่วมกันคิด วิเคราะห์และเลือกกำหนดแนวทางไปสู่อนาคตร่วมกัน

การจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมแบบ FSC นั้น สำนักมาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการและสำนักมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย (2545) ได้จัดกลุ่มไว้ดังนี้

1) กลุ่มเฉพาะ (stakeholder) ได้แก่กลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะบางประการร่วมกัน เช่น การมีส่วนร่วมได้ส่วนเสียร่วมกัน กลุ่มเฉพาะจะมีมุมมอง ประสบการณ์ ความชำนาญเฉพาะด้านซึ่งมีคุณค่าในการพิจารณาที่ละเอียดในด้านนั้นๆ

2) กลุ่มผสม (mixed group) ได้แก่กลุ่มที่มีความแตกต่างหลากหลาย เช่นในกลุ่มอาจจะประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติระดับสูง ผู้ปฏิบัติระดับกลาง ผู้ปฏิบัติระดับล่าง ความหลากหลายของสมาชิก ทำให้ได้ข้อมูล ข้อคิดเห็น ประสบการณ์หลายด้านที่ครอบคลุมมีความเชื่อมโยงด้านต่างๆ นอกจากนี้ยังเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันที่เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกภายในกลุ่ม

3) กลุ่มสนใจ (self-selected group) ได้แก่กลุ่มที่สมาชิกภายในกลุ่มได้ตัดสินใจเลือกประเด็นที่กลุ่มได้รวบรวมจัดลำดับไว้แล้ว การตัดสินใจเลือกประเด็นเป็นการตัดสินใจส่วนบุคคล สมาชิกที่สนใจประเด็นเดียวกันจะรวมตัวกันเป็นกลุ่มสนใจในประเด็นนั้นๆ เพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมาย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนวิจัยโดยมุ่งเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย และผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยอันมีขั้นตอนปลีกย่อยดังนี้

1.1 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี คือการเข้าไปใกล้ชิดกับผู้ร่วมวิจัย พูดคุยแนะนำให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมายและความต้องการส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยอันทำให้เกิดความไว้วางใจในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสามารถหาการวิเคราะห์ คาดหมายสภาพการณ์และปัญหาของการดำเนินงานที่อาจเกิดขึ้นและสามารถเตรียมรับมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การสำรวจ ศึกษาชุมชน เป็นขั้นตอนการศึกษาข้อมูลทางกายภาพและแหล่งทรัพยากรภายในชุมชน รวมถึงการศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมือง ซึ่งโดยมากจะใช้แบบสังเกต สมุดบันทึกและถ่ายภาพสถานที่ต่างๆ รวมถึงการศึกษาข้อมูลจาก

เอกสาร หลักฐานจากหน่วยงานราชการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง และใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน หรือผู้สูงอายุเพื่อทราบประวัติความเป็นมาของชุมชน

1.3 การคัดเลือกชุมชน มีหลายหลักการในการคัดเลือกเช่นยึดหลักการเลือกชุมชนต้องการศึกษาที่ โดยยึดปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน หรือในที่ที่ชุมชนเข้มแข็งจะยึดหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน

1.4 การเข้าสู่ชุมชน ก่อนเข้าสู่ชุมชนต้องมีข้อมูลรอบด้าน เช่น จำนวนประชากร ปรากฏชาวบ้าน ครัวภูมิปัญญา หรือการสำรวจชุมชนด้วยตัวเอง

1.5 การเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งมักจะมีการเตรียม 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นคนในชุมชนหรือผู้ร่วมวิจัย เพื่อเข้าใจกระบวนการ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย กลุ่มที่สองเป็นนักพัฒนา โดยทั่วไปหมายถึงผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่รัฐ ซึ่งมักเป็นกลุ่มประสานความร่วมมือ อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ ทรัพยากร และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มนักวิจัยที่ต้องทำความเข้าใจให้ตรงกันเกี่ยวกับเรื่องที่จะวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนย่อยได้ดังนี้

2.1 การศึกษาและการวิเคราะห์ปัญหา ในขั้นตอนนี้จะเน้นการวิเคราะห์และการให้การศึกษา โดยเน้นไปที่กระบวนการเรียนรู้โดยการปฏิบัติ โดยใช้วิธีอภิปราย เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีทั้งสนทนาระดับกลุ่ม ระดับบุคคลเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ

2.2 การพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโครงการ คือการวิเคราะห์และประเมินความต้องการและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

2.3 การกำหนดแผนงาน และการจัดการ ตัดสินใจร่วมกันเพื่อคัดเลือกโครงการและกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการ เพื่อมั่นใจว่าโครงการที่ได้รับการเลือกเป็นโครงการและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ ดังนั้นหลังจากผ่านขั้นตอนที่ 2.1 แล้ว ผู้วิจัยควรใช้วิธีการกระตุ้นให้ชาวบ้านมีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหา การกำหนดโครงการและกิจกรรมที่จะดำเนินการ

2.4 การปฏิบัติตามโครงการ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยต้องใช้วิธีการสอบถามกันในกลุ่มหรือในคณะทำงาน เพื่อการดำเนินการคือ ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่และอย่างไรอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในขั้นนี้มักเป็นเรื่องการมีส่วนร่วมในการวิจัย บางครั้งอาจพบปัญหาชาวบ้านขาดความสนใจในการมีส่วนร่วม ขาดความรู้ความเข้าใจอันดีต่อกระบวนการและผลประโยชน์ของการทำวิจัยมองเห็นว่าการวิจัยต้องอาศัยเทคนิคความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะและการวิจัยไม่เกี่ยวกับปากท้องการทำมาหากินของพวกเขาและยังไม่มีค่าตอบแทนในการร่วมกิจกรรมการวิจัย การให้ความร่วมมือจึงไม่ต่อเนื่อง การเข้าร่วมงานวิจัยของชาวบ้านจึงเป็นไปโดยเน้นการรับฟังสิ่งที่ผู้วิจัยและนักพัฒนาคิดเป็นหลัก

3. ระยะการติดตามและประเมินโครงการ เป็นขั้นตอนการวัดผลสำเร็จของโครงการโดยทั่วไป ผู้วิจัยจะร่วมกับผู้ร่วมวิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลที่เป็นผลของการวิจัยว่าครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ จากนั้น จึงมีการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์และจัดเวทีเพื่อนำเสนอผลการวิจัยเพื่อเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง คณะผู้วิจัยกับชุมชน รวมถึงการสานต่อให้ผู้ร่วมวิจัยไปดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาต่อไปในขั้นตอน นี้ต้องอาศัยการมีความเข้าใจที่ถูกต้อง การมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และการมีความกระตือรือร้นของฝ่าย ต่างๆ การที่มีความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยสร้างการตรวจสอบงานวิจัยและการมีเครื่องมือประเมิน ผลการวิจัยว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้างจะทำให้ทุกฝ่าย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Par action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังรายละเอียด

ส่วนที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือประชากรเป็นผู้ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่และไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้นขนาดตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่างของ W.G. Cochran โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 (กัลยา วาณิชยปัญญา, 2549) ซึ่งสูตรในการคำนวณที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

$$\text{สูตร } n = \frac{P(1 - P)Z^2}{E^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดตัวอย่าง

