



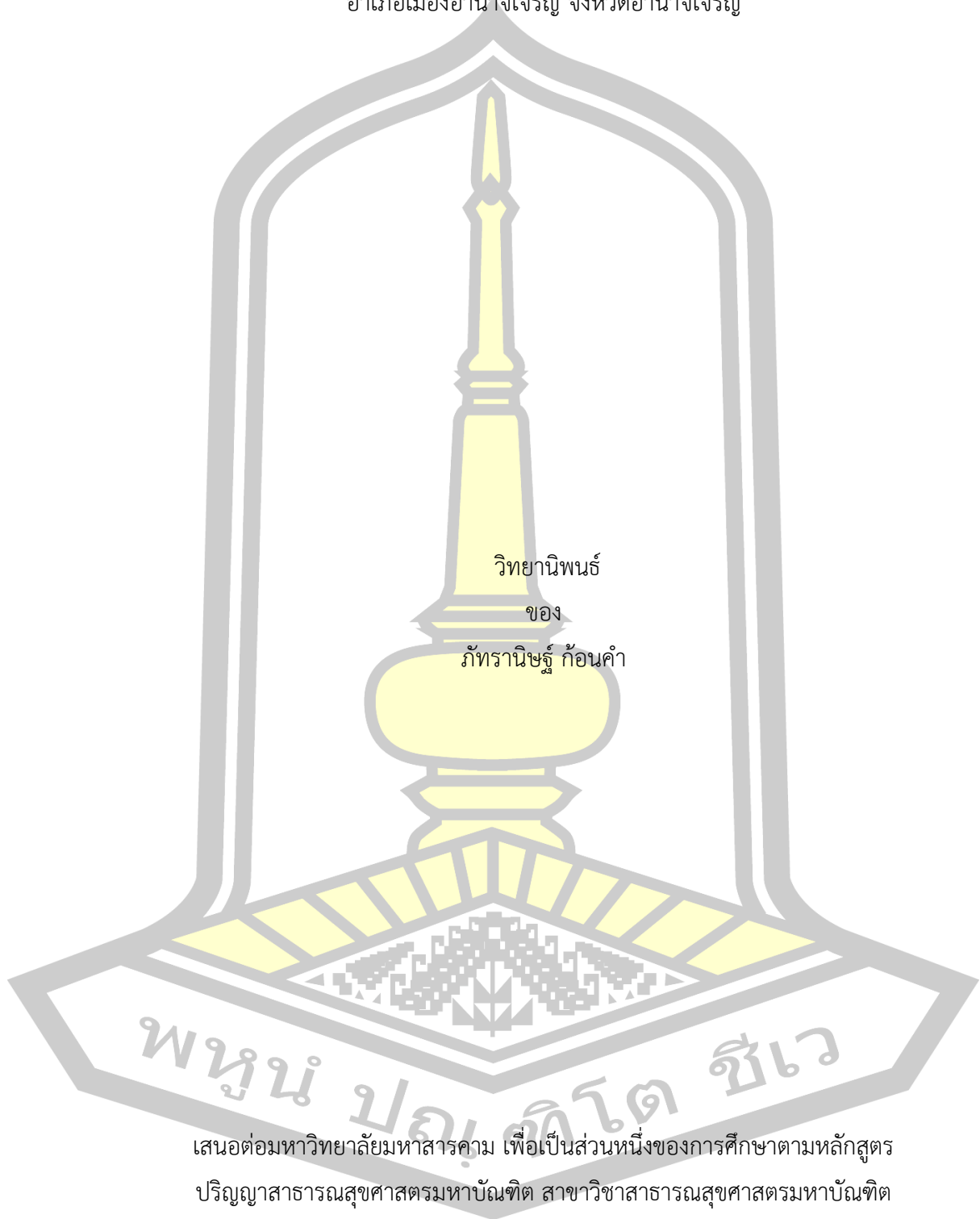
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก
อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

วิทยานิพนธ์
ของ
ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก
อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

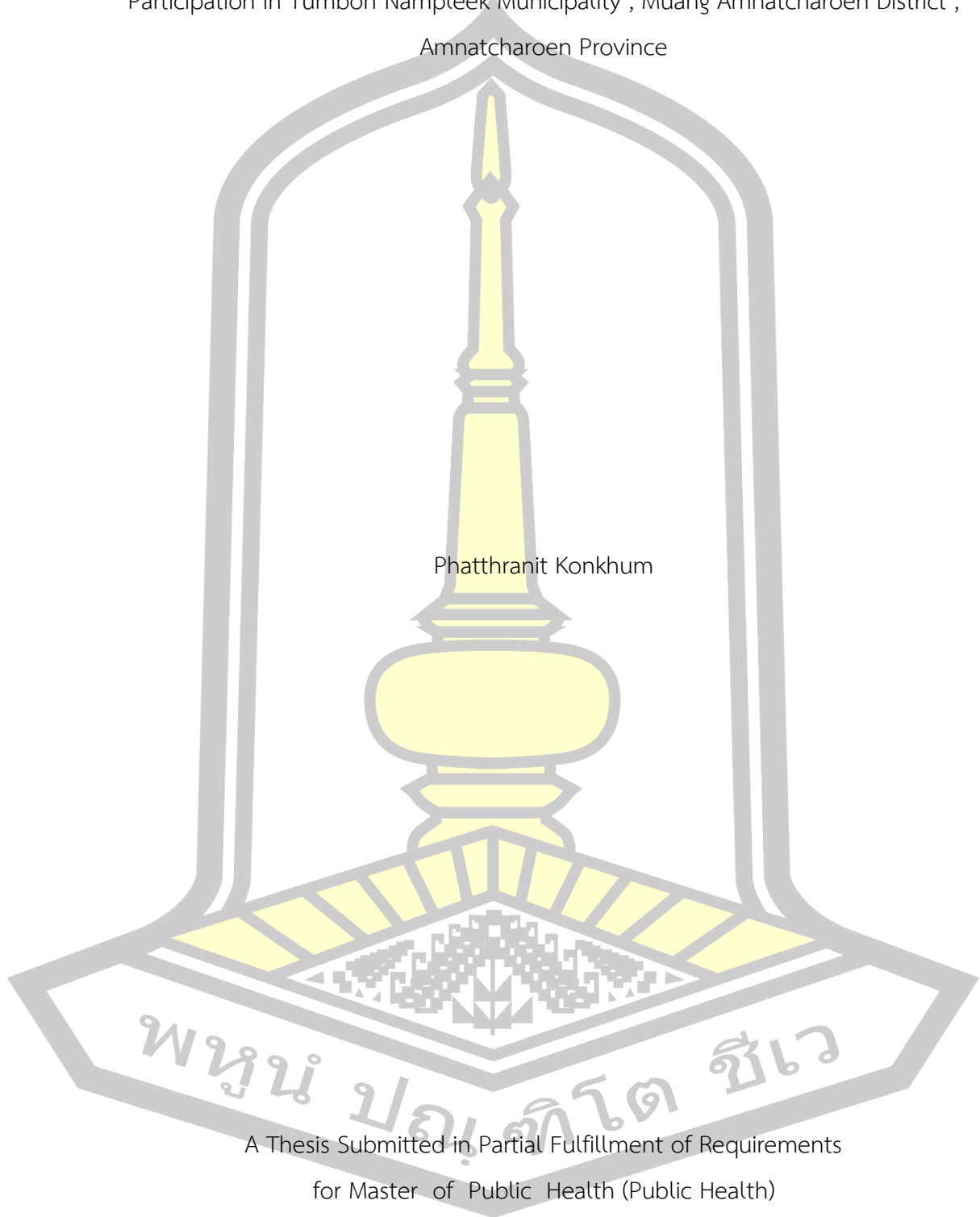


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Development of a Care Model for the Elderly Dependency by Community
Participation in Tumbon Nampleek Municipality , Muang Amnatcharoen District ,
Amnatcharoen Province



Phatthranit Konkhum

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

May 2021

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(อ. ดร. นิสากร วิบูลชัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)

กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาขารัฐศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ		
ผู้วิจัย	ภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุภัทนา กลางคาร รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม 70 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสนทนากลุ่ม การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ได้มีการตั้งทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับชุมชน สำหรับการดูแลแบบมีส่วนร่วม มีการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรูปแบบใหม่ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การให้การส่งเสริมสุขภาพ การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การจัดหาเครื่องใช้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนาเครือข่าย การช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน และการพัฒนากำหนดกฎเกณฑ์ร่วมกันทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การมีส่วนร่วม, การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

TITLE	The Development of a Care Model for the Elderly Dependency by Community Participation in Tambon Nampleek Municipality , Muang Amnatcharoen District , Amnatcharoen Province		
AUTHOR	Phatthranit Konkhum		
ADVISORS	Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D. Associate Professor Warapoj Promasatayaprot , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2021

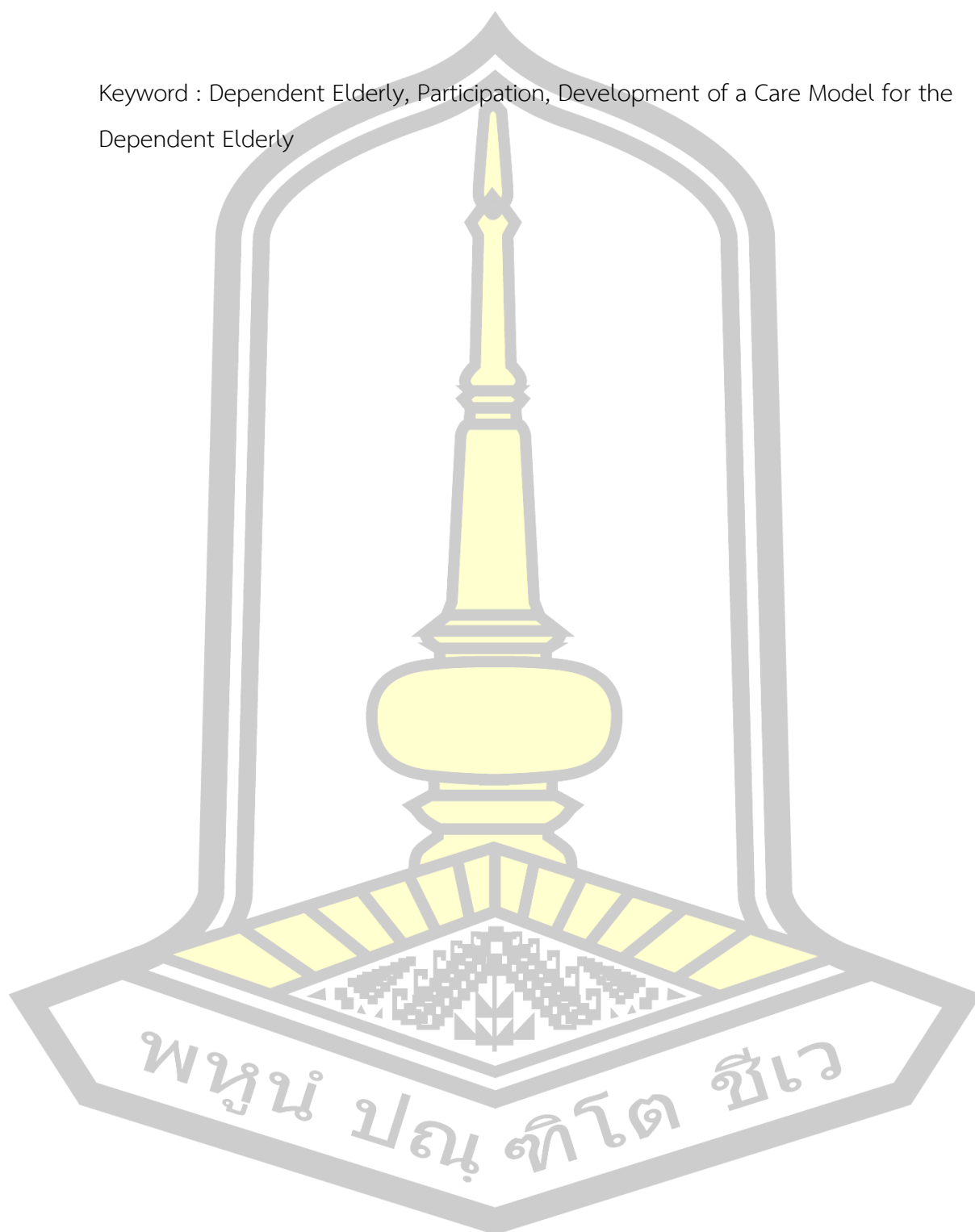
ABSTRACT

The objective of this action research was to examine the development of a care model for the dependent elderly by community participation in Tambon Nampleek Municipality, Muang Amnatcharoen District, Amnatcharoen Province. The samples were chosen using the specific selection approach, consisted of two groups: stakeholders participating in the development of a care model for the dependent elderly of 70 persons, and bedridden dependent elderly at the home of 50 persons. The store gather by indepth interview, observe, focused group interviewing, exchange meeting and questionnaire. Quantitative analysis was conducted and the statistics implemented included frequency distribution, percentage, mean, standard deviation. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The results showed as follows : establishing a caring team for the dependent elderly at the community level. Success factor old the development of a care model for the dependent elderly are new the development of a care model for the dependent elderly. Have composition including Situation problem care model for the dependent elderly, Health promotion, Convenient, Basic appliances, Special support, Cooperation network, Social rules, thereby bringing forth the appropriate

development for the community context.

Keyword : Dependent Elderly, Participation, Development of a Care Model for the Dependent Elderly



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัททา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และอาจารย์ผู้ซึ่งเป็นประธานและคณะกรรมการสอบทั้งเค้าโครงวิทยานิพนธ์และการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ด้านวิชาการต่างๆ และได้ช่วยตรวจสอบรายละเอียดตลอดจนแนะนำข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา รัศมีพงษ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ดร.วิทยา จิตรมาศ ประธานคณะทำงานขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ, ผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาครอบครัวจังหวัดอำนาจเจริญ และนางสาวปราณี อุสุพันธ์ หัวหน้างานวัยผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ช่วยปรับแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณนายชินนทร์ เต่าเงิน นายกเทศมนตรีตำบลน้ำปลึก นายไชยยศ ดอกไม้ ปลัดเทศบาลตำบลน้ำปลึก นางนริศรา สุวรรณรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลึก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลึก เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำปลึก Care Manager (CM) Care Giver (CG) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายทุกๆ ท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมวิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ความเข้าใจด้านวิชาการ ขอขอบพระคุณนางกมลพร จันทาคิมบง นักวิชาการศึกษา ที่ให้ความช่วยเหลือระหว่างการศึกษาตลอดมา ขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมรุ่น นิสิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 17 ทุกคน ที่ให้กำลังใจคอยช่วยเหลือระหว่างเรียนรู้ร่วมกัน

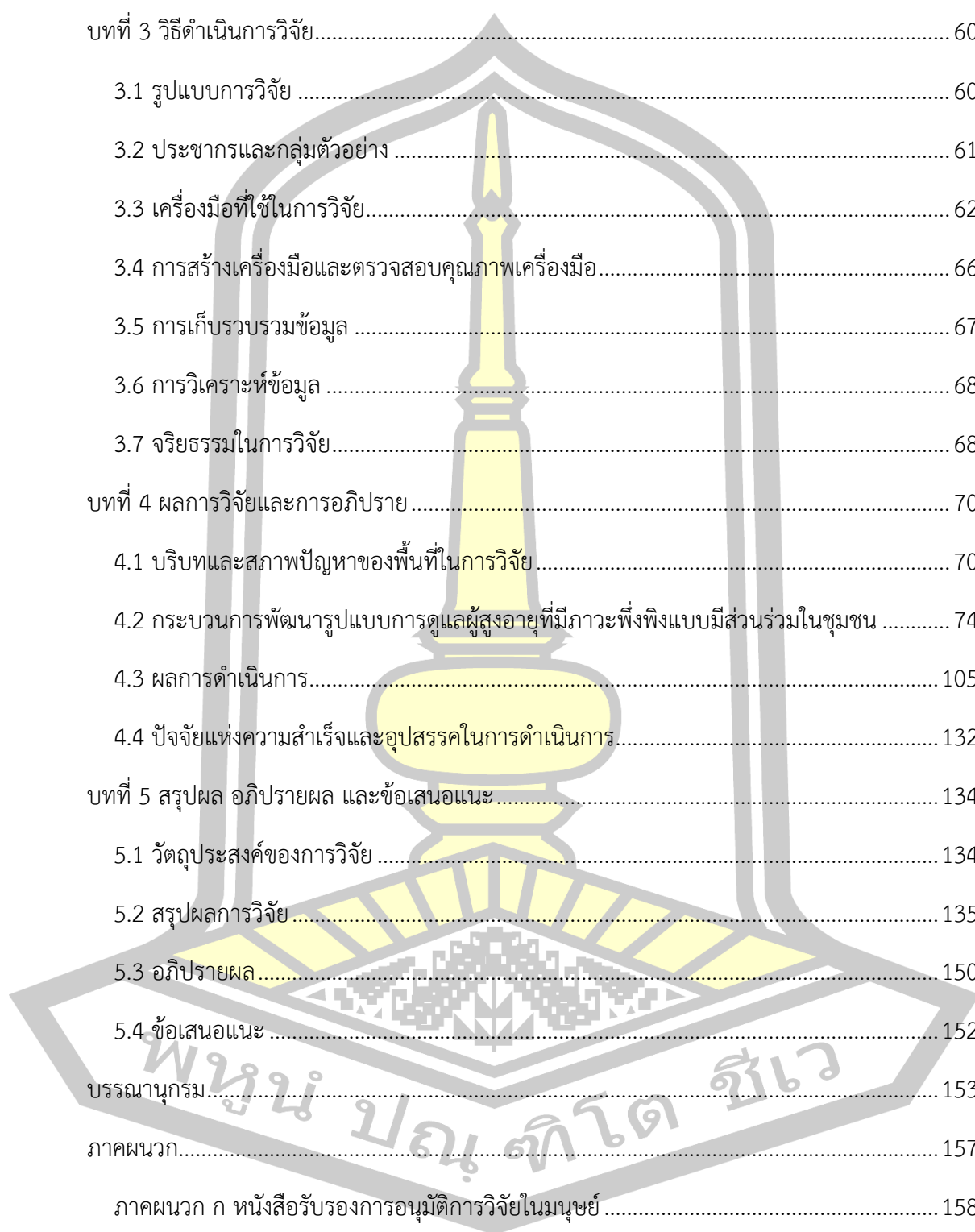
และสุดท้ายกราบขอขอบพระคุณบิดา มารดา สามี ลูก ครอบครัว ญาติทุกคนที่เป็นกำลังใจ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่มิได้เอยนามทุกท่าน ผู้เป็นทั้งครอบครัว เป็นกำลังใจ เป็นผู้คอยสนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ของข้าพเจ้าฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ภัทรานิชฐ์ ก้อนคำ

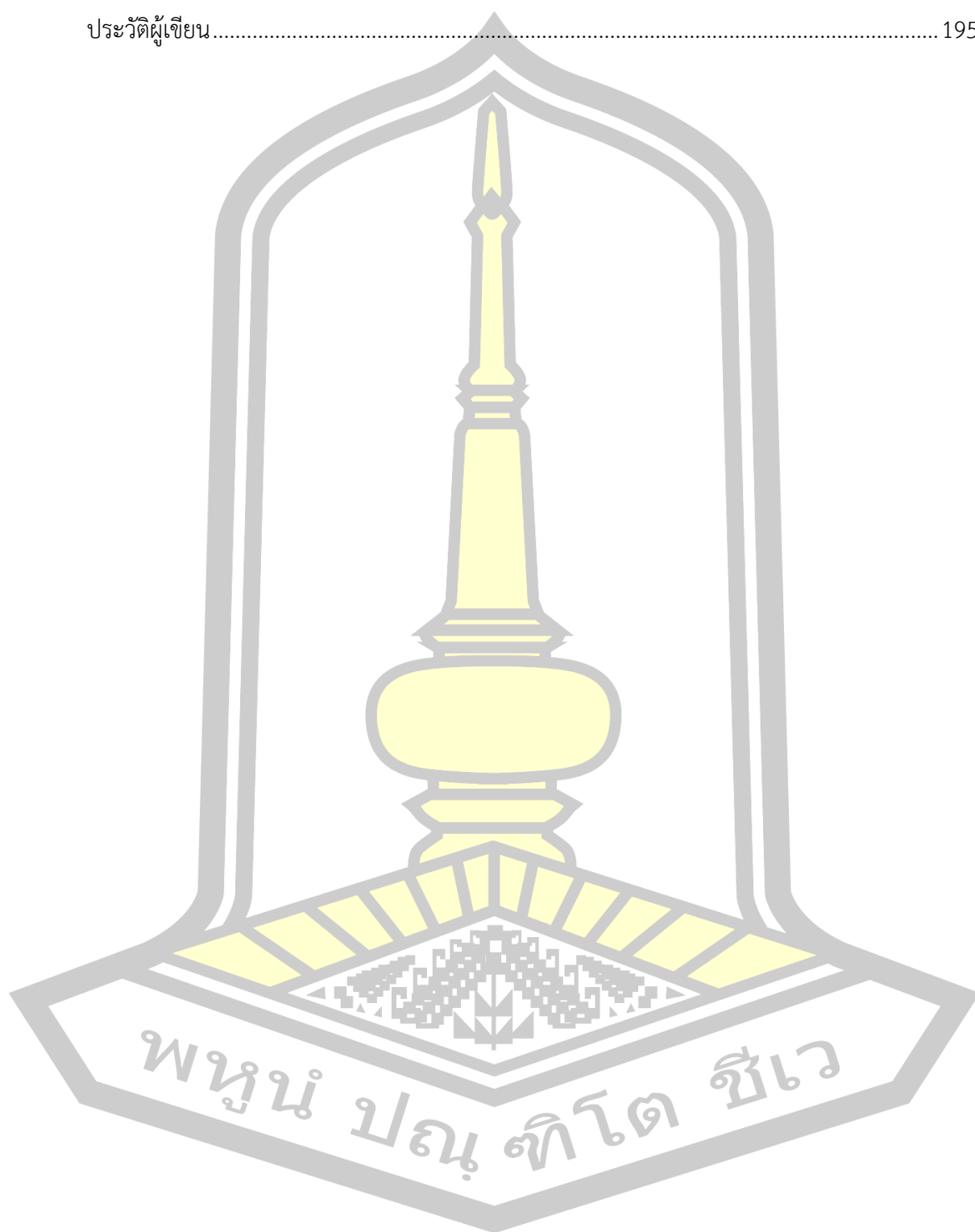
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย.....	6
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	8
2.1 แนวคิดทฤษฎีและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	8
2.2 สถานการณ์ปัญหาการจัดการบริการพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย.....	16
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	21
2.4 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	30
2.5 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	35
2.6 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม.....	44
2.7 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	48
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
3.1 รูปแบบการวิจัย	60
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	61
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	66
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	67
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	68
3.7 จริยธรรมในการวิจัย.....	68
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	70
4.1 บริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ในการวิจัย.....	70
4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน	74
4.3 ผลการดำเนินการ.....	105
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินการ.....	132
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	134
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	134
5.2 สรุปผลการวิจัย.....	135
5.3 อภิปรายผล.....	150
5.4 ข้อเสนอแนะ	152
บรรณานุกรม.....	153
ภาคผนวก.....	157
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองการอนุมัติการวิจัยในมนุษย์.....	158
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์	161
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	165



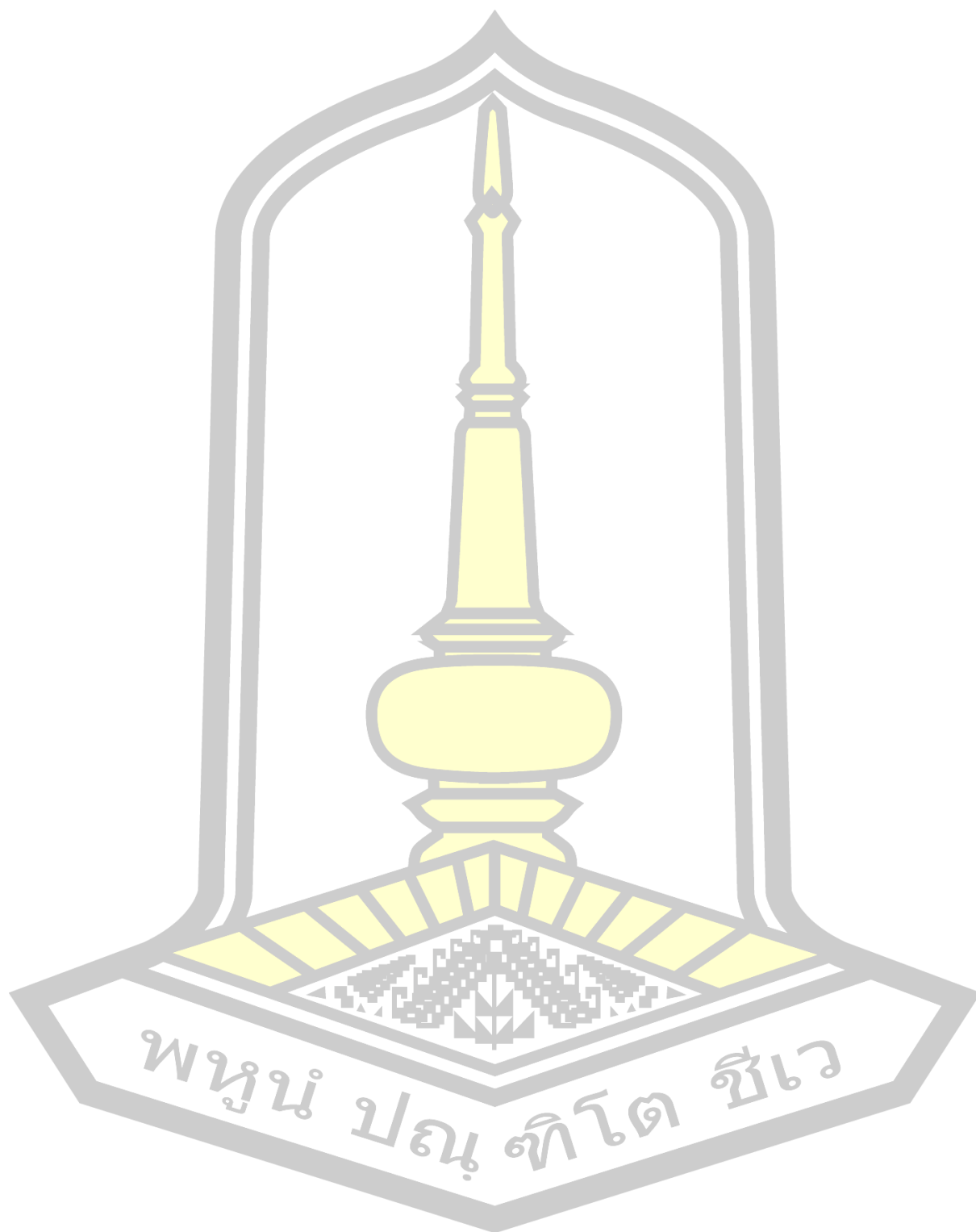
ภาคผนวก ง รูปภาพการดำเนินงาน..... 185
ประวัติผู้เขียน..... 195



