

**P311 : การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอ
สู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ**

นางสาวรณิดา กอมณีย์

สสอ.ปทุมราชวงศา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษา การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม กลุ่ม ตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 46 คน และผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 31 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์ บริบทพื้นที่ 2) การวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) ปฏิบัติตามแผน 4) นิเทศติดตาม 5) สรุปผลและถอด บทเรียน เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้แนวคิด Patumratchawongsa Model ประกอบไปด้วย P (Promotion) คือ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ A (Attitude) การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ T (Teachers) คือ ครูผู้ดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุ U (Unity) คือ การเป็นอันหนึ่งเดียวกัน M (Management) คือ การจัดการที่ดี มีส่วนร่วม ในโรงเรียนผู้สูงอายุความรับผิดชอบต่อหน้าที่ มีส่วน ร่วมอย่างเป็นธรรม R (Rule) คือ กฎระเบียบในการอยู่ในสังคม โรงเรียนผู้สูงอายุ A (Appreciate) การเสริมพลังทางบวก T (technology) คือ การดูแลผ่านสื่อโซเชียล ในยุค 4.0 C (Culture) คือ ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม H (Happiness) คือ ความสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและตัวผู้สูงอายุ A (ADL) คือ การประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ W (We) คือพวกเราทุกคน ทุกภาคส่วน O (Organization) คือ มีการดำเนินงานเป็นองค์กร N (Non- communicable disease: NCD) การลดภาวะ แทรก ซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง G (Giver) การให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งจากคนในครอบครัว ลูกหลานและ คนในชุมชน S (School) คือ มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ A (Attitude) การ เปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่ เชิงบูรณาการ ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผน ด้านดำเนินงาน ด้านรับผลประโยชน์จากการดำเนินงาน เพิ่มมากกว่าก่อนดำเนินงาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$

โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ ประกอบด้วย มีผู้นำชุมชนดี เข้มแข็ง องค์กร ปกครอง ส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการ และการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม, พัฒนารูปแบบการดูแล, เชิงบูรณาการ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรโลก ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นเป็นลำดับ โดยการเปลี่ยนแปลงของประชากรโลก เกิดจากอัตราการเกิดและการตาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อเช่นเดียวกัน ในทุกประเทศทั่วโลก ด้วย องค์การสหประชาชาติ ได้เห็นความสำคัญของประชากรหรือมนุษย์ ซึ่งเป็นตัวแปรหลัก ที่ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของสถานะต่างๆ มีแนวโน้มว่าจะมีวัยเด็กลดน้อยลง โดยจำนวนของประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น แสดงว่าโครงสร้างของประชากรได้เปลี่ยนแปลงเข้าไปสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งขณะนี้ยุโรปกลายเป็นภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก โดยเฉพาะอิตาลี กรีซ เยอรมัน สวิสเซอร์แลนด์ จึงพยายามศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อพัฒนาประเทศของตนให้มีคุณภาพกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว เช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก โดย ปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุเกิน 60 ปี ราว 10 ล้านคน จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรรวมในอีกสิบและสิบ สี่ปีข้างหน้าตามลำดับ และสังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตามนิยามของสหประชาชาติ ในปี พ.ศ.2568 กล่าวคือ ทุกๆ 5 คน ที่เดินผ่านไปจะมีผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป 1 คน และ ทุกๆ 100 คนที่เดินผ่านไปจะมีผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไปถึง 14 คน โดยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี 2583 ขณะเดียวกัน สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน อายุเฉลี่ยของหญิงไทยอยู่ที่ 78.4 ปี ในขณะที่ชายไทยมีอายุเฉลี่ย 71.6 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2558) ซึ่งจากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน ในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุติด สังคมหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ทำกิจกรรมต่างๆได้ และอีกร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เรียกว่า กลุ่มติด สังคมติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพ และสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

สถานการณ์จังหวัดอำนาจเจริญ มีจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากข้อมูลประชากร จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ ในปี 2562 จำนวน 51,846 คน ปี 2561 ผู้สูงอายุ จำนวน 50,200 คน และปี 2560 จำนวน 46,642 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำนาจเจริญ : 2562)

