

การพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัว
และชุมชนในพื้นที่อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

A Development of a Long-term Care System for the Elderly by Social Groups, Family
and Community:

A Case of Saimoon District, Yasothon Province

กฤดิษฐ์ ทองอบ^{*1} สงครามชัย ลีทองดี^{**2} และ ประเสริฐ ประสมรักษ์^{***3}

^{1,2,3}คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

E-mail: kititat8812@gmail.com

บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่กึ่งเมืองและชนบท มีความแตกต่างจากพื้นที่อื่น เนื่องจากมีความหลากหลายทางด้านสังคม สภาพแวดล้อม และฐานะความเป็นอยู่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัวและชุมชน ในพื้นที่อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องแบบเจาะจงจำนวน 81 คน ดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมานคือ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ครั้งนี้มี 6 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ 5) ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน 6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และผลการศึกษาเชิงคุณภาพได้ค้นพบแนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนคือการมีระบบกระตุ้นให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนเข้าใจและตระหนักได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยเริ่มจากแกนนำและภาคีที่มีบทบาทสำคัญในพื้นที่หลังจากนั้นจึงจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานคือการสร้างและพัฒนาแกนนำในชุมชนให้เข้าใจและมีกลวิธีการให้กลุ่มแกนนำมีส่วนร่วมในบทบาทที่แตกต่างกันในทุกขั้นตอนโดยมีระบบการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการและเสริมด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ในระหว่างการทำงาน

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ เขตกึ่งเมืองและชนบท

Abstract

Elderly care system in the semi-urban communities differs from the other systems due to the diversity and complexity of the community. This action research was conducted in Saimoon district, Yasothon province to study the process of developing model as a long-term care system for the elderly by social groups, family and community. Eighty-one participants was purposively selected to implement the care processes. A P-A-O-R research technique was applied. The descriptive statistics such as frequency, percentage, average and standard deviation including inferential statistics such as a paired t-test were used in the data analysis.

The long-term care system for the elderly groups, comprising six steps: 1) analysis of the context and the problems, 2) workshops for plan (A-I-C technique), 3) preparation area for implementation, 4) conduct of program / project, 5) monitor, support and evaluation of the operations, and 6) exchanges

learning and lesson learned were derived. It showed that the level of knowledge of the participants about the care and level of participation in the management care of the elderly increased with statistical significance (p -value < 0.05). With regard to the qualitative study, it was found that the best practice of the elderly care in the community was to encourage the key actors in the community to understand and be aware of this topic and to take part in the assigned activities from the beginning. As such, the key success factors included introducing the target groups to get involved in the activities with different roles. Also, formal and informal communication among the groups was very essential in the implementation of the care system.

Keywords: Elderly Care System Development, Semi-urban and Rural Area

บทนำ

ในปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงสาเหตุเนื่องจากอัตราการเกิดที่มีมากกว่าอัตราการตาย เป็นผลมาจากภาวะเจริญพันธุ์มากกว่าภาวะการตายหรือย้ายถิ่น อัตราการเพิ่มประชากรที่มีแนวโน้มลดลง สำหรับการย้ายถิ่นกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2553) ส่งผลให้ขนาดสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจากรายงานของ ปี พ.ศ. 2556 พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2533 ร้อยละ 9.2 เป็นร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2556 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.1 ในปี พ.ศ. 2595 โดยในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วพบว่าผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2493 เป็นร้อยละ 11 ในปี พ.ศ. 2552 และคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2593 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยปัจจุบันยังมีโครงสร้างประชากรที่มีประชากรวัยสูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับในระดับโลก ส่วนในระดับภูมิภาคเอเชีย พบว่า ประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุอยู่ในระดับปานกลางแต่ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เนื่องจากมีประชากรผู้สูงอายुर้อยละ 10.7 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2551) อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการเพิ่มขึ้นมีอัตราสูงขึ้นอย่างรวดเร็วโดยพบว่าในปี พ.ศ. 2545 พบสัดส่วนผู้สูงอายुर้อยละ 9.4 เพิ่มเป็นร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2550 และร้อยละ 11.2 ในปี พ.ศ. 2552 ตามลำดับ องค์การสหประชาชาติยังคงคาดคะเนว่าแนวโน้มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยจะเพิ่มเป็น