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 จำนวนประชากรชายและหญิงของเทศบาลตำบลน้ำปติก	71
ตาราง 2 จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป	71
ตาราง 3 แผนงานโครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเรียงตามลำดับการดำเนินงานในชุมชน เทศบาลตำบลน้ำปติก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ	77
ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปติก อำเภอเมือง อำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ	86
ตาราง 5 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปติก อำเภอเมือง อำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ	97
ตาราง 6 เปรียบเทียบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขต เทศบาลตำบลน้ำปติก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบของ แบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่	99
ตาราง 7 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 50).....	106
ตาราง 8 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n = 50).....	109
ตาราง 9 ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ (n = 50).....	111
ตาราง 10 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ (n = 50).....	113
ตาราง 11 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 50).....	116
ตาราง 12 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (n = 70).....	119
ตาราง 13 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 70).....	122
ตาราง 14 ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 70)	124
ตาราง 15 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 70).....	125

ตาราง 16 การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (n = 70)..... 130



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	30
ภาพประกอบ 2 แสดงแผนผังขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการ LTC ปีงบประมาณ 2562.....	32
ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	59
ภาพประกอบ 4 สรุประบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี อําเภอเมืองอํานาจเจริญ จังหวัดอํานาจเจริญ.....	78
ภาพประกอบ 5 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาล	104
ภาพประกอบ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี อําเภอเมืองอํานาจเจริญ จังหวัดอํานาจเจริญ (DHEHL Model).....	133



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกอย่างรวดเร็วเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และบริการสาธารณสุขทางการแพทย์มีความก้าวหน้าทันสมัย มีการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดี การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่ดีมีอายุยืนยาว ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาจะพบว่าจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในปัจจุบันกลายเป็นประเด็นสำคัญที่นักประชากรศาสตร์ ผู้บริหารนโยบาย ผู้นำระดับภูมิภาค หรือระดับชาติ รวมถึงนักการตลาดทั่วโลกต้องจับตามอง เนื่องจากภาวะผู้สูงอายุนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลหรือภายในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อในวงกว้างไปจนถึงระดับประเทศและระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับภาคเศรษฐกิจ (รติมา คชนันท์, 2561) ทั้งนี้ องค์การสหประชาชาติ (United Nation, 2015) เสนอว่า ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไว้ 3 ระดับ ได้แก่ สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7.0) สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14.0) และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20.0)

จากคำจำกัดความข้างต้น ประเทศไทยจึงได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2564 และปี พ.ศ. 2578 ตามลำดับ หากสังเกตจะพบว่า ประเทศไทยใช้เวลาในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เพียงแค่ 20 กว่าปีเท่านั้น ซึ่งถือว่าใช้เวลาอันน้อยมาก ในขณะที่กลุ่มประเทศที่เผชิญปัญหาสังคมผู้สูงอายุลำดับแรกๆ นั้นมักเป็นกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและใช้เวลาในการเปลี่ยนผ่านค่อนข้างมาก อาทิ ฝรั่งเศสใช้เวลา 115 ปี สวีเดน 85 ปี ออสเตรเลีย 73 ปี สหรัฐอเมริกา 69 ปี เป็นต้น ทำให้ประเทศเหล่านี้มีเวลาในการเตรียมตัวปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ขณะที่ประเทศกลุ่มที่สองที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์กลับเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย ชิลี จีน หรือสิงคโปร์ที่ใช้เวลาในการเปลี่ยนผ่านเพียงประมาณ 20 กว่าปี (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556) ซึ่งถือว่าน้อยมากสำหรับการเตรียมตัวรับมือการเปลี่ยนแปลงในระดับมหภาคที่กำลังจะเกิดขึ้น

ปี 2559 รัฐบาลให้ความสำคัญกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศ จึงมีนโยบายที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม กระทรวง

สาธารณสุขร่วมกับสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยและ สปสช. เห็นชอบร่วมกันสนับสนุนให้ อบท. เป็นหน่วยงานหลักหรือเจ้าภาพในการบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวๆ เพื่อให้เกิดการดูแลระยะยาวๆ เชิงรุกที่บ้านหรือที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการประจำในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคม ที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดบ้านหรือติดเตียง โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมักมากกว่าและมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ(ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ(ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้องการบริการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลงจากขนาดครัวเรือนที่ลดลง การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมมากขึ้น ภาพผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้านและขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้จำกัด หรือภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมถูกทอดทิ้ง ภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องอยู่บ้านคนเดียวในช่วงกลางวัน เพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแลก็มีปัญหาภาระของผู้ดูแลไม่น้อย รวมถึงมีผลกระทบต่อโอกาสในด้านต่างๆ ทางสังคมของผู้ดูแล โดยเฉพาะเมื่อท่านได้จากไปแล้วจากสภาพดังกล่าวในครอบครัวที่มีฐานะดีหน่อยก็อาจเลือกไปใช้บริการผู้ดูแลที่จ้างมา หรือบางครอบครัวก็เลือกส่งผู้สูงอายุเหล่านี้ไปอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่ครอบครัวที่ฐานะไม่ดีก็คงต้องดูแลกันไปตามอัตภาพ แต่หากไม่สามารถดูแลได้ก็กลายเป็นความรันทดของผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายของชีวิต ทั้งนี้พื้นที่บางแห่งได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาดังกล่าวและได้ช่วยเหลือกันภายใต้แนวคิด “คนในชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน” โดยอาจมีจุดเริ่มต้นจากทางทีมโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตระหนักในสภาพปัญหาและเริ่มต้นจัดบริการขึ้น แต่ยังคงมีลักษณะเป็นหย่อมๆ บางพื้นที่ขึ้นกับความสนใจของบุคลากรและชุมชนในพื้นที่นั้นๆ เป็นหลัก อย่างไรก็ตามความต้องการบริการคงมีอยู่ทุกพื้นที่ ดังนั้นจึงควรต้องพัฒนาระบบการดูแลดังกล่าวขึ้น เพื่อให้ความจำเป็นด้าน

สาธารณสุขของผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม ไม่น่าจะปล่อยให้ขึ้นกับความสนใจของบุคลากรเป็นหลัก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

จากการสำรวจประชากรปี 2561 ของกรมกิจการผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญมีประชากรทุกช่วงวัยจำนวน 378,107 คน มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 79,403 คน (ร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด) ซึ่งอำเภอที่มีร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรทั้งหมดสูงอันดับแรก ได้แก่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ (จำนวน 23,038 คน ร้อยละ 17.48 ของประชากรในอำเภอ) อำเภอเมืองอำนาจเจริญ ประกอบด้วย 19 ตำบล มีประชากร 131,818 คน ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 23,038 คน เขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก ซึ่งประกอบด้วย 6 ชุมชน (4 หมู่บ้าน) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 853 คน (ร้อยละ 24.4 ของประชากรในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ) จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 803 คน (ร้อยละ 94.1) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 44 คน (ร้อยละ 5.2) และกลุ่มติดเตียง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 0.7) เมื่อพิจารณาตามการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care) ในเขตของเทศบาลตำบลน้ำปลีก พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุขมีจำนวน 50 คน จำแนกเป็น กลุ่มที่ 1 (ด้านการเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง) มีจำนวน 38 คน กลุ่มที่ 2 (เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง) มีจำนวน 6 คน กลุ่มที่ 3 (เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการป่วยรุนแรง) มีจำนวน 5 คน และกลุ่มที่ 4 (เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต) มีจำนวน 1 คน นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนหนึ่งมีอายุมากขึ้น ร่วมกับมีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงไม่มีระบบการดูแลช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ อาจกลายเป็นผู้สูงกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลและการจัดระบบบริการสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตามแม้ว่าหลายหน่วยงานได้วางกรอบและระบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้สูงอายุกกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง แต่ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทหลักในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม จึงมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ การพัฒนาด้านอาชีพรายได้ แก่ทั้งผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล การสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ เช่น การจัดตั้งศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ การสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/ชมรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ และร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แม้ว่าภาครัฐส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น รวมทั้งชุมชนบางแห่งเริ่มบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน เช่น มีอาสาสมัครผู้สูงอายุหรือเพื่อนผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไปเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ มีพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพหรือที่ลูกจากเตียงไม่ได้ แต่ก็มีปัญหาการดำเนินงานยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสม ยิ่งขาดการบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแล และขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาผู้สูงอายุไทยที่ต้องเผชิญในอนาคต คือ การขาดผู้ดูแล อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปทำงาน ทำให้อื่นของสมาชิกวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนไม่น้อยถูกทอดทิ้ง ต้องช่วยตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นพื้นที่พึ่งพิงสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการนี้ จากการตรวจติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care) เขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี พบว่า ผลการประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในปี 2561 ได้คะแนนร้อยละ 69 ซึ่งอยู่ในระดับพัฒนาและเกณฑ์การพิจารณาอันดับที่ 5 การมีส่วนร่วมในพื้นที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ได้ 5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ทำให้กระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนไม่เป็นระบบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อจะทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ทั้งในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพในชุมชน เป็นการสร้างการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ควรมีรูปแบบการพัฒนาเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

1.3.2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตเนื้อหา เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยรวบรวมข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ความต้องการของชุมชน และวิเคราะห์การจัดการของชุมชน ชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

1.4.2 ด้านพื้นที่ศึกษา พื้นที่ชุมชนในเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี จำนวน 6 ชุมชน (4 หมู่บ้าน) ตำบลน้ำปลี อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

1.4.3 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.4.3.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม คือ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง 50 คน ผู้นำชุมชน 6 คน นายกเทศมนตรีตำบลน้ำปลี 1 คน ปลัดเทศบาลตำบลน้ำปลี 1 คน บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลี 2 คน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) 2 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) 10 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 20 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง 50 คน
รวมจำนวนทั้งสิ้น 142 คน

1.4.3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ 120 คน ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง 50 คน
- 2) ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง 50 คน
- 3) ผู้นำชุมชน 3 คน
- 4) นายกเทศมนตรีตำบลน้ำปลี 1 คน
- 5) ปลัดเทศบาลตำบลน้ำปลี 1 คน

- 6) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลีก 2 คน
- 7) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) 1 คน
- 8) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) 5 คน
- 9) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 7 คน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

1.5.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม มีกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงและติดสังคม

1.5.2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนน

1.5.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในการเคลื่อนย้ายและพลิกตะแคงตัว เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน มีภาวะหง่อม/ประาะบาง ไม่สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมด้วยตนเองได้ มีคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มประกอบด้วย

กลุ่ม 1 คะแนน ADL 5-11 คะแนน สามารถเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่ม 2 คะแนน ADL 5-11 คะแนน สามารถเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่ม 3 คะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่ม 4 คะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายและมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

1.5.4 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลีก ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Long Term Care Manager ตามมาตรฐานที่กำหนดและทำหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาว

1.5.5 ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เพื่อบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

1.5.6 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง สมาชิกของครอบครัวผู้สูงอายุหรือบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยมีบทบาทให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวจัดการให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างเหมาะสม ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ให้ความเวลาในการดูแลมากกว่าผู้อื่นอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไปหรืออาจเรียกว่า เป็นผู้ดูแลหลัก

1.5.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุข บทบาทเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำปัสสาวะ การกิจหลักงานบริการที่จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือประชาชนในชุมชน มุ่งเน้นงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค

1.5.8 กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ แก่นนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจิตอาสา

1.5.9 ระบบการดูแลระยะยาว (long term care) หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูบำบัดรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

1.5.10 ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีความสนใจและมีอุดมการณ์ร่วมกัน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต สังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าและคุณประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม ในพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำปัสสาวะ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

1.5.11 ผู้นำชุมชน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการเลือกตั้งจากชาวบ้าน ให้ทำหน้าที่ของตำแหน่งผู้นำหรือผู้ใหญ่บ้าน ทำหน้าที่ช่วยเหลือให้สมาชิกในหมู่บ้าน สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับคนในชุมชนและองค์กรภายนอกชุมชนที่ดี

1.5.12 สมาชิกสภาเทศบาลตำบลน้ำปัสสาวะ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการเลือกตั้งจากราษฎรในหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลนั้นๆ เขตละ 6 คน มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาตำบล ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมในหมู่บ้าน

1.5.13 เจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชน หมายถึง เจ้าหน้าที่พัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มองค์กรชุมชนและประชาคมต่างๆ ที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลน้ำปัสสาวะ

1.5.14 การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมรับผิดชอบและติดตามประเมินผลของชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปัสสาวะ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปึก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 สถานการณ์ปัญหาการจัดบริการพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- 2.4 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2.5 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2.6 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม
- 2.7 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดทฤษฎีและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติซึ่งได้จัดสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

องค์การอนามัยโลกให้นิยามผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าขึ้นไป พระราชบัญญัติผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน กว่า 60 ปีขึ้นไป

รศรินทร์ เกรย์ และคณะ (2556) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง น่าจะหมายถึง คนที่มีอายุมาก

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2554) ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ความสูงอายุเป็นกระบวนการสากลที่เริ่มตั้งแต่เกิดความสูงอายุที่กำหนดโดยจำนวนปี (Chronological Age) นิยมใช้ในการกำหนดการเกษียณอายุหรือหยุดจากงานในประเทศไทยใช้อายุ 60 ปี ส่วนบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา กำหนดโดยใช้อายุ 65 ปี การแบ่งช่วงของความสูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ช่วง

ดังนั้นคือ วัยสูงอายุตอนต้น (Youngold) อายุ 60-69 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-old) อายุ 70-79 ปีและวัยสูงอายุตอนปลาย (Oldold) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2553) ประชากรสูงอายุไทย หมายถึง ผู้ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

สุรพงษ์ มาลี (2561) สำหรับประเทศไทยเพื่อไม่ให้เป็นที่ถกเถียงกันมาก ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 3 ได้บัญญัติว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” ซึ่งผมคิดว่าเราควรยึดความหมายตามที่กฎหมายบัญญัติไว้เป็นหลัก นอกจากนี้ตามภาษาปากอาจมีผู้ใช้คำว่า “ผู้สูงวัย” อยู่บ้าง ซึ่งนักภาษาศาสตร์สันตเรื่องภาษาก็ให้ความเห็นว่า ควรใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” แทน “ผู้สูงวัย” เพราะ “วัย” ตามภาษาพระท่านสอนนัยยะว่าเป็น “ความเสื่อมหรือความโหมม”

องค์การอนามัยโลกได้ยึดความยาวของชีวิตตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์ โดยได้กำหนดวัยผู้สูงอายุมีอายุอยู่ในช่วง 60-74 ปี วัยชราจะเป็นกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป แต่ในการประชุมสมัชชาโลกกำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก และได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้
- 2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

3) ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

จากแนวคิดที่ผ่านมาสรุบได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย มีภูมิต้านทานโรคน้อยลง สามารถเจ็บป่วยได้ง่าย สภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงง่าย จะต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและการจำแนกผู้สูงอายุในการทำวิจัยครั้งนี้ แบ่งผู้สูงอายุในการดำเนินงานเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ส่วนกลุ่มที่เลือกเข้าร่วมในการวิจัยคือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม

2.1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุนุชนุชนทุกคนย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ในวัยสูงอายुर่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ

ต่างๆ ในร่างกายแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญคือ กรรมพันธุ์ โรค หรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ เช่น ดิน ฟ้า อากาศ อาหาร อาชีพ ความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ฯลฯ ซึ่งปัจจัย 2 ประการหลัง ถ้าหากผู้สูงอายุดูแลรักษาสุขภาพ ร่างกายและปฏิบัติตนอย่างถูกต้องแล้ว ก็จะสามารถลดปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายได้

ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่น ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้ จึงเกิดอาการลมแดดได้ง่ายในเวลาที่อากาศร้อนจัด ต่อมไขมันทำงานน้อยลง ผิวหนังแห้งและแตกง่าย สีของผิวหนังจางลงเพราะเซลล์สร้างสีทำงานลดลง แต่มีรังควัตถุสะสมเป็นแห่งๆ ทำให้เป็นจุดสีน้ำตาลทั่วไป ผมหงอกและขนทั่วไปสีจางลงหรือเป็นสีขาว และจำนวนลดลง การรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสที่อ่อนและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเข้มขึ้น

ระบบประสาทและประสาทสัมผัสขนาดของสมองลดลง น้ำหนักสมองลดลง จำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ความกระตือรือร้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

การมองเห็นไม่ดี รูม่านตาเล็กลง ปฏิบัติการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง หนึ่งตาตก แก้วตาเริ่มขุ่นมัว เกิดต่อกระจกมองๆ กระจกตาจะมีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือเทา ลานสายตาแคบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตายาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดี ต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดภาวะระคายเคืองต่อย่อยูตาได้ง่าย

การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น แก้วหูตึงมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อ กล้องเสียงและสายเสียงบางลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว มีผลทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะและการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว

การดมกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสียไป ต่อมรับรสทำหน้าที่ลดลง โดยทั่วไปการรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขมหรือรสเค็ม เป็นผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ไม่คล่องตัว กระดูกมีน้ำหนักลดลงเพราะแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง หมอนรองกระดูกบางลง หลังค่อมมากขึ้น ความสูงลดลงประมาณ 3-5 นิ้ว น้ำไขข้อลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อมมีแคลเซียมเกาะมากขึ้น การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการตึงแข็ง อักเสบและติดข้อได้ง่าย ข้อที่เกิดความเสื่อมได้มากที่สุดคือ ข้อเข่า ข้อสะโพกและข้อกระดูกสันหลัง

ระบบการไหลเวียนเลือด ขนาดของหัวใจอาจโตขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น แคลเซียมเกาะมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในเวลา 1 นาทีลดลงประมาณ 1% ต่อปี กำลังสำรองของหัวใจลดลงจึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมเกาะมากขึ้น ทำให้ระบบการนำคลื่นไฟฟ้าของหัวใจไม่ดี เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือเกิดการปิดกั้นคลื่นไฟฟ้าของหัวใจอย่างสมบูรณ์ได้

หลอดเลือดเกิดภาวะเสื่อม ผนังหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น มีแคลเซียมและไขมันเกาะมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดฝอยไม่สมบูรณ์ เพราะและเกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง เป็นผลให้เกิดการตายและการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ได้ จำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง ทำให้เกิดอาการได้ง่ายและอาจเกิดโรคแพ้ตนเองมากขึ้น

ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น ขยายตัวได้น้อยลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง การขยายและการหดตัวของปอดลดลง ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ง่าย จำนวนถุงลมลดลงแต่ขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย จึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมไม่ดี ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลง ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง สำหรับทางเดินหายใจ การทำงานของเซลล์ขนตลอดทางเดินหายใจลดลง การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงมีความไวลดลง รีเฟล็กซ์การขย้อนและรีเฟล็กซ์การไอลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมไม่ดี จึงเกิดการสำลักและติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุมักไม่ค่อยดี เคลือบฟันจะมีสีคล้ำขึ้นและบางลงแตกง่าย เหงือกที่หุ้มคอพินร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยมีฟัน ต้องใส่ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ทำให้เกิดภาวะขาดอาหาร ต่อม้ำลายทำงานน้อยลง การผลิตน้ำลายและเอนไซม์ลดลง การกระหายน้ำลดลง ทำให้ลิ้นและปากแห้ง เกิดการติดเชื้ทางปากได้

การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลงและหลอดอาหารกว้างขึ้น ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานลดลง ทำให้อาหารและน้ำย่อยไหลย้อนกลับจากกระเพาะเข้าสู่หลอดลมได้ จึงทำให้เกิดอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกและเกิดอาการสำลักได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยลง การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ในกระเพาะอาหารลดลง ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวน้อยลง เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย

การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง เยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อม ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง เกิดภาวะขาดสารอาหารได้ กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารหนักหย่อนตัวทำให้เกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ขนาดของตับเล็กลง ประสิทธิภาพในการทำงานของตับลดลง ปริมาณน้ำดีรวมลดลง แต่ระดับคอเลสเตอรอลและความหนืดของน้ำดีมากขึ้น จึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลง การผลิตเอนไซม์ลดลง ทั้งปริมาณและคุณภาพ แต่ยังมีเพียงพอแก่ความต้องการ

ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ น้ำหนักและขนาดของไตลดลง การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ดังนั้นหลังถ่ายปัสสาวะจึงมีปริมาณปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น ในผู้ชายต่อมลูกหมากโตเป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบากได้ ลูกอัณฑะเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลงความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ในผู้หญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ช่องคลอดแคบและสั้นลง รอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลง ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อน ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อผลิตฮอร์โมนต่างๆ ลดลง ทำให้เกิดโรคของต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวานมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2.1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ (1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงานเมื่ออายุครบ 60 ปีต้องออกจากงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทหน้าที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงดูครอบครัว กลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งในการครอบครัว เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี (2) การถูกทอดทิ้ง สภาพปัจจุบันในสังคมชนบท คนหนุ่มสาวมักมีการย้ายถิ่นเพื่อมาหางานทำ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ในถิ่นเดิม (3) ส่วนในสังคมเมืองผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีเวลาเอาใจใส่ (4) การเสียการได้รับความเคารพ คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพความสามารถน้อยลง และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ ทำให้ผู้สูงอายุจากการที่เคยได้รับความเคารพนับถือในฐานะที่มีประสบการณ์เป็นการเสียการได้รับความเคารพแทน (5) การสูญเสียครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตัวเอง สูญเสียความคุ้นเคย ไม่สามารถปรับตัวได้เพราะมีปมด้อย บางรายมีนิสัยเปลี่ยนไป เชื่อชาติต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่บ้าน ไม่นึกสนุกสนาน วิดกกังวล คิดระแวงสงสัย คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ เป็นภาระต่อผู้อื่น ซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

สรุป แนวคิดทฤษฎีและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุความหมายของการสูงอายุมียหลายมุมมอง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ด้านร่างกายมีความเสื่อมไปในทุกระบบ ด้านจิตใจผู้สูงอายุยึดมั่นในการคิดของตนเอง ขึ้น้อยใจ หงุดหงิดง่าย การถูกทอดทิ้ง การเสียการได้รับความเคารพ การสูญเสียครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพและบทบาททางสังคม คือ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ใช้ในการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

2.1.2.3 สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

2.1.2.3.1 สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ

สุเทพ อาชานันท์กุล (ม.ป.ป., อ้างถึงใน กณิกนันต์ หยกสกุล, 2551) กล่าวถึงปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยแยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1) ความเสื่อมของสติปัญญา สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ภาวะสับสน สมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า การแยกหาสาเหตุจำเพาะเป็นสิ่งสำคัญ แต่บางครั้งทำได้ยากเนื่องจากมักจะพบสาเหตุร่วมกันได้บ่อย ดังนั้น จึงต้องคอยสอดส่องและแก้ไขปัญหาทุกประการที่อาจเป็นสาเหตุพฤติกรรมที่อันตราย เช่น การเปิดเตาแก๊สทิ้งไว้ การออกไปโดยไร้จุดหมายและหลงทาง ต้องได้รับการแก้ไขโดยการวางแผนการดูแลที่ดี แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาอาการเสื่อมของสมองอย่างมีประสิทธิภาพ แต่การแก้ไขจุดบกพร่องและการลดยาที่ไม่จำเป็นทุกชนิดและการรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ยังเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งแพทย์สามารถช่วยเหลือได้ การเสื่อมลงของสติปัญญาอย่างเฉียบพลันจำเป็นต้องตรวจหาสาเหตุเสมอโดยเฉพาะการใช้ยาหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นใหม่ อาการเจ็บปวดที่ดูจะไม่รุนแรงในคนทั่วไปมีผลกระทบต่อสมองของผู้ป่วยสูงอายุได้มาก เช่น ฝีใต้เล็บนิ้วเท้า ช่องคลอดอักเสบหรือแผลกดทับ หรือแม้แต่การใช้ยาขนาดผิดปกติและยาอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ความผิดปกติของเกลือแร่ในเลือด ระดับน้ำตาล ฮอรโมนไทรอยด์และการขาดออกซิเจน การขาดอาหาร ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมก็ล้วนมีผลเช่นกัน จึงต้องควรมองหาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วย

2) อาการซึมเศร้า เกิดได้ร้อยละ 5-10 ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย เช่น อัมพาต ผู้สูงอายุที่ไม่มีใครดูแลและเข้าอยู่ในบ้านพักคนชรา การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าต้องพบว่า มีอารมณ์เศร้าไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการหลายอย่างต่อไปนี้ ได้แก่ ความผิดปกติของการนอน ขาดความสนใจ รู้สึกผิด ขาดพลังงาน ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร อาการกระวนกระวายหรือนิ่งเฉย ต้องการฆ่าตัวตาย

3) อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชั่วคราวพบได้บ่อย เนื่องจากการขับปัสสาวะต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเคลื่อนไหว ความรู้สึกตัว ความต้องการจะปัสสาวะและการปัสสาวะ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบภายนอก ได้แก่ การอักเสบของทางเดินปัสสาวะ ช่องคลอดหรือทางเดินปัสสาวะฝ่อและอักเสบ และผลข้างเคียงของการใช้ยารักษาหลายโรค เช่น ยาคลายเครียด ยารักษาอาการซึมเศร้าหรือยารักษาความดันบางชนิด ยาขับปัสสาวะเองทำให้ปัสสาวะมาก ก็อาจทำให้ปัสสาวะไม่ทันได้ นอกจากนี้ยังมีภาวะปัสสาวะไม่สะดวกเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลจากความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งต้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

4) การหกล้มเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยโดยเฉพาะเพศหญิง อัตราการหกล้มสูงถึงร้อยละ 30 ในแต่ละปีและสัดส่วนจะสูงขึ้นตามอายุการทรงตัว การลุกเดินต้องอาศัยการประสานงานกันของความรู้สึกตัว ระบบประสาทและกล้ามเนื้อการไหลเวียนของโลหิตและการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม การทรงตัวจะเสียไปและทำให้เซได้ง่ายในผู้สูงอายุทำให้หกล้มได้ง่าย ภาวะใดก็ตามที่มีผลกระทบของระบบทำงานดังกล่าว ก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้มได้ เช่น ปวดบวม หัวใจขาดเลือด การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น เป็นต้น ยาและแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุเสริมที่พบได้บ่อย ยังพบว่า อาจเกิดจากภาวะความดันโลหิตต่ำหลังการรับประทานอาหาร 30-60 นาที (ซึ่งไม่ทราบสาเหตุ

ที่ชัดเจน) นอนไม่หลับ ปัสสาวะไม่ทัน ปัญหาของเท้าและอาการบวมก็เป็นปัญหาได้ สาเหตุสำคัญที่สุดคือ การเสียการทรงตัวและกลัวจะหกล้ม การทรงตัวที่ผิดปกติอาจมีสาเหตุจากความเสื่อมตามอายุโรคของระบบประสาท เช่น อัมพาต ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม เบาหวาน แอลกอฮอล์ภาวะทุพโภชนาการ และโรคของสมองส่วนที่ควบคุมการทรงตัว ความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า จากการใช้ยาบางชนิดหรือเกิดภายหลังการนอนที่นานเกินไป ภาวะทางจิต เช่น ความเครียดหรือซึมเศร้าก็อาจมีส่วนเช่นกัน การที่ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวน้อยลงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือดดำและกระจายไปที่ปอดได้ ทำให้เกิดความถดถอยของระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกาย การฟื้นตัวจะใช้ระยะเวลานานกว่าปกติ ดังนั้นการป้องกันการนอนบนเตียงที่นานเกินไปจำเป็นจึงมีความสำคัญมากและเน้นการเคลื่อนไหวให้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด

5) การเคลื่อนไหวลำบาก อันเนื่องจากอาการปวด อ่อนแอ การเสียการทรงตัวและปัญหาทางจิต ทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนอยู่เฉยๆ อาการอ่อนแรงอาจมีสาเหตุจากโรคของกล้ามเนื้อ ภาวะทุพโภชนาการ ความผิดปกติของเกลือแร่ โลหิตจาง ความผิดปกติของระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อ นอกจากนี้อาจมีสาเหตุร่วมจากโรคทางข้อ เช่น รูมาตอยด์ เก๊าท์ โรคพาร์กินสัน และยารักษาโรคจิต อาการเจ็บปวดจากสาเหตุหลายประการทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากเคลื่อนไหวได้

6) ผลกระทบจากการใช้ยาด้วยเหตุผลหลายประการ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสจะได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า การกำจัดของในร่างกายน้อยลง เนื่องจากการทำงานของไตและตับเสื่อมลง การตอบสนองต่อยาก็ต่างจากคนทั่วไป เช่น จะไวต่อยาตระกูลฝิ่นและยาต้านการแข็งตัวของเลือด แต่จะตอบสนองต่อยาต้านบีตาตดลงกว่าปกติ ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีภาวะผิดปกติหลายอย่างจึงมีโอกาสได้รับยาหลายขนานทั้งที่แพทย์สั่งและซื้อกินเองโอกาสเกิดผลข้างเคียงจึงมากขึ้น ดังนั้นการเลือกใช้ยาเท่าที่จำเป็นและเหมาะสมจึงจำเป็นมากเพื่อหลีกเลี่ยงผลเสียดังกล่าว จะเห็นว่าผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่างๆ มากมายทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาทางด้านสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

สรุปสภาพปัญหาของผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุมีภาวะสับสน หลงลืม ซึมเศร้า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสมกับวัย ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมาไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม ปวดกล้ามเนื้อกระดูก เป็นต้น

2.1.2.3.2 ความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุโดยทั่วไปมีดังนี้

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2550 อ้างถึงใน ธารธร ดวงแก้ว, 2550) ได้เน้นถึงความต้องการของผู้สูงอายุโดยยึดแนวคิดของคลาร์ค (Clark) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการในสิ่งต่อไปนี้

- 1) ต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
- 2) ต้องการมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ชุมชน
- 3) ต้องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
- 4) ต้องการเข้าร่วมสนุกกับเพื่อนตามปกติ
- 5) ต้องการการยอมรับนับถือ
- 6) ต้องการแสดงออกในผลสำเร็จของตน

พหุวัฒนธรรม (2550) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวผู้สูงอายุที่ถูกปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยว จะขาดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจรวมทั้งเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคลหรือองค์กรสังคมสงเคราะห์ภายนอกครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของตนเองควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว เช่น กลุ่มอาสาสมัคร ทั้งองค์การภาครัฐและองค์การภาคเอกชน

2. ความต้องการด้านการประกันรายได้โดยเฉพาะการประกันสังคม ประเภทประกันสุขภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราและเลิกประกอบอาชีพแล้วจะได้รับบำนาญสุขภาพ เพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่อัตภาพในบั้นปลายชีวิต ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานและสังคม

3. ความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับตัวให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในการปรับปรุงวัฒนธรรม ในการรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4. ความต้องการที่ลดการพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยลง หากครอบครัวและสังคมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและสังคมแล้ว จะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้รู้จักพึ่งพาตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายชีวิต

5. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่

5.1 ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มสังคม

5.2 ความต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัว

และสังคม

5.3 ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มของชุมชนและของสังคม

5.4 ความต้องการมีสัมพันธ์อันดีกับบุคคลภายในครอบครัว ชุมชนและสังคม สามารถปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลานในครอบครัวและสังคมได้

5.5 ความต้องการมีโอกาสทำในสิ่งที่ตนปรารถนา

6. ความต้องการทางกายและจิตใจ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปัจจัย 4 ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัย โดยเฉพาะความต้องการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย คลายจากความวิตกกังวลและความหวาดกลัว ความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ ความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมและครอบครัว ความต้องการโอกาสก้าวหน้าโดยเฉพาะในเรื่องของความสำเร็จของการทำงานในบั้นปลายชีวิต

7. ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลานเพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ต้องการให้รัฐช่วยจัดหาอาชีพเพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้เพื่อตนเองจะได้มีบทบาททางเศรษฐกิจช่วยให้ตนพ้นจากภาวะบีบคั้นของเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความต้องการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความต้องการและการปรับตัวของผู้สูงอายุต้องได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ เอกชน โดยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นการลดปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลน้ำปึก

2.2 สถานการณ์ปัญหาการจัดบริการพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

จำนวนประชากรของประเทศไทยจากระบบสถิติการลงทะเบียน กรมการปกครอง ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้นประมาณ 10.6 ล้านคน จากประชากรรวมทั้งประเทศ 64.4 ล้านคนหรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 16.6 ของประชากรทั้งหมด

2.2.1 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ การสูงอายุขึ้นของประชากรสูงอายุซึ่งสะท้อนจากสัดส่วนผู้สูงอายุมากหรือผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 – 69 ปี) และผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) สัดส่วนของเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน ปี พ.ศ. 2552 หญิงสูงอายุมีร้อยละ 56 ในขณะที่ชายสูงอายุมีร้อยละ 44 ในด้านสถานภาพสมรสของประชากรสูงอายุคาดกันว่า ประชากรสูงอายุในอนาคตจะมีจำนวนผู้ที่เป็นโสด หย่าหรือแยกกันอยู่กับคู่สมรสเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีสูงอายุที่อายุมาก ซึ่งสถานภาพสมรสนี้จะส่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกายสุขภาพจิต หรือแม้แต่ความสัมพันธ์ทางสังคม รูปแบบการอยู่อาศัยและการได้รับการเกื้อหรือหนุนทางเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มสตรีที่เป็นหม้ายที่มีอายุมากและไม่มีบุตร กลุ่มสตรีสูงอายุที่โสดน่าจะเป็นกลุ่มที่เปราะบางหรือในภาวะเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันได้รับการศึกษาน้อยกว่าประชากรกลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ในปี 2550 พบว่า 1 ใน 4 ของประชากรไม่รู้หนังสือและหญิงสูงอายุมีสัดส่วนไม่รู้หนังสือสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาเพียงแค่ประถมศึกษา ลักษณะด้านเศรษฐกิจ สัดส่วนของผู้ที่ทำงานลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและเพศชายมีแนวโน้มที่จะทำงานมากกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนที่ทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุในเมืองและผู้สูงอายุที่ทำงานมักทำงานในภาคเกษตรหรือภาคนอกระบบ โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพการทำงานเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง (ประมาณร้อยละ 63) การช่วยธุรกิจครัวเรือนโดยไม่มีรายได้ (ประมาณร้อยละ 17) ร้อยละ 9 ของผู้สูงอายุไม่มีรายได้เลย แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุจากบุตรมากที่สุดคือ ร้อยละ 69 รองลงมาจากการทำงานร้อยละ 38 และประมาณร้อยละ 69 ของผู้สูงอายุมีการออมหรือสะสมทรัพย์สิน จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ชี้ให้เห็นว่ามีไม่ถึง 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุที่มีหลักประกันรายได้ในรูปแบบของบำเหน็จบำนาญ กองทุนประกันสังคมหรือกองทุนสำรองชีพ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553)

2.2.2 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่เป็นในทางเสื่อมของผู้สูงอายุทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยไปด้วย แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าตนเองมีสุขภาพค่อนข้างดี จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพโดยรวมของตนเอง ปานกลางร้อยละ 48.4 และ

ประเมินว่า ดีร้อยละ 32.6 ดีมากร้อยละ 5.5 สุขภาพไม่ดียี่ร้อยละ 12.5 ไม่ดีเลยร้อยละ 1.0 ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าดีลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 เป็นต่อกระดูก 1 ใน 3 ปัญหาการได้ยิน ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีฟันที่ใช้งานได้ไม่ครบ 20 ซึ่งผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันได้เกือบร้อยละ 100 ยกเว้นปัญหาเรื่องการกลืน ปัสสาวะและอุจจาระที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการกลืนปัสสาวะเกือบร้อยละ 30 และกลืนอุจจาระร้อยละ 22.6 ผู้สูงอายุหกล้มร้อยละ 18.5 โดยเพศหญิงหกล้มสูงกว่าเพศชายเกือบ 1 เท่า (วิชัยเอกพลากร, 2553) จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายร้อยละ 38.4 โรคหรืออาการป่วยครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ 48.6 ท้องร่วง/ท้องเสีย/บิด ร้อยละ 18.9 โรคในช่องปาก/ฟันผุ/โรค เหงือกร้อยละ 14.8 ปวดท้อง/ท้องอืด/ท้องเฟ้อโรคกระเพาะอาหารร้อยละ 9.5 และปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 3.4 ในเรื่องโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.9) มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) งานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าโรคและปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญในประชากรผู้สูงอายุคือโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายและโรคเรื้อรัง นอกจากการเจ็บป่วยเรื้อรังแล้วผู้สูงอายุไม่น้อยยังต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น ปี 2550 พบว่าประมาณร้อยละ 3.8 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะทุพพลหรือออกจากบ้านไม่ได้ พบว่าร้อยละ 18.5 หรือเกือบ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพขาดผู้ดูแล (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2551) และกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric เวชในโรงพยาบาลของกรมจิตเวช 17 แห่ง พ.ศ. 2549 – 2551 พบว่าผู้สูงอายุที่มารับการรักษามี 130,063 รายในปี 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 144,224 รายในปี 2551 ส่วนภาวะสมองเสื่อมพบว่า พ.ศ. 2549, 2550 และ 2551 ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 22,253 ราย, 11,878 ราย และ 10,683 รายตามลำดับ ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.8 ปัญหาโรคเอดส์พบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยจะมีผู้เสียชีวิตไปทุกปีและมีแนวโน้มว่าจะพบผู้ป่วยรายใหม่ทุกปี ในปี พ.ศ. 2550 พบผู้สูงอายุเป็นโรคเอดส์รายใหม่จำนวน 363 ราย พ.ศ. 2551 จำนวน 279 ราย พ.ศ. 2552 จำนวน 167 รายผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์เสียชีวิตทุกปี ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการดูแลล่าช้าหรือการเข้าไม่ถึงบริการ ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเกิดการเสียชีวิต (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553)

2.2.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 ด้านการบริโภคอาหารพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริโภคอาหารครบ 3 มื้อร้อยละ 88.5 รองลงมาบริโภควันละ 2 มื้อร้อยละ 7.4 ส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มอาหารจานด่วนทางตะวันตก ขนมหวานเล่นร้อยละ 96.6 และ 80.9 สำนักส่งเสริมสุขภาพสุขภาพกรมอนามัยได้ศึกษาสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในชนบท พบว่าผู้สูงอายุในชนบทออกกำลังกายมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 68.8) ซึ่งผู้สูงอายุชายและหญิงออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุจะออกกำลังกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยผู้สูงอายุ 60 – 69 ปีทำกิจกรรมทางกายระดับมากร้อยละ 47.1 ระดับปานกลางร้อยละ 32.2 และระดับน้อยร้อยละ 20.6 ผู้สูงอายุจะออกกำลังกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนประเภทการออกกำลังกายที่นิยม 5 ลำดับแรก ได้แก่ การบริหารร่างกาย/ยืดเหยียดกล้ามเนื้อร้อยละ 63.0 เดินเร็วร้อยละ 39.2 รำไม้พลองร้อยละ 10.3 เดินช้าๆ ร้อยละ 5.4 และวิ่งร้อยละ 4.8 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดย

การตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุ 60 – 69 ปีสูบบุหรี่ ในปัจจุบันสูงสุดร้อยละ 20.3 โดยสูบประจำทุกวันร้อยละ 17.5 ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะสูบนเฉลี่ยวันละ 3 – 11 มวน จำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่ผู้สูงอายุสูบจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ลดลง เมื่ออายุมากขึ้นทั้งหญิงและชาย โดยผู้สูงอายุชาย 60 – 69 ปีเคยดื่มสูงสุดร้อยละ 49.0 สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันกว่า 2 เท่า การตรวจสุขภาพประจำปีการสำรวจในปี 2550 ยืนยันว่าผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพประจำปีเพียง ร้อยละ 45.0

2.2.4 การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การสำรวจใน ปีพ.ศ. 2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะใช้บริการในสถานพยาบาลที่มีแพทย์มากที่สุดคือร้อยละ 75.5 รองลงมาคือ ใช้สถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ร้อยละ 11.9 และซื้อยากินเองร้อยละ 3.9 สำหรับการรักษาพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 86.8 ใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ใช้สวัสดิการของรัฐ/รัฐวิสาหกิจสูงกว่าในเขตเทศบาล ด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ โดยในปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็น เนื่องจากข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น การเงิน การศึกษา การให้บริการที่กระจายทรัพยากรอย่างไม่เป็นธรรม การกำหนดสิทธิประโยชน์และบริการที่เข้าถึงผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม ยังมีข้อจำกัดทั้งชนิดและรูปแบบการบริการส่วนใหญ่ยึดหลักความเสมอภาค โดยให้การบริการสุขภาพแบบมาตรฐานเดียวกันทุกเพศทุกวัย เป็นการให้การบริการตามนโยบายเน้นการรักษาโรคมกกว่าการดูแลเฉพาะของผู้สูงอายุ (ดวงพร หุ่นตระกูล, 2551)

2.2.5 การดูแลผู้สูงอายุและการเกื้อหนุนของผู้สูงอายุในครอบครัว

2.2.5.1 ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว ข้อมูลจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวมีการอยู่อาศัยเฉพาะสามีและภรรยาร้อยละ 17.0 มีพ่อแม่อาศัยอยู่กับลูกด้วยกันร้อยละ 10.1 และมีพ่อแม่และลูกอาศัยอยู่ด้วยกันร้อยละ 3.0 นอกจากนี้ยังพบว่า แนวโน้มการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุนั้นมีแนวโน้มผู้สูงอายุจะอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็น 7.5 ในปัจจุบันและผู้สูงอายุที่อยู่กับสามีภรรยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.6 เป็น 17.0 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับหลานและต้อง รับประทานในการเลี้ยงหลานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.7 เป็นร้อยละ 3.1 ครอบครัวชายที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่นั้นมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 61.4 ในปีพ.ศ. 2546 เหลือร้อยละ 58.3 ในปีพ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปีพ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 7.5 ในปีพ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

2.2.6 การดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัว สมาชิกครอบครัวมีบทบาทตามสถานภาพในครอบครัวของตน ซึ่งเป็นบทบาทที่มีความเกี่ยวพันทางเครือญาติ ดังนั้นการแสดงบทบาทจึงอยู่ภายใต้ความคาดหวังและจารีตทางสังคม สมาชิกครอบครัวต้องมีการแสดงบทบาทให้เป็นตามที่สังคมคาดหวังไว้ภายใต้ความรู้ความสามารถของครอบครัวนั้นๆ กล่าวคือบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐานและเพื่อการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุให้เป็นไปตามเป้าหมายและความคาดหวังของครอบครัวและสังคม บทบาทในการดูแลและตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การดูแลเมื่อ

เจ็บป่วย ซึ่งเป็นการดูแลที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุไม่ว่าจะพิจารณาความคาดหวังของผู้สูงอายุหรือสัดส่วนของความเกือหนุนที่ปรากฏอยู่ คือการมีบทบาทดูแลด้านรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยทั่วไปครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่เอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยพาไปพบแพทย์และรับภาระค่ารักษาพยาบาล บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจส่วนมากเป็นเรื่องเกี่ยวกับค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส โดยพฤติกรรมที่ส่งเสริมระดับมาก ได้แก่ การให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุ โดยถือว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของครอบครัว การแสดงความรัก การชื่นชมยินดีเมื่อผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนพฤติกรรมที่ครอบครัวส่งเสริมระดับปานกลาง ได้แก่ การขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุเมื่อประสบปัญหา การสนับสนุนงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ ในด้านการหารายได้เพิ่มแก่ครอบครัวนั้น ครอบครัวส่วนใหญ่มีบทบาทระดับมาก ซึ่งรายได้เหล่านี้ส่วนหนึ่งนำมาอุปการะดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พฤติกรรมที่ครอบครัวมีระดับปานกลาง ได้แก่ การให้ผู้สูงอายุจัดการทรัพย์สินต่างๆ ตามความต้องการ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุอย่างพอเพียงและการร่วมกันวางแผนการออมเงินได้ส่วนหนึ่ง เพื่อไว้ใช้จ่ายกรณีจำเป็นสำหรับพฤติกรรมที่ครอบครัวสนับสนุนน้อยที่สุด คือการให้ผู้สูงอายุทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ตามต้องการ

2.2.7 การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากรัฐจำเป็นต้องรับภาระหนักในด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุจึงควรเน้นการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชนเป็นหลัก ดังนั้นแนวโน้มการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงมุ่งขยายไปสู่การบริการที่บ้านและชุมชนมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ ซึ่งอาศัยครอบครัวหรือชุมชนเป็นฐานและควรประสานงานกันในหลายๆ สาขาอาชีพ โดยยึดหลักการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ (วรรณภา ศรีธีธรรมา และคณะ, 2553)

2.2.7.1 แนวคิดเกี่ยวกับความสำคัญของสถาบันครอบครัว เป็นการส่งเสริมและเน้นให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางของแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ได้กำหนดชัดเจนว่า “ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความนับถือและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และควรลดความสำคัญในบทบาทของผู้หารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัวลง”

2.2.7.2 แนวคิดในการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน ในการให้บริการเน้นการใช้แหล่งบริการและบุคลากรที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยคำนึงถึงสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของชุมชนนั้นๆ สำหรับการให้บริการทางด้านสุขภาพนั้นได้มีการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแบบให้เปล่าสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้สถานบริการและบุคลากรของรัฐที่มีอยู่ในชุมชนเป็นแหล่งในการให้บริการ นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้ตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในชุมชนอีกด้วย

2.2.7.3 แนวคิดในการให้บริการที่เน้นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงเป็นแนวคิดที่มุ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์และสถานบริการ ซึ่งจะสามารถตอบสนองต่อผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือมีการแยกตัวออกจากสังคม

2.2.7.4 แนวคิดในการปฏิบัติงานเชิงสหวิทยาการ (Interdisciplinary Approach) เป็นแนวคิดที่เน้นการทำงานร่วมกันเป็นคณะ มีการประสานงานระหว่างองค์กรหน่วยงานหรือวิชาชีพ เพื่อร่วมมือกันช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาก็ที่ไม่สามารถแก้ไขให้หมดไปได้ โดยนักวิชาชีพใดวิชาชีพ

หนึ่ง แนวคิดนี้ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับและเป็นที่ยอมรับใช้ในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในหลายๆ ประเทศ สำหรับในประเทศไทยได้มีการนำมาใช้บ้างแล้ว แต่ยังไม่สมบูรณ์เนื่องจากอาจมีปัญหาในด้านการบริหารด้านงบประมาณ เป็นต้น

2.2.7.5 แนวคิดในการส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของบุคคล เน้นการส่งเสริมความรู้ ความสามารถพลังความคิดและประสบการณ์ที่มีอยู่ของผู้สูงอายุให้สามารถมีบทบาทหน้าที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

2.2.7.6 แนวคิดเกี่ยวกับระบบการประกันสังคม เน้นการให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุในเรื่องรายได้ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในแง่ค่าใช้จ่ายยามเจ็บป่วยสำหรับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันมีระบบบริการสุขภาพและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่แยกความรับผิดชอบ แยกสังกัดในทางปฏิบัติการจัดบริการสุขภาพและบริการสังคมทั้งของรัฐและเอกชน มีการดำเนินการควบคู่กันโดยมีระบบการดูแลของครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ซึ่ง วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และคณะ (2553) ได้เสนอแนวทางในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยไว้ ดังนี้

1) การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่รวมกับระบบบริการสุขภาพหลัก (ทั่วไป) โดยมีมาตรฐานที่เหมาะสมและเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (Ageing Friendly Standard) โดยในสถานบริการสุขภาพสังคมทุกแห่งและทุกระดับควรมีชุดบริการสุขภาพหลัก หรือโปรแกรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายแต่ผสมผสานหรือบูรณาการสุขภาพและบริการสังคมเข้าด้วยกัน เน้นการสร้าง/ พลิกฟื้นสุขภาพควบคู่กับการดูแลรักษา - ซ่อมแซมและฟื้นฟูสภาพและต้องผสมผสานการบำบัดแผน ปัจจุบันและการบำบัดแบบพหุลักษณะเข้าด้วยกัน เป็นบริการครบวงจรชีวิตของผู้สูงอายุสอดคล้องกับ บริบทของผู้สูงอายุและครอบครัวในและท้องถิ่น เน้นการบริการเชิงรุกที่เข้าถึงตัวผู้สูงอายุมากกว่าเชิง รับในสถาบัน โดยขยายการบริการต่อเนื่องไปถึงบ้านและชุมชน มีจุดเชื่อมต่อการบริการทั้งในระดับ ปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ

2) หน่วยบริการผู้สูงอายุ (Age Care Unit) ควรเป็นหน่วยบริการที่ทำหน้าที่เอนกประสงค์เป็นศูนย์กลางด้านข้อมูลข่าวสารและประสานการบริการสำหรับผู้สูงอายุสิทธิประโยชน์การบริการด้านสุขภาพสังคม การให้คำปรึกษาแนะนำแหล่งบริการที่จำเป็น อาจทำหน้าที่เป็นศูนย์ข้อมูล สารสนเทศเพื่อการศึกษาวิจัยการจัดบริการและการประสานเครือข่าย เพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุและผู้ดูแล ทั้งในสถาบันที่บ้านและในชุมชน มีบุคลากรตามความจำเป็นของหน่วยบริการแต่ละระดับ

3) แนวทางการจัดบริการดูแลระยะยาว โดยการปฏิรูปการดูแลระยะยาวในสถาบันรวมสถานบริการดูแลระยะยาวทั้งด้านสุขภาพและสังคมไว้ด้วยกัน กำหนดขีดความสามารถตามประเภทระดับความมากน้อยของการดูแลพัฒนา ระบบการประเมินกำหนดคุณสมบัติผู้ประเมินกำหนดคุณลักษณะของบุคลากร ปรับการดูแลแบบปกรองเป็นแบบองค์รวมหรือครอบครัวเน้นให้มีการพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นผู้ยังประโยชน์แก่สังคม พัฒนามาตรฐานสถานบริการสร้างหลักประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุพัฒนาบุคลากรผู้ดูแล ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ พัฒนาเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพหลักของรัฐ สำหรับแนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม โดยโรงพยาบาลตำบล การจัดบริการต้องสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุครอบคลุมความเป็นองค์รวมและเป็นบริการที่บูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดบริการด้านสุขภาพจึงต้องพิจารณามิติความสามารถในการทำหน้าที่และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) ร่วมกับโรคและความเจ็บป่วยที่มีอยู่ด้วยเสมอและการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มนั้น จะต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การป้องกันภาวะทุพพลภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย พบว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องสอดคล้องกับทั้ง 4 มิติทางสุขภาพ เพียงแต่จุดเน้นของการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (Well elder) เป้าหมายของการจัดบริการคือการคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างสูงสุด ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder) เป้าหมายของการจัดการบริการคือ การดำรงการมีสุขภาพที่ดี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพ แต่เริ่มต้นและป้องกันการเกิดโรคใหม่รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการมีส่วนร่วมในสังคมหรือใช้ภูมิปัญญาเพื่อสร้างสรรค์ สังคมผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) เป้าหมายของการจัดบริการคือ การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตภาพ โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวชุมชนสังคมตามความต้องการและไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านกายภาพและการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ป่วยที่เรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ การพัฒนาระบบควรต้องมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ขณะที่รัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุน ให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแล โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่ไม่สามารถดูแลได้ เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มุ่งเน้นด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ชนิษฐา นันทบุตร, 2551)

ภาวะพึ่งพิง หมายถึง การพึ่งพิงทั้งด้านการเลี้ยงดู การเงิน การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่

การพึ่งพิงด้านจิตใจ หมายถึง การให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า

การพึ่งพิงด้านสังคม หมายถึง การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือ การร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม

ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะพึ่งพิงในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะพึ่งพิงในด้านเศรษฐกิจ การพึ่งพิงด้านการดูแลและการพึ่งพิงในทางสังคมและจิตใจ เป็นที่ทราบกันดีว่าโครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การลดลงของประชากรวัยเด็ก ขณะที่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นและประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ส่งผลให้ไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 17.10 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2560)

ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปวัดด้วยตัวชี้วัด (Activity Daily Living : ADL) เป็นการวัดความสามารถในการทำชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพการทำงานของร่างกาย (Functional Health) ของประชากร บ่งบอกถึงความต้องการการดูแลและการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น

แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (ติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

(1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้

1 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า

2 คะแนน ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

(2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ

1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

(3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น

1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3 คะแนน ทำได้เอง

(4) การใช้ห้องน้ำ

0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้

1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี

(ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

(5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้)

และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

(6) การสวมใส่เสื้อผ้า

0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี

(รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

(7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

0 คะแนน ไม่สามารถทำได้

1 คะแนน ต้องการคนช่วย

2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

(8) การอาบน้ำ

0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

1 คะแนน อาบน้ำได้เอง

(9) การก้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0 คะแนน ก้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

1 คะแนน ก้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

2 คะแนน ก้นได้เป็นปกติ

(10) การก้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0 คะแนน ก้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้

1 คะแนน กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)

2 คะแนน กลืนได้เป็นปกติ

ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL (เต็ม 20 คะแนน)	แปลผล
0 - 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพาปานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence
12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home

การให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างหนึ่งซึ่งสังคมต้องปฏิบัติ โดยการดูแลที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุ เพราะการดูแลระยะยาวเป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกถูกละเลยหรือทอดทิ้งและมีความรู้สึกมั่นคงในชีวิตมากขึ้น ซึ่งการดูแลระยะยาวมีนักวิชาการหลายคนได้ให้ความหมายใกล้เคียงกัน เฮอร์ดอร์ เอช.คอฟ (อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ได้แบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. Intergrated Home – Service Center Model เป็นศูนย์บริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุนอกเหนือจากครอบครัว ซึ่งเป็นการจัดบริการภายในศูนย์ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามสะดวก สถานที่จัดบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการ : มีการดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดการรับ – ส่ง การจ้างงาน การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (Day Health Care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์

2. Congregate Service Model เป็นการรวบรวมหลายๆ บริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐานมากกว่า โดยครอบครัวเข้ามามีบทบาทน้อยเพราะมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชรา ส่วนรูปแบบในการให้บริการ : อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการรถรับ – ส่ง บริการนี้มีความแตกต่างจาก Intergrated Home – Service Center Model เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

3. Home Care Service เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่กับสถาบัน โดยสถานที่จัดบริการคือบ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่ บริการทางโทรศัพท์ แม่บ้าน

อาหาร บริการแม่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เพื่อนเยี่ยมบ้าน บริการรถรับ – ส่ง เพื่อไปรักษาพยาบาล