P แทน สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำลังสุ่ม .50

Z แทน ระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ Z มีค่าเท่ากับ 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (ระดับ .05)

E แทน ค่าความผิดพลาดสูงสุดที่เกิดขึ้น = .05

ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากผู้ที่มีรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยสุ่มจากลำดับการเข้ารับบริการโดยเลือกผู้ที่เข้ารับบริการในเลขคี่ ในช่วงระยะเวลาที่เข้ารับบริการระหว่างเดือน มิถุนายน – ตุลาคม 2556

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 เป็นขั้นตอนการสัมภาษณ์เพื่อค้นหาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการในให้บริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมีจำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

การหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเองโดยการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ให้มีความเหมาะสมกับสิ่งที่จะวัด กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาโดยนำทฤษฎีและข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมากรอบเนื้อหาที่ต้องการค้นหาคำตอบมาสร้างแบบสอบถาม นำเครื่องมือหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมเนื้อหาและโครงสร้าง หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องของเนื้อหา

3. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วมาทดลอง (tryout) กับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) และความสะดวกในการนำเครื่องมือไปใช้ โดยพิจารณาจากคำตอบและการตอบของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1990)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 10 ท่าน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยโดยผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด การอธิบายการให้คำคะแนนของแบบสัมภาษณ์ แนวทางในการแนะนำตัวของผู้วิจัย แบบฟอร์มการเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของข้อมูลในการทำวิจัยที่ผู้วิจัยต้องอธิบายให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ในคู่มือให้กับผู้ช่วยนักวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายและสาธิตการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย เริ่มต้นตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย การขอความร่วมมือ วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ วิธีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง การตรวจสอบข้อมูลเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย จากนั้นให้ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสาธิตให้ผู้ช่วยนักวิจัยดูเป็นตัวอย่าง 2 ครั้ง หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยนักวิจัยทดลองสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูล 2-3 ครั้งจนได้ข้อมูลตรงกับที่ผู้วิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 1 โดยการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ซึ่งมีรายละเอียดการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือ ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา นายกเทศบาลตำบลแสนสุข เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายกเทศบาลตำบลแสนสุขเพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยยึดหลักสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินวิจัย

2. ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูลกับหัวหน้างานแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยสุ่มเลือกผู้รับบริการที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกตามหมายเลขที่เข้ารับการบริการโดยเลือกเฉพาะผู้ที่มีหมายเลข

4. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลในการศึกษาวิจัยและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเก็บผลเป็นความลับและจะแสดงผลโดยรวม โดยไม่มีผลกระทบกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถ

สอบถามผู้วิจัยได้และ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการทำวิจัย และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยทุกคนก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์

5. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสัมภาษณ์ได้ด้วยตนเองผู้วิจัยและทีมเป็นผู้อ่านแบบสัมภาษณ์และให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่ 2 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ และนายกเทศบาลตำบลแสนสุข ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าส่วนงาน เพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยยึดหลักสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัยจากนั้นสุ่มรายชื่อบุคลากรโดยการฉลาก จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน และเวลาในการสัมภาษณ์และดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลในการศึกษาวิจัยและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเก็บผลเป็นความลับและจะแสดงผลโดยรวม โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้และ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการทำวิจัย และ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยทุกคนก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้อธิบาย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขั้นตอนในการศึกษาวิจัย และผลลัพธ์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้นำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยและเพื่อนำไปพัฒนางานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น ข้อมูลที่เก็บครั้งนี้ไม่มีการระบุ ชื่อ หรือ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างแต่จะลงเลขรหัสแทน และจะเก็บเป็นความลับ เอกสารหรือข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะทำลายหลังจากการนำเสนอข้อมูลแล้ว 1 ปี เมื่อกลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาโดยละเอียด เข้าใจรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงให้ลงนามในใบยินยอมและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทำการใช้ค่าสถิติต่างๆ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในเชิงเนื้อหา (narrative summary)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาครั้งนี้ มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ เป็นผู้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาและมีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 384 คน ที่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในส่วนที่ 2 เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการในให้บริการสุขภาพในแต่ละสาขาวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุจำนวน 50 คน และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายโดยแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 สรุปผลความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตามแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

362.110846

114265

๓.๔

354974

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ ศาสนา สถานภาพ สมรส อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ (N= 384)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	137	35.7
หญิง	247	64.3
ศาสนา		
พุทธ	375	97.7
คริสต์	2	0.5
อิสลาม	7	1.8
สถานภาพ		
โสด	77	20.1
สมรส	214	55.7
หม้าย หย่า แยก	93	24.2
อายุ		
< 40 ปี	159	41.4
40-50	110	28.6
50-60	65	16.9
60 ปีขึ้นไป	50	13.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	5.2
มัธยมศึกษา/ ปวช.	79	20.6
อนุปริญญา / ปวส.	23	6.0
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	262	68.2

ตารางที่ 1จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ (N= 384) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	35	9.1
รับจ้าง	166	43.2
ธุรกิจส่วนตัว	60	15.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	123	32.1
รายได้		
< 6,000 บาท	10	2.6
6,001-10,000 บาท	80	20.8
10,000-20,000 บาท	136	35.4
20,000-30,000 บาท	100	26.1
30,000 บาทขึ้นไป	58	15.1

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.3 อายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 41.4นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 68.2 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 43.2 มีรายได้ระหว่าง10,000 -20,000 บาท ร้อยละ 35.4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำแนกตาม เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ (N= 50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	30
หญิง	35	70
ศาสนา		
พุทธ	50	100
สถานภาพ		
โสด	21	52
สมรส	29	58
อายุ		
< 30 ปี	5	10
30 - 40 ปี	16	32
40 -50 ปี	8	16
50-60 ปี	7	14
60 ปีขึ้นไป	14	28
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	10	20
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	10
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	35	70
อาชีพ		
รับจ้าง	10	20
พนักงานมหาวิทยาลัย	26	52
รับราชการ	5	10
ข้าราชการบำนาญ	9	18
รายได้		
<10,000 บาท	10	20
10,000-20,000 บาท	5	10
20,000-30,000 บาท	10	20
30,000 บาทขึ้นไป	25	50

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นเพศหญิงร้อยละ 70 นับถือศาสนาพุทธ มีอายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 32 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 58 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 70 ประกอบอาชีพพนักงานมหาวิทยาลัยร้อยละ 52 มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไปร้อยละ 50

ส่วนที่ 3 จำนวนและร้อยละของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รายข้อแสดงไว้ ดังตารางที่ 3 4 และ 5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสภาวะปัญหาผู้สูงอายุและผู้ดูแล (N= 384)