ร้อยละ 17.1 ในปี พ.ศ. 2568 และเพิ่มเป็นร้อยละ 27.1 ในปี พ.ศ. 2593 อีกทั้งอายุขัยเฉลี่ยของประชากรแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นจาก 61.4 ปีในปี พ.ศ. 2518-2523 เป็น 70.8 ปีในปี พ.ศ. 2543-2548 และประมาณการว่าจะเพิ่มเป็น 76.8 ปีในปี พ.ศ. 2568-2573 แนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและอายุขัยของประชากรที่ยืนยาวมากยิ่งขึ้นทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุซึ่งพบว่ามีสัดส่วนการพึ่งพาเพิ่มสูงขึ้นทั้งการพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจถึง 1 ใน 4 คนและร้อยละ 13.7 มีรายได้ไม่พอเพียงรายจ่าย และยังพบว่าอัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต่อการรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 14.3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็น 16.0 ในปี พ.ศ. 2550 นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพาทางด้านสุขภาพสูงโดยพบว่าร้อยละ 50.0 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีสุขภาพไม่แข็งแรงโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดพบร้อยละ 42.66 โรคระบบต่อมไร้ท่อพบร้อยละ 24.34 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อร้อยละ 20.85 และยังมีอายุยืนยาวขึ้นโอกาสเกิดโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาสุขภาพสูงมากขึ้น และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดจากกระบวนการชรา (Ageing Process)

จากการสำรวจข้อมูล ในภาพรวมของอำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 4,664 คน (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ข้อมูลผู้สูงอายุในจังหวัดยโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร 2557) ซึ่งเป็นพื้นที่ ที่มีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 3 ของจังหวัดยโสธร และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุของอำเภอทรายมูล

จากแบบสรุปรูปการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามเกณฑ์การประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) (งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร 2556 ณ เดือนเมษายน-ตุลาคม 2556) อำเภอทรายมูล มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง จำนวน 4,016 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.48 มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 3,600 กลุ่มติดบ้าน 341 กลุ่มติดเตียง 75 และคิดเป็นร้อยละ 89.64, 8.49 และ 1.87 ตามลำดับ พบว่าอำเภอทรายมูลมีผู้สูงอายุติดสังคมมากที่สุด ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองและคนอื่นได้ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทรายมูล และมีอัตราการความชุกของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 ปี ย้อนหลัง ใน 3 อันดับกลุ่มโรค พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอันดับที่ 1 คือโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ปี 2556-2558 จำนวน 451, 564 และ 572 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.66 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.09 ในปี 2557 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.26 ในปี 2558 ตามลำดับ อันดับที่ 2 คือความดันโลหิตสูง ปี 2556-2558 จำนวน 493 ราย 564 ราย และ 579 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 10.57 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.09 ในปี 2557 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.41 ในปี 2558 ตามลำดับ และอันดับที่ 3 คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ปี 2556-2558 จำนวน 71,217 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.15 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.25 ในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.36 ในปี 2558 ตามลำดับ ซึ่งทำให้พบว่ากลุ่มอาการโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุใน 3 กลุ่มโรคนี้ได้เพิ่มจำนวนสูงขึ้นทุกปี (กลุ่มงานประกันสุขภาพและแผนยุทธศาสตร์. ข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการในระบบ HosXp. โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร 2558) ส่วนข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปี 2557 สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หมู่ที่ 4 บ้านทรายมูลนั้น พบว่ามีผู้สูงอายุทั้งหมด 107 คน เป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคมมากที่สุด คือ 93 คน คิดเป็นร้อยละ 87 ผู้สูงอายุติดบ้าน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ในจำนวน ผู้สูงอายุทั้งหมด นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้ มีปัญหาการเจ็บป่วย และโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มีอัตราป่วยด้วย 3 อันดับโรคที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนทรายมูล ข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี 2556-2558 (กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและบริการปฐมภูมิ. ข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการในระบบ HosXp. ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลทรายมูล

จังหวัดยโสธร 2558) จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากที่สุดคือโรคเบาหวาน จำนวน 6, 9 และ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 5.60 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.41 ในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.09 ในปี 2558 ตามลำดับ และป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2, 5 และ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.86 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.67 ในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.54 ในปี 2558 ตามลำดับ และโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 2 คน พบในปี 2558 คิดเป็นร้อยละ 1.86 พบว่าอัตราการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุใน 3 กลุ่มโรคเพิ่มสูงขึ้นทุกปีซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหล่านี้เพิ่มขึ้นได้ ตามจำนวนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยครอบครัวและชุมชน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตัวเอง และสังคมได้ และเพื่อเป็นการชะลอการเจ็บป่วยและหาแนวทางการป้องกันการเป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงในอนาคตต่อไป ซึ่งคำตอบที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและมาตรการในการจัดบริการระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือคนอื่นได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัวและชุมชน ในพื้นที่อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart เพื่อหาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัวและชุมชน ในพื้นที่อำเภอทรายมูลจังหวัดยโสธร ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบ

มีส่วนร่วม ประกอบด้วย ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) และขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C)

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) นำแผนปฏิบัติการ หรือโครงการที่ได้ในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ ได้ดำเนินการตามโครงการทั้ง 4 โครงการ มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคม มีการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมงานกลุ่มผู้ดูแลการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว

3. ขั้นสังเกตการณ์พัฒนา (Observation) การสังเกตเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บรวบรวมหลักฐานจากการปฏิบัติตั้งแต่ก่อนการดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงานจากการประชุมกลุ่มย่อย นิเทศ ติดตาม สนับสนุน ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะในระหว่างการดำเนินงานและประเมินผล

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรควางแผนหาแนวทางปรับปรุง แก้ไขในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณานำเสนอค่า จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL, IADL และดัชนีชี้วัดความสุขผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลประกอบด้วยการประเมินความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ดูแล ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับและเชื่อถือได้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่อวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL, IADL) ดัชนีชี้วัดความสุขผู้สูงอายุ ในการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัวและชุมชน

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการใช้สถิติทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Paired Sample t-test)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) และนำมารวบรวมวิเคราะห์นำผลมาสรุปเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพตามประเด็นจัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัวและชุมชน

1. ผลต่อผู้สูงอายุ

1.1 คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ บ้านทรายมูล ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 63 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.7) อายุเฉลี่ย 64.76 ปี (S.D. = 2.68) สถานะสมรส (ร้อยละ 61.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.92) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 87.3) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 3 คน (ร้อยละ 47.6) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.3) ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว โรคที่เป็นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.9)

1.2 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ก่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีเพียงการรับประทานอาหาร ที่ผู้สูงอายุทำได้ทุกคน ภายหลังจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุทำได้ทุกคนเพิ่มเป็น 4 กิจกรรมคือการรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การอาบน้ำ และการการกลั่นการถ่ายอุจจาระ โดยค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีค่าเฉลี่ย

เพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ย 19.90 (S.D., 0.34) จากก่อนการพัฒนา ระบบ (ค่าเฉลี่ย 19.61 (S.D., 1.34) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุติดสังคม ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ระยะเวลา	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ก่อนการดำเนินการ	19.61	1.34	-2.25	p<0.001*
หลังการดำเนินการ	19.90	0.34		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุติดสังคม ก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.61 (S.D. = 1.34) และหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 19.90 (0.34) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

1.3 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) ก่อนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีจำนวน 5 ใน 6 กิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สามารถทำเองได้มากกว่า ร้อยละ 90 ขณะเดียวกัน พบผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำเองได้บางส่วน แต่ภายหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ได้เองเพิ่มขึ้นเกือบทุกกิจกรรม ยกเว้น 2 กิจกรรมคือการหุงหา/อุ่นอาหารได้เอง และ ทำความสะอาดบ้านได้ด้วยตนเอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่า ภายหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) ของผู้สูงอายุติดสังคมก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ระยะเวลา	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ก่อนการดำเนินการ	11.26	2.23	-2.49	p<0.001*
หลังการดำเนินการ	11.76	0.75		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.26 (S.D. = 2.23) ภายหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 11.76 (S.D. = 0.75) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

