

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแล
ด้านอารมณ์และ จิตใจของผู้สูงอายุที่บ้านในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลศรีสุนทร
อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

Developing Guidelines in Clinical Practice for Health Care Providers to Educate the Family
Caregivers about the Home-Based Elderly Care for the Emotional and Mental Aspect
at Sisunthron Health Promoting Hospital, Thalang, Phuket Province

ชญานิส ลือวานิช (Chayanit Luevanich)*

Received: Jun29, 2018

Revised: Sep 18, 2018

Accepted: Jan 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่บ้านและศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขและญาติผู้ดูแล พัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสกา สหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย การค้นหาปัญหาทางคลินิก การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิก การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ และการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดงานวิจัยระหว่างปี พ.ศ. 2550-2560 ได้งานตามเกณฑ์ที่กำหนด 24 เรื่องนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข 4 คน ผู้สูงอายุ 19 คนและญาติผู้ดูแล 19 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขในการนำแนวปฏิบัติไปใช้แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลังได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่บ้าน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 และแบบประเมินอารมณ์ของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed ranks test for match paired และวิเคราะห์เนื้อหา ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่า บุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 100 มีความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในระดับมาก หลังเยี่ยมผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติจำนวน 5 ครั้ง พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติไม่แตกต่างกันญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ ผู้สูงอายุ

*อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตและเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, email : Chayanit591@hotmail.com

Abstract

This study aimed 1) to develop the clinical practice guideline for health care providers to educate the family caregivers about the home-based elderly care for the emotional and mental aspect at Sisunthron Health Promoting Hospital in Thalang district, Phuket Province and, 2) to study the results of applying the clinical practice guideline by the perspective of 'health care providers' and family caregivers'. The Center for Advanced Nursing Practice Evidenced-Based Practice Model was employed. The model includes four interactive phases namely evidence-triggered, evidence-supported, evidence-observed, and evidence-based phases. The research database from the years 2007-2017 were explored. 24 articles which met the criteria had been reviewed and was the clinical practice guideline developed. The samples included 4 health care providers, 19 home-based elderly, and 19 family caregivers. Questionnaires were used to collect the data, consisting of the comments and the satisfaction questionnaires for the health care providers in applying the clinical practice guideline. The satisfaction among the family caregivers questionnaires, the Patient Health Questionnaire-9 for depression screening and the elderly emotional score. Frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, Wilcoxon signed rank test for match paired, and content analysis were applied for the data analysis. The results revealed that all health care providers were satisfied with the clinical practice guideline at a high level. After the 5th home visit, the depression mean scores among the elderly before and after applying the clinical practice guideline were not different. Family caregivers' satisfaction scores before and after applying the clinical practice guideline were statistically significant different at 0.01. and, the elderly's emotional scores before and after applying the clinical practice guideline were statistically significant, different at 0.05.

Keywords : Clinical practice guideline, Cares in emotion and mental, Elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลกคาดการณ์ว่าระหว่าง ค.ศ. 2015-2030 จำนวนผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 56 และในกลางศตวรรษที่ 21 ประชากร 1 ใน 5 เป็นผู้สูงอายุ และจะเพิ่มจากร้อยละ 12.3 ในปี ค.ศ. 2015 เป็นร้อยละ 16.5 ในปี ค.ศ. 2030 (United Nations, 2015) จากการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 และสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2574 (Bureau of Mental Health Promotion and Development & Foundation of Thai Gerontology Research and

Development Institute & Institute for Population and Social Research, 2017) ผู้สูงอายุเจ็บป่วย เมื่อพ้นวิกฤตอาการดีขึ้นและกลับไปพักฟื้นที่บ้าน อาจมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งนำไปสู่การเป็นผู้พึ่งพิงทำให้อาจทุกข์ทรมาน จากภาวะเจ็บป่วยทางกายและส่งผลต่อสุขภาพจิต (Qiu et al., 2010) มีความรู้สึกสูญเสียเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ (Stanley & Isaacowitz, 2011) ผู้สูงอายุต้องการการดูแล ญาติผู้ดูแล ประคับประคองอย่างมากและต้องการได้รับการสนับสนุน การดูแลผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์

และจิตใจ (Hirakawa, Kuzuya, Enoki, & Uemura, 2011; Shyu, 2000) และเกิดความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุได้สูง (Ducharme, Kergoat, Coulombe, Levesque, Antoine, & Pasquier, 2014; Silva, Teixeira, Teixeira, & Freitas, 2013) เนื่องจากประสบปัญหาในการจัดการกับการเจ็บป่วยด้านร่างกายและปัญหาด้านสภาพจิตของผู้สูงอายุ (Grimmer, Moss & Falco, 2004) ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับพฤติกรรมอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุ เช่น ปฏิเสธ ความขุ่นเคืองใจ โกรธ และซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Schubart, Kinzie, & Farace, 2008) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลมักไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis, & Chadwick, 2002; Graham, Lvey, & Neuhauser, 2009; Shyu, 2000) หากความต้องการของญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนอง อาจทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์ สภาพจิตใจ ไม่มีความเต็มใจที่จะดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (Quail, Walfson, & Lippman, 2011; Rivera et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อให้เกิดความรู้สึกยากลำบากในการดูแลทั้งด้านอารมณ์และความรู้สึก (Kasemkitwattana & Prison, 2014) โดยญาติผู้ดูแลมีความเครียดกับพฤติกรรม อารมณ์และความคิดของผู้สูงอายุ (Mongkong, Sirapo-ngam & Leelacharas, 2016) ในขณะที่ผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับการตอบสนองทางด้านจิตใจจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะญาติผู้ดูแล จึงถือได้ว่าการตอบสนองด้านจิตใจมีความสำคัญต่อครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ (Treewarungpant, 2016)