อำเภอปทุมราชวงศา มี 73 หมู่สังคม ปี 2560 ผู้สูงอายุ จำนวน 5,268 คน ปี 2561 ผู้สูงอายุ จำนวน 5,642 คน ปี พ.ศ. 2562 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 5,851 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา,2562) ข้อมูลการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอปทุมราชวงศา ปี 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุติดสังคม 5,488 คน ร้อยละ 98.49 ผู้สูงอายุติดสังคม 70 คน ร้อยละ 1.25 และผู้สูงอายุ ติดเตียง 14 คน ร้อยละ 0.25 และปี 2561 มีจำนวนผู้สูงอายุติดสังคม 4,985 คน ร้อยละ 98.98 ผู้สูงอายุติดสังคม 44 คน ร้อยละ 0.87 และผู้สูงอายุติดเตียง 7 คน ร้อยละ 0.13 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา, 2562)

อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน คน พ.ศ. 2561 จำนวน 100 คน ปี พ.ศ.2562 จำนวน 96 คน ตามลำดับ ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ ตามมาตรฐาน ผู้สูงอายุมีอนามัยที่พึงประสงค์ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน จำนวน 61 คน ร้อยละ 49.12 ด้านการ ออกก าลัง ภาย มีผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 97 คน ร้อยละ 78.23 การออกก าลังกายที่ นิยมใช้ได้แก่ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และเดินเร็ว ซึ่งเป็นการออกกำลังกายเพียง ลำพัง และมีผู้สูงอายุออกก าลัง

กายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 21.77 ด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าไม่พบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่เข้าข่ายความจำเสื่อม จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.81 และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่ามี ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.81 กลุ่ม ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 123 คน ร้อยละ 99.19 ผู้สูงอายุดังกล่าวอาศัยอยู่เพียงลำพังในช่วงเวลาที่ผู้ดูแล ออกไปทำงาน และในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 14 คน ร้อยละ 11.30 ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 คน ร้อยละ 18.55 และด้านอื่นๆที่ผู้สูงอายุในชุมชนเสนอแนะ ปัญหาที่พบ บ่อยในผู้สูงอายุ ในชุมชน คืออาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดตามข้อ ปวดหลัง ปวดเอว ซึ่งผู้สูงอายุ ต้องการใช้ วิธีการนวด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา, 2562)

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา อาจถูกจำกัดอยู่ 2 แบบ คือ การดูแลตนเองในครอบครัว และการดูแลโดยรัฐจัดให้ นอกจากนี้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีการจัดบริการแบบแยกส่วน คือ การดูแลสุขภาพ และความเจ็บป่วยกระทรวงสาธารณสุข ที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพต่างๆของผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุก็เกิดปัญหาด้านบริการจัดการ และขาดการ สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน ซึ่งล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรม จนทำให้เกิด กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ส่วนการสนับสนุนในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่สังคม ซึ่งเป็นบรรทัดฐานที่ดีของ สังคมไทย หากครอบครัวไม่พร้อมย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลง แสดงให้เห็นว่า การดูแล ผู้สูงอายุเป็นเรื่องละเอียดอ่อน และจำเป็นจะต้องคำนึงถึงบริบทต่างๆ

ข้อมูลกระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ กระบวนการดำเนินงานเดิม คือการดูแลผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากรัฐ ซึ่งเป็นการดูแล สุขภาพและความเจ็บป่วยจากกระทรวงสาธารณสุขที่รองรับในการรักษาเพียงอย่างเดียว ขาดการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ขาดการท างานโดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยพบว่า หากภาคี เครือข่ายและผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการดูแล ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั่วถึงและต่อเนื่องจาก ชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ ดำเนินงานวิจัยนี้ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อให้ได้กระบวนการในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

1.2.2 เพื่อศึกษารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับ อำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

1.2.3 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จาก ระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

2.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

คำถามการวิจัย

รูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จะเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

1.3 ขอบเขตเนื้อหาการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อการพัฒนา รูปแบบวิธีการให้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดสังคม โดยรวบรวมข้อมูลปัญหา จำนวนผู้สูงอายุและจัดกลุ่ม ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ความต้องการของชุมชน และวิเคราะห์การจัดการของอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

4.2 ด้านพื้นที่ศึกษาพื้นที่อำเภอปทุมราชวงศา จำนวน 73 หมู่สังคม ที่ยังไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลชุมชนที่มีปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุและ สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

4.3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 46 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงาน สสอ./รพ 2 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข 8 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้านสังคม 24 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 12 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1.4 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะ โดยการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ) โดยพัฒนาสมรรถนะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ รวมถึงการมีรูปแบบการดำเนินงานโดย การรวมทุกภาคีเครือข่ายทางสังคมในชุมชนให้ร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุเริ่ม จากการหาเครือข่ายด้วยการประสานงานทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้นำชุมชน อปท. อสม. อพส.รวมทั้งคนในครอบครัว ชุมชน และ จนท. ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ร่วมกัน พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