4. Institution Care Model คือ บริการในสถาบันที่ควรจะเป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟันฟูและการพักผ่อนภายหลังเจ็บป่วย การดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันนี้ต้องอาศัยการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษา ระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการคือ ห้องพักและการทำความสะอาด การให้การพยาบาล (Nursing Care) การดูแลด้านการแพทย์ (Medical Care) นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัดและบริการสังคมอื่นๆ

โดยรวมแล้วรูปแบบการดูแลระยะยาวเป็นการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยจัดทั้งในที่อยู่อาศัย สถานบริการและชุมชน ทั้งบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่วนบุคคลหรือดูแลเฉพาะตัว บริการเพื่อเสริมสิ่งที่ขาดไปจากครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม เป็นการสร้างความมั่นคงในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

2.3.1 การดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ

นอกจากการที่ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองแล้วยังสามารถรับการดูแลจากบุคคลอื่นได้ด้วย หรือที่เรียกว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นการกระทำที่ส่งผลในทางบวกมากกว่าทางลบ ซึ่งมีผลให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น ดังนั้น สถาบันครอบครัวจึงเป็นสถาบันหลักในการทำหน้าที่สนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมแก่ผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาวในครอบครัวเป็นบริการที่จัดให้กับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเองได้ดีและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม ผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวที่บ้านจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งกาย จิตใจและการฟื้นฟู รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางการเงิน กฎหมายและสังคมด้วย ดังนั้น อาจกล่าวว่าการดูแลระยะยาวในครอบครัว มีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ (World Health Organization, 2002)

- 1) การประเมินสถานการณ์ปัญหาและการควบคุมให้มีบริการตามที่กำหนดไว้
- 2) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การป้องกันและการบำบัดรักษาตามความจำเป็น
- 3) สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลือกันและกัน และการพิทักษ์สิทธิ์
- 4) การจัดหาเครื่องใช้พื้นฐาน เช่น เครื่องมือในการช่วยฟังและช่วยเดิน รวมทั้งยาต่างๆ
- 5) การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้มีปัญหาทางจิต เช่น วิกฤตหรือปัญหาทางจิตอื่นๆ
- 6) การพัฒนาเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการเพื่ออำนวยความสะดวกทางสังคม
- 7) การกำหนดเกณฑ์ทางสังคมและบทบาทในการดูแลของชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นลักษณะของการดำเนินงานหรือกิจกรรมการให้บริการดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และช่วยให้ครอบครัวได้ดำเนินชีวิตไปได้อย่างปกติ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจึงหมายถึง

การดูแลสมาชิกครอบครัวทั้งหมดให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้วิธีการดูแลในครอบครัวจึงเป็นการดูแลทั้งการเจ็บป่วย (Diseased Approach) การดูแลเฉพาะราย (Case Approach) และการดูแลสมาชิกทั้งครอบครัว (The Whole Approach)

จะเห็นว่า จุดสำคัญของการดูแลระยะยาวในครอบครัว คือ การจัดบริการสำหรับบุคคลที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถดูแลตนเองให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังนั้นการบูรณาการระบบบริการจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ในระบบการดูแลระยะยาวเพราะการบูรณาการวิธีการดูแลให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะทำให้เกิดผลดีในด้านการรักษาพยาบาล เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการและสามารถลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและภาครัฐได้มาก

2.3.2 การจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

การดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทยยังคงเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลที่ไม่ใช่พยาบาลแบบวิชาชีพ ขณะนี้การดูแลสุขภาพมีลักษณะครอบคลุมถ้วนหน้า แต่ยังไม่ได้ให้ความครอบคลุมไปถึงการดูแลระยะยาว ขณะที่การบริการทางสังคมจัดให้เฉพาะผู้ที่สามารถดูแลกิจวัตรส่วนบุคคลได้ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นบทบาทของครอบครัวเท่านั้นที่ต้องให้การดูแลทางกายและจิตใจ และให้การสนับสนุนทางการเงินอีกด้วย บริการทางการแพทย์ที่รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นหลักได้ขยายขอบเขตครอบคลุมไปถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ที่ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และนักกายภาพบำบัด

นอกจากนั้น กรมอนามัยได้มีการดำเนินโครงการ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน” โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและเป็นการลดอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมถึงเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ซึ่งการดูแลในลักษณะดังกล่าวนี้ จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายที่รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าเสียโอกาสของญาติและผู้ดูแล อีกทั้งเป็นการลดจำนวนเตียงผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล และยังเป็นการเพิ่มการหมุนเวียนของอัตราเตียงว่างเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินอีกด้วย (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553) โดยการให้บริการดูแลที่บ้านนั้นผู้ป่วยสูงอายุโดยมากเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาลที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น เป็นผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง มีท่อสายยางติดตัว เป็นผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งการให้บริการโดยทั่วไปของโครงการดังกล่าวคือ การจัดบริการโปรแกรมดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยบริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) การตรวจสุขภาพ การแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การบริการพยาบาลผู้ป่วย รวมถึงมีการบริการสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ (สมาคมพัฒนาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2553)

ด้านการให้บริการด้านสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มอบหมายให้กรมพัฒนาสังคมและสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ เป็นผู้ดำเนินงานหลักในการกำหนดนโยบายและจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ โดยภารกิจที่เกี่ยวข้องกับบริการในชุมชนและครอบครัวที่สำคัญคือ ภารกิจของศูนย์ในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีปรัชญาพื้นฐานที่ว่า ควรมีการเสริมสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุภายใน

ชุมชนของตนเอง นอกนั้นเป็นบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ การสงเคราะห์ในด้านปัจจัย 4 การส่งเสริมการรวมกลุ่มและกิจกรรมทางสังคมต่างๆ จากบริการของหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนดังกล่าว จะเห็นว่ายังอยู่ในระหว่างการริเริ่มดำเนินการ ยังมีได้มีรูปแบบที่เหมาะสมในสังคมไทย

2.3.3 การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อรองรับนโยบายอันนำไปสู่เป้าหมายสุดท้ายที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการ คือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดีโดยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง บุคลากรจำเป็นต้องปรับกระบวนทัศน์ทางความคิดให้ไปในทิศทางเดียวกับหลักแนวความคิดการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามที่กำหนดคือ เป็นผู้นำนโยบายของกระทรวงฯ ไปสู่การปฏิบัติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการบริหารจัดการภายใต้ความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหลายๆ ภาคส่วนรับผิดชอบภารกิจส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภค เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงถึงการมีส่วนร่วมระหว่างประชาชน ครัวเรือน ชุมชน โดยดึงให้มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อนำไปสู่ “การสร้างสุขภาพแนวใหม่” ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย ใจ สังคมและวัฒนธรรม รวมถึงเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนมี 3 ส่วนหลัก (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ, 2553) ดังนี้

1. ภาคีหลัก 3 ภาคี สามประสานที่สำคัญในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่นภาคีบริการสุขภาพและภาคีบริการสังคม
2. เจตคติผู้ให้บริการ ต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุจัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุเสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ
3. รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ “รพ.สต.เอื้ออาทรผู้สูงอายุ”
 - 1) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุคือ บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ
 - 2) ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุคือ หน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการที่นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้นำ มีกระบวนการทำอย่างเป็นระบบและครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มผู้สูงวัย
 - 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้และต้องเอาใส่ใจทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ ในชุมชนและที่บ้าน

ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภาอุทัย แสงไพศาล (2557) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุได้เสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มเป็นดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ การดูแลส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มนี้จึงเป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งดูแลให้เกิดความเสื่อมหรือเกิดภาวะพึ่งพิง กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การรวมตัวกันในรูปของชมรมผู้สูงอายุ”

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองบ้าง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางกิจกรรม กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การเยี่ยมบ้าน” เป็นบริการต่อเนื่องที่บ้านที่จัดให้กับผู้สูงอายุดำเนินการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเยี่ยมบ้านเป็นการช่วยเหลือที่ทำได้ง่ายไม่ซับซ้อน ทั้งด้านสุขภาพและสังคม โดยไม่มีขั้นตอนการดูแลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ลดการตายลดการใช้บริการสุขภาพ เพิ่มสมรรถนะร่างกาย เพิ่มสุขภาวะทางจิตใจและลดการหกล้มได้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น การดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตลอดเวลาอย่างถูกวิธี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น สลัดอาหาร แผลกดทับ ทางเดินปัสสาวะติดเชื่อ ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ “การจัดให้มีผู้ดูแล” เป็นการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพื่อแบ่งเบาภาระจากสมาชิกในครอบครัว ให้สมาชิกยังคงสามารถสร้างผลผลิตให้แก่ชุมชนและสังคมได้ต่อไป รวมถึงการดูแลสมาชิกของชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวดูแล ด้วยการสนับสนุนข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลจะช่วยให้การทำงานของผู้ดูแลดีขึ้น เกิดการดูแลระยะยาวในชุมชนต่อไป

2.3.4 แนวคิดของการจัดระบบบริการสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในชุมชนจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและด้านเศรษฐกิจ อันเป็นผลมาจากจากสภาวะทุพพลภาพหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือสภาวะการสูงอายุ

ศิริณี ศรีหาคาศ และคณะ (2556) สรุปไว้ว่า จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจนทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ประสบปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะความเสื่อมถอยด้านสุขภาพจนนำไปสู่ปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและต้องการการดูแลจากผู้อื่น ทั้งการดูแลทางเศรษฐกิจ ด้านสังคมและด้านสุขภาพ ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและประเทศ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่นำไปสู่การพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุมี 4 สาเหตุหลักดังนี้

1) โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วย ทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพ ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกายที่เจ็บป่วย ทำให้เกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกาย จิตใจและนำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

2) ภาวะสมองเสื่อมเป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้เป็นกระบวนการคิดการเรียนรู้และการจดจำที่เป็นผลจากเหตุทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุเอง

3) การหกล้มในผู้สูงอายุ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทั้งรูปร่าง โครงสร้างเปลี่ยนไป ความแข็งแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง โอกาสเกิดการได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะการหกล้มมีสูง การหกล้มทำให้เกิดความกลัวต่อการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม จึงทำให้เกิดการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ความสมดุลของการควบคุมร่างกายเสียไป จนนำมาสู่ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

4) อายุ เมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้นจะมีผลให้ร่างกายเกิดกระบวนการทุพพลภาพและทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก กระบวนการชราภาพทำให้เกิดการทำงานของระบบประสาทสัมผัสและประสาทสั่งการลดลง เกิดกระบวนการเสื่อมของระบบหายใจและหัวใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท เป็นต้น

สรุปแนวคิดการดูแลระยะยาวได้ 6 ประการ ดังต่อไปนี้

1. เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ที่ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ
2. เป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง
3. กิจกรรมการดูแลที่มีความหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือเสื่อมความสามารถในการกระทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคมได้แก่การดูแลกิจวัตรประจำวันเช่น การกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ช่วยพาไปห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากเตียงหรือเก้าอี้
4. เป็นการบริการที่เกิดขึ้นที่บ้านในชุมชนหรือในสถาบันเช่นครอบครัวสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน โรงพยาบาล Nursing Home
5. เป็นบริการที่จัดขึ้นโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อน บ้านบ้านอาสาสมัครในชุมชน ผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น สหสาขาวิชาชีพ ผู้ช่วยด้านสุขภาพสังคมและอาชีพอื่นๆ
6. มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ระยะยาวในการดูแลการฟื้นฟู การบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

สรุปได้ว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยใช้คะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน เป็นเกณฑ์ การดูแลระยะยาวยังเป็นการให้บริการผู้สูงอายุที่ครอบคลุม ตั้งแต่การบริการทางการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นได้ทั้งในระยะสั้น

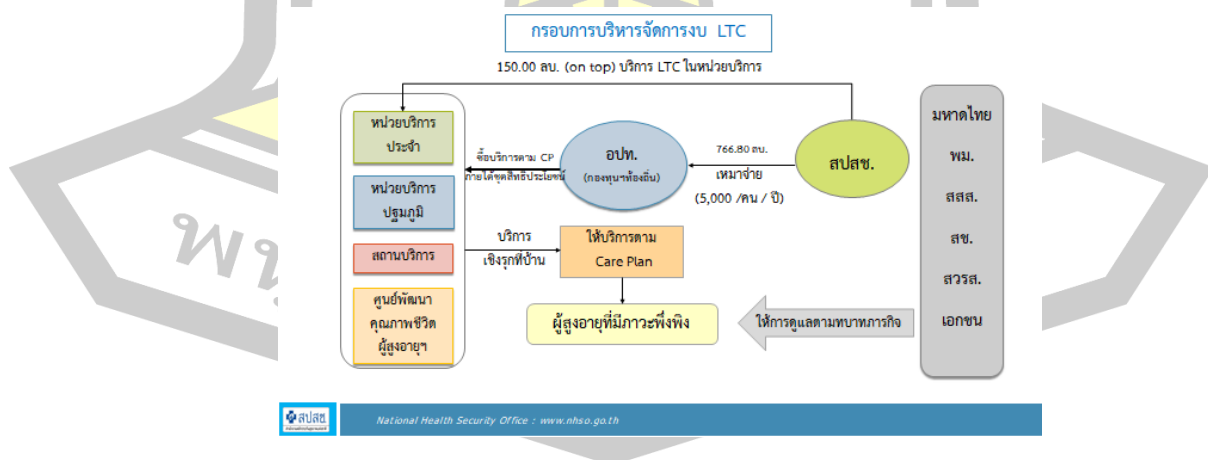
หรือในระยะยาว และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ จากแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมือง อำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

2.4 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.4.1 วัตถุประสงค์/เป้าหมาย : กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและติดเตียง) คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ได้รับการด้านสาธารณสุขตามชุด สิทธิประโยชน์ที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในระยะแรกหน่วย บริการจะเป็นหลักในการจัดบริการและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) มีความ เข้มแข็งในการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อ ในระยะต่อไป อปท.จะเป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการให้เกิดบริการดูแลระยะยาวฯ เชิงรุกที่ บ้านหรือที่ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ภายใต้การสนับสนุนของหน่วย บริการในพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2.4.2 งบประมาณที่ได้รับ

ปีงบประมาณ 2562 สปสช. ได้รับค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าบริการ LTC) จำนวน 916.8000 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) เป้าหมายจำนวน 152,800 คน โดยกรอบการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย บริการฯ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง

2.4.3 แนวทาง เงื่อนไขและหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีเจตนารมณ์ให้ อปท.ที่ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯ ท้องถิ่น) ซึ่งมีความพร้อม ความเหมาะสมและได้แสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานให้ได้รับเงินเพิ่ม จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการ LTC โดยมีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2.4.3.1 จำนวน 150.0000 ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่(ยกเว้น พื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร) ที่เข้าร่วมดำเนินการบูรณาการการดูแลระยะยาวฯ ในชุมชนและบริการสุขภาพชุมชนแห่งละ 100,000 บาท โดยจ่ายตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป้าหมายและสามารถปรับจ่ายเพิ่มเติมแบบขั้นบันไดตามจำนวนเป้าหมายได้โดยขอขบเขตการดำเนินงาน ดังนี้

1) จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุและผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิ ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยแบ่งผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิ ออกเป็น 4 กลุ่มและประเมินความต้องการการบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งให้ลงทะเบียนข้อมูลในโปรแกรมผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (โปรแกรม LTC)

2) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan : CP) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ ท้องถิ่น

2.4.3.2 จำนวน 741.8000 ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนฯ ท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลระยะยาวฯ ในอัตรา 5,000 บาท/คน/ปี ทั้งนี้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

2.4.3.3 จำนวน 25.0000 ล้านบาท จัดสรรสำหรับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อสนับสนุนกรุงเทพมหานครในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการดำเนินการเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้สำนักงานฯ สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง ขั้นตอนการดำเนินงานการโอนค่าบริการ LTC ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่และการโอนค่าบริการ LTC (เหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี) ให้กับกองทุนฯ ท้องถิ่น (รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562)

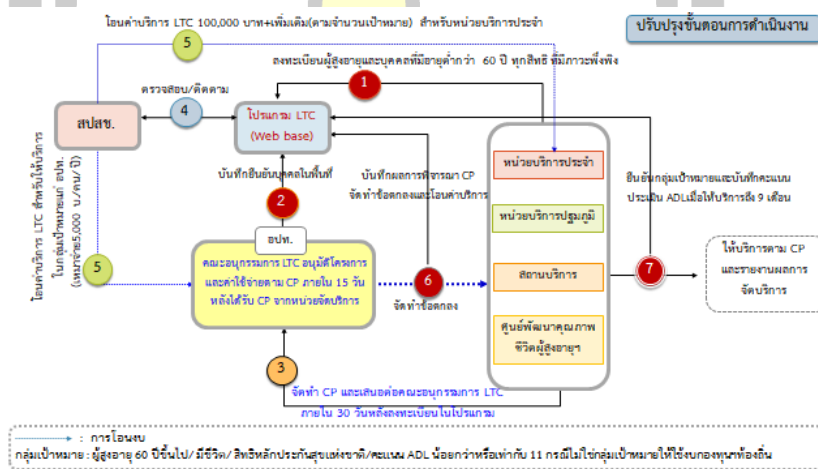
2.4.4 การบริหารจัดการค่าบริการ LTC ปีงบประมาณ 2562 มีดังนี้

เพื่อให้การบริหารจัดการงบบริการ LTC เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การพิจารณาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปีงบประมาณ 2562 จึงเน้นการจัดบริการต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมายของ อปท.พื้นที่เดิม (ปี 2559 - 2561) กรณีจะขยายการให้บริการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อปท. พื้นที่ใหม่ ให้คำนึงถึงความสมัครใจ ความพร้อมของ อปท. เช่น การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คณะอนุกรรมการ LTC) ความ

พร้อมของเอกสารประกอบการดำเนินการด้านธุรกรรมทางการเงิน ความพร้อมของ CM และ CG ที่ผ่านการอบรมแล้ว เป็นต้น กรณี อปท. พื้นที่ใหม่ให้ส่งหนังสือแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานและเปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ประเภทเงินฝากออมทรัพย์โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” แยกออกจากบัญชีกองทุนฯ ท้องถิ่น กรณีมีความจำเป็นไม่อาจเปิดบัญชีกับธกส. ให้เปิดบัญชีกับธนาคารของรัฐอื่นได้ โดยเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง อปท. กับ สปสช. โดยหลังจากนั้น สปสช.เขต รวบรวมส่งเอกสารให้ สปสช. ส่วนกลาง เพื่อโอนค่าบริการฯ ต่อไป (คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

2.4.5 ขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการ LTC ปีงบประมาณ 2562

ปีงบประมาณ 2562 สปสช. ได้ปรับปรุงขั้นตอนการบริหารจัดการงบบริการ LTC ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยได้นำโปรแกรม LTC มาใช้สำหรับลงทะเบียนรายบุคคลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิ ที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11) เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการตรวจสอบสิทธิ สถานะของการมีชีวิตและข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่จำเป็น เพื่อประโยชน์ในการสนับสนุนค่าบริการ LTC ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่และกองทุนฯ ท้องถิ่น รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดูแลในระยะยาวในพื้นที่ สรุปรวมผังโดยมีรายละเอียด ดังนี้



ภาพประกอบ 2 แสดงแผนผังขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการ LTC ปีงบประมาณ 2562

การเข้าใช้งานโปรแกรม LTC มีขั้นตอนการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 7 ขั้นตอน โดยเข้าไปที่ <http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/login> ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 หน่วยจัดบริการ (หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/สถานบริการ) ร่วมกับ อปท. สார்วจและประเมินผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีทุกสิทธิ ที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์) หลังจากได้ผลการประเมิน ให้หน่วยจัดบริการลงทะเบียนผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 2 อปท. ตรวจสอบข้อมูลที่หน่วยจัดบริการลงทะเบียนและบันทึกโปรแกรมฯ เพื่อยืนยันบุคคลในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 ให้หน่วยจัดบริการเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และ CP พร้อมค่าบริการเหมาจ่ายต่อรายต่อปีตามชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ LTC ให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายรายใหม่และรายเก่าภายใน 30 วัน หลังลงทะเบียนในโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 4 สปสช. ตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลที่ผ่านเงื่อนไขการจ่าย (อายุ 60 ปีขึ้นไป/มีชีวิต/สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/คะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11) การดำเนินการขั้นตอนนี้จะขนานไปกับขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 5 สปสช. โอนค่าบริการ LTC ดังนี้

5.1 โอนให้กับกองทุนฯ ท้องถิ่น (เหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี) โดยใช้ข้อมูลการลงทะเบียนในโปรแกรมฯ และผ่านเงื่อนไขการจ่าย แบ่งเป็น 12 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 โอนภายในเดือน ต.ค. 2561 (ตัดข้อมูล ณ วันที่ 30 ก.ย. 2561)

งวดที่ 2 โอนภายในเดือน พ.ย. 2561 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ต.ค. 2561)

งวดที่ 3 โอนภายในเดือน ธ.ค. 2561 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 พ.ย. 2561)

งวดที่ 4 โอนภายในเดือน ม.ค. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ธ.ค. 2561)

งวดที่ 5 โอนภายในเดือน ก.พ. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ม.ค. 2562)

งวดที่ 6 โอนภายในเดือน มี.ค. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 28 ก.พ. 2562)

งวดที่ 7 โอนภายในเดือน เม.ย. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 มี.ค. 2562)

งวดที่ 8 โอนภายในเดือน พ.ค. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 เม.ย. 2562)

งวดที่ 9 โอนภายในเดือน มิ.ย. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 พ.ค. 2562)

งวดที่ 10 โอนภายในเดือน ก.ค. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 30 มิ.ย. 2562)

งวดที่ 11 โอนภายในเดือน ส.ค. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ก.ค. 2562)

งวดที่ 12 โอนภายในเดือน ก.ย. 2562 (ตัดข้อมูลตั้งแต่ 1 – 31 ส.ค. 2562)

ทั้งนี้ข้อมูลไม่ซ้ำกับที่ได้จ่ายไปแล้ว

5.2 โอนให้กับหน่วยบริการประจำ 100,000 บาท/แห่ง (ภายในเดือน ต.ค. 2561) และโอนงบเพิ่มเติมภายในเดือน ก.ย. 2562 โดยใช้ข้อมูลการลงทะเบียนในโปรแกรมฯ และผ่านเงื่อนไขการจ่ายตัดข้อมูล ณ วันที่ 31 ส.ค. 2562

ขั้นตอนที่ 6 ให้คณะกรรมการ LTC พิจารณานุมัติโครงการฯ และค่าใช้จ่ายตาม CP ภายใน 15 วัน หลังได้รับ CP จากหน่วยจัดบริการ รวมทั้งจัดทำข้อตกลงและโอนงบค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ให้กับหน่วยจัดบริการ หลังจากได้ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ LTC ให้อปท.บันทึกผลการพิจารณา CP/วันที่จัดทำข้อตกลง (วันเริ่มให้บริการตาม CP) ในโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 7 หน่วยจัดบริการบันทึกและรายงานผลการดูแลตาม CP ดังนี้

ดูแลถึง 9 เดือน ให้บันทึกผลการประเมิน ADL กลุ่มเป้าหมายในโปรแกรมฯ และอปท.บันทึกยืนยันเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าบริการฯ จาก สปสช. ตามขั้นตอน 1 – 3 ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับค่าบริการฯ ต่อเนื่อง ให้หน่วยจัดบริการจัดทำ CP เพื่อยื่นขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฯ ท้องถิ่นก่อนสิ้นสุดโครงการฯ ดูแลครบ 1 ปี ให้รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อทราบผลการดำเนินงาน (ไม่ต้องบันทึกผลการประเมิน ADL เมื่อครบ 1 ปี ในโปรแกรมฯ)

2.4.6 การบริหารจัดการงบค่าบริการ LTC กรณีเงินค่าบริการ LTC เหลือ มีดังนี้

2.4.6.1 กรณีค่าบริการ LTC ที่ อปท. (กองทุนฯท้องถิ่น) ได้รับจาก สปสช. เหลือ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนสิทธิการรักษา สูญหายหรือเสียชีวิต ให้หน่วยจัดบริการค้นหา กลุ่มเป้าหมายรายใหม่ เพื่อทดแทนรายเก่าและลงทะเบียนรายทดแทนในโปรแกรมฯ โดยหน่วยจัดบริการหรือ อปท.เป็นผู้บันทึกไม่ขอรับการสนับสนุนค่าบริการฯ และหน่วยจัดบริการจัดทำ CP รายทดแทน เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ LTC พิจารณานุมัติต่อไป กรณีไม่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายใหม่ ให้ อปท. นำงบค่าบริการ LTC ไปใช้สำหรับการดำเนินงานดูแลระยะยาวฯ ในปีถัดๆ ไป

2.4.6.2 กรณีเงินค่าบริการ LTC ที่หน่วยที่จัดบริการได้รับจาก อปท.เหลือ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูญหายหรือเสียชีวิตก่อนหรือระหว่างการให้บริการดูแลตาม CP ให้หน่วยจัดบริการบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวตามระเบียบ หลักเกณฑ์ วิธีปฏิบัติที่หน่วยงานนั้นถือปฏิบัติ เนื่องจากค่าบริการดูแลระยะยาวฯ ที่ อปท.จ่ายให้เป็นการเหมาจ่าย/คน/ปี จึงไม่ต้องส่งคืนกองทุนฯ ท้องถิ่น

2.4.7 การให้บริการฯ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย

กรณีพบว่ามิบุคคลที่อายุต่ำกว่า 60 ปี หรืออายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่ใช่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยจัดบริการอาจจัดทำโครงการและ CP เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฯ ท้องถิ่น เพื่อพิจารณาสนับสนุนจากงบบัญชีกองทุนฯ ท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ท้องถิ่นโดยนำชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดมาใช้ในการสนับสนุน ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับรวมถึงเงินกองทุนฯ ท้องถิ่นที่มีอยู่

2.4.8 การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

2.4.8.1 ตัวชี้วัด : อัตราผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการตาม Care plan ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ อปท. โอนค่าบริการ LTC ให้หน่วยจัดบริการในปีงบประมาณ 2562
จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อปท. ที่ได้รับค่าบริการ LTC จาก สปสช. ในปีงบประมาณ 2562 X 100

2.4.8.2 การกำกับ ติดตามและประเมินผล

1. ระดับประเทศ มีดังนี้

- 1.1) กลไกคณะกรรมการร่วมระหว่าง สป.สธ. และ สปสช.
- 1.2) กลไกคณะทำงานขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงาน LTC ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.
- 1.3) กลไกคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.

1.4) กลไกคณะทำงานร่วมระหว่างกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและ สปสช.

1.5) การตรวจเยี่ยมพื้นที่โดย สปสช. ส่วนกลาง

2. ระดับพื้นที่ มีดังนี้

2.1) กลไกคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต

2.2) กลไกคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.)