ผลการศึกษาในจังหวัดภูเก็ตพบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงมีความรู้สึกยากลำบากในการจัดการกับอารมณ์ของผู้สูงอายุ และพบว่าญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมและการฝึกทักษะในการจัดการอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้สูงอายุน้อย ซึ่งผู้สูงอายุก็มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายจึงนำไปสู่การทะเลาะ ได้เถียงระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลและไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ (Luevanich, 2016; Schubart et al., 2008) จากการดำเนินงานที่ผ่านมา การปฏิบัติการเยี่ยมผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่บ้านยังเน้นการช่วยเหลือด้านสุขภาพกายมากกว่าด้านอารมณ์และ

จิตใจ (Luevanich, 2016) และผู้สูงอายุบางรายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนโดยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มิได้รับการประสานบุคลากรสาธารณสุขเยี่ยมบ้านโดยทราบจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งอาจผ่านไปหลายสัปดาห์และยังขาดการประเมินผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลโดยเฉพาะด้านอารมณ์และจิตใจ ดังนั้น เพื่อให้ทีมเยี่ยมบ้านสามารถให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการจัดการด้านอารมณ์และด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งจำเป็น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการพัฒนาแบบของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรูนเนบลาสกา สหรัฐอเมริกาโดยเลือกศึกษาในพื้นที่รพ.สต. ศรีสุนทรเนื่องจากมีการดำเนินงานทีมดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องระหว่างพยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุขและอสม. ทั้งนี้เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก ภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชนและสถานพยาบาล ให้มีความเพียงพอและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีความสุข (Ministry of Public Health, 2016)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่บ้านในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุนทร อำเภอลาด จังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ตามมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขและของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ประชากรคือนุกลการสาธารณสุขใน รพ.สต. จำนวน 10 คน ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการให้ข้อมูล สื่อสารได้จำนวน 25 คน และญาติผู้ดูแลจำนวน 25 คน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ/นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 4 คน ผู้สูงอายุจำนวน 19 คน และญาติผู้ดูแล 19 คนที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการยินยอมจากนุกลการสาธารณสุขหลังผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติสำหรับนุกลการสาธารณสุขในการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่บ้านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ตามรูปแบบการพัฒนาของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสกา สหรัฐอเมริกา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นของนุกลการสาธารณสุขในการนำแนวปฏิบัติปฏิบัติไปใช้จริง ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ จำแนกเป็น ด้านที่ 1 การเยี่ยมบ้านและการประเมินผู้สูงอายุ 8 ข้อ ด้านที่ 2 การเยี่ยมบ้านและประเมินญาติผู้ดูแล 5 ข้อ ด้านที่ 3 การให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการจัดการกับอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ 12 ข้อ และด้านที่ 4 การติดตามการเยี่ยม 1 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถาม คือ ถ้าปฏิบัติได้ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ให้ 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของความสามารถในการปฏิบัติได้ โดยใช้ผลรวมของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติได้จากกลุ่มตัวอย่างหารด้วยคะแนนทั้งหมดที่ได้เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคูณ 100 (Thai Elderly Care Systems Research Institute, 2015) นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา-อุปสรรคและข้อเสนอแนะในแต่ละแนวปฏิบัติ

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของนุกลการสาธารณสุขต่อการให้บริการตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น ประเมินด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale)

เป็นแบบประเมินของ Thai Elderly Care Systems Research Institute (2015) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุหลังได้รับคำแนะนำจากนุกลการสาธารณสุขในการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่บ้านในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุนทร อำเภอดง จังหวัดภูเก็ต ประเมินด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน สร้างโดยนักวิจัย อ้างอิงตามแบบประเมินข้อ 2.2 (Thai Elderly Care Systems Research Institute, 2015) โดยแบบประเมินข้อ 2.2 - 2.3 มีเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจ 1-3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง 7-10 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก (Thai Elderly Care Systems Research Institute, 2015)

2.4 แบบประเมินด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ สร้างโดยนักวิจัย อ้างอิงตามแบบประเมินข้อ 2.2 โดยประยุกต์เกณฑ์เช่นเดียวกับความพึงพอใจ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผล คือ คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าผู้สูงอายุมีอารมณ์โกรธ ขุ่นมัวต่ำ

2.5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ โดยดัดแปลงมาจาก Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา รศ. นพ. มาโนช หล่อตระกูลและคณะได้พัฒนาโดยการแปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลกลับ (Back translation) มีค่าความไวร้อยละ 84 และค่าจำเพาะร้อยละ 77 (Lotrakul, Sumrithe, & Saipanish, 2008) เป็นเครื่องมือที่ผู้สูงอายุสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ใช้ง่าย และเป็นเครื่องมือที่มีความไวในการประเมินภาวะซึมเศร้ามากที่สุดเมื่อเทียบกับเครื่องมืออื่นๆ ข้อคำถามน้อย อีกทั้งสามารถประเมินได้ครอบคลุมทั้งอาการทางกายและอาการทางจิตใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Saelee & Dajprotham, 2017) เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคย 1 คะแนน หมายถึง ถูกรบกวนด้วยปัญหาหลายวัน 2 คะแนน หมายถึง ถูกรบกวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของวันทั้งหมด 3 คะแนน