4) ระดับการมีความสุขของผู้สูงอายุ ก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 57.1 มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 27.0 แต่ภายหลังการศึกษาระบบการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มมากขึ้น โดยมีความสุขเท่ากับคนไทยทั่วไป เพิ่มเป็นร้อยละ 71.4 มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป เพิ่มเป็น ร้อยละ 28.6 และไม่มีผู้สูงอายุที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีชี้วัดความสุขผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยครอบครัวและชุมชน

ระยะเวลา	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ก่อนการดำเนินการ	28.04	3.99	-7.47	P < 0.001*
หลังการดำเนินการ	31.38	2.31		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่าดัชนีชี้วัดความสุขผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนความสุขเฉลี่ย 28.04 (S.D. = 3.99) และภายหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 31.38 (S.D. = 2.31) ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001

1.2 ผลต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ

(1) คุณลักษณะทางประชากร กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.8) อายุเฉลี่ย 45.28 ปี (S.D. = 10.21) มีสถานภาพสมรสทุกคน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 44.4) มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 83.3) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 72.2) มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 88.9)

(2) ระดับความรู้ของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.00) และหลังการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มเป็น ร้อยละ 94.4 และไม่มีผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ความรู้	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ก่อนการดำเนินการ	8.61	1.46	-4.12	< 0.001*
หลังการดำเนินการ	9.77	0.54		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.61 (S.D. = 1.46) และภายหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 9.77 (S.D. = 0.54) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001

(3) ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 61.11 แต่ภายหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ในระดับมากเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 66.66 ระดับมากที่สุด เพิ่มขึ้นเป็น 27.77 โดยไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมพบว่า ภายหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.001

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ระยะเวลา	\bar{x}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม	t	p-value
ก่อนดำเนินการ	37.94	5.58	น้อย	-4.76	< 0.001*
หลังดำเนินการ	47.27	3.81	มาก		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย 39.94 (S.D. = 5.58) และหลังการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก 47.27 (S.D. = 3.81) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001

จากการดำเนินการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัวและชุมชน โดยการจัดกิจกรรม โครงการดูแลผู้สูงอายุได้แนวทางปฏิบัติที่ดีคือ การกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการรับรู้สภาพปัญหา (Stimulation) การวิเคราะห์ปัญหา (Analysis) เพื่อกำหนดแผนการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันโดยเริ่มตั้งแต่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์สุขภาพชุมชน วัดและชมรมผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation) ทุกขั้นตอนในการดำเนินงาน และสรุปเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จได้คือ

1. ศักยภาพของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ผ่านการอบรม การฝึกทักษะอย่างสม่ำเสมอ

2. การมีส่วนร่วมของเทศบาลตำบลและความตระหนักรู้ต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุของนายกเทศมนตรี ทำให้มีการสนับสนุนงบประมาณ

ร่วมรับรู้สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุร่วมวางแผนงาน และเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินการร่วมกัน

3. ระบบบริการเชิงรุกของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาล ทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และมีฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนงานได้

4. ความพร้อมของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกันมาแล้ว ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการดำเนินงานด้านอื่นๆ ในชุมชนอยู่แล้ว จึงทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน

5. ความพร้อมและความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการดูแล จึงพร้อมให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

6. การให้ความสำคัญต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าอาวาสวัด ที่อนุเคราะห์ให้ใช้สถานที่ทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

7. ความครอบคลุม ทันสมัยและรวดเร็วของการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารต่อผู้สูงอายุ

สรุปผลการวิจัย

1. บริบทระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัวและชุมชน ในพื้นที่อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธรระบบการดูแลผู้สูงอายุเดิม เป็นการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลทรายมูลที่เปิดให้บริการทุกวัน แยกจากคลินิกรักษาโรคทั่วไปสำหรับผู้รับบริการกลุ่มวัยอื่นส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการพัฒนาชุมชน ยังคงมีการรวมกันเพื่อทำกิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน รวมถึงการรวมกลุ่มเฉพาะกิจ โดยไม่มีความต่อเนื่องยั่งยืน เช่น กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กลุ่มอาชีพ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้นด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินงานของส่วนราชการเท่านั้น ประชาชนเป็นเพียงผู้ได้รับการดูแลทั้งนี้หน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ร่วมในกิจกรรมคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ กับศูนย์สุขภาพชุมชน แต่เป็นเพียงการเตรียมพื้นที่ การประชาสัมพันธ์ ยังไม่มีศักยภาพในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านชุมชน พบว่า ยังไม่มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือการรวมกลุ่มชมรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง

2. กระบวนการศึกษาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัวและชุมชนในพื้นที่อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร เป็นการวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนร่วมกันระดมสมองในการดำเนินงานอย่างจริงจัง ตั้งใจทุกคน ทั้งการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งปัญหาที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และชุมชน ที่ยังไม่มี การดูแลอย่างเป็นระบบที่ต่อเนื่อง จึงนำไปสู่การกำหนดอนาคตที่พึงประสงค์ในการพัฒนาร่วมกัน ทั้งการพัฒนาผู้สูงอายุในด้านการดูแลตนเอง ดูแลซึ่งกันและกัน การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และการประสานบูรณาการของหน่วยงานภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งภาพอนาคต ได้ถูกนำมาสร้างแนวทางการพัฒนา ในรูปแบบโครงการ และต่อยอดการสร้างแนวทางปฏิบัติที่ประกอบด้วย การกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน และการกำหนดแผนปฏิบัติการ ผลลัพธ์สำคัญของการวางแผน คือ การมีข้อตกลงร่วมกัน ในการที่จะแต่งตั้งคณะทำงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขึ้น เพื่อขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการร่วมกัน โดยจัดกิจกรรมโครงการ

3. ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัวและชุมชน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุได้ทำการประเมินการประกอบกิจวัตรประจำวัน ADL, IADL, ดัชนีชี้วัดความสุขหลังการดำเนินการพัฒนาระบบ พบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุจากผลการประเมินความรู้และการมีส่วนร่วมของการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หลังการดำเนินการเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยครอบครัวและชุมชน ในพื้นที่อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร มีประเด็นอภิปรายผลดังนี้

1. การศึกษาประเด็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายผล

การศึกษาได้ว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับเทคนิคการมีส่วนร่วมของชุมชน (A-I-C) กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีกิจกรรมการจัดอบรมให้ความรู้และการมีส่วนร่วมให้ กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มมากขึ้น และจากผลการเปรียบเทียบความรู้จะเห็นได้ว่า กลุ่มผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับระบบหรือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และมีการจัดกิจกรรมตามแผนงานที่ได้วางแผนไว้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุก่อนการดำเนินการ และหลังจากให้ความรู้แล้ว ส่งผลให้ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรพล ชยภพ (2552) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ปี 2552 มีจุดมุ่งหมายในการศึกษาคือรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ทุนทางสังคมแบบพหุภาคี คนในครอบครัว คนในชุมชน มีการปฏิสัมพันธ์กับองค์กรปกครองท้องถิ่นประสานความร่วมมือซึ่งกันและกัน และสอดคล้องกับงานวิจัย นิชนันท์ สุวรรณภู (2554) ศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองศรีโคก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2554 พบว่าด้านผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการ ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ด้านผู้ดูแล ปัญหาและความต้องการ คือ การที่ต้องทำบทบาทหน้าที่เชิงซ้อนทั้งเป็นผู้หารายได้และเป็นผู้ดูแล ขณะที่ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุประกอบกับผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งระบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีโคกมีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยมีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1)ญาติและเพื่อนของผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้การสนับสนุนด้านการเงิน ด้านอาหารเครื่องนุ่งห่มและด้านจิตใจ 2) เพื่อนบ้านให้การสนับสนุน ด้านการเงิน การอำนวยความสะดวกในการพาไปโรงพยาบาล และด้านจิตใจ 3) องค์กรด้านสุขภาพเช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในคลินิก ในชุมชนและการส่งต่ออย่างเป็นระบบ 4) หน่วยงาน องค์กร ในชุมชน เช่น เทศบาลตำบล