2.3) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิง

2.4) การประเมินผลอาจประสานหน่วยงานวิชาการภายนอกประเมินผลตาม

ความจำเป็น

2.5) การตรวจเยี่ยมพื้นที่โดย สปสช. เขต

2.4.8.3 การใช้ข้อมูลจากโปรแกรม LTC และรายงานบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตร และสหกรณ์การเกษตร

โดยสรุป กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ บริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วน ด้วยงบประมาณจากกองทุน สปสช. ตามรายหัวประชากรที่มีภาวะพึ่งพิงแบบเหมาจ่าย ใน อัตรา 5,000 บาท/คน/ปี โดยการดำเนินการเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด ซึ่งขั้นตอนการบริหาร จัดการค่าบริการ LTC ปี งบประมาณ 2562 สปสช. ได้ปรับปรุงขั้นตอนการบริการจัดการงบบริการ LTC ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยนำโปรแกรม LTC มาใช้สำหรับลงทะเบียนรายบุคคลผู้สูงอายุและ บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการตรวจสอบสิทธิ สถานะของการมีชีวิตและข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่จำเป็น เพื่อประโยชน์ในการสนับสนุนค่าบริการ LTC ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่และกองทุนฯ ท้องถิ่น รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดูแล ระยะยาวในพื้นที่ จากกระบวนการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังที่ กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้ในการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในเขตเทศบาลตำบลน้ำปึก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

2.5 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเรื่องการจัดจากระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณา การในพื้นที่ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาต เทศบาลแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 ได้กำหนดบทบาทและภาระหน้าที่ของทั้งสี่ฝ่ายดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ, 2559)

1. กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมและจัดให้หน่วยงานและหน่วยบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือ อปท. เช่น เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลให้สามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความพร้อมความเหมาะสมและตามภารกิจที่ตกลงกัน

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของ ประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสนับสนุนและกำหลักเกณฑ์เพื่อให้ อปท. เช่น เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นผู้จัดตั้งระบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในพื้นที่ และสามารถบริหารจัดการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

2) จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการและกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในพื้นที่ ตามภารกิจที่ตกลงกันตามกรอบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

3) ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ อปท. เช่น เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล อันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการให้ลุล่วงไปได้ด้วยความรวดเร็วไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

3. สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้ อปท. สามารถดำเนินการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่

2.5.1 ตามข้อตกลงดำเนินงานร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณเรื่อง การจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการของ หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2559 ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2559 กำหนดบทบาทและภาระหน้าที่ ของทั้งสองฝ่าย ดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

1. กระทรวงสาธารณสุข

ส่งเสริมและจัดให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือ อปท. เช่น เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ให้สามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะมอบหมายให้หน่วยบริการในสังกัดดำเนินการ ดังนี้

1) เตรียมความพร้อมของระบบบริการ เพื่อรองรับการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รวมทั้งประสานและสนับสนุนด้านวิชาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อปท. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสาสาธารณสุข เพื่อจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

2) จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมิน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ต่อไป

3) จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และรับค่าบริการตามอัตราค่าชดเชยค่าบริการ ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 และเอกสารแนบท้าย

4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับ อปท. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) สนับสนุนงบประมาณแต่ละปีให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามภารกิจในข้อ 1

2) ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาและสนับสนุนด้านอื่นๆ ให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถดำเนินการร่วมกับ อปท. เช่น เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ อันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการให้ลุล่วงไปได้ด้วยความรวดเร็วไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

3. หน่วยบริการ สถานบริการและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

1) จัดบริการเชิงรุก/บริหารการจัดบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแล โดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุทั้งบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม

2) จัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ร่วมกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

3) จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับตำบล กระจุนภาคีเครือข่ายในระดับตำบล ใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม

4) ประสานงานกับผู้จัดการระบบฯ ควบคุมกำกับการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

5) ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อปท. /ภาคประชาชน ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6) ร่วมกับผู้จัดการระบบฯ เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการทำงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ ทั้งการนิเทศติดตาม การให้คำปรึกษาทั้งด้านการดูแลและการทำงาน เช่น ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ด้านความเครียด

7) เสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ

8) แสวงหา ประสานความร่วมมือจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อปท. รวมถึงสมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อร่วมจัดบริการ รวมทั้งร่วมสนับสนุนงบประมาณ

9) ร่วมกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

1) ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวฯ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่บูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคมที่มีการดำเนินการอยู่ในพื้นที่แล้ว

2) ร่วมกับทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอลและแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) ประสานงานกับคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ LTC (กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) เพื่อพิจารณาจัดทำกำหนดอัตราค่าชดเชยค่าบริการและเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการระบบดูแลระยะยาวฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559

4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

5. สปสช. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานส่วนกลาง

1) จัดทำกรอบแนวทาง ประกาศ ระเบียบ พื้นที่เป้าหมายร่วมกับเขตและกระทรวงสาธารณสุข

2) จัดสรรงบประมาณรายเขตที่จะโอนให้กองทุน อปท. ในพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินงาน

3) สนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการ องค์ความรู้และเครื่องมือต่างๆที่จำเป็นต้องใช้

4) กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และเกณฑ์การได้รับการสนับสนุนตามชุดสิทธิประโยชน์

5) พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผน และบริหารจัดการระบบการดูแล

ระยะยาวๆ

- 6) สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในส่วนกลาง เขตและพื้นที่
- 7) จัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่
- 8) ติดตาม ประเมินผลการศึกษาและพัฒนาขยายผล

6. สปสช. สาขาเขตและเขตบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

- 1) ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่กองทุน อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และจัดสรรงบประมาณตามหลักเกณฑ์แนวทางในแต่ละปี
- 2) บริหารจัดการงบประมาณ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การฝึกอบรม CM CG เป็นต้น
- 3) ประสาน สนับสนุนการดำเนินงานกลไกคณะกรรมการคณะอนุกรรมการ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ คณะอนุกรรมการ LTC และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวฯ
- 4) ร่วมจัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่
- 5) ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาขยายผล

2.5.2 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2562 ประกาศ วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2562 โดยพลเอกอนุพงษ์ เผ่าจินดา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ได้กำหนดให้มีระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2562 อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 67(9) แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติเทศบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2505 มาตรา 69 และมาตรา 77 แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 มาตรา 5 มาตรา 85(10) และมาตรา 88 แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และมาตรา 6 มาตรา 74(9) และมาตรา 76 แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2562”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ข้อ 3 ในระเบียบนี้

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด

“ผู้บริหารท้องถิ่น” หมายความว่า นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด

“ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้ผ่านประเมินตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนด

“อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น” หมายความว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและไม่อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

“การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า การบริการดูแลที่บ้านและชุมชน เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านอนามัยพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพและกายภาพบำบัด ตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตลอดจนแนะนำการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นการรักษาพยาบาล

ข้อ 4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนตามวรรคหนึ่ง กระทรวงมหาดไทยอาจหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมอนามัย กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยก็ได้

ข้อ 5 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการทำงานหรือเวลาที่เสียไป เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียงที่ได้รับคำสั่งช่วยสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้บริหารท้องถิ่นแห่งนั้น สำหรับค่าตอบแทนตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามอัตราค่าตอบแทนตามข้อ 4 โดยให้ตั้งงบประมาณในหมวดค่าตอบแทน ประเภทค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติราชการ อันเป็นประโยชน์แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงฐานะทางการเงินการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามความเหมาะสมและความจำเป็นด้วย

ข้อ 6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจจัดให้มีการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวหรือจัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงานอื่น เพื่ออบรมให้ความรู้แก่บุคคลในท้องถิ่นของตนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นหรือเพื่ออบรมให้ความรู้เพิ่มเติมให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของตนก็ได้ โดยให้เป็นไปตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนดค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและการเข้าร่วมการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น

ข้อ 7 การเบิกจ่ายเงินและหลักฐานการจ่ายตามข้อ 5 และข้อ 6 ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่าย การฝากเงิน การเก็บรักษาเงินและการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ 8 ให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยรักษาการตามระเบียบนี้และให้มีอำนาจตีความวินิจฉัยปัญหา กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติ เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

การกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวและเกณฑ์วิธีการเงื่อนไขอัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น ประกาศ ณ วันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2562 โดยนายฉัตรชัย พรหมเลิศ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ได้ประกาศไว้ ดังนี้

ข้อ 1 คุณสมบัติของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นและลักษณะต้องห้ามของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

- (1) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
- (2) เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนหรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรม โดยได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- (3) มีภูมิลำเนาอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียงที่ได้รับคำสั่งช่วยสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้บริหารท้องถิ่นแห่งนั้น
- (4) ไม่เป็นข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐหรือในรัฐวิสาหกิจ ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่นและลูกจ้างของส่วนราชการ หน่วยงานของภาครัฐหรือรัฐวิสาหกิจ หรือบุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายโดยได้รับค่าตอบแทนประจำ

ข้อ 2 ขอบเขตและเงื่อนไขการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นมีหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

- (1) ช่วยดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- (2) ช่วยดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การขับถ่าย การไปพบแพทย์ การรับประทานยา เป็นต้น
- (3) ให้บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic Health Care Service) เป็นการดูแลภายใต้การกำกับของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ การพยาบาลพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น การประเมินสุขภาพเบื้องต้น เช่น การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการประเมินกิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนมากเกินไป การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การทำแผลเบื้องต้น การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลเรื่องยาเบื้องต้น กิจกรรมกระตุ้นสมองในกลุ่มที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะแรก การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีอาการทางสมอง เป็นต้น
- (4) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัวและการประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ
- (5) การประเมินปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้นและประสานงานในการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง
- (6) การบริการให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
- (7) ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัดอื่นๆ ตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ 3 จำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(1) ให้มีจำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในเทศบาลองค์การบริหารส่วนตำบล แต่ละแห่งอย่างน้อย 2 คน ยกเว้น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่น้อยกว่า 4 คนหรือในช่วงระยะเวลาใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า 4 คน อาจจัดให้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นน้อยกว่า 2 คนก็ได้

(2) เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มากกว่า 8 คน และมีความจำเป็นอาจกำหนดให้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมากกว่า 2 คนก็ได้ โดยความเห็นชอบจากสภาท้องถิ่น ทั้งนี้ให้คำนึงถึงฐานะทางการเงินการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความเหมาะสมและความจำเป็นของพื้นที่และขอบเขตการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นแต่ละคน

(3) เพื่อให้การกำหนดจำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเป็นไปอย่างเหมาะสมให้เทศบาลองค์การบริหารส่วนตำบลจัดทำฐานข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้ขอความร่วมมือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ/หรือสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สํารวจและคัดกรองจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันตามดัชนีบาร์เรล (ADL) ทั้งนี้ ควรปรับปรุงข้อมูลดังกล่าวให้เป็นปัจจุบันทุกปี ก่อนการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ 4 อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่มีสิทธิ์ได้รับเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการทำงานหรือเวลาที่เสียไป จะต้องใช้เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ ดังนี้

1) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ไม่น้อยกว่าวันละ 8 ชั่วโมงและไม่น้อยกว่าเดือนละ 20 วัน จะได้รับเงินค่าตอบแทนตามอัตรา ดังนี้

1.1 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมง จะได้รับเงินค่าตอบแทนเดือนละ 5,000 บาท

1.2 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมงและผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมนักบริบาลท้องถิ่น จำนวน 50 ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนหรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรม โดยได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จะได้รับเงินค่าตอบแทนเดือนละ 6,000 บาท

2) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) น้อยกว่า 20 วัน ให้มีสิทธิ์ได้รับเงินค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้น

3) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใด ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ไม่ครบ 8 ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน

ข้อ 5 การพ้นจากการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

1) ยื่นหนังสือแจ้งความประสงค์ลาออกจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นล่วงหน้า ไม่น้อยกว่า 30 วัน

2) มีบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับผู้รับบริการในพื้นที่ ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แล้วเห็นว่าไม่สมรรถนะหรือผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติหน้าที่ เช่น หยุดปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำ ปฏิบัติหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น เสนอขอความเห็นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาให้อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่

3) ภายในระยะเวลา 3 ปี นับแต่วันที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่ ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมนักบริหารท้องถิ่นจำนวน 50 ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติให้ครบ 120 ชั่วโมง จากหน่วยงานภาครัฐ ภาค เอกชนหรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรมโดยได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ข้อ 6 การกำกับควบคุมการปฏิบัติงาน

1) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีการลงเวลาปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นให้เหมาะสมกับลักษณะงาน สถานที่ที่ปฏิบัติงาน

2) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขอความร่วมมือบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและประเมินสมรรถนะของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

3) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดประชุมอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นทุกๆ 3 เดือน เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน รับฟังปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแลกเปลี่ยนผลการปฏิบัติงาน โดยอาจเชิญหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามการประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

โดยสรุป บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลและขยายสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ สปสช. กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานส่วนกลางและคณะกรรมการนโยบาย มีหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนา จัดทำแนวทางการดำเนินงานและการประเมินผล คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนและดำเนินการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังกำกับติดตาม บริหารด้านบุคลากรที่จำเป็นต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคืออาสาสมัครบริหารท้องถิ่นให้เป็นไปตามประกาศหลักสูตร หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของ “อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น” จึงได้มีการศึกษาเพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อให้เกิดรูปแบบหรือระบบที่มีคุณภาพต่อไป

2.6 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม

การวิจัยครั้งนี้ ได้รวบรวมแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ต้องเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ของการพัฒนาให้มากที่สุด เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการแก้ไขปัญหาของตนเอง เพราะปัญหาบางอย่างต้องอาศัยเทคนิคที่ประชาชนทำเองได้ร่วมกับการสนับสนุนจากภายนอก ก็สามารถแก้ปัญหาในชุมชนได้ การพัฒนาที่มีเป้าหมายเพื่อการพึ่งพาตนเองจะต้องอาศัยทรัพยากรจากท้องถิ่นรวมกันเป็นกลุ่มพลังเพื่อทำงานช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.6.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม ได้มีผู้กล่าวไว้มากมายโดยเฉพาะการดำเนินงานด้านการพัฒนาชนบทและด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกลวิธีสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานใดๆ ในชุมชนประสบผลสำเร็จได้ มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

ดวงพร หุ่นตระกูล (2551) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคลกลุ่มบุคคลชุมชนหรือประชาชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ดำเนินโครงการหรือนโยบายสาธารณะหรือการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนจะเกี่ยวข้องกับการร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การร่วมในกระบวนการดำเนินการและร่วมรับผลประโยชน์โดยมีเป้าหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน

วีระกิตติ หาญปริพรรณ์ และคณะ (2551) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ตระหนักรู้ รับรู้ มีโอกาสเข้ามาแสดงบทบาท ทักษะคิดและความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหาชุมชนของตนเอง เป็นการเน้นการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และความชำนาญ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและมีทักษะของประชาชนในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับการใช้วิทยาการภูมิปัญญาที่เหมาะสมชัดเจน โปร่งใส ต่อเนื่องและเป็นระบบ

Erwin (1976) ได้ให้แนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเองใช้ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชน ร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา

จากความหมายดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนมีโอกาสเข้าร่วมในการคิดริเริ่ม ร่วมตัดสินใจ วางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการและการควบคุม การใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาดังกล่าว จะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ดำเนินงานพัฒนาตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้นจนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุด โดยการที่เข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมนั้นอาจเป็นรายบุคคล กลุ่มคนหรือองค์กรที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันเพื่อ

ดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มที่มีส่วนร่วมคือ กลุ่มผู้ให้การดูแลและกลุ่มผู้รับการดูแล

2.6.2 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

นัยนา เดชะ (2557) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมสรุปเป็น 5 ขั้นตอน คือ 1.การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา สภาพของชุมชน การดำเนินชีวิต ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำงาน 2.การมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยจะมีการรวมกลุ่มอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน และทรัพยากรที่จะต้องใช้ 3.การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการดำเนินการพัฒนาโดยการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ แรงงานเงินทุน หรือเข้าร่วมบริหารงาน การใช้ทรัพยากร การประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือ 4.การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านวัตถุและจิตใจ โดยอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของบุคคลและสังคม 5.การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น

2.6.3 หลักการและกระบวนการของการมีส่วนร่วม หลักการของการมีส่วนร่วมใน ความหมายของการบริหารจัดการจะมีการเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิด “การตัดสินใจ” นั่นคือการมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีคุณค่าและอย่างชอบธรรม และต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Meaningful Participations) ไม่วางระบบไว้ให้ดูเหมือนว่าได้จัดกระบวนการให้มีส่วนร่วมแล้ว ดังนี้คือ

1. การระดมความคิด คือการคิดค้นและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ในลักษณะของการร่วมคิดมิใช่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียวบนพื้นฐานความศรัทธาว่าทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วมนั้นมีศักยภาพ
2. การวางแผน คือนำสิ่งที่ร่วมกันคิดมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการร่วมกัน ด้วยการระดมทรัพยากรจากทุกฝ่าย (คนสิ่งของงบประมาณเวลา ฯลฯ)
3. การลงมือทำ คือการนำแผนงานที่ได้ไปร่วมกันทำหรือแบ่งงานกันรับผิดชอบ เพื่อให้เป็นไปตามแผนหรือเป้าหมายที่วางไว้
4. การติดตามประเมินผล คือร่วมกันติดตามผลงานที่ทำและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานร่วมกันคิดพัฒนาปรับปรุงให้งานดีขึ้น

2.6.4 เทคนิคการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน (Participatory Rural Appraisal : PRA)

2.6.4.1 เทคนิคการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน (Participatory Rural Appraisal : PRA) (เรือเอกวิวัฒน์ สิงห์นาครอง, 2557) คือ การเปิดโอกาสกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนจากข่าวสารข้อมูลและตัดสินใจนั้น ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลายว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับประชาธิปไตย ผู้แทนของชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลและการตัดสินใจนั้น เป็นการสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานพัฒนาสร้าง การยอมรับและสร้างความรู้สึกร่วมกันของการมีส่วนร่วม ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ต่อเนื่องมีประสิทธิภาพและการพัฒนานั้นๆ ก็ยังเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของชาวบ้าน ผู้เกี่ยวข้องใน

ชุมชน การเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการได้มีโอกาสเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารและสิ่งที
นอกเหนือจากประสบการณ์ของตนเอง จะทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประกอบการตัดสินใจ ข้อดี
อีกประการหนึ่งคือ เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถเรียนรู้หรือรับฟังประสบการณ์
ใหม่ๆ ที่จะประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานในแต่ละส่วนให้สอดคล้องกัน ซึ่งหมายถึงช่องทาง
และวิธีการที่จะช่วยให้ชุมชนสามารถเห็นคุณค่าของการแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์การ
วิเคราะห์ภาวะชีวิตของชุมชนการวางแผนและการดำเนินการโดยชุมชน นักวิจัย นักพัฒนาหรือนัก
วิชาการจะมีบทบาทช่วยแนะวิธีการเทคนิคต่างๆ เพื่อให้การวิเคราะห์ชุมชนเป็นไปอย่างรวดเร็วไม่
เครียดและมีส่วนร่วม

2.6.4.2 หลักการของ (Participatory Rural Appraisal : PRA) หลักการที่สำคัญที่สุด
ของการศึกษาวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโดยวิธีนี้คือ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ใน
กระบวนการศึกษา ผู้จัดต้องพยายามที่จะสอดแทรกหรือทักท้วงให้น้อยที่สุด ควรปล่อยให้
กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็นเต็มที่ การศึกษาชุมชนโดยวิธีนี้โดยทั่วไปแล้วจะใช้
กลุ่มเป้าหมายประมาณ 6-10 คน ถ้ากลุ่มเป้าหมายมีจำนวนมากเกินไปจะทำให้สับสนและควบคุม
ประเด็นได้ยาก แต่ถ้ากลุ่มเป้าหมายมีจำนวนน้อยเกินไปก็จะขาดการยืนยันและตรวจสอบข้อมูลจาก
กันและกัน จุดเด่นของวิธีนี้การนี้คือ สมาชิกที่มาร่วมกิจกรรมไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่รู้หนังสือ (ภาษา
เขียน) และแม้แต่ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาพูดกับผู้จัดได้ก็ยังสามารถใช้วิธีนี้ได้ถ้ามีล่ามหรือผู้ที่คอย
อธิบายประเด็นให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจ ซึ่งมีหลักการต่างๆ ไปของ (Participatory Rural Appraisal :
PRA) ดังนี้

1) การเรียนรู้จากชาวบ้านยึดหลักการเรียนรู้จากชาวบ้านโดยตรงถือชาวบ้านเป็นครู
โดยเรียนรู้เกี่ยวกับสภาพทางกายภาพความรู้ทางด้านเทคนิคและทางสังคม

2) การเรียนรู้อย่างรวดเร็วและก้าวหน้าค้นหาความจริงอย่างจริงจังโดยคำนึงถึง
ความยืดหยุ่นของวิธีการการใช้โอกาสให้เป็นประโยชน์ การทำตัวอย่างเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การถาม
ซ้ำ การตรวจสอบความถูกต้อง ทั้งนี้ไม่มียึดรูปแบบและวิธีการที่ตายตัว แต่ปรับตัวให้เข้ากับ
กระบวนการเรียนรู้ที่กำลังดำเนินอยู่

3) การลดความผิดพลาดที่อาจเกิดจากการเรียนรู้ที่ผิด สมมติฐานของตนเองเป็น
เกณฑ์มักจะมีสมมติฐานของเราต่อการเรียนรู้หนึ่งๆ ในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดการเรียนรู้ที่ผิดพลาด
ได้ ดังนั้นเราจึงควรยึดการฟังให้มากพูดให้น้อยไม่รีบร้อน แต่เรียนรู้อย่างชัดเจนและตามสบาย ไม่ยึด
เอาตัวเองเป็นสำคัญและเป็นการสั่งการ ประการสำคัญคือ หาโอกาสพูดคุยกับคนยากจนและสตรีเพื่อ
เรียนรู้ปัญหาและความจำเป็นเร่งด่วนของเขา

4) การจัดความสมดุล ควรจัดความสมดุลระหว่างค่าใช้จ่ายกับประโยชน์ที่ได้รับจาก
การเรียนรู้ข้อมูลที่เป็นจริง โดยพิจารณาจากเกณฑ์ในเรื่องของปริมาณความแม่นยำ ความทันสมัย ความ
สอดคล้องกับเรื่องที่ทำอยู่ กล่าวคือควรรู้ว่าเรื่องใดไม่คุ้มค่าต่อการเรียนรู้ เรื่องใดไม่ต้องการความ
แม่นยำแต่ผิด

5) การตรวจสอบความถูกต้อง ตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้สิ่งต่างๆ ประกอบกัน
เช่น วิธีการหาข้อมูล ประเภทของข้อมูล ผู้วิจัยสาขาวิชา เป็นต้น ซึ่งอาจใช้ถึง 3 อย่างเพื่อตรวจสอบ
ความถูกต้อง

6) ความหลากหลาย ยึดหลักการแสวงหาความแตกต่างมากกว่าการใช้ค่าเฉลี่ย โดยเจาะจงหาตัวอย่างที่มีความหลากหลายแทนการสุ่มตัวอย่าง

7) การกระตุ้นและอำนวยความสะดวก ให้ชาวบ้านเป็นผู้ทำการศึกษาจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกและกระตุ้นให้ชาวบ้านทำการศึกษาค้นคว้าเองวิเคราะห์เอง เสนอผลการศึกษาเอง การกระทำดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ชาวบ้านได้เรียนรู้เรื่องราวที่ทำการศึกษาและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของสิ่งที่เขาค้นพบ เราผู้เป็นนักวิจัยอาจจะมีคามจำเป็นในระยะเริ่มแรกของกระบวนการเรียนรู้ หลังจากนั้นเราจะถอยไปอยู่ด้านหลังโดยไม่มีการสัมภาษณ์หรือขัดจังหวะในขณะที่ชาวบ้านกำลังดำเนินการศึกษา โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่าผู้วิจัยจะเปลี่ยนบทบาทจากผู้วิจัยหรือผู้ค้นคว้าหาข้อเท็จจริงเป็นผู้อำนวยความสะดวก

8) ความตื่นตัวและความรับผิดชอบต่อการตรวจสอบข้อบกพร่องของผู้วิจัยซึ่งต่อไปนี้จะถือว่าเป็นผู้อำนวยความสะดวกจะตรวจสอบพฤติกรรมของตนเองตลอดเวลา และมีความพยายามที่จะทำให้ดีขึ้นโดยประกอบด้วย 2 ส่วน คือประการแรกน้อมรับวิจารณ์ญาติที่ดีที่สุดของตนเองหรือผู้ร่วมงานมากกว่ากฎเกณฑ์ตายตัวในคู่มือ

9) การเรียนรู้จากกันและกันมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและแนวคิดระหว่างชาวบ้านด้วยกันเอง ระหว่างชาวบ้านกับนักวิจัยเอง นอกจากนี้ควรมีการแลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานในเรื่องการอบรมพื้นที่สนามประสบการณ์

2.6.5 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

ในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้การพัฒนาก้าวไปสู่จุดหมายที่วางไว้ได้มากที่สุดเพราะการมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้อง ทำให้การติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพผลที่ตามมาจึงต้องเป็นสิ่งที่น่าพอใจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และได้มีผู้ที่กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้ (คุณาพงศ์ คตวงศ์, 2557)

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาย่อมก่อให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เนื่องจากเกิดการเรียนรู้วิธีแก้ปัญหา สร้างความเจริญให้กับชุมชนหรือหมู่บ้านของตนผ่านกิจกรรมและกระบวนการทำงานตามโครงการ

2. การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา เป็นการสะท้อนถึงความจริงใจของรัฐที่มีต่อการสนับสนุนให้ประชาชนมีเสรีภาพในการตัดสินใจและกำหนดชะตากรรมของท้องถิ่นของตน

3. เป็นทางสะท้อนถึงปัญหาความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่นให้ถูกต้องตรงประเด็น

4. เป็นการสร้างฉันทามติร่วมกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความชอบธรรมในการตัดสินใจ เนื่องจากเป็นการสร้างข้อตกลงที่จะเกิดการยอมรับร่วมกันภายในกลุ่ม

5. เป็นการพัฒนาศักยภาพ บุคคลย่อมจะต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และข้อคิดเห็นระหว่างกัน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นเสมือนเวทีการเรียนรู้ที่มีประโยชน์อย่างมาก

6. เป็นการสนับสนุนการพัฒนาความรักท้องถิ่นและความรับผิดชอบต่อสังคมให้เกิดขึ้นในพฤติกรรมของประชาชนในท้องถิ่น

7. ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน อันเนื่องมาจากโครงการพัฒนาที่จัดทำขึ้นในหมู่บ้านและจะช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐในการดูแลบำรุงรักษา นอกจากนี้ยังได้แสดงทัศนคติเพิ่มเติมว่า การมีส่วนร่วมจะช่วยให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้านดีขึ้นและเสริมสร้างความสามัคคี ในหมู่บ้านให้แน่นยิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อไหร่ที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนอย่างแท้จริง ย่อมส่งผลต่อความเจริญของหมู่บ้านและประเทศโดยรวม