หมายถึงถูกรบกวนเกือบทุกวันถ้าคะแนน < 8 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 9-14 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้า 15-19 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 20 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไข และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิจากการคำนวณค่า IOC (Index of item objective congruence) แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงมีค่า IOC ระหว่าง 0.6 - 1.00 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 และแบบประเมินด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 และนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงโดยวิธีคูเคอร์-ริชาร์ดสัน (KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุขคะแนนอารมณ์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ ระยะเวลาประสบการณ์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติสู่การปฏิบัติด้วยค่าความถี่และร้อยละ
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้า อารมณ์และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการเชื่อมตามแนวปฏิบัติด้วย Wilcoxon signed ranks test for match paired
5. วิเคราะห์ข้อคำถามปลายเปิดและการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ผู้วิจัยเลือกรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐ

เนบราสกา สหรัฐอเมริกาเนื่องจากมีกระบวนการที่ชัดเจน เข้าใจง่าย อีกทั้งสามารถปรับรายละเอียดของแต่ละระยะได้ตามบริบท ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ (Soukup, 2000)

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) เป็นกระบวนการที่ค้นหาปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติหรือความรู้จากการศึกษา ค้นคว้า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัญหาทางคลินิกจากปรากฏการณ์จริงในชุมชนจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลและผลการวิจัยความต้องการที่ได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับการตอบของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง จังหวัดภูเก็ตหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัญหาทางคลินิก (Evidence-supported phase) รวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์จากแหล่งสืบค้นต่างๆ ดังนี้

1. กำหนดขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยกำหนดปีการเผยแพร่ระหว่าง ค.ศ. 2007-2017 (พ.ศ. 2550-2560) ทั้งงานวิจัยจากวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศและต่างประเทศ วารสารทางด้านการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุขและสาขาที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยฐานข้อมูล ThaiLis, PubMed, Science direct, Google scholar, Pro-quest, Springerlink, EBSCO, <http://www.google.com> รวมทั้งการสืบค้นด้วยมือจากเอกสารอ้างอิง

2. กำหนดแนวทางการสืบค้นโดยอาศัย PICO ดังนี้ P : Patient and population of interest ในการศึกษาครั้งนี้คือ Family caregiver I : Intervention or area of interest ในการศึกษาครั้งนี้คือ การให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจผู้สูงอายุที่บ้าน C : Comparison interventions or group ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มี O : Outcome ในการศึกษาครั้งนี้คือ อารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ

3. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Mood swing, Emotionally unstable, Outburst, Anger and resentment, Emotional management, Emotional support, Older person, Elderly, Family caregiver, Health care providers

4. ประเมินคุณภาพงานวิจัย ดังนี้ 1) แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ประเมินคุณภาพด้วยแบบประเมินคุณภาพของแนวทางปฏิบัติทางคลินิก The Appraisal of Guideline for Research and Evaluation (AGREE) แปลเป็นภาษาไทย

โดยฉวีวรรณ ธงชัย (2548) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า CVI = .95 ค่าความเชื่อมั่น = .91 เครื่องมือดังกล่าวประเมิน 6 องค์ประกอบ คือ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจน การประยุกต์ใช้และความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติได้ผลงานจำนวน 24 ชิ้นงาน 2) การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) แบ่งเป็น 7 ระดับ ประกอบด้วย ระดับ 1 จำนวน 5 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 6 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 5 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 6 จำนวน 5 เรื่อง และระดับ 7 จำนวน 4 เรื่อง

5. ใช้แนวคิดของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2006) ประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปใช้ ประกอบด้วยระดับความเหมาะสม ความเป็นไปได้ พิจารณาจากประโยชน์ (มาก ปานกลาง น้อย) และความเสี่ยง (มาก ปานกลาง น้อย)

6. การสกัดข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยอาศัยแบบสกัดข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ของ The Joanna Briggs Institute for Evidence Base Nursing & Midwifery (อ้างถึงใน Chantharasena, 2011) โดยสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นแนวปฏิบัติหรือโปรแกรมในการดูแลผู้สูงอายุและงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย 8 ประเด็น คือวัตถุประสงค์การวิจัย การออกแบบการวิจัย ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่าง/กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัย การประเมินความเหมาะสมในการนำงานวิจัยไปใช้ผลการวิจัยและการสกัดเพื่อนำไปใช้

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสกัดมาพิจารณาในภาพรวมอีกครั้งเนื่องจากข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความหลากหลายจากข้อ 6-7 นำข้อมูลที่ได้จากการสกัดนำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การให้คำแนะนำผู้ดูแลเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ติดบ้านมีความเครียดในระดับสูงจึงควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตจากญาติผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุข 2) การประเมินอารมณ์ ความรู้สึกของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์และปัญหาการทำกิจวัตร