สภาวะปัญหาผู้สูงอายุและผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ท่านมีผู้สูงอายุพักอยู่ในบ้านเดียวกับท่าน		
มี	272	70.80
ไม่มี	112	29.20
ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านที่พักอยู่ในบ้านเดียวกับท่าน		
มีภาวะสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	211	77.57
มีโรคประจำตัวและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนโดยไม่ต้องมีผู้ดูแล	35	12.86
มีโรคประจำตัวสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนและต้องมีผู้ดูแล	25	9.19
มีโรคประจำตัวและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องมีผู้ดูแล	1	.38
ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่บ้านกับใครเมื่อท่านออกไปทำงานนอกบ้าน		
อยู่คนเดียว	149	54.77
อยู่กับญาติ	79	29.04
อยู่กับลูกหลาน	37	13.60
อยู่กับผู้ดูแลจากศูนย์บริการเอกชน	7	2.57
ปัจจุบันท่านจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยเฉพาะ		
ไม่จ้าง	265	97.43
จ้าง	7	2.57
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ท่านจ้างในปัจจุบัน		
ชาวไทย	4	57.14
ชาวต่างชาติ	3	42.86
ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ท่านจ้างในปัจจุบัน		
มีความรู้และผ่านการอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่ได้มาตรฐานรองรับ	1	14.29
ไม่มีความรู้และไม่ผ่านการอบรมใด ๆ แต่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน	6	85.71

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอยู่ในบ้านร้อยละ 70.80 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่พักในบ้านมีภาวะสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 77.57 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวเมื่อกลุ่มตัวอย่างออกไปนอกบ้านร้อยละ 54.77 ร้อยละ 97.43ของกลุ่มตัวอย่างไม่จ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 2.57 ที่มีการจ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นชาวไทยร้อยละ 54.14 และผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 85.71 ไม่มีความรู้และไม่ผ่านการอบรมใด ๆ แต่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รายข้อ (N= 384)

ความต้องการ	จำนวน/ร้อยละ		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
ด้านสถานที่ของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ			
ควรมีห้องหรือพื้นที่ส่วนกลางสำหรับทำกิจกรรมร่วมกัน	307 (79.9%)	39 (10.2%)	38 (9.9%)
ควรมีบริเวณที่เป็นสนามหญ้าหรือสวนหย่อมเพื่อใช้ในพักผ่อน	288 (75.0%)	40 (10.4%)	56 (14.6%)
ควรมีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายกลางแจ้ง	282 (73.4%)	65 (16.9%)	37 (9.6%)
ควรมีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายในร่ม	286 (74.5%)	61 (15.9%)	37 (9.6%)
มีห้องนอนพักเป็นสัดส่วน	233 (60.7%)	71 (18.5%)	80 (20.8%)
ควรมีตู้เก็บของส่วนตัวที่เป็นสัดส่วน	317 (82.6%)	9 (2.3%)	58 (15.1%)
ควรมีห้องทำกิจกรรมทางศาสนา	341 (88.8%)	23 (6.0%)	20 (5.2%)
ควรมีห้องรับประทานอาหารส่วนกลาง	337 (87.8%)	27 (7.0%)	20 (5.2%)
ควรมีห้องพักผ่อน/ดูทีวี ส่วนกลาง	354 (92.2%)	30 (7.8%)	-
ด้านการบริการของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ			
ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง	344 (89.6%)	18 (4.7%)	22 (5.7%)
ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพฟันให้ผู้สูงอายุ ปีละ 2 ครั้ง	353 (91.9%)	21 (5.5%)	10 (2.6%)
ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีให้ผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง	380 (99%)	1 (.3%)	3 (.8%)
ควรมีการจัดเตรียมอาหารกลางวัน และอาหารว่างให้ผู้สูงอายุ	352 (91.7%)	20 (5.2%)	12 (3.1%)
ควรมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องทั่วไปให้แก่ผู้สูงอายุ	358 (93.2%)	13 (3.4%)	13 (3.4%)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ
ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รายข้อ (N= 384) (ต่อ)

ความต้องการ	จำนวน/ร้อยละ		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ			
ควรมีกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ	323 (84.1%)	11 (2.9%)	50 (13.0%)
ควรมีบริการรถรับส่งที่บ้าน	319 (83.1%)	23 (6.0%)	42 (10.9%)
ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงไปโรงพยาบาลเมื่อแพทย์นัด	341 (88.8%)	25 (6.5%)	18 (4.7%)
ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงไปโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	357 (93.0%)	14 (3.6%)	13 (3.4%)

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าสถานบริการแบบไปกลับควรมีห้องหรือพื้นที่ส่วนกลางสำหรับทำกิจกรรมร่วมกันร้อยละ 79.9 มีบริเวณที่เป็นสนามหญ้าหรือสวนหย่อมเพื่อใช้ในพักผ่อนร้อยละ 75 มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายกลางแจ้งร้อยละ 73.4 มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายในร่มร้อยละ 74.5 มีห้องนอนพักเป็นสัดส่วนร้อยละ 60.7 มีตู้เก็บของส่วนตัวที่เป็นสัดส่วนร้อยละ 82.6 มีห้องทำกิจกรรมทางศาสนาร้อยละ 88.8 มีห้องรับประทานอาหารส่วนกลางร้อยละ 87.8 และมีห้องพักผ่อน/ดูทีวี ส่วนกลางร้อยละ 92.2 สำหรับความต้องการด้านการบริการของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้งร้อยละ 89.6 ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพฟันให้ผู้สูงอายุ ปีละ 2 ครั้งร้อยละ 91.9 ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีให้ผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้งร้อยละ 99 ควรมีการจัดเตรียมอาหารกลางวัน และอาหารว่างให้ผู้สูงอายุร้อยละ 91.7 ควรมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องทั่วไปให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.2 ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหรือกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.5 ควรมีกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุร้อยละ 84.1 ควรมีบริการรถรับส่งที่บ้านร้อยละ 81.3 ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงไปโรงพยาบาลเมื่อแพทย์นัดร้อยละ 88.8 และ ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงไปโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินร้อยละ 93.0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ
ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รายข้อ (N= 384)

ความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการให้มีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนของท่าน		
ต้องการ	294	76.6
ไม่ต้องการ	60	15.6
ไม่แน่ใจ	1	.3
เฉย ๆ	29	7.6
ถ้ามีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนของท่าน ท่านมีความสนใจไปใช้บริการ	-	
สนใจที่ใช้บริการ	285	74.2
ไม่สนใจที่ใช้บริการ	1	.3
ไม่แน่ใจ	3	.8
เฉย ๆ	95	24.7
ถ้ามีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนของท่านมีประโยชน์ต่อท่าน		
มีประโยชน์มาก	360	93.8
มีประโยชน์น้อย	2	.5
ไม่มีประโยชน์	1	.3
ไม่แน่ใจ	21	5.5

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้มีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชน ร้อยละ 76.6 มีความสนใจไปใช้บริการสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ร้อยละ 74.2 และคิดว่าถ้ามีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนมีประโยชน์มากต่อกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 93.8