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วม จะมีส่วนช่วยให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกัน เช่น ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำการพัฒนา ร่วมรับผลประโยชน์ ระดับการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมต่างๆ จะบ่งบอกถึงความยั่งยืนของกิจกรรมนั้นๆ กล่าวคือ ถ้าภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิได้เข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าใด จะทำให้ภาคีเครือข่ายรู้สึกในความเป็นเจ้าของ มีส่วนรับผลประโยชน์จากการพัฒนาจะทำให้การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิประสบความสำเร็จและบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพรพรรณ อีรานูต (2548) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล ตติยภูมิที่ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการมีส่วนร่วมสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในการวิจัยในครั้งนี้ ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นและการมีส่วนร่วมในการประเมินผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.7 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.7.1 ความหมายของการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรากฐานการวิจัยปฏิบัติการมาจากแนวคิดของ Lewin (สุนีย์ ศรีเพชร, 2553 อ้างอิงจาก Lewin, 1946) ได้ศึกษาปัญหาของชนกลุ่มน้อยในอเมริกา ระยะเฟื่องฟูตีสงความโลกครั้งที่สอง โดยใช้กระบวนการศึกษาในลักษณะกลุ่มรวมกันทำงาน และตัดสินใจอย่างมีพันธะต่อกัน เพื่อมุ่งมั่นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (A Group Activities Group Decision and Commitment to Improvement) และใช้การปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

Corcy (สุนีย์ ศรีเพชร, 2553 อ้างอิงจาก Corcy, 1946) ได้นำกระบวนการวิจัยปฏิบัติการมาประยุกต์ใช้กับโครงการวิจัยในโรงเรียน โดยเน้นที่ความร่วมมือและเข้าใจต่องานของกลุ่มผู้ปฏิบัติการ (Collective And Understanding) ที่ประเทศอังกฤษ อีเลียทและอดลแมน (สุนีย์ ศรีเพชร, 2553 อ้างอิงจาก Elliott and Adelman, 1973) ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นแนวทางในการช่วยเหลือครูให้พัฒนาการสอน เพื่อการเรียนรู้และสืบสวนสอบสวนในชั้นเรียน เน้นการปฏิบัติงานด้วยการควบคุมตนเองหรือด้วยกลุ่ม (Self or Group Control) มากกว่าการใช้ผู้ควบคุมคุณภาพที่มาจากภายนอก (Quality Controller) ที่ประเทศออสเตรเลียได้สนใจใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการทางการศึกษามาเป็นเวลานานกว่าหนึ่งทศวรรษ โดยใช้ในการวิจัยทางการศึกษาต่างๆ ไป และใช้ในการพัฒนาโรงเรียน เคมมิสและแมคแทกกาท (Kemmis, S. and McTaggart, 1990) ชาวออสเตรเลียได้

เสนอกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการการที่มีรูปแบบสมบูรณ์มากขึ้นและเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย ในรูปของวงรอบการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เมื่อครบวงจรหนึ่งๆ จะพิจารณาปรับปรุงแผน (Replanning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ศึกษาได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ทั้งนี้เคมีคและแมคทาคกาท มีความเห็นว่าวิธีการปฏิบัติที่จะถือได้ว่าเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นจะต้องมีความร่วมมือ (Collaborative Approach)

ซูเบอร์ – สเตอรัท (สุนีย์ ศรีเพชร, 2553 อ้างอิงจาก Zuber Skerritt, 1991) เป็นผู้นำที่มีชื่อเสียงในการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพทางวิชาการของบุคลากร (Staff Development) ในมหาวิทยาลัยได้ให้ความหมายของคำว่าการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในรูป The CRASP Model ดังนี้

1. ร่วมมือในการสืบสวนสอบสวนปัญหาอย่างวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Collaborative Enquiry)
2. สะท้อนผลการปฏิบัติการโดยผู้ปฏิบัติ (Reflective Practitioners)
3. อธิบายข้อค้นพบและเผยแพร่ (Accountable to Public)
4. ประเมินผลการปฏิบัติการของตนเอง (Self Evaluation)
5. มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Participative Problem – solving) และการดำเนินการพัฒนากิจกรรมต่อไป

นอกจากนี้ ซูเบอร์ – สเตอรัท ยังได้ค้นพบว่า การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนากิจกรรมทางวิชาการระดับอุดมศึกษา จะมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สอนเกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามจุดมุ่งหมายของมหาวิทยาลัยใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การมีทัศนคติเชิงวิเคราะห์วิจารณ์การใช้การวิจัยช่วยพัฒนาการสอน การสร้างข้อค้นพบและเผยแพร่ การประเมินตนเองและประการสุดท้ายคือ การมีลักษณะเป็นนักวิชาชีพทางการศึกษา

2.7.2 จุดมุ่งหมายสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ จุดมุ่งหมายสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ คือ มีความมุ่งหมายจะปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยงานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์หาสาระสำคัญของสาเหตุที่เป็นปัญหาอันเป็นสาเหตุให้การปฏิบัติงานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นจะใช้แนวคิดทิศทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ แล้วนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น เช่น ทดลองใช้กับครูผู้ร่วมสอนเมื่อต้องการมีความร่วมมือในการทำงานมากขึ้น การวิจัยปฏิบัติการไม่จำเป็นต้องมีกลุ่มตัวอย่างเพราะกลุ่ม หน่วยงานหรือห้องเรียนซึ่งมีขนาดตัวอย่างไม่ใหญ่นักและประการสำคัญการวิจัยชนิดนี้ไม่ต้องการผลที่ไปสรุปอ้างอิงถึงคนอื่นๆ ด้วย

2.7.3 รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการ

สุวิมล ว่องวานิช (สุนีย์ ศรีเพชร, 2553 อ้างอิงจาก สุวิมล ว่องวานิช, 2544) ได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการพบว่า มีการจัดประเภทของรูปแบบการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

2.7.3.1 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research)

1) การวิจัยแบบทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการวิจัยอย่างเคร่งครัดมีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ของนักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการในมหาวิทยาลัยหรือนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุม เพื่อให้ตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจนและมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจนส่วนใหญ่แยกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึดรูปแบบการวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยแบบเป็นทางการ มุ่งเน้นตอบคำถามการวิจัยมากกว่ายึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการสอบถาม ปกติการนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้ บางครั้งพบว่ามีรายงานเพียง 1 – 2 หน้า

2.7.3.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and Zuber – Skerritt รูปแบบมีดังนี้

1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยอาศัยบุคคลภายนอก (Outsider) มาช่วยในการวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกเล่นบทบาทของผู้วิจัยหลัก โดยผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิดวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2) การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่มีนักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรกคือ นอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานแล้ว ยังมุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วย ในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนและวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติจึงมีโอกาสเรียนรู้กระบวนการวิจัยและมีส่วนร่วมในการนำเสนอความคิดในประเด็นปัญหาการวิจัยที่มาจากปฏิบัติจริงและสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิพากษ์อิสระ (Critical/Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบที่ 1 และแบบที่ 2 คือ นอกจากพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้ว ยังต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่เป็นองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิม แม้จะมีบุคคลภายนอกร่วมด้วย แต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกัน จะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษาการวิจัยเหมือนแบบที่ 2 การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติและนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์และพันธนาการทางความคิดเดิม

จะเห็นว่าแนวทางการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงานจากผู้ปฏิบัติถูกครอบความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) ซึ่งเป็นแบบแรกมาเป็น

แบบร่วมกันทำงาน (Cooperation) ในแบบที่สองและรูปแบบการทำงานที่สาม ซึ่งเป็นแบบการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) เป็นแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมยอมรับกันว่าส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติการมากกว่าแบบอื่นๆ

2.7.4 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีข้อตกลงเบื้องต้น (Basic Assumption) ว่าเป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์สืบค้นปัญหาและวิธีแก้ปัญหา (ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานของหน่วยงาน/โรงเรียน) ดังนั้น จะต้องมีการจัดกระบวนการสืบค้นความรู้นี้อย่างมีเหตุผล การวิจัยจึงเป็นกระบวนการคิดและลำดับขั้นตอนของการเรียนรู้ที่ได้จากการคิดและการกระทำ ซึ่งเป็นลักษณะของการใช้ลำดับขั้นตอนของจิตวิทยาการเรียนรู้มากกว่าการใช้ลำดับความคิดเชิงจิตวิทยา เพื่อบอกความเป็นเหตุเป็นผลต่อกัน (ซึ่งใช้กันเป็นส่วนมากในงานวิจัยทั่วไป ส่วนที่เป็นการเขียนรายงานการวิจัย) กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีขั้นตอนที่สำคัญในการดำเนินการ ดังนี้

2.7.4.1 การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัยจะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นในห้องเรียนที่จะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพของปัญหา (Thematic Concern) ควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับครู นักเรียน เนื้อหาวิชาและสภาพแวดล้อม

2.7.4.2 เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระ ควรแก่การศึกษาวิจัยเลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วมพิจารณาลักษณะของปัญหาแล้วสร้างสมมติฐาน (Hypothesis) ของการวิจัยในรูปแบบของข้อความต้องการที่จะประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ของปัญหากับหลักการหรือทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

2.7.4.3 เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือที่จะใช้จะมี 2 ลักษณะคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการ เช่น อุปกรณ์การเรียนการสอน แบบฝึกหัด เป็นต้น และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

2.7.4.4 บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและเป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการคือ ในขั้นตอนของการวางแผนงานการปฏิบัติการ การสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อบันทึกไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติการต่อไปและเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

2.7.4.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านต่างๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูล เพื่อให้แน่ใจความถูกต้องแสดงรายละเอียด อธิบายสถานการณ์ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสมเปรียบเทียบข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภท โดยวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้วิจัย

2.7.4.6 ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มผู้วิจัยได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุและวิธีการแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และจะก่อประโยชน์สูงสุด โดยสรุปประมวลเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition)

หรือทฤษฎี (Theory) ทั้งนี้ต้องอาศัยตรรกวิทยาโดยวิธีอุปนัย (Inductive) และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัย

กระบวนการวิจัยปฏิบัติการไม่ได้แยกผู้ปฏิบัติออกจากการวิจัย เนื่องจากผู้ปฏิบัติต้องเกี่ยวข้องในการทำงานของตนเองและผู้อื่นตลอดเวลา การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงานมากขึ้นจากการทำงานปกติ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการวิจัยของผู้ปฏิบัติ ผู้วิเคราะห์ สภาพปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไข เพื่อให้การทำวิจัยไม่เป็นภาระสำหรับผู้ปฏิบัติมากเกินไปต้องมีการออกแบบการวิจัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานให้มากที่สุด

ประวิต เอราวรรณ์ (2545) กล่าวว่า ในวงจรการปฏิบัติงานโดยทั่วไปนั้น อาจจะไม่ปฏิบัติเช่นนี้เสมอไป แต่จะมีส่วนต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นในระดับหนึ่ง ซึ่งในการวิจัยปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต การสะท้อนผลอย่างรอบคอบเป็นระบบและเข้มงวดกวดขัน ในการดำเนินงานมากกว่าการปฏิบัติงานประจำวันโดยนำความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่หมุนไปในกระบวนการเหล่านี้มาใช้เป็นเสมือนแหล่งให้เกิดการปรับปรุงและแหล่งความรู้ นักวิจัยปฏิบัติการจะต้องดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้นนี้ด้วยความร่วมมือกันระหว่างกลุ่มตลอดกิจกรรมของการวิจัยโดยพิจารณาจุดสำคัญ ดังนี้

แผน คือ การปฏิบัติที่มีโครงสร้างแนวทางปฏิบัติที่มีความคาดหวังไว้เป็นการมองไปในอนาคตข้างหน้า โดยจะต้องระลึกลักษณะที่เหตุการณ์ทางสังคมนั้นไม่สามารถจะทำหรือกำหนดล่วงหน้าได้และจะต้องมีการเสี่ยงต่อความไม่แน่นอนบ้าง การกำหนดแผนทั่วไปจะต้องมีความยืดหยุ่นพอสมควร เพื่อที่จะสามารถปรับให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงและความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ กิจกรรมหรือการปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแผนจะต้องมี 2 ลักษณะคือ ลักษณะแรกจะต้องพิจารณาเกี่ยวกับความเสี่ยงอันเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในสภาพจริง เช่น เกี่ยวกับสภาพของสิ่งต่างๆ และการเมือง ลักษณะที่สองคือ กิจกรรมที่ถูกเลือกมากำหนดในแผนจะต้องได้รับเลือกมา เนื่องจากกิจกรรมนั้นสามารถปฏิบัติได้ดีกว่ากิจกรรมอื่นๆ สามารถลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้และช่วยให้เกิดพลังในการปฏิบัติที่เหมาะสมกว่า มีประสิทธิภาพสูงกว่า

การปฏิบัติ เป็นสิ่งละเอียดจริงจังและภายใต้การควบคุมเป็นการปฏิบัติงานจากแนวคิดหลากหลายอย่างไตร่ตรองและรอบคอบ มีหลักฐานที่ได้รับวิจารณ์ และใช้การปฏิบัตินี้เป็นงานของการพัฒนาการปฏิบัติในขั้นต่อไป ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่มีจุดปรารถนาเชิงการศึกษาอย่างละเอียดถี่ถ้วน การปฏิบัติงานจะดำเนินตามแนวทางที่ได้วางแผนไว้อย่างมีเหตุผลและมีการควบคุมอย่างสมบูรณ์ แต่การปฏิบัติจากแนวทางที่ได้วางไว้มีโอกาสของการเสี่ยงอยู่ด้วย เนื่องจากเป็นสิ่งที่จะต้องสามารถแก้ไขได้ โดยกำหนดให้มีความยืดหยุ่นและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงการให้ข้อมูลจากกิจกรรมก่อนหน้านั้น จะต้องต่อเนื่องและนำมาใช้ในกิจกรรมต่อไป แต่การทำงานที่ผ่านมาไม่จำเป็นต้องนำมาเป็นแนวทางสำหรับปัจจุบันเสมอไป การปฏิบัติการณ์นั้นเป็นการปรับปรุง เจริญต่อรองและการประนีประนอมกันเป็นสิ่งที่จำเป็น แต่เป็นการประนีประนอมที่มีอยู่ในบริบทยุทธศาสตร์ของพวกตนในขั้นแรก อาจหวังผลเพียงปานกลาง การปฏิบัติที่มีการรายงานอย่างวิจารณ์กันภายหลังก็อยู่บนพื้นฐานของผลที่ได้ในการปฏิบัติขั้นที่แล้วมา

การสังเกต เป็นลักษณะอาการอย่างหนึ่งที่นักวิจัยปฏิบัติการแตกต่างไปจากการปฏิบัติงานมุ่งมั่นที่จะรวบรวมหลักฐานข้ออ้างอิงเกี่ยวกับการกระทำของตน ทำหน้าที่บันทึกข้อมูล

เกี่ยวกับผลที่ได้จากเหตุการณ์ในปัจจุบันการสังเกตอย่างรอบคอบและระมัดระวังเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากการปฏิบัตินั้นจะมีข้อจำกัดจากการบีบบังคับของสภาพความเป็นจริงและข้อขัดข้องทั้งหมด เหล่านี้จะไม่เคยชัดเจนและบอกให้รู้ล่วงหน้าได้เลย การสังเกตจึงต้องมีการวางแผนจนกระทั่งได้ข้อมูล จากการสังเกตจะต้องตอบสนองและเปิดกว้างคือ จะต้องมองหลายแง่มุมในทุกๆ ด้าน ส่วน ประเภทของการสังเกตรวมถึงการจัดการที่วางไว้ล่วงหน้าไม่เป็นการเพียงพอ ผู้สังเกตจะต้องมีความไว ในการจัดภาพหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งนอกจากจะสังเกตข้อมูลตามที่วางไว้แล้วยัง ต้องมีความยืดหยุ่นที่จะจัดเก็บข้อมูลลักษณะที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนด้วย นักวิจัยปฏิบัติจะต้องรายงาน ผลอย่างครบถ้วนด้วย นักวิจัยปฏิบัติการจำเป็นต้องสังเกตกระบวนการปฏิบัติและผลของการปฏิบัติ สังเกตการณ์และข้อขัดข้องการปฏิบัติ สังเกตวิธีการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลหรือผลที่ เกี่ยวเนื่องและปัญหาอื่นที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลการดำเนินงาน การสังเกตจะเป็นไป ตามเจตนากรณีที่จะมีพื้นฐานที่สมบูรณ์สำหรับสะท้อนภาพการกระทำที่สำคัญของตนเอง การสังเกต จะฉายภาพสลับในสัมฤทธิ์ผลของการสะท้อนภาพ การดำเนินงานในกรณีเช่นนี้ข้อมูลจากการสังเกต จะช่วยให้เกิดการปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยเกิดความเข้าใจยิ่งขึ้นมีการปฏิบัติงานที่มียุทธศาสตร์ และหลักฐานรายงานที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามเนื้อหาสาระของการสังเกตจะเป็นเรื่องการรายงานผล การปฏิบัติงาน

การสะท้อน การสะท้อนทำให้หวนคิดถึงการกระทำที่ได้บันทึกไว้จากการสังเกต เก็บ ข้อมูลแต่เป็นการกระทำที่ยังกระจัดกระเแ่ง ซึ่งสะท้อนออกมาในรูปของกระบวนการปัญหาข้อขัดแย้ง และแรงบีบบังคับที่ปรากฏในการปฏิบัติที่มียุทธศาสตร์ การสะท้อนเป็นลักษณะของความเป็นไปได้ ของสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการกระทำที่ปฏิบัติลงไป การสะท้อนภาพจะพิจารณาโดย ให้การอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงาน โดยวิธีนี้จะช่วยให้ได้ภาพสะท้อนของกลุ่มที่จะนำไปสู่การ สถานการณ์ทางสังคม การปรับปรุงโครงการ การสะท้อนภาพจะมีลักษณะเป็นการประเมินอย่างหนึ่ง ผลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งประสงค์หรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติต่อไป นอกจากนั้นการสะท้อน ภาพยังหมายรวมถึง การสำรวจข้อมูลเบื้องต้นก่อนที่จะดำเนินการจริงอีกด้วย การสะท้อนข้อมูลจะ ช่วยในการวางแผนการดำเนินงานในขั้นต่อไปที่เป็นไปได้สำหรับกลุ่มและสำหรับแต่ละบุคคล ใน โครงการในการที่จะยอมรับจุดมุ่งหมายของการดำเนินการของกลุ่ม

ประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการวิจัยที่เชื่อมช่องว่างทฤษฎีการวิจัยและ การปฏิบัติในตลอดกระบวนการ ตั้งแต่การกำหนดปัญหาการวิจัยการประสานงานร่วมมือกันพัฒนา รูปแบบปฏิบัติการแทรกแซงตลอดจนถึงการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ การวิจัยปฏิบัติการเป็นการวิจัยให้ เข้าไปถึงพื้นที่ที่วิจัยโดยตรง ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ ดังนั้นความรู้ที่พัฒนาขึ้น จากการวิจัยปฏิบัติจึงเป็นความรู้ที่เป็นรากฐานในสถานการณ์ปฏิบัติจริง เป็นข้อค้นพบที่ได้มาจาก กระบวนการสืบค้นที่เป็นระบบและเชื่อถือได้ทำให้สามารถนำไปปรับปรุงและดัดแปลงความรู้พื้นฐาน ที่มีอยู่เดิมได้ และยังให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับขอบเขตของการใช้ความรู้ในการปฏิบัติด้วย การวิจัย ปฏิบัติการจึงเป็นวิธีการที่มีคุณค่าในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ อย่างแท้จริง นอกจากนี้แล้วด้วยหลักการสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการที่เน้นการสะท้อนผลทำให้การ

วิจัยแบบนี้ส่งเสริมบรรยากาศของการทำงานแบบประชาธิปไตยที่ทุกฝ่ายเกิดการเปลี่ยนแปลง ประสพการณ์และยอมรับในข้อค้นพบร่วมกัน (สุวิมล ว่องวานิช, 2548)

ข้อจำกัดของการวิจัยปฏิบัติการ

แม้การวิจัยปฏิบัติการจะมีคุณสมบัติประโยชน์มากมายแต่โดยธรรมชาติและหลักการของการวิจัยปฏิบัติการก็ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของการวิจัยแบบนี้หลายประการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สุวิมล ว่องวานิช, 2548)

การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการวิจัยส่งผลกระทบต่อขอบเขต และขนาดของงานวิจัย การวิจัยแบบนี้มักจะมีขนาดเล็ก ซึ่งทำให้มีผลต่อความเป็นตัวแทนของข้อค้นพบ จึงก่อให้เกิดข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงผลการวิจัย งานวิจัยทั่วไปไม่ยอมให้มีตัวแปรภายนอกส่งผลกระทบ โดยมีการออกแบบการวิจัยให้สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกได้ และสามารถดำเนินการจัดกระทำได้เนื่องจากงานวิจัยแบบนี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน แต่สำหรับงานวิจัยปฏิบัติการมักมีปัญหาประเด็นนี้ เนื่องจากสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติ ข้อค้นพบบางครั้งไม่สามารถยืนยันได้หนักแน่นว่าเนื่องมาจากปัจจัยใด แต่ทราบได้ที่ปัญหาที่เกิดขึ้นหมดไปก็ถือว่าการศึกษาวิจัยนั้นประสบความสำเร็จ ธรรมชาติของงานวิจัยถูกกำหนดด้วยเงื่อนไขที่มีเรื่องของคุณธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในการทำงาน ทำให้การทดลองต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานอาจทำได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากสิ่งที่ทดลองก็ยังไม่ได้มีการตรวจสอบยืนยัน ในผลที่จะเกิดขึ้นว่าจะเป็นที่ทิศทางใด มีการวิพากษ์กันมากเกี่ยวกับเจ้าของผลงานวิจัยและมีการหวั่นเกรงกันว่าจะมีการแย่งผลงานวิจัย เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่มีกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้วิจัย ภายนอก เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ว่าจะเป็นครู นักวิจัย หรือนักวิชาการ ต้องทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนและตกลงในเรื่องนี้ให้เข้าใจตรงกัน กระบวนการวิจัยปฏิบัติ ไม่ได้แยกผู้ปฏิบัติออกจากการวิจัย เนื่องจากผู้ปฏิบัติต้องเกี่ยวข้องในการทำงานของตนเองและผู้อื่นตลอดเวลา การวิจัยปฏิบัติการจึงเป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติมากขึ้นจากการทำงานปกติ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการวิจัยที่ผู้ปฏิบัติเป็นผู้วิเคราะห์สภาพปัญหา และกำหนดแนวทางแก้ไข เพื่อให้การทำวิจัยไม่เป็นภาระสำหรับผู้ปฏิบัติมากเกินไป ต้องมีการออกแบบการวิจัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานให้มากที่สุด

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อนำไปใช้ในงานวิจัยมีดังนี้

กัญญารัตน์ กัญญาภาณูจน์ และคณะ (2562) ศึกษาารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัวให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนหน่วยงานภาครัฐ เป็นการเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแล

ต่อเนื่องในชุมชน 3) บริการเชิงรุก 4) บริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมและ 6) การรับข้อมูลให้คำปรึกษา

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษาตามโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และ อปท. ได้รับการยอมรับจากพื้นที่ว่าเป็นกลไกที่เหมาะสมในการบริหารจัดการระบบ Long Term Care และยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้และศักยภาพในการจัดบริการ Long Term Care ขณะเดียวกัน ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชนในเรื่องดังกล่าวที่ชัดเจน บริการสุขภาพที่จัดให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจัดได้เป็นระบบและสม่ำเสมอกว่าบริการด้านสังคม การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านภายใต้นโยบาย HHC, FCT, COC ของกระทรวงสาธารณสุขมาก่อนหน้ามีนโยบาย Long Term Care และข้อจำกัดด้านการขาดความมั่นใจในระเบียบการใช้งบ Long Term Care รวมถึงข้อจำกัดในเรื่องระเบียบการใช้งบ อปท. เอง ในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสังคม น่าจะเป็นปัจจัยอธิบายปรากฏการณ์นี้ จากที่นโยบายนี้ยังให้สิทธิเฉพาะผู้สูงอายุภายใต้ระบบ UC ทำให้สามารถครอบคลุมผู้มีความจำเป็นต้องได้รับบริการ Long Term Care ได้เพียงไม่เกินร้อยละ 60 กระบวนการประชุมหารือกับภาคีเครือข่ายต่างๆ และญาติ (Case Conference) เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Individual care Plan) เป็นเครื่องมือสำคัญในการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่างๆ รวมถึงการบูรณาการต่อเนื่อง เชื่อมโยงของบริการที่ผู้มีความพึ่งพิงจะได้รับ บางพื้นที่ยังไม่ได้ใช้เครื่องมือดังกล่าวในการจัดบริการ ขาดกลไกการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพการทำงานของ CM พบว่าพื้นที่ที่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG จัดบริการ Long Term Care ได้เป็นระบบและสม่ำเสมอ พื้นที่ที่ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG การกำหนดทิศทางนโยบายและการบูรณาการเชื่อมประสานการดำเนินงานนโยบายของหน่วยงานส่วนกลางถือเป็นจุดดับขั้นที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงอย่างเร่งด่วน เพื่อให้การดำเนินนโยบายมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ (2555) การจัดการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองได้มาก มีรายได้เพียงพอ ไม่มีหนี้สินและมีการออมเงิน มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่มองเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีสภาพที่พิกอาศัยปลอดภัยและมีความรู้เรื่องสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุระดับต่ำ แต่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐและมีความพึงพอใจในการบริการ สวัสดิการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุมีความคาดหวังให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอาใจใส่ ดูแลให้คำปรึกษาแนะนำด้านการจัดสวัสดิการสังคมและมีความต้องการเบี้ยยังชีพและรายได้ที่เพิ่มขึ้น

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2552) แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผลการศึกษาวิจัยจากหลายแหล่งยืนยันว่าปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุในประเด็นดังกล่าวนี้ ผลการศึกษาในหลายชุมชนพบว่า ชุมชนได้ตอบสนองปัญหาของผู้สูงอายุในรูปของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมเสริมรายได้และการมีกองทุนในชุมชน ซึ่งหมายถึงเงินจากทุกแหล่งเพื่อเป็นทุนเพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุ ผลการศึกษาภายใต้โครงการสร้างระบบการติดตามและ

ประเมินผลผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) พบว่า สัดส่วนหมู่บ้านที่มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมเสริมรายได้ในช่วงปีพ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2549 มีประมาณร้อยละ 60.0 ของหมู่บ้านที่ตอบแบบสอบถาม ภูมิภาคที่มีสัดส่วนของหมู่บ้านที่มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมเสริมรายได้ สูงที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 65.0 รองลงมา คือ ภาคเหนือ ร้อยละ 60.0 ภาคใต้ร้อยละ 58.0 และภาคกลาง ร้อยละ 52.0 ตามลำดับ แต่ผลการวิจัยหลายโครงการพบสอดคล้องกันว่า ถึงแม้ผู้สูงอายุไทยจะมีอายุยืนยาว แต่ช่วงชีวิตที่อยู่ในระยะที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีและมีภาวะทุพพลภาพที่ต้องการพึ่งพายังอยู่ในระดับสูง ภาวะนี้จะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพนอนติดเตียงพบว่า ร้อยละ 50.0 มีโรคเรื้อรังร้อยละ 25.0 ไม่สามารถทำกิจกรรมตามปกติและมีถึง 1 ใน 5 ที่มีภาวะทุพพลภาพเกิน 6 เดือน ผลจากการทบทวนบทบาทของชุมชนที่มีต่อการเกื้อหนุนและดูแลผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่า ชุมชนได้เข้าไปมีส่วนในการเกื้อหนุนและแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุในหลายด้าน โดยเฉพาะในด้านที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพอนามัย เป็นที่น่าสังเกตว่าการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยชุมชนเริ่มมีรูปแบบที่เปลี่ยนไป จากการเกื้อหนุนที่ไม่เป็นทางการหรือการช่วยเหลือกันในระดับบุคคลมาเป็นการให้การเกื้อหนุนในรูปของกลุ่มหรือองค์กรที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น ไม่ใช่การให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นครั้งคราว อาทิเช่น การจัดให้มีกองทุนเพื่อผู้สูงอายุการมีกิจกรรมเสริมรายได้ เพื่อผู้สูงอายุการมีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การมีศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