ประจำวันและการทำน้ำที่ 3) บุคลากรสาธารณสุขควรหาวิธีในการช่วยลดภาวะซึมเศร้า 4) นอกจากนั้นต้องสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ดีกว่าสามารถควบคุมตนเองได้ 5) ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบและปรับโครงสร้างความคิดใหม่และสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุ 6) ควรต้องให้ผู้สูงอายุและครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ปัญหาความต้องการ บอกความรู้สึกต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมในการวางแผน กำหนดเป้าหมายในการดูแลและการจัดการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ 7) สมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ 8) ผู้สูงอายุที่ติดบ้านจะทุกข์ทรมานทั้งโรคทางกายและสภาพจิต จึงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านร่างกายอารมณ์และจิตใจ

8. ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสกัดและการสังเคราะห์สู่การพัฒนาแนวปฏิบัติ

9. ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุและการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 1 ท่าน

10. ปรับปรุงแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 การสังเกตหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-observed phase) ผู้วิจัยนำแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นให้บุคลากรสาธารณสุขพิจารณาและประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุในชุมชน

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงานและผู้วิจัยประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปใช้จริงในหน่วยงาน โดยติดตามผลการนำไปใช้ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านและประเมินผู้สูงอายุหลังผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้านและประเมินญาติผู้ดูแลการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการจัดการกับอารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต. ศรีสุนทรที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ พร้อมอธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติ ก่อนที่บุคลากรสาธารณสุขจะใช้แนวปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยจะประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คะแนนอารมณ์ของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลก่อนใช้แนวปฏิบัติ หลังจากนั้นบุคลากรสาธารณสุขจะเยี่ยมบ้านตามแนวปฏิบัติทั้ง 4 ด้าน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ หากผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แยกตัว บุคลากรสาธารณสุขจะทำการเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง โดยใช้เทคนิคการระลึกความหลัง ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (ในรายที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุขควรติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุภายใน 1 สัปดาห์ที่ผู้สูงอายุได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล) โดยบุคลากรสาธารณสุขพบผู้สูงอายุที่บ้าน กล่าวทักทายผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล และอธิบายวัตถุประสงค์การทำการกิจกรรมระลึกถึงความหลังทั้ง 5 ครั้ง โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 ให้ผู้สูงอายุบอกนิสสัยส่วนตัว สิ่งที่ชอบ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและให้ผู้สูงอายุระบุปัญหาจากการเจ็บป่วย พร้อมนัดหมายครั้งต่อไปครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 หรือ สัปดาห์ที่ 2 (หากบุคลากรสาธารณสุขมีภารกิจ) บุคลากรสาธารณสุขพบผู้สูงอายุที่บ้าน กล่าวทักทายผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ทบทวนเหตุการณ์ที่พูดคุยในการพบครั้งที่ 1 ประเมินและระบุปัญหาด้านสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปจากการเจ็บป่วย พร้อมกำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟูครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2/สัปดาห์ที่ 3 บุคลากรสาธารณสุขพบผู้สูงอายุที่บ้าน กล่าวทักทายผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ทบทวนเหตุการณ์ที่พูดคุยในการพบครั้งที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลเตรียมเลือกเหตุการณ์หรือประสบการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจยามว่างที่ทำเป็นประจำ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวความรู้สึกครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 3/สัปดาห์ที่ 4 บุคลากรสาธารณสุขพบผู้สูงอายุที่บ้าน กล่าวทักทายผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ทบทวนเหตุการณ์ที่พูดคุยในการพบครั้งที่ 3 สอบถามเกี่ยวกับ

ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลเตรียมเลือกเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุภาคภูมิใจ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวความรู้สึกครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 4/สัปดาห์ที่ 5 บุคลากรสาธารณสุขพบผู้สูงอายุที่บ้าน กล่าวทักทายผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล สอบถามเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทบทวนเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลเลือกย้อนระลึกในครั้งที่ 1-4 ผลที่เกิดจากกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันในปัจจุบัน ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าคะแนนอารมณ์ของผู้สูงอายุและความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 8 และประเมินความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อการให้บริการตามแนวปฏิบัติและความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการใช้แนวปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการพิจารณารับรองวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ PKPH 2016 - 002 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยเก็บรักษา ข้อมูลไว้เป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรืออนุญาตด้วยวาจา

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ จากการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่บ้าน 4 ด้านในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

ด้านที่ 1 เยี่ยมบ้านและประเมินผู้สูงอายุหลังผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์กรณีผู้สูงอายุเพิ่งออกจากโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุขต้องเยี่ยมและประเมินผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกล่าวทักทายผู้สูงอายุ การซักประวัติการเจ็บป่วย ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้วยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activities of

Daily Living) ประเมินความสามารถทางสมองว่ามีความผิดปกติหรือไม่ ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย PHQ-9 กรณีไม่มีความสามารถทางสมองผิดปกติ สอบถามผู้สูงอายุถึงประเด็นที่ยังวิตกกังวลหรือกลัวหรือไม่ ให้ผู้สูงอายุเล่าสถานการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ พฤติกรรม สอบถามความต้องการที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับการช่วยเหลือทั้งการช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น สอบถามสิ่งที่ผู้สูงอายุยึดเหนี่ยวด้านจิตใจเพื่อช่วยในการผ่อนคลายด้านอารมณ์ ให้ญาติผู้ดูแลเข้าร่วมรับฟัง ร่วมรับรู้ปัญหาหรือสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ/กลัว/ไม่มั่นใจจากการบอกเล่า