1.5 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่สังคม อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน โดยมีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในช่วง มากกว่า11 คะแนน

5.3 เชิงบูรณาการ หมายถึง กระบวนการในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (หัวใจการให้บริการ ผู้สูงอายุในชุมชนมี 3 ภาคีหลัก คือ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาคีบริการสุขภาพ และภาคีบริการ สังคม) เป็นสามประสานที่สำคัญในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนด้วยวิธีการหรือกระบวนการ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีการเข้าร่วมในทุกขั้นตอนตามกิจกรรมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการค้นหา ปัญหาและสาเหตุของปัญหาอย่างมีส่วนร่วมในขั้นวางแผน การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการ การมีส่วนร่วม ร่วมในขั้นรับผลที่เกิด การมีส่วนร่วมในขั้นประเมิน รวมถึงการสะท้อนปัญหาของผู้สูงอายุสังคม

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.6 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

8.1.1 คำนียามของผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติ กำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (Nations, 2007) องค์การอนามัยโลกให้ความหมายผู้สูงอายุว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า เมื่อนับตาม วัยหรือผู้ที่สังคมนยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน เมื่อนับ ตามสภาพเศรษฐกิจในประเทศพัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2010) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ และมี สัญชาติไทยเป็นผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นต้องทราบทฤษฎีเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุเพื่อความกระจ่างและเป็นแนวทางในการดำเนินงานศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผลการศึกษาวิจัยได้มีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุดังนี้

8.2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความชรา

8.2.1.1 ทฤษฎีด้านชีววิทยา ทฤษฎีด้านชีววิทยา ทฤษฎีภาวะสูงอายุทางด้านชีววิทยาเป็นทฤษฎีที่อธิบาย สาเหตุของความชราเชิงชีววิทยา (ฤตินันท์ นันทิโร, 2548) ดังนี้

1) ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าคนชราเกิดขึ้นตามพันธุกรรมมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุและ ลักษณะนั้นแสดงออกเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน และเดินหลังค่อม เป็นต้น

2) ทฤษฎีการเสื่อมของเนื้อเยื่อ (Collagen theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สารที่เป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อกระดูกเพิ่มมากขึ้น และมีการจับตัวกันมากขึ้นทำให้เนื้อเยื่อคอลลาเจน (Collagen fiber) หดสั้นเข้าเมื่อถึงวัยสูงอายุ ทำให้ปรากฏรอยย่นมากขึ้น และตั้งอยู่ตรงบริเวณ ข้อกระดูก ซึ่งจะมองเห็นปมกระดูกชัดเจน

3) ทฤษฎีการทำลายตนเอง (Aoto immune theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงพร้อมๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันตนเองมากขึ้น ดังนั้นการสร้างภูมิคุ้มกันปกติที่น้อยลง จะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้ เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดขึ้นก็จะรุนแรงและอันตรายถึงชีวิต

กับสภาพ ร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาตินี้ ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตายด้วย ในทางตรงกันข้ามคนที่ ยึดติดกับสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยอายุน้อยกว่า ก็พยายามยืดชีวิตไว้ให้ยาวนานที่สุดโดยไม่ฟัง พอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ มีความหวาดกลัวความตาย

8.3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

8.3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม นักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาและให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้

WHO / UNICEF (2978:4-8) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมคือการที่กลุ่มของประชาชน

ก่อให้เกิดการรวมตัวที่สามารถจะกระทำการตัดสินใจใช้ทรัพยากร และมีความรับผิดชอบใน กิจกรรมที่กระทำในกลุ่ม การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคลกลุ่มบุคคลชุมชน หรือประชาชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ดำเนินโครงการหรือนโยบายสาธารณะหรือการจัดการ ทรัพยากรธรรมชาติซึ่ง