ส่วนที่ 4 สรุปผลความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตามแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมโดยทีมผู้วิจัยได้เข้าไปทำความเข้าใจกับหัวหน้าหน่วยงาน เจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ หัวหน้าแผนก กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันวางแผนงานในการดำเนินการประชุมเพื่อค้นหาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งข้อสรุปจากการประชุมนั้นได้กำหนดประเด็นที่ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังนี้ ประเด็นเรื่องโครงสร้างสถานที่และความปลอดภัย ประเด็นเรื่องกิจกรรมหรืองานบริการ ประเด็นเรื่องบุคลากรที่ให้บริการ ประเด็นเรื่องค่าบริการ และประเด็นเรื่องประโยชน์ของการดำเนินการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ประเด็นเรื่องโครงสร้างสถานที่และความปลอดภัย

ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าเรื่องที่ตั้งของสถานที่ ควรเป็นสถานที่ที่มีการคมนาคมสะดวก อาจเป็นพื้นที่ในชุมชน หรือในโรงพยาบาลที่มีพื้นที่เฉพาะ ไม่ควรจัดไว้ในส่วนเดียวกับอาคารโรงพยาบาลเพราะจะทำให้คล้ายกับคนป่วย สถานที่ควรเป็นที่สงบเงียบ ใกล้เคียงธรรมชาติ หรือมีต้นไม้ สนามหญ้า ไม่แออัด สำหรับอาคารสถานที่นั้น ควรมีพื้นที่มากพอที่จะให้บริการ ควรจะมีการกำหนดพื้นที่ห้องให้เป็นสัดส่วนเช่นพื้นที่สำหรับการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น พื้นที่สำหรับพักผ่อนดูทีวี ฟังเพลง ห้องพระ มุมอ่านหนังสือ พื้นที่สำหรับรับประทานอาหารและห้องโถงที่สามารถทำกิจกรรมร่วมกัน สำหรับห้องพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้พักในตอนกลางวันนั้นสามารถทำได้ทั้งห้องแยก และห้องรวมที่ผู้สูงอายุได้นอนพักด้วยกัน อาคารนั้นควรจะต้องติดตั้งทั้งห้องที่มีพัดลม แอร์ และสามารถเปิดโล่งเพื่อให้สามารถรับลมได้ และสำหรับความสะอาดของอาคาร ห้องบริเวณภายในอาคารต้องมีความสะอาด ทำให้น่าอยู่ นอกจากนี้ห้องส้วมห้องอาบน้ำนั้นควรจะเป็นไปตามมาตรฐานของอาคารสถานที่ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาคารควรเน้นเรื่องระบบความปลอดภัย เช่น การจัดทำทางลาด ทางเชื่อม ราวบันได และแสงสว่างภายในอาคารเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุ

ประเด็นเรื่องกิจกรรมหรืองานบริการ

ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่ากิจกรรมบริการที่จัดในสถานบริการ การดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตามความต้องการควรมีบริการหรือมีกิจกรรมดังรายละเอียดต่อไปนี้

งานบริการด้านสุขภาพ ควรมีการดำเนินกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพเบื้องต้น การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำเดือนโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปีโดยแพทย์ของโรงพยาบาล การตรวจสุขภาพฟัน การนวดแผนไทย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกรณีการให้ความรู้ด้านสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นควรเน้นการฝึกปฏิบัติที่สามารถทำได้ด้วยตนเองมากกว่าความรู้ในทางทฤษฎี

งานบริการฟื้นฟูสภาพนั้นเป็นงานานบริการการฟื้นฟูสมรรถนะของร่างกาย โดยเฉพาะ เช่นการบริการกายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด

กิจกรรมศาสนา เช่นการสวดมนต์ การไหว้พระ การดำเนินกิจกรรมทางศาสนาเช่น นิมนต์พระมารับบิณฑบาต เป็นต้น

กิจกรรมสันทนาการ เช่นกิจกรรมการสนทนากลุ่ม การร้องเพลง การเล่นดนตรี การออกกำลังกาย การว่ายน้ำ การเดินรำ การทำงานฝีมือ งานวาดภาพระบายสี งานศิลปะ หรือกิจกรรมรื่นเริงต่างๆที่สามารถฝึกสมอง ฝึกกล้ามเนื้อ เน้นการผ่อนคลายเป็นหลัก ซึ่งควรมีกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อให้มีทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้กำลังมาก และ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจทำ ซึ่งประเด็นกิจกรรมสันทนาการนั้นอาจเป็นกิจกรรมจากบุคลากรหลากหลายสาขาวิชาชีพหรือการเปิดโอกาสให้สัตตสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือต้องการผู้ช่วยเหลือ คือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การเดินการทรงตัว การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่นการออกกำลังกาย เป็นต้น

กิจกรรมสนับสนุนเช่นการมีบริการรถรับส่งจากบ้านมาสถานบริการ การจัดรถรับส่งเมื่อต้องไปพบแพทย์ และควรมีรถพยาบาลฉุกเฉินไว้บริการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

กิจกรรมสนับสนุนอาทิเช่น การมีบริการจัดเตรียมอาหารกลางวัน หรืออาหารว่างสำหรับผู้สูงอายุทั้งนี้ อาจเป็นบริการเสริมซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุมีความชอบเรื่องการรับประทานอาหารแตกต่างกัน

ประเด็นเรื่องบุคลากรที่ให้บริการ

ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าบุคลากรที่ให้บริการในสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ควรมีลักษณะดังรายละเอียดต่อไปนี้ บุคลากรที่ให้บริการ ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ และเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ผู้ช่วยพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากสถาบันที่มีการรับรองมาตรฐาน ในกรณีที่เป็นผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ดูแลนั้น ควรมีการกำกับดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนั้นควรเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ มีความเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการ และมีจิตบริการ สำหรับจำนวนบุคลากรที่ให้บริการนั้นควรจัดให้มีความเหมาะสมกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีในการดูแล ขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเป็นหลัก อาทิเช่นในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อจำกัดควรจัดให้มีผู้ดูแล 1 ต่อ 1 หรือกรณีที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนอาจมีผู้ดูแล 5-10 คน ต่อผู้สูงอายุ 10 คน เป็นต้น

ประเด็นเรื่องค่าบริการ

ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าค่าบริการในสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ควรมีลักษณะดังรายละเอียดต่อไปนี้ ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นสวัสดิการที่หน่วยงานของรัฐจ่ายให้ หรือกรณีที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง ค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อคนต่อวันนั้น ราคาค่าบริการ วันละ 100-150 บาทต่อวันเป็นราคาที่เหมาะสมและสามารถจ่ายได้ ทั้งนี้ในส่วนค่าใช้จ่ายที่ระบุนี้ไม่รวมค่าอาหาร ค่ารถรับส่งและวัสดุสิ้นเปลือง เช่น แผ่นรองความสะอาด เป็นต้น สำหรับระยะเวลาที่ให้บริการปกติในแต่ละวันนั้นควรจะเริ่มตั้งแต่ 08.00 -16.00 น สำหรับกรณีที่ลูกหลานต้องไปทำงานเช้าและกลับช้านั้นควรคิดค่าบริการเพิ่มขึ้นกับข้อตกลงการเข้ารับบริการ

ประเด็นเรื่องประโยชน์ของการดำเนินการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีความสำคัญและประโยชน์มากเนื่องจาก