ด้านที่ 2 เชื่อมบ้านและประเมินญาติผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุขต้องเยี่ยมและประเมินญาติผู้ดูแลหลังผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย กล่าวทักทาย การซักประวัติการเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแล ประเมินภาวะซึมเศร้า สอบถามประเด็นความวิตกกังวลและความกลัวในการเป็นญาติผู้ดูแล สอบถามการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ให้ญาติผู้ดูแลเล่าประสบการณ์ของการเป็นญาติผู้ดูแล สอบถามความต้องการการช่วยเหลือทั้งการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ทวนสอบการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนก่อนผู้สูงอายุได้รับการจำหน่าย ให้ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ด้านที่ 3 การให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการจัดการกับอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยหลักเลี่ยงการใช้คำว่า "ไม่" เมื่อผู้สูงอายุร้องขอความช่วยเหลือ หลักเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้สูงอายุ พยายามเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุไปในทางบวก พูดคุยกับผู้สูงอายุช้าๆ ด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ชัดเจน เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุอย่างช้าๆ ให้การยอมรับต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป หลักเลี่ยงการพูดกับผู้สูงอายุในลักษณะการออกคำสั่งหรือกดดันผู้สูงอายุ แต่ต้องพยายามสื่อสารให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเขายังสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ หลักเลี่ยงการพูดอ้างว่าญาติผู้ดูแลเป็นผู้มีอุปการะคุณของผู้สูงอายุหรือเปรียบเทียบการดูแลผู้สูงอายุเหมือนการดูแลเด็ก พูดคุยชวนหัวเราะกับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมแยกตัว

ไม่สนใจสิ่งรอบตัว กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ชอบ หากผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง แยกตัว โดยบุคลากรสาธารณสุขใช้เทคนิคการระลึกถึงความหลัง 5 ครั้งกับผู้สูงอายุ สัมผัสหรือโอบกอดผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายเมื่อเกิดอาการเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ

ด้านที่ 4 การติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อประเมินความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล และสัปดาห์ที่ 8 เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ญาติผู้ดูแล หลังเสร็จสิ้นการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยจะประเมินภาวะซึมเศร้า อารมณ์ ความพึงพอใจของผู้ดูแล รวมทั้งความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขต่อการบริการตามแนวปฏิบัติและความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง

ผลการประเมินความเป็นไปในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ผลดังนี้

1. ผลการประเมินความเป็นไปในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขที่มปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุมีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เพศหญิง ร้อยละ 100 เป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน มีอายุระหว่าง 30 - 52 ปี อายุเฉลี่ย 38.75 ปี (SD = 10.37) และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.75 ปี (SD = 8.92) โดยร้อยละ 100 มีความเห็นว่าการปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยมีความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านที่ 1 และ 2 เชื่อมบ้านและประเมินผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ในกรณีที่ผู้สูงอายุเพิ่งออกจากโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุขต้องเยี่ยมและประเมินผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลไม่เกิน 1 สัปดาห์ในทางปฏิบัติอาจไม่ได้ทุกรายเนื่องจาก 1) หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.สต. เมื่อผู้สูงอายุกลับบ้าน จึงไม่ได้รับการประสานจากโรงพยาบาล นอกจากในรายที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) บางครั้งใบส่งตัวผู้ป่วยกลับไม่ได้ส่งมาถึง รพ.สต. พร้อมกับที่ผู้สูงอายุกลับบ้าน นอกจากสม. มาแจ้งให้ทราบ

ด้านที่ 3 การให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการจัดการกับอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขนำเทคนิคการระลึกถึงความหลังไปใช้ในการเยี่ยมบ้าน

ผู้สูงอายุทุกราย สิ่งที่พบเห็น คือ ผู้สูงอายุมีความสุข เนื่องจากมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราว ความรู้สึกในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะธรรมชาติของวัยสูงอายุที่ชอบเล่าเรื่องราว อีกทั้งมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราว ความรู้สึกเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุภาคภูมิใจ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึก

ความมีคุณค่าในตน ดังคำสะท้อนของบุคลากรสาธารณสุข "ใช้ในการเชื่อมกับผู้ป่วยทุก Case เลย ได้ผลนะ บางคนเห็นชัดเลยว่าเขามีความสุขขึ้น เปลี่ยนแปลงในทางที่ดี"

ส่วนปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงาน สรุปได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 ปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานในการนำแนวทางปฏิบัติสู่การใช้จริง

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงาน
ด้านที่ 1 การประเมิน PHQ-9 ในผู้สูงอายุมักไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริง หากขณะประเมินมีญาติผู้ดูแลอยู่ด้วยเฉพาะ	การประเมิน PHQ-9 ในผู้สูงอายุ ควรแยกประเมินผู้สูงอายุ
ด้านที่ 2 ญาติผู้สูงอายุบางรายไม่ได้ต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยคิดเพียง	ให้กำลังใจญาติผู้ดูแลและติดตามเยี่ยม
ด้านที่ 3 ญาติผู้ดูแลบางครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การให้เวลากับผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยร้องขอ	บุคลากรสาธารณสุขต้องเยี่ยมบ้านและสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแล
เมื่อให้คำแนะนำญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลจะรับฟังไม่นาน และแจ้งว่ามีภารกิจอื่นที่ต้องทำ	บุคลากรสาธารณสุขต้องติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