การมีส่วนร่วมของประชาชนจะเกี่ยวข้องกับการร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การร่วมในกระบวนการดำเนินการและร่วมรับผลประโยชน์โดยมีเป้าหมายของการมีส่วนร่วมของ ประชาชน (ดวงใจ ปินตามูล , 2555)
การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ตระหนักรู้ รับรู้ มีโอกาสเข้ามาแสดงบทบาท ทักษะ และความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนา ร่วม คิดร่วม ตัดสินใจในการแก้ปัญหาชุมชนของตนเอง เป็นการเน้นการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และ ความชำนาญและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและมีทักษะของประชาชนในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับ การใช้วิทยาการภูมิปัญญาที่เหมาะสมชัดเจน โปร่งใส ต่อเนื่อง และเป็นระบบ (วิระกิตติ์ หาญปริพรรณ์ และคณะ, 2551)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อการพัฒนา รูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม และการวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยมีกระบวนการกลุ่ม การมีส่วนร่วมของชุมชน เริ่มตั้งแต่ระดับ ครอบครัว ตัวผู้สูงอายุเอง ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น หน่วยบริการด้านสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์หาแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อพัฒนา กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม ติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการศึกษาตามขั้นตอนของ การวางแผน (Planning) การ ปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) มาประยุกต์ใช้ โดยดำเนินการศึกษาแบบผสมผสาน มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยการใช้ แบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) มีการเก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์เพื่อ สนับสนุนผลของการวิจัย

รูปแบบผลวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อ เพื่อการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอปทุมราช วงศา จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส และแมกทากาด (Kemmis & McTaggart, 1988) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เริ่มต้นด้วยการหาปัญหาโดยกระบวนการมีส่วนร่วม และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) เป็นการกำหนดแนวทางในแผนงาน โครงการและมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่วางไว้ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของ ชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) โดยขณะ การ วิจัย มีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่วางไว้มีการสังเกตการณ์ควบคู่ไปด้วย พร้อมกับบันทึก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสิ่งที่สังเกตคือ กระบวนการปฏิบัติการ และผลของการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 46 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงาน สสอ./รพ 2 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข 8 คน อาสาสมัครประจำหมู่สังคม 12 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 24 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 46 คน
ดังนี้

ภาคีเครือข่าย จำนวน 46 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงาน สสอ./รพ 2 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข 8 คน อาสาสมัครประจำหมู่สังคม 12 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 24 คน

3.2.2.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- (1) เป็นผู้อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่อยู่ในชุมชน
- (2) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ
- (3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการตามจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วม

โครงการวิจัย

(4) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกและเขียนภาษาไทยได้

(5) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย

- 1) ชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย)
- 2) กระบวนการพัฒนาโดยแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ช่วงเวลาระหว่างเดือน มกราคม 2563 ถึง เดือน มีนาคม 2563 โดยนัดผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 9 ครั้ง มีขั้นปฏิบัติการวิจัยดังนี้

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับการสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งปรับจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, 2559) ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ย รายได้หลัก รายได้พอเพียง ระดับการศึกษาและศาสนา ลักษณะ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 37 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลสภาวะสุขภาพทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ประเมิน ADL ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 3 สภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ครอบครัว และสัมพันธภาพ แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนด้านจิต สังคม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

2) แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับการสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย รายได้หลัก รายได้พอเพียงและสถานะทางสังคม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 14 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 27 ข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจาก ผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สรุปได้ดังนี้

13.1 การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม การประเมินภาวะสุขภาพ

13.2 การวางแผน รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและบันทึกข้อมูลจาก การนำเสนอ กิจกรรมในการดูแลสุขภาพ

13.3 การปฏิบัติการ รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุก่อนร่วม กิจกรรมและแบบประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

13.4 การสะท้อนผลปฏิบัติ รวบรวมข้อมูลโดยการถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

13.5 การประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ รวบรวมโดยแบบสอบถามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติด สังคมก่อนและหลังการพัฒนา

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติ paired sample t-test

ผลการวิจัย (result)

1. ข้อมูลสถานการณ์

1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบว่า ส่วนมากเป็นเพศ หญิง ร้อยละ 61.30 มีอายุเฉลี่ย 72 ปี (S.D.= 7.97) อายุต่ำสุด 61 ปี สูงสุด 92 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปี จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 48.40 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 54.80 รองลงมา มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 35.50 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 83.90 รองลงมา ไม่ได้เรียน ร้อยละ 9.70 ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ร้อยละ 51.60 รองลงมา เป็นเกษตรกรกรรม ร้อยละ 45.20 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 ร้อยละ 67.70 รองลงมา เป็น 1,001 – 2,000 บาท ร้อยละ 22.60 รายได้หลักส่วนมากมาจากเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 90.30 รองลงมา ลูก หลานให้ ร้อยละ 6.50 และรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ประจำเดือน ร้อยละ 96.80

2. ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบว่า ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.3 กลุ่มอายุ 40-49 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 39.13 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 67.4 มีระดับการศึกษาปริญญา มากที่สุด ร้อยละ 52.2 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 65.21 เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12,843 ร้อยละ 71.73 รายได้หลักส่วนมากมาจากอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 97.8 และรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย

การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบว่า ส่วนมากสุขภาพโดยทั่วไป ปานกลางและไม่ดี ร้อยละ 38.70 เท่ากัน รองลงมา ดี ร้อยละ 22.60 เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกันถือว่าสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 51.60 รองลงมา ปานกลาง ร้อยละ 41.90

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่ เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา รูปแบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้ ให้บริการด้านสุขภาพ ตัวแทน เจ้าหน้าที่จากเทศบาล ตัวแทนผู้นำชุมชนคัดเลือกจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของได้ วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา ที่ผ่านมา

1 ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มี 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านบุคคล มีบุคลากรไม่เพียงพอ

2. ด้านงบประมาณ งบประมาณแต่ไม่ใช้ “มีงบฯจากกองทุน LTC และไม่ชัดเจนในการ

เบิกจ่าย

3. ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน “งบฯจากกองทุน LTC

1. ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

2. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่คุณค่าเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรต่อลูกหลานต้องรู้จักกตัญญูรู้คุณ ไม่

ทอดทิ้งผู้สูงอายุ

3. ต้องลดภาวะแทรกซ้อน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ

4. ต้องมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว และ Care Giver ร่วมเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
กลุ่มติดสังคมในชุมชน

5. ต้องสื่อสาร ติดต่อกันระหว่างครอบครัว ชุมชน ทั้งระดับ ตำบล อำเภอ

6. ควรเสริมพลังทางบวก ให้กำลังใจ

7. ต้องมีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็น Care Manager ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชน

8. ต้องมีการบริหารจัดการที่ดีมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่มีความเคารพในสิทธิและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการให้โอกาสผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรม จึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการ ในการแก้ไขปัญหา

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ (Action) จากการศึกษา สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมพบว่า ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปวดข้อเข่า เกิดปัญหาเดินหกล้ม มีปัญหาค่าดัชนีมวลกายระดับ 2, 3 ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการอยากให้มีดัชนีมวลกายปกติ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางด้าน จิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เหงาไม่มีเพื่อน นอนไม่หลับ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการอยากมีเพื่อนคุย เพื่อนกินและเพื่อนนอน ทางด้านสังคม พบว่าผู้สูงอายุ ไม่ไปร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการอยากให้มีคนพาเข้าร่วมทำบุญตักบาตรทุกวันพระและฝึกกิจกรรม ทางกายด้วยชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) และความรู้เรื่อง ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย จากการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่ผ่านมา จึงได้กำหนด แผนปฏิบัติการ ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างก่อนการ พัฒนาและนำแผนสู่การปฏิบัติต่อไป

ตาราง 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมก่อนร่วมกิจกรรม

ระดับความรู้	จำนวน(n=31)	ร้อยละ
ไม่ดี	20	64.50
ปานกลาง	6	19.40
ดี	5	16.10
รวม	31	100.00
\bar{x} =12.35	SD =4.394	Min = 3 Max = 20

ตาราง 2 การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ก่อนร่วมกิจกรรม (n=31)

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี	2	10.00
ปานกลาง	15	75.00
ดี	3	15.00
รวม	20	100.00

ผลการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่ เชียง
 บุรณการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนงานโครงการที่กำหนด รวมระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่ เดือน
 มกราคม 2563- มีนาคม 2563 ผู้วิจัยจึงได้ ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติด
 สังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเมินภาวะสุขภาพ หลังพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม มีค่าดัชนี
 มวลกายอยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 เพิ่มขึ้น อ้วนระดับ 2 ลดลงจากเดิมมีจำนวน เท่ากัน ผลการตรวจร่างกายส่วน
 ใหญ่ภาวะโรคประจำตัวคงที่ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบว่าส่วนใหญ่
 สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น จากเดิมปานกลางและไม่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ

ตาราง 4 ระดับความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (n=46)

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี	11	23.91	0	0
ปานกลาง	13	28.26	3	6.52
ดี	22	47.82	43	93.48
รวม	46		46	

จากตารางพบว่า ความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีระดับความรู้หลังเข้าร่วมระดับดี

ตาราง 5 การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม (n=46)

การปฏิบัติตัว	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p - value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
	ปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	1.41	0.136	2.49		

จากตาราง พบว่า ปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมเพิ่ม
 มากกว่าก่อนการดำเนินงาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตาราง 6 การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่ เขิงบูรณาการ (n=46)