เมืองศรีโค องค์กรท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ จากการศึกษาได้ แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลเมืองศรีโค ดังนี้ 1) การค้นหาและพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยการอบรมความรู้และ ทักษะในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และ 2) จัดให้มีศูนย์ อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุพบปะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2. การศึกษาระดับประเด็นการมีส่วนร่วมของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการ พัฒนา มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการดำเนินการ พัฒนา ($p < .05$) เกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นผลทำให้มีความรู้สูงขึ้นและ การประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิค (A-I-C) พบว่าเป็น วิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เกิด ความเข้าใจของสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัดและ ศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการจัดการด้วยวิธี การใหม่ที่ได้ผลในการพัฒนาคนไปพร้อมกัน สอดคล้องกับ งานวิจัยของ กงพัฒน์ แกมนิลและพรทิพย์ คำพอ (2556) การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอคำ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติ การโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค (A-I-C) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า หลังจากการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ระดับสูงและการปฏิบัติในระดับดี เพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จาก การศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ พบว่าด้านที่มีความรู้ระดับสูง และการปฏิบัติ ในระดับดีน้อยที่สุด คือการมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ ดังนั้น ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและ สนับสนุนการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เช่น การจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ การรดน้ำดำหัวเนื่องใน วันสงกรานต์ การปฏิบัติธรรมในวันพระ หรือกิจกรรมรื่นเริง อื่นๆ และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิค (A-I-C) ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำเทคนิค (A-I-C) ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดการมี ส่วนร่วมในเรื่องอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาศักยภาพในการ ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ชับซ้อน และมีความต้องการการดูแลได้อย่างเป็นรูปธรรม
2. ควรส่งเสริมบทบาทคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว ให้เป็นแกนนำในการดำเนินครอบคลุมทั้งระดับ ตำบล โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม
3. หน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทในการดูแล ผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน ควรร่วมเป็นภาคีเครือข่ายกับ คณะทำงานดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบทบาทในด้านการสนับสนุน วิชาการ เสริมสร้างทักษะแก่คณะทำงาน และสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณในการดำเนินงาน โดยคืนข้อมูล ให้แก่คณะทำงานเพื่อวางแผนร่วมกันอย่างบูรณาการ
4. สถานบริการสุขภาพ ควรมีบทบาทในการ สนับสนุนด้านฐานข้อมูลในการดำเนินงาน และดำเนินการ ดูแลสุขภาพเชิงรุก ร่วมกับคณะทำงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวอย่างต่อเนื่อง
5. เทศบาลตำบล โดยกองทุนสุขภาพตำบล ควรเป็นแหล่งงบประมาณสำคัญในการดำเนินงาน และ ร่วมเป็นคณะทำงาน เพื่อให้เกิดรูปธรรมในการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทรายมูล นายกเทศมนตรีตำบลทรายมูล กำนันตำบลทรายมูล ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 4 บ้านทรายมูล อาสาสมัครสาธารณสุข รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางการ และ รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน ที่ได้กรุณาถ่ายทอด ความรู้ แนวคิด วิธีการ คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ยิ่ง ผู้วิจัย กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง จงงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จ ได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กงพัฒน์ แกมนิล และพรทิพย์ คำพอ. การพัฒนาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุบ้านโคกสะอาดอำเภอบึงกาฬ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลผู้สูงอายุในจังหวัดยโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร (ออนไลน์) 2557 (อ้างเมื่อ 2 ตุลาคม 2557). จาก <http://203.157.181.4/ncdyaso/>

กลุ่มงานประกันสุขภาพและแผนยุทธศาสตร์. ข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการในระบบ HosXp. โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร (ออนไลน์) 2558. (อ้างเมื่อ 21 พฤษภาคม 2558). จาก www.โรงพยาบาลทรายมูล.com/v1/home/HomeP.php

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและบริการปฐมภูมิ. ข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการในระบบ HosXp. (ออนไลน์) 2558 (อ้างเมื่อ 21 พฤษภาคม 2558). จาก www.โรงพยาบาลทรายมูล.com/v1/home/HomeP.php

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. แบบสรุปการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามเกณฑ์การประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร (ออนไลน์) 2556 (อ้างเมื่อ 18 ตุลาคม 2556). จาก www.yasopho.in.th/

นิชนันท์ สุวรรณภูฏ. ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ที่ควี, 2551.

วิจัยประชากรและสังคม, สถาบัน. การศึกษาเพื่อเตรียมการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลาคม, 2553.

สุรพล ชยภพ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552.