2.2 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขในการนำแนวปฏิบัติสู่การปฏิบัติ พบว่าร้อยละ 100 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คือ ช่วงคะแนน 7 - 10 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 7.50 (SD = 0.58)

2.3 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังดำเนินการเชื่อมผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติ พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

2.4 ผลการประเมินอารมณ์ของผู้สูงอายุหลังดำเนินการเชื่อมผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนอารมณ์ดีขึ้นกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าและคะแนนอารมณ์ของผู้สูงอายุก่อน-หลังการใช้แนวปฏิบัติด้วย Wilcoxon signed-ranks test for match paired (n = 19)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	Z	p-value
ภาวะซึมเศร้า				
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	5.22	3.72	-1.640	.101
หลังใช้แนวปฏิบัติ	4.00	2.59		
คะแนนอารมณ์				
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	4.25	0.46	13.824	.03*
หลังใช้แนวปฏิบัติ	9.19	1.10		

** p < .05

จากตาราง 2 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าด้วย Wilcoxon signed-ranks test ได้ค่า $Z = -1.640$ ค่า p (2-tailed) = .101 มากกว่า .01 นั่นคือคะแนนซึมเศร้าก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านไม่แตกต่างกัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วย Wilcoxon signed-ranks test ได้ค่า $Z = 13.824$ ค่า p (2-tailed) = 0.03 ซึ่งน้อยกว่า .05 แสดงว่าคะแนนอารมณ์ของผู้สูงอายุหลังใช้แนวปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังดำเนินการเยี่ยมผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติพบว่าญาติผู้ดูแลมีคะแนนความพึงพอใจหลังดำเนินการเยี่ยมผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนระหว่าง 7-10 คะแนน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติได้ผลดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลก่อน-หลังการใช้แนวปฏิบัติด้วย Wilcoxon signed-ranks test for match paired (n = 19)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	Z	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	4.77	0.51	-3.857	.000**
หลังใช้แนวปฏิบัติ	9.16	1.07		

** p < .01

จากตาราง 3 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจด้วย Wilcoxon signed-ranks test ได้ค่า $Z = -3.857$ ค่า p (2-tailed) = 0.00 ซึ่งน้อยกว่า .01 แสดงว่า

คะแนนความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

1. ด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเลือกรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) ประกอบด้วย 4 ระยะโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ในระยะที่ 3 และ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัยและบทความวิชาการทั้ง 24 เรื่อง ประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 และ 2 ร้อยละ 45.83 ซึ่งยังต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพราะแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 และ 2 เป็นการพัฒนามาจากความรู้จากงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือสูง ความเชี่ยวชาญด้านคลินิก ตลอดจนประสบการณ์ของผู้รับบริการ (Gerrish & Clayton, 1998 อ้างถึงใน Tilokskuchai, 2553) แนวปฏิบัติในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านที่ 1 การเยี่ยมบ้านและประเมินผู้สูงอายุหลังออกจากโรงพยาบาล โดยครอบคลุมทั้งด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า สอบถามความต้องการของผู้สูงอายุ เนื่องจากจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับข้อจำกัดในความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Lenze et al., 2001) ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะรู้สึกผิดหวังในชีวิต โกรธ เศร้า รู้สึกสูญเสีย เจ็บปวดและซึมเศร้า (Lutz, Young, Cox, Martz, & Creasy, 2011) ด้านที่ 2 การเยี่ยมบ้านและประเมินญาติผู้ดูแล สอบถามประเด็นความวิตกกังวลและความกลัวในการเป็นญาติผู้ดูแล สอบถามการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ให้ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลเนื่องจากภาระการดูแลก่อให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ดูแล ญาติอาจมองว่าเป็นงานยาก ญาติผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่อง (Giovannetti, Wolff, Xue, Weiss, Leff, & Boulton, 2011; Santino, Treanor, Mills, & Donnelly, 2014) ด้านที่ 3 การให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการจัดการกับอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นระยะที่ญาติผู้ดูแลมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือ การเผชิญความเครียดจากบุคลากรสาธารณสุข (Ducharme et

al., 2014; Silva et al., 2013) และด้านที่ 4 การติดตามเยี่ยมโดยบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุและให้คำแนะนำผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในประเด็นที่ยังไม่กระจ่าง (Bureau of Mental Health Promotion and Development, 2017)

2. ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ การศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลมีคะแนนความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านตามแนวปฏิบัติในระดับมากเนื่องจากญาติผู้ดูแลสะท้อนว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลที่บุคลากรสาธารณสุขสะท้อนว่าการประยุกต์เทคนิคการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุทุกรายขณะเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ภูมิความสุขขึ้น เนื่องจากเทคนิคการระลึกถึงความหลังจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจตนเอง มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต และเห็นคุณค่าในตนเอง มีสุขภาพจิตที่ดี ลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล มีความพึงพอใจในชีวิต (Kittikamhange, 2010; Gudex, Horsted, Jensen, Kjer, & Sorensen, 2010) เพิ่มความภาคภูมิใจในตน ซึ่งมีความสำคัญต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ (Phugsachart, 2560) และการศึกษาของ ณัฐพร สุนทรโรวิท (Suntrarowit, 2010) ศึกษาผู้สูงอายุเพศหญิงและชายมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง และกล่าวว่าไม่มีประวัติซึมเศร้าหรือเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก่อน เมื่อเข้าร่วมเทคนิคการระลึกความหลังพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์โรคหลอดเลือดสมองที่กลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีความหวังที่จะมีชีวิตอย่างมีคุณค่า เนื่องจากต้องเผชิญกับแง่มุมทางอารมณ์ที่ต้องดำเนินชีวิตท่ามกลางรูปลักษณ์ที่เปลี่ยนไป (Taule, Strand, Skouen, & Rakeim, 2015) จึงเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่าการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายและบุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย (Melnik, Fineout-Overholt, Stillwell, & Williamson, 2010) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 100 อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังดำเนินการติดตามแนวปฏิบัติไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยของ

คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจาก 5.22 เหลือ 4.00 อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ก่อนได้รับการเยี่ยมบ้านตาม แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยมากอยู่แล้วและบุคลากรสาธารณสุขกล่าวว่าผู้สูงอายุ 2 คนมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน จะเห็นได้ว่า การนำแนวปฏิบัติที่ พัฒนาขึ้นในการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแล สุขภาพจิตและอารมณ์ผู้สูงอายุเป็นแนวทางพื้นฐานหนึ่ง ของการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยมีการดึงคนใน ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ จิตที่ดี (National Health Security Office, 2018) อีกทั้ง การเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขยังเป็นหนึ่งในหุค สหิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (National Health Security Office, 2016)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ: 1) ควรมีการอบรม เทคนิคการระลึกความหลังแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านและการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อประยุกต์ใช้ เทคนิคดังกล่าวในการสร้างคุณค่าแก่ผู้สูงอายุ 2) ควรมี การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อพัฒนาระบบบริการ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และควรมีขยายสู่กลุ่มอาสาสมัครที่ ทำหน้าที่ช่วยในการเยี่ยมบ้าน 3) ผลการศึกษา บุคลากร สาธารณสุขสะท้อนว่าการประเมิน PHQ-9 ในผู้สูงอายุ มักไม่ได้ข้อมูลที่เป็นจริงหากขณะประเมินมีญาติผู้ดูแล อยู่ด้วย ดังนั้น จึงควรหลีกเลี่ยงการประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุขณะที่มีญาติผู้ดูแลอยู่ด้วย

1.2 ข้อเสนอแนะในด้านการศึกษาคควรมีการจัดการ เรียนการสอนการนำแนวปฏิบัติในการให้คำแนะนำ ญาติผู้ดูแล ตลอดจนเทคนิคต่าง ๆ ในการช่วยเสริมสร้างความ มีคุณค่าแก่ผู้สูงอายุในระดับปริญญาดริ เช่น เทคนิคการ ระลึกถึงความหลัง ตลอดจนหลักสูตรเฉพาะทางการดูแล ผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในระบบบริการสุขภาพและมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อสภาพอารมณ์และจิตใจของ ผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป : 1) ควรมีการ วิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการใช้แนวปฏิบัติที่

พัฒนาขึ้น เช่น คุณภาพชีวิต การให้ความร่วมมือในการ พึ่งพิงร่างกายของผู้สูงอายุ 2) ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ 3) ควรมีการพัฒนาแนว ปฏิบัติทางคลินิกให้ครอบคลุมภาวะเปลี่ยนแปลงในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ที่พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่ง พึ่งหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ พยาบาล วิชาชีพ นักวิชาการประจำ รพ.สต. ศรีสุนทร ผู้สูงอายุ ตลอดจนญาติผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้และ ขอขอบคุณแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูเก็ต

เอกสารอ้างอิง

- Bakas, T., Austin, J.K., Okonkwo, K.F., Lewis, R.R., & Chadwick, L. (2002). Needs concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(5), 242-251.
- Bureau of Mental Health Promotion and Development. (2017). *Handbook of home visit for social, mental caring in community-dwelling older persons*. Bangkok :National Office of Buddhism. [In Thai].
- Chantharasena, N. (2011). *The development of clinical guideline for prevention risk foot ulcers in older person with type 2 diabetes mellitus in clinic of Nonghan District Hospital, Udonthani Province*. Master Thesis (Nursing), KhornKaen University, KhornKaen. [In Thai].
- Ducharme, F., Kergoat, M.J., Coulombe, R., Levesque, L., Antoine, P., & Pasquier, F. (2014). Unmet support needs of early-onset dementia family caregivers :A mixed-design study. *BMC Nursing*, 13 (1), 49-67.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute & Institute for Population and Social Research. (2017.). *Situation of the Thai elderly 2016*. Bangkok :Printery Co., Ltd. [In Thai].