การปฏิบัติตัว	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ด้านค้นหาปัญหา	1.44	0.266	3.57	1.080	-12.923	<0.001*
ด้านวางแผน	1.54	0.308	3.45	0.916	-13.680	<0.001*
ด้านดำเนินงาน	1.49	0.144	3.54	0.644	-20.614	<0.001*
ด้านรับผลประโยชน์จากการดำเนินงาน	1.34	0.271	3.46	0.740	-19.299	<0.001*

จากตารางพบว่า การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่ เขิงบูรณาการ ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผน ด้านดำเนินงาน ด้านรับผลประโยชน์จากการดำเนินงาน เพิ่มมากกว่าก่อนดำเนินงาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่ เขิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

จากแนวทางที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม จำนวน 8 ข้อ ดังนี้

1. ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
2. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่คุณค่าเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรต่อลูกหลานต้องรู้จักตั้งกฎรู้คุณ ไม่ ทอดทิ้งผู้สูงอายุ
3. ต้องลดภาวะแทรกซ้อน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ
4. ต้องมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว และ Care Giver ร่วมเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม ติดสังคมในชุมชน
5. ต้องสื่อสารติดต่อประสานงานกัน ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน ทั้งระดับ ตำบล อำเภอ
6. ควรเสริมพลังทางบวก ให้กำลังใจ
7. ต้องมีแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็น Care Manager ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชน
8. ต้องมีการบริหารจัดการที่ดีมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่มีความเคารพในสิทธิและ การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการให้โอกาสผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมชาติ

ภายใต้แนวคิด PATUMRATCHAWONGSA Model เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมภายใต้การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่ เขิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

โดยสรุป ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ ประกอบด้วย มีผู้นำชุมชนดี เข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

อภิปราย (Discussion)

6.1 สถานการณ์การดูแลสุขภาพการพัฒนาารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่ เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จากการศึกษาวิจัย พบว่า สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เพิ่มขึ้น ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบว่าส่วนใหญ่สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น จากเดิมปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกันถือว่าสุขภาพปานกลาง จากเดิมบอกว่าไม่ดี และสุขภาพกายมีความเสื่อมไปตามอายุชั้ย สอดคล้อง กับการศึกษาของ นรากร เลไธสง (2557) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหิน โคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ส่วน ประกอบด้วยเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และกระบวนการมีส่วนร่วม ตาม ขั้นตอนวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมดูแลสุขภาพได้ ดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับน้อย และคน ที่มีระดับภาวะซึมเศร้า มีบทบาท สำคัญได้ เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ในกิจกรรมทางด้าน อารมณ์ ทำให้ ผู้สูงอายุพอใจเพื่อคลายเหงาและมีความสุข กิจกรรมทางด้านออกกำลังกาย ด้วยการ ช่วยเหลือในการใช้กาย อุปกรณ์ เช่น ดัมเบล การอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกาย กิจกรรม ทางด้านสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งของ เครื่องใช้ในบ้าน ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ กรุงรัง กีดขวาง อ่านหนังสือให้ฟัง ร้องเพลง สอดคล้อง กับการศึกษาของ สริญญา ปิ่นเพชร (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หลังการ ดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการคัดกรองสุขภาพครบทุกคน กลุ่มติดสังคม ติดเตียงได้รับการ เยี่ยมบ้านทุกราย ผู้สูงอายุมีความ พึงพอใจต่อการรับบริการ และมีสุขภาพกายสุขภาพจิตดีขึ้น

6.2 กระบวนการพัฒนาารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่ เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

พบว่า การเปิดโอกาสให้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่ ผ่าน มา ด้วยกิจกรรมเปิดใจ จึงทำให้ประเด็นปัญหาต่างๆ ที่ไม่ได้รับการแก้ไขเปิดเผยออกมาให้เห็น และจากการที่ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีและกระบวนการติดต่อประสานงานแบบไม่เป็นทางการ การสร้างปฏิสัมพันธ์นอกรอบ จึงเกิดพลังชุมชนและความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันและมีเป้าหมาย ร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหา ของอำเภอปทุมราชวงศาให้บรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2546) ได้อธิบายบทบาทของ ชุมชนในการมีส่วนร่วมตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน คือ การที่ ประชาชนในชุมชน ต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน ประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ ความหมายว่า การที่ชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของ ชุมชนเป็นอย่างดีจึงควรกำหนดปัญหา สาธารณสุขของชุมชนนั้นเองวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหา ของชุมชนเองและสามารถ แยกแยะวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชนและวิธีการใดที่เกิน ความสามารถ จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นการดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของ ประชาชน

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ (Action)

จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ประเมินความรู้การมีส่วนร่วมภาวะสุขภาพ กลุ่ม ตัวอย่าง ก่อนการพัฒนา (Pre-test) ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด (นำแผนสู่การ ปฏิบัติ) จำนวน 4 แผนงาน

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

เข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยมสนับสนุนให้ข้อเสนอแนะ ประเมินภาวะ สุขภาพ สังเคราะห์กระบวนการ แนวทางการดำเนินงานที่เกิดขึ้นหลังร่วมกิจกรรม ในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563

ขั้นที่ 4 การสะท้อน (Reflection)

พบว่า รูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ เกิดจากความเข้าใจ การปรับเปลี่ยน แนวคิดให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุของคนในชุมชน ผู้ดูแลและพระภิกษุซึ่งเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ คนในครอบครัว ลูกหลาน (Care Giver Junior) รวมถึงผู้สูงอายุเอง ไม่รอรับบริการอย่างเดียวแต่เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามสภาพร่างกายและความสามารถของตนเอง มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น เพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และการนอนหลับ ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย อารมณ์แจ่มใสเบิกบานและมีความสุข ซึ่งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นเพียงพี่เลี้ยงและคอยสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาของ กานต์วี กอบสุข (2554) วิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรรเลง ตำบลบุฤๅษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ต้องมี การบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำชุมชน โดยใช้ กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ

การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเข้าวัดทำบุญฟังธรรม คนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หลังดำเนินการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพและระดับคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเมินภาวะสุขภาพ หลังการพัฒนา

6.3 ผลการประเมินการรูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้ เปลี่ยนแปลงแนวคิดให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุเอง ก็ปรับเปลี่ยนแนวคิดด้วยเช่นกัน ส่งผลให้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อยู่ในระดับดี นานักเรียนผู้สูงอายุ ออกไปเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจให้ศีล ให้พรแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเป็นประจำ จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีสุขภาพกาย ใจดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิโชติ ผ่าผิวดี (2556) ศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ต้องมีการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น เข้ามาดำเนินงานร่วมกัน ร่วมกันกำหนดกลวิธีดำเนินงานจัดตั้งเครือข่ายกำหนดผู้รับผิดชอบใน กิจกรรมต่างๆ และร่วมเป็นผู้รับประโยชน์ในฐานะสมาชิกของชุมชน ชุมชนสามารถ หากกลวิธีดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองส่งผลให้เกิดการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยภาคีผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งภายหลังจากการดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สริญญา ปิ่นเพชร (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ารูปแบบใหม่ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณ และร่วมดำเนินงานตาม กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ 2) การจัดกลุ่มในการดูแลสุขภาพ ตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพ ผู้สูงอายุ คือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดเตียง 3) การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุจาก คนในครอบครัว 4) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 5)

การมอบรางวัลให้แก่ผู้สูงอายุและเชิดชู เกียรติผู้สูงอายุ บุคคลผู้ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน หลังการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ได้รับการคัดกรองสุขภาพครบทุกคน กลุ่มติดสังคม ติดเตียงได้รับการเยี่ยม บ้านทุกราย ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ และมีสุขภาพกายสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ (2555: 89-90) ได้วิจัยกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของ ชุมชนมาบแค พบว่ากระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมในชุมชนมี 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนามี 4 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างแกนนำ ซึ่งเป็นทุนทางสังคม 2) การค้นหาปัญหา และความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมวางแผน และดำเนินงาน ร่วมกันอย่างมีทิศทาง 4) การพัฒนาตามข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

6.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้นำชุมชน พระภิกษุซึ่งเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ คนในชุมชน คนในครอบครัว ลูกหลาน (Care Giver Junior) รวมถึง ผู้สูงอายุเอง มีทัศนคติที่ดีว่า “สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ” มีความรักใคร่สามัคคี มีความมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบล นำประเด็นผู้สูงอายุเข้าสู่การขับเคลื่อนเพื่อการ พัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตประจำปี 2563 ทำให้เกิดรูปแบบในการพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อย่างเป็นรูปธรรม โดยสรุป ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ปัจจัย 1) มีผู้นำชุมชนดี เข้มแข็ง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก 3) โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง 4) ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการ 5) การติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ผลสรุป (Conclusion)

15.1 โดยสรุป ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ปัจจัย 1) มีผู้นำชุมชนดี เข้มแข็ง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก 3) โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง 4) ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการ 5) การติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ แสดงให้เห็นถึงแนวทางกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางที่ เหมาะสมที่ทำให้ประสบความสำเร็จ นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังเป็นเป้าหมายที่สนับสนุนต่อแนวทางระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ ความสำคัญ