ผู้สูงอายุส่วนมากจะมีความต้องการในการใช้บริการกลางวันมากกว่ากลางคืน

ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและสภาพจิตใจ หากครอบครัวบุคคลในครอบครัวต้องทำงานนอกบ้านช่วงกลางวัน

ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะได้มีทางเลือกในการให้บริการโดยที่ญาติ หรือผู้ดูแลจะได้ไปทำงานได้

การบริการที่ดำเนินการเป็นการดูแลแทนญาติ ในช่วงเวลาที่ญาติไปทำงาน

การดูแลช่วงกลางวันมีความสำคัญมากเนื่องจากถ้าผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวจะมี ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ หรือชีวิต เช่น อาจเกิดการพลัดตกหกล้ม การกินยาไม่สม่ำเสมอ ภาวะ ซึมเศร้า หรือ อาการของโรคที่อาจกำเริบแล้วไม่มีผู้ดูแล

การดูแลช่วงกลางวันเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน และสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ในระหว่างที่อยู่กับบุคลากรที่มีความรู้ทางการแพทย์

- การดูแลช่วงกลางวันมีความสำคัญมาก เนื่องจากลูกหลานไม่มีเวลา ทำให้เป็นการ แบ่งเบาภาระลูกหลาน นอกจากนั้นลูกหลานมีความมั่นใจที่จะมาฝากไว้ให้ผู้ดูแลแทน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 โดยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 1 เป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังรายละเอียด

กลุ่มตัวอย่างส่วนที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือประชากรเป็นทีมารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา มีอายุ 20 ปีขึ้นไปสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัย จำนวน 384 คน

กลุ่มตัวอย่างส่วนที่ 2 เป็นขั้นตอนการสัมภาษณ์เพื่อค้นหาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการในให้บริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมีจำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายน – ตุลาคม 2556

3. นำข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในเชิงเนื้อหา (Narrative summary)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน

ผลการศึกษาส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.3 อายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 41.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 68.2 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 43.2 มีรายได้ระหว่าง 10,000 - 20,000 บาทร้อยละ 35.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน ร้อยละ 70.80 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่พักในบ้านมีภาวะสุขภาพดีและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 77.57 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวเมื่อกลุ่มตัวอย่างออกไปนอกบ้านร้อยละ 54.77 ร้อยละ 97.43 ของกลุ่มตัวอย่างไม่จ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 2.57 ที่มีการจ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นชาวไทยร้อยละ 54.14 และร้อยละ 85.71 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความรู้และไม่ผ่านการอบรมใด ๆ แต่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน

สำหรับความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านสถานที่ของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าสถานบริการแบบไปกลับควรมีห้องหรือพื้นที่ส่วนกลางสำหรับทำกิจกรรมร่วมกันร้อยละ 79.9 มีบริเวณที่เป็นสนามหญ้าหรือสวนหย่อมเพื่อใช้ในพักผ่อนร้อยละ 75 มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายกลางแจ้งร้อยละ 73.4 มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายในร่มร้อยละ 74.5 มีห้องนอนพักเป็นสัดส่วนร้อยละ 60.7 มีตู้เก็บของส่วนตัวที่เป็นสัดส่วนร้อยละ 82.6 มีห้องทำกิจกรรมทางศาสนาร้อยละ 88.8 มีห้องรับประทานอาหารส่วนกลางร้อยละ 87.8 และ มีห้องพักผ่อน/ดูทีวี ส่วนกลางร้อยละ 92.2 สำหรับความต้องการด้านการบริการของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้งร้อยละ 89.6 ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพพันให้ผู้สูงอายุ ปีละ 2 ครั้งร้อยละ 91.9 ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีให้ผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้งร้อยละ 99 ควรมีการจัดเตรียมอาหารกลางวัน และอาหารว่างให้ผู้สูงอายุร้อยละ 91.7 ควรมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องทั่วไปให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.2 ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.5 ควรมีกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุร้อยละ 84.1 ควรมีบริการรถรับส่งที่บ้านร้อยละ 81.3 ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อแพทย์นัดร้อยละ 88.8 และ ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินร้อยละ 93.0 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้มีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชน ร้อยละ 76.6 มีความสนใจไปใช้

บริการสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับร้อยละ 74.2 และคิดว่าถ้ามีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนมีประโยชน์มากต่อกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 93.8

ผลการศึกษาส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตามแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การดำเนินการศึกษาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 50 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 นับถือศาสนาพุทธ มีอายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 32 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 58 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 70 ประกอบอาชีพพนักงานมหาวิทยาลัยร้อยละ 52 และมีรายได้มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไปร้อยละ 50

สำหรับผลการศึกษาที่ได้จากข้อสรุปจากการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจากการสามารถสรุปประเด็นทั้งหมดดังนี้ ประเด็นเรื่องโครงสร้างสถานที่และความปลอดภัย ประเด็นเรื่องกิจกรรมหรืองานบริการ ประเด็นเรื่องบุคลากรที่ให้บริการ ประเด็นเรื่องค่าบริการ และประเด็นเรื่องประโยชน์ของการดำเนินการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ดังรายละเอียด

ประเด็นเรื่องโครงสร้างสถานที่และความปลอดภัยผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าเรื่องที่ตั้งของสถานที่ ควรเป็นสถานที่ที่มีการคมนาคมสะดวก อาจเป็นพื้นที่ในชุมชนหรือในโรงพยาบาลที่มีพื้นที่เฉพาะ ไม่ควรจัดไว้ในส่วนเดียวกับอาคารโรงพยาบาลเพราะจะทำให้คล้ายกับคนป่วย สถานที่ควรเป็นที่สงบเงียบ ใกล้ธรรมชาติ หรือมีต้นไม้ สนามหญ้า ไม่แออัด สำหรับอาคารสถานที่นั้น ควรมีพื้นที่มากพอที่จะให้บริการ ควรจะมีการกำหนดพื้นที่ห้องให้เป็นสัดส่วนเช่นพื้นที่สำหรับการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่นพื้นที่สำหรับพักผ่อนดูทีวี ฟังเพลง ห้องพระ มุมอ่านหนังสือ พื้นที่สำหรับรับประทานอาหารและห้องโถงที่สามารถทำกิจกรรมร่วมกัน สำหรับห้องพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้พักในตอนกลางวันนั้น สามารถทำได้ทั้งห้องแยก และห้องรวมสำหรับผู้สูงอายุได้นอนพักด้วยกัน อาคารนั้นควรจะต้องจัดตั้งห้องที่มีพัดลม แอร์ และสามารถเปิดโล่งเพื่อให้สามารถรับลมได้ และสำหรับความสะอาดของอาคาร ห้องบริเวณภายในอาคารต้องมีความสะอาด ทำให้น่าอยู่นอกจากนี้ห้องส้วมห้องอาบน้ำนั้นควรจะเป็นไปตามมาตรฐานของอาคารสถานที่ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาคารควรเน้นเรื่องระบบความปลอดภัย เช่น การจัดทำทางลาด ทางเชื่อม ราวบันได และแสงสว่างภายในอาคารเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุ

ประเด็นเรื่องกิจกรรมหรืองานบริการผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่ากิจกรรมบริการที่จัดในสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตามความต้องการควรมีบริการหรือมีกิจกรรมดังรายละเอียดต่อไปนี้ งานบริการด้านสุขภาพ ควรมีการดำเนินกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพเบื้องต้น การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำเดือนโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปีโดยแพทย์ของ

โรงพยาบาล การตรวจสุขภาพฟัน การนวดแผนไทย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกรณีการให้ความรู้ด้านสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นควรเน้นการฝึกปฏิบัติที่สามารถทำได้ด้วยตนเองมากกว่าความรู้ในทางทฤษฎี งานบริการฟื้นฟูสภาพนั้นเป็นงานบริการการฟื้นฟูสมรรถนะของร่างกายโดยเฉพาะ เช่นการบริการกายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด กิจกรรมศาสนาเช่นการสวดมนต์ การไหว้พระ การดำเนินกิจกรรมทางศาสนาเช่นนิมนต์พระมารับบิณฑบาต เป็นต้น กิจกรรมสันทนาการ เช่นกิจกรรมการสนทนากลุ่ม การร้องเพลง การเล่นดนตรี การออกกำลังกาย การว่ายน้ำ การเดินรำ การทำงานฝีมือ งานวาดภาพระบายสี งานศิลปะ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่สามารถฝึกสมอง ฝึกกล้ามเนื้อ เน้นการผ่อนคลายเป็นหลัก ซึ่งควรมีกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อให้มีทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้กำลังมาก และ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจทำ ซึ่งประเด็นกิจกรรมสันทนาการนั้นอาจเป็นกิจกรรมจากบุคลากรหลากหลายสาขาวิชาชีพหรือการเปิดโอกาสให้นิสิตสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือต้องการผู้ช่วยเหลือ คือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การเดินการทรงตัว การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่นการออกกำลังกาย เป็นต้น กิจกรรมสนับสนุนเช่นการมีบริการรถรับส่งจากบ้านมาสถานบริการ การจัดรถรับส่งเมื่อต้องไปพบแพทย์ และควรมีโรงพยาบาลฉุกเฉินไว้บริการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน กิจกรรมสนับสนุนอาทิเช่น การมีบริการจัดเตรียมอาหารกลางวัน หรืออาหารว่างสำหรับผู้สูงอายุทั้งนี้ อาจเป็นบริการเสริมซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุมีความชอบเรื่องการรับประทานอาหารแตกต่างกัน ประเด็นเรื่องบุคลากรที่ให้บริการ ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าบุคลากรที่ให้บริการในสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ควรมีลักษณะดังรายละเอียดต่อไปนี้ บุคลากรที่ให้บริการ ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ และเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ผู้ช่วยพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากสถาบันที่มีการรับรองมาตรฐาน ในกรณีที่เป็นผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ดูแลนั้นควรมีการกำกับดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ควรเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ มีความเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการ และมีจิตบริการ สำหรับจำนวนบุคลากรที่ให้บริการนั้นควรจัดให้มีความเหมาะสมกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีในการดูแล ขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเป็นหลัก อาทิเช่นในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อจำกัดควรจัดให้มีผู้ดูแล 1 ต่อ 1 หรือกรณีที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนอาจมีผู้ดูแล 5-10 คน ต่อผู้สูงอายุ 10 คน เป็นต้น

ประเด็นเรื่องค่าบริการผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าค่าบริการในสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ควรมีลักษณะดังรายละเอียดต่อไปนี้ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นสวัสดิการที่หน่วยงานของรัฐจ่ายให้ หรือกรณีที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง ค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อคนต่อวันนั้น ราคาค่าบริการ วันละ 100-150 บาทต่อวันเป็นราคาที่เหมาะสมและสามารถจ่ายได้ ทั้งนี้ในส่วนค่าใช้จ่ายที่ระบุนี้ไม่รวมค่าอาหาร ค่ารถรับส่งและวัสดุสิ้นเปลือง เช่น แผ่นรองความสะอาด เป็นต้น สำหรับระยะเวลาที่ให้บริการปกติในแต่ละวันนั้นควรจะเริ่มตั้งแต่ 08.00 -16.00 น สำหรับกรณีที่ลูกหลานต้องไปทำงานเช้าและกลับช้านั้นควรคิด

-ค่าบริการเพิ่มขึ้นกับข้อตกลงการเข้ารับบริการ

ประเด็นเรื่องประโยชน์ของการดำเนินการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีความสำคัญและประโยชน์มากเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากจะมีความต้องการในการใช้บริการกลางวันมากกว่ากลางคืน ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและสภาพจิตใจ หากครอบครัว บุคคลในครอบครัวต้องทำงานนอกบ้าน ช่วงกลางวัน ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะได้มีทางเลือกในการให้บริการโดยที่ญาติ หรือผู้ดูแลจะได้ไปทำงานได้ การบริการที่ดำเนินการเป็นการดูแลแทนญาติ ในช่วงเวลาที่ญาติไปทำงาน การดูแลช่วงกลางวันมีความสำคัญมากเนื่องจากถ้าผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ หรือชีวิต เช่น อาจเกิดการพลัดตกหกล้ม การกินยาไม่สม่ำเสมอ ภาวะซึมเศร้า หรืออาการของโรคที่อาจกำเริบแล้วไม่มีผู้ดูแล การดูแลช่วงกลางวันเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันและสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ในระหว่างที่อยู่กับบุคลากรที่มีความรู้ทางการแพทย์ การดูแลช่วงกลางวันมีความสำคัญมาก เนื่องจากลูกหลานไม่มีเวลาทำให้เป็นการ แบ่งเบาภาระลูกหลาน นอกจากนั้นลูกหลานมีความมั่นใจที่จะมาฝากไว้ให้ผู้ดูแลแทน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลนั้นมีผู้สูงอายุที่ต้องดูแลอยู่ในบ้านถึงร้อยละ 70. 80 แสดงให้เห็นได้ว่าปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุและต้องการการดูแลจากลูกหลานหรือญาติ จำนวนไม่น้อยโดยเฉพาะในเขตจังหวัดชลบุรี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2555) ที่ศึกษาการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2554 พบว่าแนวโน้มที่ชัดเจนคือ ผู้สูงอายุอาศัยกับบุตรลดลง และการอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้น ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวปรากฏทั้งในเมืองและชนบท โดยผู้สูงอายุในชนบทมีสัดส่วนของผู้ที่อาศัยกับบุตรน้อยกว่าในเมือง ในขณะที่มีสัดส่วนผู้ที่อยู่คนเดียว อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสสูงกว่า เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่ม

ตัวอย่างที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพานั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยในจังหวัดชลบุรี และจังหวัดใกล้เคียง โดยลักษณะของพื้นที่ส่วนใหญ่อาศัยในชุมชนเมืองเป็นหลัก ซึ่งปัญหาเรื่องการย้ายถิ่นของบุตรในวัยแรงงานอาจจะมีน้อยเมื่อเทียบกับ ผู้สูงอายุที่อาศัยกับบุตรที่มีที่พักอาศัยในเขตชนบท ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างนั้นส่วนใหญ่มีสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 77.57 ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2555) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าผู้สูงอายุบอกว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากถึงร้อยละ 42.7 และ กาญจนา และคณะ (2553) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนบอกว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากร้อยละ 19.8 ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจเป็นประเด็นการรับรู้เรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตรงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ตัวผู้สูงอายุได้ประเมินตนเองดังนั้นจึงอาจทำให้เกิดความแตกต่างกันได้

ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องออกไปข้างนอกหรือไปทำงานร้อยละ 54.77 จากการศึกษาของสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2555) ที่พบว่าแนวโน้มที่ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านคนเดียวในบางเวลานั้นเนื่องจากบุตรหลานจำเป็นต้องออกไปทำงาน ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอาจเกิดปัญหาขาดผู้ดูแล และ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่จ้างมาจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านการอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่ได้มาตรฐาน รองรับ แต่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อนร้อยละ 85.71 จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่กลุ่มตัวอย่างได้จ้างมาดูแลผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมจากสถาบันหรือหน่วยงานที่ได้มาตรฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในต่างประเทศ เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องมีความรู้ทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ (National Association of Social Workers, 2010) สำหรับผู้ดูแลที่รับจ้างเพื่อดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่มาจากศูนย์บริการเอกชนที่ประกอบกิจการในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในอดีตนั้นอาจไม่ได้มีการควบคุมมาตรฐานการดูแลจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ จากปัญหาเรื่องผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นและมีความต้องการผู้ดูแลจำนวนมากขณะผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นไม่ได้รับการอบรมจากหน่วยงานที่มีมาตรฐานทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเสี่ยงต่อการได้รับการดูแลที่ไม่มีมาตรฐาน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ให้ความสำคัญและออกประกาศกำหนดให้การประกอบกิจการในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและพยายามกำหนดกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งมาตรฐานการศึกษาของบุคลากรที่การดูแลผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2552 (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2553) ทั้งนี้ผลจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลอาจเป็นผู้ดูแลที่ยังไม่ได้เข้าไปสู่ระบบการศึกษาตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดจึงเป็นเหตุผลที่ไม่ได้รับการอบรมอย่างถูกต้อง

ความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับจากการวิเคราะห์ความต้องการในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับพบว่ารูปแบบการจัดบริการของกลุ่มตัวอย่างทั้งข้อมูลในเชิงปริมาณและคุณภาพมีความสอดคล้องกันคือการบริการที่ต้องการนั้นส่วนใหญ่เรื่องสถานที่ให้บริการควรมีมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมโดยรอบนั้นสะอาด การเดินทางสะดวก สำหรับการบริการเป็นการบริการแบบผสมผสานระหว่างแนวคิดของรูปแบบการดูแลทางสังคมกับการดูแลในรูปแบบการบริการทางการแพทย์ คือเน้นการบริการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เน้นการบริการแบบเป็นการดูแลทั่ว ๆ ไป ที่ครอบคลุมการบริการเรื่อง การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ หรือกิจกรรมสันทนาการ และการดูแลเรื่องบริการการรักษาบางเรื่องที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ซึ่งคล้ายคลึงกับการบริการศูนย์ดูแลแบบไปกลับบางส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา (NADSA, 2010) สำหรับรูปแบบการดูแลที่เน้นทางสังคม (social model) Hsiung (2003) กล่าวว่า รูปแบบการดูแลที่มีแนวคิดเชิงสังคมคือ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมการดำเนินชีวิตในประจำวันที่แตกต่างกัน กิจกรรมในศูนย์ดูแลนี้เป็นกิจกรรมด้านการให้ความรู้ การบริการอาหาร และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ สำหรับรูปแบบการดูแลแบบการแพทย์ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีความต้องการในการช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ บริการจะรวมถึงงานบริการทางการแพทย์ และบริการทางการแพทย์ อาทิเช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด กิจกรรมต่าง ๆ การบริการโภชนาการ (Hsiung, 2003)

จากผลการศึกษาการบริการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาต้องการนั้นมีความแตกต่างกับศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศไต้หวันที่มีการแบ่งระดับความรุนแรงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ชัดเจนดังนั้นการบริการของ ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวันแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ประเภทที่ 1 คือศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการระดับปานกลางถึงมาก และมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน อย่างน้อย 3 กิจกรรม ประเภทที่ 2 เป็นศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างเดียว และประเภทที่ 3 เป็นศูนย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี หรือลักษณะคล้ายคลึงกับศูนย์ผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา ดังนั้นศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศไต้หวันจะมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่า (Hsiung, 2003)

สำหรับงานบริการการดูแลตามแนวคิดความต้องการบริการของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศไทยนั้นยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องนำไปวิเคราะห์รูปแบบและนำไปศึกษาหาความต้องการจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำไปพัฒนางานวิจัยเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการต่อไป

2. ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ
ในเชิงลึก

บรรณานุกรม

- กมล สดประเสริฐ. (2540). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประสานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
- กัลยา วาณิชบัญชา. (2549). *สถิติสำหรับงานวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา พิบูลย์ ภารภัทร เฮงอุดมทรัพย์ Callen, B เวธกา กลิ่นวิจิต พวงทอง อนินใจ และ คณินิจอุสุมาศ. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สำนักมาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการและสำนักมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน*. กรุงเทพฯ: เอส อาร์ พรินติ้ง แมสโปรดักส์.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์. (2549). *การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2553). *ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. *วารสารสภาพยาบาล*, 25(3), 5-10.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2550). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Alkema, G. E., Wilber, K. H., & Enguidanos, S. M. (2007). Community- and facility-based care. In J. A. Blackburn & C. N. Dulmus (Eds.), *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Fink, G. (2011). *Implications of population aging for economic growth*. Massachusetts Harvard School of Public Health.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing*. New York. Hyper Medical Book.
- Fairholm, C. (2001). *Design for development an innovative adult day center program in the Metro Salt Lake city area*. The university of Utah, Salt Lake.

- Hsiung, H. F. (2003). Models of long term care services. In H. Z. Chen, M.-F. Lee, J. J. Cai, H. F. Mao, S. D. Lee, L. L. Ye & et. al (Eds.), *Long-term care practice*. Taipei: Young Da.
- Jarrott, S. E., Zarit, S. H., Berg, S., & Johansson, L. (1998). Adult day care for dementia: A comparison of programs in Sweden and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 13, 99-108.
- Jitapunkul, S., Chayovan, N., & Yodpetch, S. (2001). *Elderly in Thailand: An Extensive Review of Current Data and Situation and Policy and Research Suggestions (in Thailand)*. Bangkok.: The Thailand Research Fund.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: Development of a new index. *Age and Ageing*, 23, 97-101.
- Keleher, H., & Murphy, B. (2004). *Understanding health: A determinants approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Lehman, C. A., & Poindexter, A. (2006). Gerontological Nursing: Competencies for care. In K. L. Mauk (Ed.), *The ageing population*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Moon, O. R. (2001). *Outcome and recommendations of International meeting on community health care for older persons in urban areas*. Paper presented at the International Meeting on Community health care for older person in urban areas, Paper presented at the WHO Kobe Center.
- Moore, K. D., Geboy, L. D., & Weisman, G. D. (2006). *Designing a better day: Guidelines for adult and dementia day service centers*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Moriki-Durand, Y (2004). *Health status of Thai elderly: Current situation, problem and policy implications*. Paper presented at the Paper presented at the Seminar on emerging issues of health and mortality.
- National Adult Day Services Association. (2010). About adult day services. Retrieved November 15 , 2013, from <http://www.nadsa.org/knowledgebase/col.php?pid=29&tpid=15>.