- Giovannetti, E.R., Wolff, J.L., Xue, Q.L., Weiss, C.O., Leff, B., Boulton, C., Hughes, T., & Boyd, C.M. (2011). Difficulty assisting with health care tasks among caregivers of multimorbid older adults. *Journal of General Internal Medicine*, 27 (1), 37-44.
- Graham, C.L., Ivey, S.L., & Neuhauser, L. (2009). From hospital to home :Assessing the transitional care needs of vulnerable seniors. *The Gerontologist*, 49(1), 23-33.
- Grimmer, K., Moss, J., & Falco, J. (2004). Becoming a care for an elderly person after discharge from an acute hospital admission. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 2(4), 1-8.
- Gudex, C., Horsted, C., Jensen, A.M., Kjer, M., & Sorensen, J. (2010). Consequences from use of reminiscence :A randomized intervention study in ten Danish nursing home. *BMC Geriatrics*, 10, 33-47.
- Hirakawa, Y., Kuzuya, M., Enoki, H., & Uemura, K. (2011). Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(2), 202-205.
- Kasemkitwattana, S., & Prison, P. (2014). Chronic patients' family caregivers :A risk group that must not be overlooked. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(4), 22 - 31. [In Thai].
- Kittikamhange, C. (2010). *Implementing the individual reminiscence program in older adults with depression symptoms*. Master Thesis (Nursing), Mahidol University, Bangkok. [In Thai].
- Lenze, E.J., Rogers, J.C., Martire, L.M., Mulsant, B.H., Rollman, B.L., Dew, M.A., & Reynolds, C.F. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113 - 135.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8(46), 1-7.
- Luevanich, C. (2016). *Developing guidelines in clinical practice for home-based health cares in emotion and mental of elderly family caregivers at Sisunthorn Health Promoting Hospital, Thalang, Phuket*. Phuket :Phuket Rajabhat University. [In Thai].
- Lutz, B.J., Young, M.E., Cox, K.J., & Martz, C., & Creasy, K.R. (2011). The crisis of stroke experiences of patients and their family caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(6), 786 - 797.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare : A guide to best practice*. Philadelphia :Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E., Stillwell, S.B., & Williamson, K. (2010). Evidenced-based practice step by step. *American Journal of Nursing*, 110(1), 51 - 53.
- Ministry of Public Health. (2016). *The Twelve National Health Plan*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [In Thai].
- Mongkong, S., Sirapo-ngam, Y., & Leelacharas, S. (2016). The evaluation of the effectiveness of stroke patients care and family caregivers care program during the transition from hospital to home. *Journal of Public Health Nursing*, 30(3), 84-101. [In Thai].
- National Health Security Office. (2016). *Handbook for supporting the management of long-term health care system for dependence elders in health security system*. Bangkok :National Health Security Office. [In Thai].

- National Health Security Office. (2018). Long-term care for Thai elderly and the security for strength in health. *Kawmai Health Insurance Journal*, 11(53), 4-7. [In Thai].
- Phugsachart, P. (2017). Brain stimulation activities. In S. Senadisai, (Ed.), *Continuing Nursing Education Handbook, Book 17 Dementia nursing* (pp. 127-139). Bangkok :SiriYod Printing. [In Thai].
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research :Methods. Appraisal and Utilization 17*. Philadelphia :Lippincott Williams & Wilkins.
- Qiu, W.Q., Dean, M., Liu, T., George, I., Gann, M., Cohen, J., & Bruce, M.L. (2010). Physical and mental health of the homebound elderly :An overlooked population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2423-2428.
- Quail, J.M., Walfson, C., & Lippman, A. (2011). Unmet need for assistance to perform activities of daily living and psychological distress in community -dwelling elderly woman. *Canadian Journal on Aging*, 30(4), 591- 602.
- Rivera, D., Perrin, P.B., Senra, H., Reyes, C.J.D., Olivera, S.L., Villaseñor, T., Moreno, A., & Arango-Lasprilla, J.C. (2013). Development of the family needs assessment tool for caregivers of individual with neurological conditions in Latin America. *Psicologías desde el Caribe. Universidad del Norte*, 30(1), 1-20.
- Saelee, S., & Dajprotham, P. (2017). Criteria validity of the Thai version of the PGQ-9 and the PHQ-2 for screening major depression in Thai elderly, *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*, 27(1), 30-37. [In Thai].
- Santino, O., Treanor, C., Mills, M., & Donnelly, M. (2014). The health status and health service needs of primary caregivers of cancer survivors :A mixed methods approach. *European Journal of Cancer Care*, 23(3), 333 - 339.
- Schubart, J.R., Kinzie, M.B., & Farace, E. (2008). Caring for the brain tumor patient :Family caregiver burden and unmet needs. *Neuro-Oncology*, 10(1), 61-72.
- Shyu, Y.L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home :a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625.
- Silva, A.L., Teixeira, H.J., Teixeira, M.J.C., & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly living at home :An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27(4), 792-803.
- Soukup, S.M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-based Practice Model Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.
- Stanley, J.T., & Isaacowitz, D.M. (2011). Age-related difference in profiles of mood-change trajectories. *Developmental Psychology*, 47(2), 318-330.
- Suntrarowit, N. (2010). The reminiscence program for the elderly with depressive disorder. *Journal of Mental Health of Thailand*, 18(1), 56-64. [In Thai].
- Taule, T., Strand, L.I., Skouen, J.S., & Rahaim, M. (2015). Striving for a life worth living :Stroke survivors' experiences of home rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29 (4) :651-661.
- Thai Elderly Care Systems Research Institute. (2015). *The development of the home-based care practice guideline for elderly in Hat-Yai Municipally Area*. Songkla :Prince of Songkla University. [In Thai].
- Thongchai, C. (2005). Clinical practice guideline development. *The Thai Journal of Nursing Council*, 20(2), 63-76. [In Thai].

Tilokskuchai, F. (2010). *Evidenced-based nursing : Principle and method* (6 th Ed.). Bangkok : Pre One Printing. [In Thai].

Treeyawangpant, K. (2016). Enhancing psychological immunity of families to elderly with chronic conditions. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(2), 1-19. [In Thai].

United Nations. (2015). *World population aging 2015*. New York :United Nations.