เสนอแนะ

7.2.1 ข้อเสนอแนะทั่วไป

15.2.1.1 การทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง

ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลในการวางแผนและ กำหนดแนวทางการพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป

15.2.1.2 นำแนวทางการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จากการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

15.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนตำบลดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จากระดับอำเภอสู่ระดับพื้นที่เชิงบูรณาการ อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ นั้น ผู้วิจัยเห็นว่าควรนำ ประเด็นทั้ง 8 ข้อนี้มาเป็นแนวทางการพัฒนาเพื่อให้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น

15.2.2.1 ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

15.2.2.2 ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่คุณค่าเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรต่อลูกหลานต้องรู้จักกตัญญู รู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ

15.2.2.3 ต้องลดภาวะแทรกซ้อน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ

15.2.2.4 ต้องมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว และ Care Giver ร่วมเป็นผู้ดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

15.2.2.5 ต้องสื่อสารติดต่อประสานงานกัน ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน ทั้งระดับ ตำบล อำเภอ

15.2.2.6 ควรเสริมพลังทางบวก ให้กำลังใจ

15.2.2.7 ต้องมีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็น Care Manager ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

15.2.2.8 ต้องมีการบริหารจัดการที่ดีมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่มีความเคารพในสิทธิ และการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการให้โอกาสผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมอย่างเป็น ธรรม

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

วิจัยฉบับนี้ สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่ง จาก ผู้สูงอายุ เครือข่ายเทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล อาจารย์ ดร.ประเสริฐ โสมรักษ์ ผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา ได้ให้ความช่วยเหลือในเรื่อง สนับสนุนการ วิจัย ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแห่ง อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในเรื่องข้อมูลเป็นอย่างดี อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ที่เข้าร่วม สนับสนุนการ วิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง สูดท้ายขอขอบพระคุณ ครอบครัว และพี่น้องที่คอยเป็นกำลังใจ ตลอดจนให้ความรัก ความห่วงใยตลอดมา และทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่นำไปศึกษาค้นคว้า เพื่อเป็น แนวทางในการแก้ไขปัญหา และเป็นแนวทางในการศึกษาค้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง (refernces)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.

จิราภรณ์ อุ่นเสียม. (2559). พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 11. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 30(4), 261-268.

ชูศรี วงศ์รัตน. (2544). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬา.

ดวงใจ ปินตามูล. (2555). การจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในองค์การบริหารส่วนตำบลสังคัมโสก อำเภอลำสนัก จังหวัดเพชรบูรณ์ .วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการปกครองท้องถิ่น, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.

ปริญญา อุปลา.(2545). การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียนเพื่อปรับปรุงคุณภาพการเรียนการสอนคณิตศาสตร์ ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสังคัมพุทธรักษา จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประถมศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, ยุวดี รอดจากภัย (2557).การพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน.รายงานวิจัยนี้ได้ รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ,พ.ศ. 2557

รัชณีวิภา จิตรากุล. (2556). การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคาม.

รัชณีวิภา จิตรากุล. (2556). การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคาม.

ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์ (2562)

วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

วีระกิตติ์ หาญปริพรรณ์ และคณะ. (2551). การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานยุติธรรมชุมชน กรณีศึกษาชุมชนคลองจรเข้ร้อย ตำบลเกาะไร่ อำเภอสังคมโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม.

สมพงษ์ จันทรโรวาท และคณะ. (2558).การเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ : 12 ฉบับที่ : 2 เลขหน้า : 129-134 ปีพ.ศ. : 2558.

สุรีย์พร พานิช. (2546). รายงานการวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียนเพื่อปรับปรุงคุณภาพการเรียนการสอน กระบวนวิชาหลัก การธุรกิจศึกษา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชีวศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. สำนักสถิติสังคม,สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2559) คู่มือหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: คัลเลอร์-บุ๊กส์; 2559

สำนักงานสาธารณสุขอำนาจเจริญ : 2562.สรุปรายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ประจำปี 2562. อำนาจเจริญ:สำนักงานสาธารณสุขอำนาจเจริญ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา,2562.สรุปรายงานรับการนิเทศผสมผสานระดับจังหวัด อำนาจเจริญ ประจำปี 2562.อำเภอปทุมราชวงศา.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปทุมราชวงศา

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2552). คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข

ฤตินันท์ นันทธีโร. (2543). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.