- National Association of Social Workers. (2010). *N A S W standards for social work practice with families caregivers of older adults*. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- O'Keeffe, J., & Siebenaler, K. (2006). Adult day services: A key community services for older adults. Retrieved October 14, 2013, from <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2006/keyADS.pdf>.
- Pearse, A., & Stiefel, M. (1981). *Dialogue about Participation*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development
- Schmitt, E. M., Sands, L. P., Weiss, S., Dowling, G., & Covinsky, K. (2010). Adult day health center participation and health-related quality of life. *The Gerontologist*, 50, 531-540.
- Silverstein, N., Wong, C., & Brueck, K. E. (2010). Adult day health care for participants with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias.*, 25, 276-283.
- Tester, S. (2001). Day services for older people. In K. Clark (Ed.), *Adult day services and social inclusion*. London, UK: JKP.
- The Met Life Mature Market Institute. (2010). *The met life national study of adult day services*. New York, NY: MatureMarketInstitute@MetLife.com.
- Travis, S. S. (1993). *Commonwealth adult day care technical assistance manual*: Virginia Cooperative Extension.
- Wake Forest University School of Medicine. (2002). *National Study of Adult Day Services, 2001-2002* Winston-Salem, North Carolina.
- Wang, S., Wu, P., & Chen, P. (2010). The environment of adult day care centers: Two examples in Tainan city. . *Taiwanese Gerontological Forum*, 5, 1-19.
- Yang, A. (2002). Long-term care for the elderly in Taiwan. *Nursing science quarterly*, 15, 252-256.

ภาคผนวก

Code

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เรื่อง รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยบูรพา

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ
แบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวน 36 การตอบแบบสัมภาษณ์นี้เป็นเพียงการแสดง
ความคิดเห็น ของท่าน คำตอบที่ท่านตอบไม่ถือว่าเป็นคำตอบที่ถูกหรือผิดและไม่มี
ผลกระทบต่อผู้ตอบคำถามในทางลบ ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัย
คำตอบของท่านมีค่าอย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้

ดังนั้นจึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยพิจารณา
คำตอบแต่ละข้อ และตอบตามความเป็นจริงมากที่สุดให้ครบทุกข้อ การเก็บข้อมูลครั้งนี้
ใช้ประมวลผลทางสถิติเท่านั้น และผู้วิจัยเก็บข้อมูลของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ไว้เป็น
ความลับ

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์/ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านให้มากที่สุด

ตอนที่ 1 แบบบันทึกเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุปี
3. นับถือศาสนา

☐ พุทธ	☐ คริสต์
☐ อิสลาม	☐ อื่น ๆ ระบุ
4. ท่านจบการศึกษาระดับใด

☐ ไม่เคยเข้าโรงเรียน	☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ปริญญาตรี	☐ สูงกว่าปริญญาตรี
☐ อื่น ๆ ระบุ.....	
5. สถานภาพสมรส

☐ โสด	☐ สมรส
☐ หม้าย/หย่าร้าง	☐ อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ของท่าน..... บาทต่อเดือน
7. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ

☐ 1.เกษตรกรรม	☐ 2.ค้าขาย
☐ 3.รับจ้าง	☐ 4.พ่อบ้าน/แม่บ้าน
☐ 5.รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....

8. ท่านมีผู้สูงอายุพักอยู่ในบ้านเดียวกับท่าน

☐ ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อที่ (15) ☐ มี ระบุจำนวน.....คน

9. ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านที่พักอยู่ในบ้านเดียวกับท่าน

- ☐ มีภาวะสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
- ☐ มีโรคประจำตัวและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนโดยไม่ต้องมีผู้ดูแล
- ☐ มีโรคประจำตัวสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนและต้องมีผู้ดูแล
- ☐ มีโรคประจำตัวและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องมีผู้ดูแล

10. ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่บ้านกับใครเมื่อท่านออกไปทำงานนอกบ้าน

- ☐ คนเดียว ☐ญาติ
- ☐ ลูก/หลาน ☐ ผู้ดูแลจากศูนย์บริการเอกชน
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

11. ปัจจุบันท่านจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยเฉพาะ

☐ ไม่จ้าง (ข้ามไปตอบข้อที่ (15) ☐ จ้าง

12. กรณีที่ท่านจ้างผู้ดูแลท่านมีภาระค่าใช้จ่ายให้ผู้ดูแล.....บาทต่อเดือน

13. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ท่านจ้างในปัจจุบัน

☐ เป็นชาวไทย ☐ เป็นชาวต่างชาติ

14. ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ท่านจ้างในปัจจุบัน

☐ มีความรู้และผ่านการอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่ได้

มาตรฐานรองรับ

☐ ไม่มีความรู้และไม่ผ่านการอบรมใด ๆ จากหน่วยงานที่มีมาตรฐานรองรับ

☐ ไม่มีความรู้และไม่ผ่านการอบรมใด ๆ จากหน่วยงานที่มีมาตรฐานรองรับ

แต่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน

36.

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(สำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์)

โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากนักวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาให้เข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะที่ 1 ของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจความต้องการและความสนใจของการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในจังหวัดชลบุรี ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุแบบไปกลับที่สอดคล้องกับความต้องการในการเข้ารับบริการของท่านต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้

ในการเข้าร่วมวิจัยในการเข้าร่วมศึกษานี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ กิจกรรมที่ท่านเข้าร่วมการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ฉบับ โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 10-15 นาที ซึ่งข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยได้รับ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลเฉพาะในภาพรวม และจะทำลายข้อมูลภายหลังที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์แล้วอย่างน้อย 1 ปี ทั้งนี้การเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน

ทั้งนี้ประโยชน์ของผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่เหมาะสมกับบริบทที่แท้จริงและตรงกับความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน นอกจากนี้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่พัฒนาขึ้นเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและสามารถนำไปเผยแพร่สู่ชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ

ผลของการศึกษานี้ จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ซึ่งใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงได้ เพียงแค่ผู้วิจัยเท่านั้น และไม่มีมีการแพร่กระจายสู่สาธารณชน ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวกาญจนา พิบูลย์ สำนักจัดการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 038-103153 ต่อ 304, 305 หรือ 0818639707 หรือ e-mail: kanchanap@ buu.ac.th ซึ่งข้าพเจ้ายินดีให้คำตอบแก่ท่านทุกเมื่อ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน หรือ การบริการที่
ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะใน
รูปที่เป็นสรุปผลภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น หรือหากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับ
ผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ นางสาวกาญจนา พิบูลย์ และคณะได้ที่ ภาควิชาสุขศึกษา คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 038-102738 หรือ 081 8639707 หรือ
email: kanchanap@buu.ac.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....)