พิมลพรรณ อัครเลิศพานิช (2544) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุศึกษาเฉพาะกรณี : ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการจากคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการเรื่องการรักษาต่อเนื่อง การป้องกันตนและการฟื้นฟูโดยต้องการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งและต้องการรับบริการบริการทางสาธารณสุขในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาลเมื่ออยู่ที่บ้าน ส่วนในเรื่องความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลหลัก ผู้สูงอายุมีความต้องการให้ผู้ดูแลสนใจในสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลที่บ้านในด้านต่างๆ ในระดับต่างๆ ในระดับมาก เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถที่จะทราบถึงความต้องการที่จะได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องต่างๆ ของผู้สูงอายุ เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ (2555) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของ ชุมชนตำบลมาบแค การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจชุมชนแบบเร่งด่วน ศึกษาข้อมูลมือสอง การสังเกตสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหาสะท้อนแนวคิดและการสอบทานข้อมูล ผลการวิจัยพบกระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้นๆ กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้ 1) การสร้างทีมแกนนำ ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน เริ่มตั้งแต่การค้นหาแกนนำ การเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบจิตอาสาการสร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้

แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม และการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน วางแผนและดำเนินงาน ร่วมกันอย่างมีทิศทาง และ 4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่าง ยั่งยืนในระดับพื้นที่ เริ่มต้นจากการเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้และเข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่างๆ ทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม รวมทั้งผลักดันโครงการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชนที่มี ความสอดคล้องกับนโยบายบริหารงานในระดับท้องถิ่น ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจาก กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม พบว่า 1)เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง 2)ระบบบริการมีการ เปลี่ยนแปลงจากเชิงรับ เป็นเชิงรุกเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค และ 3) สาธารณสุข สามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานใน โครงการดูแลผู้สูงอายุมีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

วรรณดี สุทธิธรากร (2556) ศึกษาแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นกระบวนการให้การศึกษาเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลและคณะ บุคคลซึ่งเป็นกลุ่มทางสังคม เน้นการแก้ปัญหาในบริบทที่มีลักษณะเฉพาะ เพื่อกำหนดทิศทาง การเปลี่ยนแปลงในอนาคต เป็นกระบวนการที่เป็นวงจรที่เชื่อมโยงกันระหว่างการค้นหาความจริง ปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาและประเมินผล มีเป้าหมายคือ การปรับปรุงและขอค้นพบจากการวิจัยจะนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลง

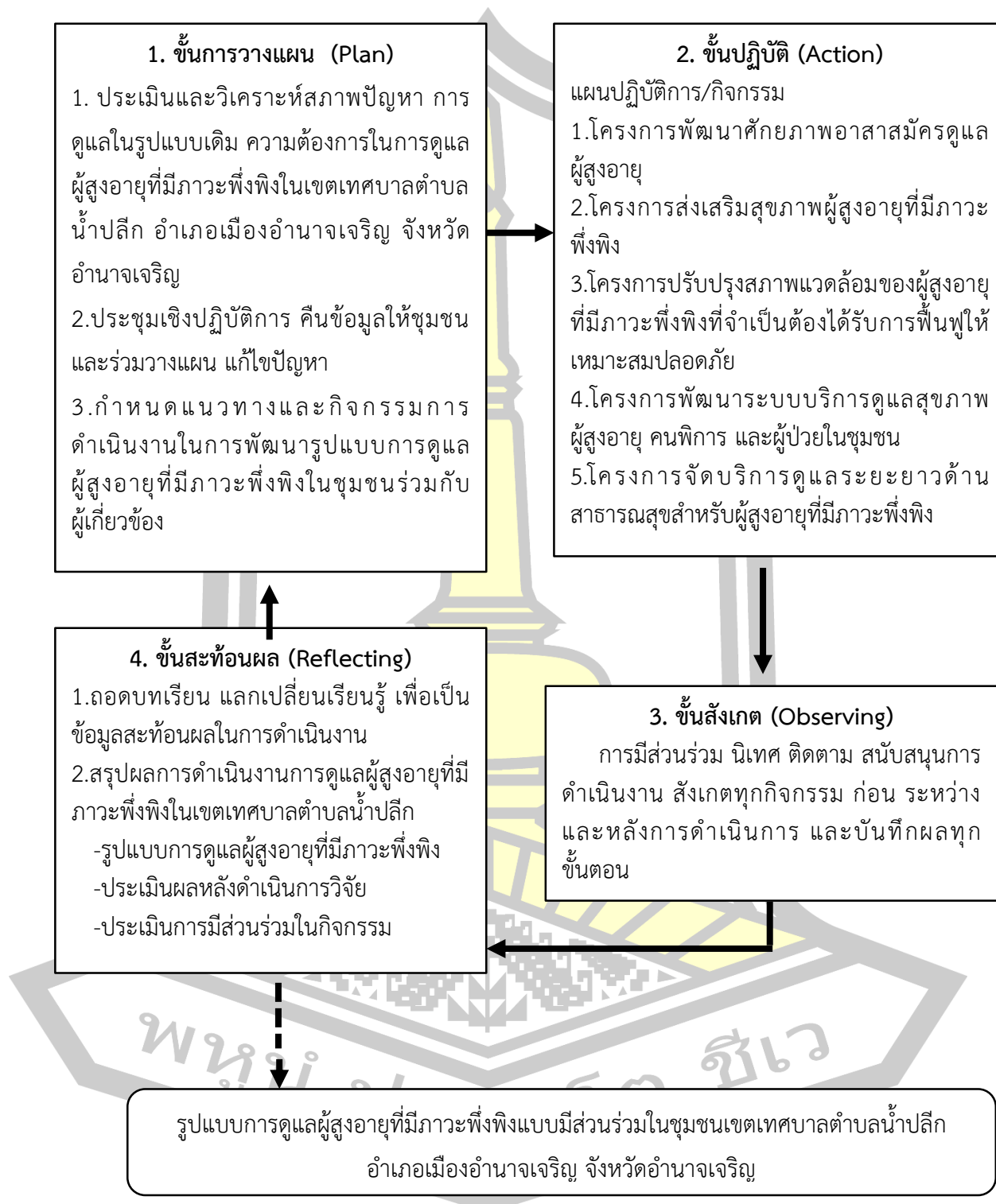
ชนิษฐา นันทบุตร (2557) การดูแลผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลนาทราย อำเภอสี จังหวัดลำพูน การเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุของตำบลตาม 6 ชุดกิจกรรมหลัก ผู้สูงอายุเป็น กลุ่มเป้าหมายสำคัญของชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงและในหลายพื้นที่กำลังเข้าสู่การเป็น สังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ จึงจำเป็นที่ชุมชนท้องถิ่นจะต้องมีการเตรียมความพร้อมและออกแบบ กิจกรรมการดูแลช่วยเหลืออย่างรอบด้าน รวมทั้งการพัฒนากิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความ ต้องการของแต่ละพื้นที่ ภายใต้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นที่มีอยู่ คู่มือการเรียนรู้ ห้องระบบการดูแลผู้สูงอายุจัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับ ชุดกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย 6 ชุดกิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพ 2) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาระบบบริการ 4) การจัดตั้งกองทุนหรือจัดให้มี สวัสดิการช่วยเหลือกัน 5) การพัฒนาและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริมแก้ไขหรือจัดการปัญหาผู้สูงอายุ และ 6) การพัฒนาภาคีภาคี ระเบียบ แนวปฏิบัติ เพื่อหนุนเสริมการดำเนินกิจกรรมเสริมความ เข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพ โดยการจัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุสำหรับบุคคล ในครอบครัวและฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอาสาสมัคร สาธารณสุข สมาชิกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามสภาพ ร่างกายและจิตใจได้ 2) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุโดยการจัดกิจกรรมประชุมผู้สูงอายุ สัปดาห์ละเดือน ณ ศาลาประจำหมู่บ้าน ของทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ได้พบกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง การดูแลตนเองและการทำกิจกรรม มีการประสานกับโรงพยาบาลใกล้ เพื่อขอเยี่ยมกายอุปกรณ์ เช่น รถเข็น ไม้ค้ำยัน สำหรับผู้ที่เป็นอัมพฤกษ์อัมพาตส่งเสริมการให้คุณค่าทางวัฒนธรรมแก่ผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรม “อัยสอนหลาน” ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาให้แก่เด็กรุ่นหลัง เป็นต้น 3)

การพัฒนาาระบบบริการ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อติดตามผู้ป่วยและติดตาม 4) กิจกรรมการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุโดย อสม. 5) การจัดตั้งกองทุนหรือสวัสดิการช่วยเหลือกัน ได้แก่ การจัดตั้งและเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ร่วมมือกันทำ เพื่อให้มีการจัดสวัสดิการยามเจ็บป่วยและเสียชีวิต เป็นต้น 6) การพัฒนาและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริม แก้ไข จัดการปัญหาผู้สูงอายุตั้งแต่การคัดกรองข้อมูลผู้สูงอายุออกเป็นสามกลุ่ม คือกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลให้เหมาะสม โดยการนำใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคมที่มีในตำบล

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า การจัดบริการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ป่วยที่เรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ การพัฒนาระบบควรต้องมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ขณะที่รัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุน ให้ความรู้ เป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแล โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถดูแลได้ เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มุ่งเน้นด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดความรู้ความเข้าใจและขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในลักษณะเป็นวงรอบ เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ขั้นที่ 1 ร่วมกัน วางแผน (Planning) ขั้นที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing) ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflection) โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหา บริบท สถานการณ์การพัฒนา แนวทางการพัฒนา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกกระบวนการ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative – data) และเชิงปริมาณ (Quantitative – data) มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมกทากาด (Kemmis, & McTaggart, 1988) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เริ่มต้นด้วยการหาปัญหาโดยกระบวนการมีส่วนร่วมและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) เป็นการกำหนดแนวทางในแผนงานโครงการและมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่วางไว้ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) โดยขณะการวิจัยมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนที่วางไว้มีการสังเกตการณ์ควบคู่ไปด้วย พร้อมกับบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสิ่งที่สังเกตคือ กระบวนการปฏิบัติการและผลของการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ รวมจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 142 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม คือ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จำนวน 50 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน นายกเทศมนตรีตำบลน้ำปลีก จำนวน 1 คน ปลัดเทศบาลตำบลน้ำปลีก จำนวน 1 คน บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลีก จำนวน 2 คน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) จำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 10 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จำนวน 50 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 120 คน ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จำนวน 50 คน
- 2) ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จำนวน 50 คน
- 3) ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน
- 4) นายกเทศมนตรีตำบลน้ำปลีก จำนวน 1 คน
- 5) ปลัดเทศบาลตำบลน้ำปลีก จำนวน 1 คน
- 6) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลีก จำนวน 2 คน
- 7) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) จำนวน 1 คน
- 8) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 5 คน
- 9) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน

3.2.2.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)
 - (1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อยู่ในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก
 - (2) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ
 - (3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการตามจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
 - (4) เป็นผู้ที่มีสื่อสาร อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้
 - (5) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)
 - (1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง
 - (2) ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยขณะทำการศึกษาวิจัย
 - (3) เสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ ในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

3.3.1.1 ชุดที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้แบบสัมภาษณ์ มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การมีโรคประจำตัว และสถานะในครอบครัวและสังคม จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย

ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 3 ข้อ

ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ

ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ

ด้านการป้องกันโรค จำนวน 4 ข้อ

ด้านการดูแลสุขภาพจิต จำนวน 3 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

การแปลความหมายคะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนอ้างอิงเกณฑ์ตามหลักการของบลูม (Bloom, 1971) คะแนนคิดเป็นร้อยละและแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (Bloom, 1971) ดังนี้

ระดับดี คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป

ระดับพอใช้ คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.0-79.0

ระดับต้องปรับปรุง คือ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ จำนวน 30 ข้อ

ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ

ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ

ด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 5 ข้อ

ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 4 ข้อ

ด้านการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ

ด้านการพยาบาล จำนวน 7 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ

การดูแล	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
มีการดูแลทุกวัน/เกือบทุกวัน	เท่ากับ 3 คะแนน	เท่ากับ 1 คะแนน
มีการดูแลสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคยได้รับการดูแลเลย	เท่ากับ 1 คะแนน	เท่ากับ 3 คะแนน

โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ การแบ่งอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง (สุมัทนา กลางการและวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1977; Daniniel, 1995) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= 3 - 1 = \frac{0.66}{3} \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

มีการดูแลระดับสูง	คะแนนมากกว่า 2.34 – 3.00
มีการดูแลระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 1.67 – 2.33
มีการดูแลระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่า 1.00 – 1.66

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2,9,11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือก (เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์, 2560)

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน
เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	ให้ 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน
เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน

โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน

แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน

แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน

แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.3.1.2 ชุดที่ 2 สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม คือ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลึก ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลึก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตอบ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน

ตอบ ไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน

การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้ (สุมัทนา กลางการ และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

ความรู้ระดับสูง	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ 60.0 ลงมา

ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ข้อ

ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ

ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ

ด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 5 ข้อ

ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 4 ข้อ

ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ

ด้านการพยาบาล จำนวน 7 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ

การดูแล	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
มีการดูแลทุกวัน/เกือบทุกวัน	เท่ากับ 3 คะแนน	เท่ากับ 1 คะแนน
มีการดูแลสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคยได้รับการดูแลเลย	เท่ากับ 1 คะแนน	เท่ากับ 3 คะแนน

โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ การแบ่งอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง (สุมัทนา กลางการและวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1977; Daniniel, 1995) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = 0.66 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

มีการดูแลระดับสูง	คะแนนมากกว่า 2.34 – 3.00
มีการดูแลระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 1.67 – 2.33
มีการดูแลระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่า 1.00 – 1.66

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นคำถามที่ประยุกต์ขึ้น จากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) (นัยนา เดชะ, 2557) แบ่งเป็น 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21 – 5.00
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60
ระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80

3.3.1.3 แบบสนทนากลุ่ม เป็นการเปิดเวทีการสนทนาการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนให้ผ่านเกณฑ์

3.3.1.4 แบบสังเกต จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่

3.3.1.5 แบบประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (LTC) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี

3.3.1.6 แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่

3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงานและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดและสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์ด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวม 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ดังนี้

1. ผศ.ดร.ศรีสุตา รัศมีพงษ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 2. ดร.วิทยา จิตรมาศ ประธานคณะทำงานขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ , ผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาครอบครัวจังหวัดอำนาจเจริญ
 3. นางสาวปราณี อสุพันธ์ หัวหน้างานวัยผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
- เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indxof Consistency : IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในลำดับต่อไป การตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indxof Consistency : IOC) (วรรณะ ชูศรีขาว, 2553 อ้างอิงจาก ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ, 2539)

เหมาะสม ให้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน
ไม่เหมาะสม ให้ - 1 คะแนน

$$\text{นำมาคำนวณโดยใช้สูตร } IOC = \frac{[\Sigma R]}{N}$$

เมื่อ R = ผลคะแนนรายข้อของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่า IOC รายข้อเท่ากับ 1

3.4.2 ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out)

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว แก้ไขไปปรับปรุงและไปทดสอบใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา คือ พื้นที่ของเทศบาลตำบลนายนมอำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1) ทดสอบความเชื่อมั่นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86

2) ส่วนกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89

ชุดที่ 2 สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม คือ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำปลีก ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

1) ทดสอบความเชื่อมั่นความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

2) ทดสอบความเชื่อมั่นกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.97

3) ทดสอบความเชื่อมั่นการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.94

นำเครื่องมือที่ได้แก้ไขไปปรับปรุงและจัดทำฉบับสมบูรณ์

- การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกข้อมูล
- จัดเตรียมกล้องถ่ายภาพ เพื่อบันทึกสภาพแวดล้อม สภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไปของชุมชนที่ศึกษา

- จัดเตรียมเครื่องบันทึกเสียง เพื่อบันทึกกิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชนนอกเหนือจากการจดบันทึก

- จัดเตรียมกระดาษ ปากกา ที่ใช้ในการจดบันทึก เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 การเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้แบบสัมภาษณ์การวิจัย ประเมินก่อนและหลัง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ

3.5.2 การเก็บข้อมูลในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ใช้แบบสอบถามการวิจัย ประเมินก่อนและหลัง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	จำนวน 15 ข้อ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.6.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.6.1.2 วิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.6.1.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้อัตราการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานคือ Paired Samples t-test (กรณีแจกแจงปกติ) และ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test (กรณีแจกแจงไม่ปกติ)

3.6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนากลุ่มและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการดำเนินกิจกรรม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะต้องเข้าร่วมเป็นผู้ร่วมการวิจัย และจะต้องมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ดังนั้น ผู้ศึกษาจะทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมายที่นำมาศึกษา โดยกลุ่มเป้าหมายทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการศึกษา และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมายในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ มีการเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อน ถ้าผู้ร่วมวิจัยยินดีให้ทำการศึกษาและร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ถู้อข้อมูลที่ได้มาจากผู้ร่วมวิจัย เป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผย และในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจะต้องขออนุญาตก่อน โดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้ใบรับรองอนุมัติเลขที่ 098/2563 ลงวันที่ 17 เมษายน 2563 และมุ่งสร้างสัมพันธภาพให้เท่าเทียมกัน ดังนี้

3.7.1 ต้องพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัยทุกรายโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้

3.7.2 รับฟังความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุม วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความเห็นว่าเป็นใครถูกหรือผิด

3.7.3 ต้องเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวการปกปิดความลับของผู้วิจัย

3.7.4 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

3.7.5 อาสาสมัครวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล

3.7.6 การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการทำงานตามวงจร PAOR ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตาม การสังเกต และการสะท้อนผล ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 บริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ในการวิจัย
- 4.2 กระบวนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน
- 4.3 ผลการดำเนินการ
- 4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4.1 บริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ในการวิจัย

4.1.1 ข้อมูลบริบทพื้นฐาน

1) สภาพทั่วไป

- 1.1 ลักษณะที่ตั้งเทศบาลตำบลน้ำปลี ตั้งอยู่ห่างจากจังหวัดอำนาจเจริญ 21 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานครเป็นระยะทางประมาณ 560 กิโลเมตร
- 1.2 เนื้อที่ เทศบาลตำบลน้ำปลีมีเนื้อที่ 3 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ในหมู่ที่ 1,2,8 และ 9 เทศบาลตำบลน้ำปลีคิดเป็นร้อยละ 6.45 ของพื้นที่ตำบลน้ำปลี
- 1.3 ภูมิประเทศ สภาพโดยทั่วไปของเทศบาลตำบลน้ำปลี เป็นที่ราบลุ่ม และทำนาปี หลังฤดูเก็บเกี่ยวบางส่วนก็ปลูกพืชสวน เช่น ถั่วลิสง พืชผักสวนครัว ปลูกมัน เป็นต้น
- 1.4 จำนวนหมู่บ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี ทั้งหมด 4 หมู่ 6 ชุมชน จำนวน 1,232 ครัวเรือน ได้แก่ บ้านน้ำปลี หมู่ 1 จำนวน 189 ครัวเรือน บ้านน้ำปลี หมู่ 2 จำนวน 353 ครัวเรือน บ้านน้ำปลี หมู่ 8 จำนวน 245 ครัวเรือน และบ้านน้ำปลี หมู่ 9 จำนวน 445 ครัวเรือน
- 1.5 ท้องถิ่นอื่นในตำบล (จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในตำบล) จำนวนเทศบาล 1 แห่ง คือ เทศบาลตำบลน้ำปลี จำนวนองค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำปลี
- 1.6 ประชากรแยกจำนวนประชากรชาย - หญิง ทั้ง 4 หมู่บ้าน ดังต่อไปนี้ (จำนวนประชากรแฝงในพื้นที่ประมาณ 200 คน)

ตาราง 1 จำนวนประชากรชายและหญิงของเทศบาลตำบลน้ำปลีก

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	ชาย	หญิง	รวม
1	บ้านน้ำปลีก	319	341	660
2	บ้านน้ำปลีก	542	598	1,140
8	บ้านน้ำปลีก	416	445	861
9	บ้านน้ำปลีก	568	601	1,169
รวม		1,845	1,985	3,830

ข้อมูล ณ เดือนกันยายน พ.ศ. 2563

ตาราง 2 จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

ช่วงอายุ	ชาย	หญิง	รวม
อายุ 60 – 70 ปี	224	298	522
อายุ 71 – 80 ปี	125	168	293
อายุ 81 – 90 ปี	25	50	75
อายุ 91 – 100 ปี	4	3	7
อายุ 101 ปี ขึ้นไป	1	0	1
รวม	379	519	898

ข้อมูล ณ เดือนกันยายน พ.ศ. 2563

2) สภาพทางเศรษฐกิจ

2.1 อาชีพ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาเป็นอาชีพหลัก พอว่างจากฤดูกาลทำนาก็จะปลูกถั่วลิสง พืชผักสวนครัว ปลูกมัน ข้าวขายและอื่นๆ สัตว์ที่เลี้ยงส่วนใหญ่เป็นวัวควาย ไก่พื้นเมือง เป็ด และสุกร เลี้ยงไว้กินและจำหน่าย เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ครอบครัว นอกจากนี้ก็มีการย้ายถิ่นฐานเข้าไปประกอบอาชีพอยู่ต่างจังหวัด การรับจ้างทั่วไปและรับราชการ ประชาชนโดยส่วนมากมีสิทธิ์ในการถือครองที่ดินเป็นโฉนด ลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นแบบวิถีชนบทและชุมชนเมืองบางส่วน ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวและเครือญาติที่มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างแน่นแฟ้น

3) ข้อมูลอื่นๆ

การจัดตั้งมวลชน

- 3.1 จัดตั้งประชาคมหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน
- 3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 3.3 ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลตำบลน้ำปลีก

3.4 อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.)

3.5 ชมรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3.6 ชมรมรักษาสุภาพ

3.7 ชูตรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.)

3.8 ฝึกอบรมลูกเสือชาวบ้านในตำบล

3.9 ชมรมผู้ประกอบการพ่อค้า แม่ค้า ตลาดสดเทศบาลตำบลน้ำปริก

4) รายได้ของเทศบาล เทศบาลตำบลน้ำปริกมีรายรับประจำปีงบประมาณ 2563 จำนวน 46,838,485.52 บาท

4.1 รายได้ที่เทศบาลจัดเก็บเอง จำนวน 1,082,227.27 บาท

4.2 รายได้ที่ส่วนราชการต่างๆ จัดเก็บให้ จำนวน 19,380,656.25 บาท

4.3 เงินอุดหนุนจากรัฐบาล จำนวน 25,250,177 บาท

4.4 เงินอุดหนุนจากรัฐบาลให้โดยระบุวัตถุประสงค์ จำนวน 1,125,425 บาท

5) ศักยภาพของชุมชนและพื้นที่

5.1 การรวมกลุ่มของประชาชน

5.1.1 กลุ่มอาชีพ 5 กลุ่ม

5.1.2 กลุ่มออมทรัพย์ 3 กลุ่ม

5.2 จุดเด่นของพื้นที่ (ที่เอื้อต่อการพัฒนาชุมชน)

เทศบาลตำบลน้ำปริกมีลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นแบบวิถีชนบทและชุมชนเมืองบางส่วน ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวและเครือญาติที่มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างแน่นแฟ้น มีการติดต่อระหว่างหมู่บ้านเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน มีความสามัคคีของคนในชุมชนเป็นอย่างดี ซึ่งส่งผลให้ชุมชนเกิดการพัฒนาดังกล่าวได้ผลเป็นอย่างดี ประชาชนเกิดการเรียนรู้ด้านการพัฒนาท้องถิ่นมากขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาเป็นอาชีพหลัก พอว่างจากฤดูกาลทำนาก็จะปลูกถั่วลิสง พืชผักสวนครัว ปลูกมัน ข้าวขายและอื่นๆ สัตว์ที่เลี้ยงส่วนใหญ่เป็นวัว ควาย ไก่พื้นเมือง เป็ด และสุกร เลี้ยงไว้กินและจำหน่าย เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ครอบครัว และมีการย้ายถิ่นฐานเข้าไปประกอบอาชีพอยู่ต่างจังหวัด การรับจ้างทั่วไปและรับราชการ ประชาชนโดยส่วนมากมีสิทธิ์ในการถือครองที่ดินเป็นโฉนด และมีตลาดสดเทศบาลรองรับผลผลิตทางการเกษตร และมีการรวมกลุ่มส่งออกในรูปแบบต่างๆ

6) ศักยภาพในตำบล

6.1 ศักยภาพของเทศบาลตำบลน้ำปริก

6.1.1 จำนวนบุคลากรในเทศบาล 123 คน

6.1.2 คณะผู้บริหาร 5 คน

6.1.3 สำนักปลัดเทศบาล 24 คน

6.1.4 กองคลัง 9 คน

6.1.5 กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 23 คน

6.1.6 กองช่าง 19 คน

6.1.7 กองการศึกษา 43 คน

- (1) ส่วนสำนักงาน 7 คน
- (2) โรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลน้ำปลีก 29 คน
- (3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลน้ำปลีก 7 คน

6.2 ระดับการศึกษาของบุคลากร

- 6.2.1 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 1 คน
- 6.2.2 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
- 6.2.3 ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 16 คน
- 6.2.4 ระดับปริญญาตรี 12 คน
- 6.2.5 สูงกว่าปริญญาตรี 11 คน

4.1.2 การดำเนินงานด้านสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลน้ำปลีก

เทศบาลตำบลน้ำปลีก ได้สมัครเข้าร่วมดำเนินงานด้านสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ดำเนินงานในรูปแบบศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลน้ำปลีก ให้ได้รับบริการภายใต้แผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราการชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุน และส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ พ.ศ. 2560

เทศบาลตำบลน้ำปลีก ในฐานะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีหน้าที่พัฒนาและดูแลคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ประชาชน ทั้งนี้ ประกอบด้วยหลักการแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 5 “หน้าที่ของรัฐ” มาตรา 55 “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคฯ การบริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพด้วย” หมวด 6 “แนวนโยบายแห่งรัฐ” มาตรา 71 “รัฐพึงส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคมฯ ส่งเสริมและพัฒนากิจการเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจที่เข้มแข็งฯ รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ”

อำนาจหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 16 (10) การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชราและผู้ด้อยโอกาส มาตรา 16 (19) การสาธารณสุข การอนามัยและครอบครัวและการรักษาพยาบาล อำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 13) พ.ศ.2552 มาตรา 50 (4) ป้องกันและระงับโรคติดต่อ มาตรา 51 (6) ให้มีและ

บำรุงสถานที่ทำการพิทักษ์รักษาคนไข้ โดยการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของเทศบาล ต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน โดยใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และให้คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน

ดังนั้น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลน้ำปลีก กำกับดูแลโดยเทศบาลตำบลน้ำปลีก ได้ดำเนินการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 10 (3) เพื่อดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูสมรรถภาพ การรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก หรือจากคณะกรรมการ LTC ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ หรือรับเงินอุดหนุนจากเทศบาลตำบลน้ำปลีกในเทศบาลัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี หรืองบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติม โดยได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานและบริหารจัดการงาน Long Term Care ตลอดทั้งงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอน ดังนี้

4.2.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ร่วมรับรู้ปัญหา ตลอดจนร่วมวางแผนออกแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ดำเนินการเตรียมความพร้อมก่อนการจัดประชุมวางแผนการเก็บข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัย เพื่อให้ทราบสถานการณ์และปัญหาความต้องการของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่แผนปฏิบัติการ และกระบวนการดังกล่าวมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย แต่งตั้งคณะทำงาน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 2 ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) และกลุ่มที่ 4 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลีก

กิจกรรมที่ 2 ศึกษาบริบทและเก็บข้อมูลทั่วไป เพื่อเตรียมความพร้อม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัย วิเคราะห์สถานการณ์ ได้ศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเทศบาลตำบลน้ำปลีก ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่มกับครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จำนวน 50 คน ดำเนินกิจกรรมภายใน 1 วัน โดยใช้สถานที่หอประชุมอเนกประสงค์เทศบาลตำบลน้ำปลีก ครอบครัวผู้สูงอายุให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และการสนทนากลุ่มครั้งนี้ผู้วิจัยได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน เข้าร่วมสังเกต พร้อมจดบันทึก และถ่ายภาพในการสนทนาครั้งนี้ โดยสื่อสารด้วย

ภาษาอีสาน เพื่อให้สื่อความหมายชัดเจน ในการดำเนินงานนั้นผลการวิเคราะห์จากการสนทนากลุ่มมีดังนี้

1) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นั้นจะต้องประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะต้องเข้าใจถึงความหมายของผู้สูงอายุ การดูแลบริบาลผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจหลักการดูแลบริบาลผู้สูงอายุ

2) การจัดเตรียมความพร้อมในการประชุมวางแผนการดำเนินงานไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยได้เตรียมการต่างๆ ดังนี้

2.1) ด้านผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้ประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลีก เพื่อจัดทำหนังสือเชิญครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านและติดเตียง จำนวน 50 คน โดยผู้วิจัยได้จัดส่งหนังสือด้วยตนเอง

2.2) ด้านสถานที่ในการจัดประชุม ได้เลือกใช้หอประชุมเอนกประสงค์เทศบาลตำบลน้ำปลีกเป็นที่ประชุม โดยพื้นที่ดังกล่าวเป็นสัดส่วนและสะดวกในการทำกิจกรรม

2.3) เวลาจัดประชุมได้กำหนดเวลาในการประชุม 1 วัน เริ่มประชุมเวลา 09.00 – 16.00 น. โดยในการประชุมภาคเช้าจะเป็นการให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แนะนำตัว เพื่อสร้างความสนิทคุ้นเคย ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมและทีมวิทยากร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แจ้งกำหนดการประชุมให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับทราบ หลังจากประชุมนั้นได้วิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนภาคบ่ายเป็นการร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่ต้องการพัฒนาและทบทวนพร้อมสรุปผลกิจกรรม เพื่อนำไปสู่กระบวนการในการทำงานในชุมชนต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์จริงในชุมชน การประชุมวางแผนเพื่อการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนร่วมตัดสินใจ เลือกแนวทางแก้ไขปัญหาก่อนที่จะเริ่มกระบวนการ ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ให้ผู้เข้าร่วมประชุมไม่รู้สีกังวลหรือเกรงกลัวในการมีส่วนร่วม เป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมรู้สึกเท่าเทียมกัน กล้าคิด กล้าแสดงออก และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญห โดยมิกิจกรรมที่ได้ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1) สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยรู้จักกันมากขึ้น ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนจะต้องแนะนำตนเองต่อสมาชิกคนอื่นๆ โดยการบอกเล่าชื่อเล่น พร้อมกับกล่าวทักทายเพื่อนๆ

2) สร้างความคาดหวังและตั้งเป้าหมายร่วมกันในการประชุม โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคาดหวังในผลที่จะได้รับ

3) สร้างกฎเกณฑ์และข้อตกลงในการประชุมร่วมกัน เพื่อให้การประชุมดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและราบรื่น โดยผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่เสนอข้อตกลงและรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกรวบรวมเป็นกฎกติกาในการประชุม รายละเอียดข้อตกลงร่วมกันจากข้อเสนอของผู้เข้าร่วมประชุม

4) การมีเหตุผลและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น รวมทั้งพัฒนาทักษะเฉพาะเรื่องการสื่อสารระหว่างบุคคล

5) สร้างความรู้นำมาใช้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุของปัญหา การวิเคราะห์การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นกิจกรรมที่ใช้โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อสร้างความเข้าใจปัญหาที่ต้องการแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมก็จะทำให้สามารถวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหาได้ ผู้วิจัยสร้างการมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมรับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้กิจกรรม 2 กิจกรรม คือ

5.1) การระดมสมองหาปัญหาและวิเคราะห์ที่มาของปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5.2) ใช้กิจกรรมอภิปรายกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ เพื่อเปิดโอกาสให้ร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาและสาเหตุของปัญหา โดยแบ่งสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละประมาณ 10 คน โดยกลุ่มเป้าหมายมีอายุ และบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน เพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย

6) สร้างแนวทางการพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ในแต่ละคน ช่วยกันกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ทุกคนร่วมกันกำหนดไว้ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ซึ่งให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมสร้างแนวทางแก้ไขปัญหา โดยการคิดโครงการหรือกิจกรรมขึ้นมา เพื่อจะนำไปดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผลจากการประชุมกลุ่มนำมาสรุปรวมได้ 5 โครงการดังนี้

6.1) โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

6.2) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6.3) โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่

จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้เหมาะสมปลอดภัย

6.4) โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วย

ในชุมชน

6.5) โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิง

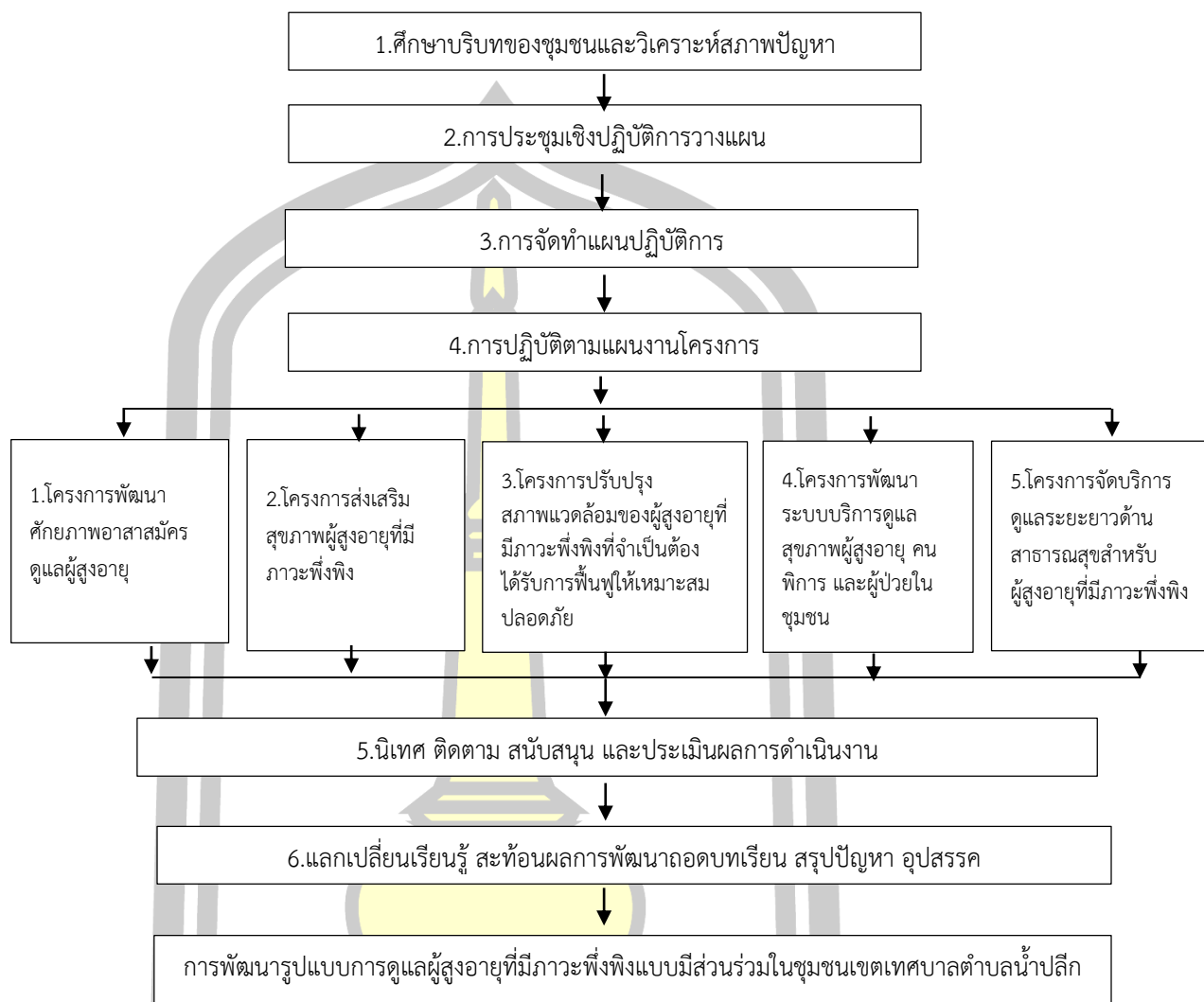
การจัดลำดับความสำคัญของโครงการ ดำเนินกิจกรรมโดยใช้การอภิปรายในกลุ่มใหญ่ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ใช้วิธีสรุปโครงการกิจกรรมในภาพรวมของกลุ่มใหญ่ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนช่วยกันจัดกลุ่มโครงการที่ซ้ำกันและแตกต่างกัน นำมาสรุปพร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญ โดยมีทีมวิทยากรช่วยสรุปอีกครั้ง จากการทำผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้แสดงความคิดเห็นร่วมกันและคัดเลือกโครงการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อจะนำไปดำเนินการแก้ไขปัญหาคำเนินงาน โดยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพ ดังตาราง 3

ศูนย์ บณุกิจโต ชีเว

ตาราง 3 แผนงานโครงการที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเรียงตามลำดับการดำเนินงานในชุมชน
เทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

แผนงาน/โครงการ	กิจกรรมหลัก	การวัดผล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1.โครงการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุ	จัดอบรมให้ความรู้และฟื้นฟู ทักษะการดูแลให้กับอาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุ	ระดับความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง	รพ.สต.น้ำปลีก
2.โครงการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	จัดอบรมให้ความรู้และทักษะ การดูแลสุขภาพของตนเอง	ระดับความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพของตนเอง	รพ.สต.น้ำปลีก
3.โครงการปรับปรุง สภาพแวดล้อมของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้ รับการฟื้นฟูให้เหมาะสม ปลอดภัย	ปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายใน บ้านให้เหมาะสม ปลอดภัย ป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม	สิ่งแวดล้อมภายในบ้านได้ รับการปรับปรุงให้เหมาะสม ปลอดภัย	ทต.น้ำปลีก
4.โครงการพัฒนาระบบ บริการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ คนพิการและ ผู้ป่วยในชุมชน	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออก เยี่ยมบ้านติดตามดูแลผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยในชุมชน	รายงานบันทึกการ เยี่ยมบ้าน	รพ.สต.น้ำปลีก
5.โครงการจัดบริการ ดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาล ตำบลน้ำปลีก (CM , CG , ภาคีเครือข่าย) ติดตามดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	รายงานบันทึกการ เยี่ยมบ้าน	ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ทต.น้ำปลีก

ผู้วิจัยกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมใน
ชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีรายละเอียด ดัง
ภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 สรุปกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปึก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนการวางแผน (Planning) ที่ประชุมร่วมกันกำหนดแผนงานแนวทางและได้เสนอแผนปฏิบัติการในการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปึก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ รวม 5 โครงการ นำไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

4.2.2 ชั้นปฏิบัติ (Action)

เป็นขั้นตอนที่ดำเนินการต่อเนื่องจากขั้นวางแผน โดยการนำแผนสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งในชั้นปฏิบัติประกอบด้วยการทำงาน 5 โครงการ ดังนี้

4.2.2.1 โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (ภาพกิจกรรมหน้าที่)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2) เพื่อให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีทักษะและสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน

กิจกรรม จัดอบรมภาคทฤษฎี บรรยายในหัวข้อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การคัดกรองเบื้องต้น ทักษะในการดูแล ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การประเมินอาการและการช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น การฝึกปฏิบัติในการตรวจคัดกรองสุขภาพ การให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำรายบุคคลตามความเสี่ยง โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมครบตามหลักสูตรทั้งหมดในการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้ฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) การประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL)

ผลผลิตและผลลัพธ์ ผลจากการดำเนินโครงการฯ พบว่า กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้รับความรู้ มีทักษะในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาสุขภาพได้ โดยสามารถปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานคัดกรองสุขภาพ การเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำในเขตพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบได้ ทำให้เข้าใจปัญหาความต้องการของชุมชน รวมทั้งก่อให้เกิดความผูกพัน เกิดความสุขที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง

“การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น นอกจากการที่เอาใจได้ดูแลของกลุ่มอาสาสมัครเขาแล้ว ชุมชนบ้านเขาควรจะเข้ามามีบทบาทเดี๋ยวนั้น อยากให้เข้ามาดูแลช่วยกันอย่างต่อเนื่อง”

(อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุคนที่ 2 กล่าว)

“เขาสินาคาความรู้ที่ได้จากการอบรมมือนี่ ไปใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด และจะไปแนะนำบอกความต่อให้ผู้เฒ่าเพื่อนได้ดูแลโตจะของได้ถูกต้อง”

(อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุคนที่ 5 กล่าว)

4.2.2.2 โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาพกิจกรรมหน้าที่)

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้นได้

กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล จำนวน 50 คน

กิจกรรม จัดอบรมภาคทฤษฎี บรรยายในหัวข้อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทักษะในการดูแล ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การประเมินอาการและการช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น การดูแลสภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การให้ความรู้ในหลักการดูแลสุขภาพทั้ง 5 อ. ได้แก่ 1) อ.อาหาร คือ การให้หรือจัดเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับประทานอาหารที่หลากหลายได้สัดส่วนเพียงพอ ครบ 5 หมู่ 2) อ.ออกกำลังกาย โดยการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อกระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ 3) อ.อารมณ์ ดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอารมณ์รื่นเริงยินดี มีชีวิตสดใสด้วยรอยยิ้ม จิตแจ่มใส มองโลกในแง่บวก และไม่เครียด 4) อ.อดิเรก ดูแลหากิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงชอบทำ เพื่อสร้างความผ่อนคลาย และ 5) อ.อนามัย ดูแลสุขอนามัยที่ดี เพื่อนำพาอายุยืนยาว นอกจากนี้ยังให้มีการรวมกลุ่มดูแลกันในลักษณะไท่คุ้ม ด้วยการไปเยี่ยมเยียน ถามข่าวกันอย่างต่อเนื่อง

ผลผลิตและผลลัพธ์ ผลจากการดำเนินโครงการฯ พบว่า มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น เกิดการรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันในไท่คุ้ม เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้เกิดการปรับทุกข์ สร้างสุขระหว่างกัน ตลอดจนทำให้ผู้ดูแลได้รับทราบถึงปัญหาความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

“การที่เรามีความเข้าใจในการดูแลผู้เฒ่า บ่ว่าจะเป็นเรื่องของการกินข้าว กินอาหาร การพาเพื่อน ออกกำลังกายเล็กๆน้อยๆ กะแฮ็ดให้เขาสามารถดูแลผู้เฒ่าเพื่อนได้ถูกต้องตามหลักของหมอเพื่อนน้อง แอ้มพวกเราจะได้ไต่กัน คุษกัน ม่วนหลาย ผ่อนคลายอยู่เด้น้อ ว่าบ่เฮา”

(ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคนที่ 1 กล่าว)

“การที่เธอได้พาผู้เฒ่าเพื่อนออกกำลังกาย ขยับคิงให้เพื่อน มันกะแฮ็ดให้เพื่อนได้ผ่อนคลายอยู่ได้ เพื่อนกะได้ยิ้มได้หัว เห็นเพื่อนยิ้ม เธอจะมีความสุขได้”

(ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคนที่ 3 กล่าว)

4.2.2.3 โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้เหมาะสมปลอดภัย (ภาพกิจกรรมหน้าที่)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
- 2) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 3) เพื่อปรับปรุงห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 4) เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการปรับสภาพแวดล้อม กิจกรรม จัดประชุมชี้แจงเริ่มโครงการฯ ในชุมชนทุกหมู่บ้าน จัดอบรมครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน (อาบน้ำ เช็ดตัว การขับถ่าย การดูแลฟัน) การจัดเตรียมอาหารการป้องกันอาหาร และการให้อาหารทางสายยาง การออก

กำลังกาย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงความจำเป็นที่ต้องดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะแก่การดำเนินชีวิตแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และทีมหมอครอบครัวออกปฏิบัติงานเยี่ยมครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลผลิตและผลลัพธ์ ผลจากการดำเนินโครงการฯ พบว่า สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีความเหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทางกาย จิต อารมณ์และสังคม เกิดสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้ปรับปรุงห้องน้ำให้มีความเหมาะสม ปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

“เว้าส้อๆ ซะน้อ การที่ทางเทศบาลเพิ่มมาปรับปรุง สร้างห้องน้ำให้ใหม่ดีหลายแหมะ ผู้เฒ่าเพิ่นกะนั่งส้วมได้ง่ายขึ้น บ่ปวดขา บ่เป็นตะหางหลังแหมะ”

(ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคนที่ 2 กล่าว)

“กะดีได้ละน้อ ที่เทศบาลเพิ่มมาเฮ็ดห้องน้ำให้ใหม่ เพราะถ้าให้เฮาเฮ็ดเองกะบ่มีเงินดอก ดีใจหลายแหมะ ถ้าเพิ่นบ่มาเฮ็ดให้ คีลิมี่ส้วมดี ๆ งาม ๆ คือไต่บ้านเพิ่นดอก”

(ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคนที่ 4 กล่าว)

4.2.2.4 โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยในชุมชน (ภาพกิจกรรมหน้าที่)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อดูแลสร้างเสริมสุขภาพ ฟันฟูร่างกายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ
- 2) เพื่อให้บริการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ โดยเน้น 3 อ. 2 ส. ในการดูแลสุขภาพ
- 3) เพื่อเน้นการส่งเสริมสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองผู้ป่วยและญาติ
- 4) เพื่อให้เกิดศูนย์การเรียนรู้และประสานงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ของผู้ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
- 5) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ได้รับการตรวจสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการซ้ำซ้อน
- 6) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสุขภาพ
- 7) เพื่อให้ อสม. หรือผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ อย่างถูกต้องและเหมาะสม
- 8) เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก

กิจกรรม การออกติดตามเยี่ยมบ้านโดยเริ่มจากการประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินโครงการฯ เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการฯ ทำแผนการออกเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพ คัดกรองโรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ และจัดเตรียมเอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ในการดำเนินงาน จากนั้นดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานเชิงรุก รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และจัดกลุ่มเป้าหมายเพื่อการเยี่ยมบ้าน ออกติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน กรณีที่พบปัญหาและเกินขีดความสามารถประสาน ปรีกษา ทีมแม่ข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปริก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และส่งต่อตามระบบ จัดประชุมติดตามทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การแก้ไขปัญหา อุปสรรค

ผลผลิตและผลลัพธ์ ผลจากการดำเนินโครงการฯ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยได้ มีความรู้เรื่องการทำกายภาพบำบัด การดูแลตนเองมากขึ้น มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดบ้านอย่างถูกวิธีมากขึ้น กลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมบ้านและส่งเสริมสุขภาพทุกคน ได้รับการส่งเสริม ป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกคน เกิดศูนย์การเรียนรู้และประสานงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ของผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุคนพิการอย่างต่อเนื่อง เกิดรูปแบบและการดูแลสุขภาพในชุมชนของตนเองได้

“ถ้ามีเจ้าหน้าที่ อสม. คุณหมอทั้งหลายมาเยี่ยมแม่แบบนี้ดูๆ แม่กะดีใจหลายจ้ะ”

(ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคนที่ 3 กล่าว)

“การที่คุณหมอเพื่อนมาเยี่ยมหมุ่เฮาจั่งสิ ดีใจหลายแหมะจ้ะ ทำให้รู้สึกว่ บ่ได้เลิกทอดถ่มแหมะจ้ะ”

(ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคนที่ 5 กล่าว)

4.2.2.5 โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาพกิจกรรมหน้าที่)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำปริก ได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแลรายบุคคล (CP) โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ณ ที่ครัวเรือน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม จำนวน 50 คน

การดำเนินโครงการฯ นั้น มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) สำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำปริก และประเมินการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล และสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมิน เอ็ดแอล เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 โดยจำแนกเป็น 4

กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่ศูนย์ฯ และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้เทศบาลตำบลน้ำปริก เพื่อดำเนินการต่อไป

2) CM จัดทำ Care Plan และปรึกษาปัญหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (care conference) เพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ

3) ศูนย์จัดทำโครงการและข้อเสนอโครงการพร้อมสรุปแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบริการดูแลระยะยาวฯ ต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลน้ำปริก

ขั้นตอนดำเนินงาน

1) ศูนย์โดย CM จัดแบ่งผู้สูงอายุให้ CG แต่ละคนรับผิดชอบดูแล พร้อมจัดทำ Care Plan รายสัปดาห์ และตารางการปฏิบัติงานมอบหมายให้ CG ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ CG 1 คนดูแลผู้สูงอายุไม่เกิน 6 คนต่อวัน CG ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้น การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน ตาม CP

2) ศูนย์โดย CM (และกรรมการศูนย์) กำกับ ติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำการดำเนินงานของ CG ทุกสัปดาห์

3) CM ประเมินและทบทวน Care Plan ร่วมกับ CG ญาติ และอาจปรึกษาปัญหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

4) ศูนย์โดย CM ประสานกับหน่วยบริการจัดบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) ทำหน้าที่บริการดูแลด้านการพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านเภสัชกรรมและด้านอื่นๆ ตามความจำเป็น อาทิ สุขภาพช่องปาก สุขภาพจิต แก่ผู้สูงอายุที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำและฝึกสอนญาติและหรือ CG ในการดูแลช่วยเหลือ

5) ศูนย์จัดหาวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (หรือประสานขอสนับสนุนจากหน่วยบริการ) จัดหาบริการหรือจ่ายค่าตอบแทน CG จ่ายค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาหรือค่าเบี้ยเลี้ยงแก่ CM และหรือบุคลากรสาธารณสุขที่มาช่วยปฏิบัติงาน

สรุปและรายงานผล

1) CM กรรมการศูนย์ที่รับมอบหมาย และ CG สรุปผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน และรายงานที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์

2) ศูนย์จัดทำรายงานและสรุปผลการดำเนินงาน ส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลน้ำปริก

ผลผลิตและผลลัพธ์ ผลจากการดำเนินโครงการฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำปริกได้รับการเยี่ยมและส่งเสริมสุขภาพทุกคน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกคน และลดภาระของครอบครัวได้ในระดับหนึ่ง

“การที่เธอได้มาทำงานดูแลผู้เฒ่าแบบนี้ ก็เหมือนว่าเธอได้เฝ้าดูไปในโตได้เนาะ”

(ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคนที่ 2 กล่าว)

“ทีม อสม. ทีมคุณหมอ มาดูแลคุณพ่อแบบนี้ กระจุกใจ อบอุ่น”

(ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคนที่ 35 กล่าว)

4.2.3 ชั้นสังเกต (Observation)

เป็นขั้นตอนของการบันทึกผลกิจกรรมตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ โดยผู้วิจัยได้บันทึก ติดตาม สนับสนุน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตามแผนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยกระบวนการของการปฏิบัติการ สรุปรูปแบบการสังเกตตลอดจนกระบวนการของการปฏิบัติการ มีรายละเอียด ดังนี้

4.2.3.1 กระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process)

1) การวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา เกิดขึ้นภายหลังจากผู้วิจัย และทีมบุคลากรสาธารณสุข ได้คืนข้อมูลผลการสำรวจสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งจากการสำรวจและฐานข้อมูลการให้บริการของสถานบริการสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ถามคำถามถึงความรู้สึก ต่อสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและสถานะสุขภาพที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกำลังเผชิญ ซึ่งผู้ดูแลแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็นมาบ้าง น้อยบ้างตามประสบการณ์ของตนเอง อย่างไรก็ตาม ข้อสรุปร่วมคือ ทุกคนมองว่า สุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นประเด็นปัญหาที่ทุกคนต้องดูแล มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้วยกัน ผู้ดูแลหลายคนได้ชี้ให้เห็นว่า ที่บ้านของตนเองก็มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลอยู่เช่นกัน จึงเป็นแรงเสริมส่วนสำคัญที่ต้องการให้มีการวางแผนหามาตรการ ร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยชุมชนดูแลกันและกัน รวมถึงสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) การวางแผนแก้ไขปัญหา การวางแผนซึ่งมีขั้นตอนที่สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ทุกคนเชื่อใจ ไว้วางใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ซึ่งจะมีผลต่อการกล้าแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้น จึงพบว่ามีการแสดงความคิดเห็นอย่างหลากหลาย จึงมีการจัดหมวดหมู่ของประเด็น ความคิดที่คล้ายกันและแตกต่างกันของกลุ่ม ทำให้ได้โครงการที่ผ่านมติของทุกคนอย่างแท้จริง และมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง ก่อนที่จะมีมติเลือกโครงการเพื่อดำเนินการ ทั้งนี้ในการกำหนดเงื่อนไขในการคัดเลือกจัดลำดับโครงการก็เป็นการเสนอจากที่ประชุม ผ่านการตั้งประเด็นคำถามจากผู้วิจัย ซึ่งทำให้เกิดขั้นตอนการวางแผนงานอย่างชัดเจน นอกจากนี้สิ่งสำคัญในขั้นตอนท้ายของการวางแผนคือ การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ แสวงหาแหล่งงบประมาณ ทำให้ที่ประชุมมีแนวคิดที่จะแต่งตั้งคณะทำงานขึ้น จนเกิดเป็นคณะทำงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้น และมีการมอบหมายหน้าที่กันอย่างชัดเจน พร้อมทั้งผู้ที่ได้รับมอบหมายแสดงออกถึงความมุ่งมั่น ตั้งใจ เต็มใจที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ

3) การดำเนินการตามแผน การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนอาสาในการรับผิดชอบดำเนินงาน มีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้กำหนดขึ้นในขั้นวางแผน ทั้งนี้ กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จะเป็นกลุ่มที่จะมีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย และเป็นผู้นำในการวางแผนปฏิบัติงานในแต่ละครั้งอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งเป็นผู้ประสานและประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมายในการร่วมกิจกรรม จัดเตรียมสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรม ขณะเดียวกันทีมผู้นำ จะทำหน้าที่อำนวยความสะดวกและจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมในส่วนที่

ขาดและขณะปฏิบัติงานหากมีปัญหา ข้อติดขัด ประธานคณะทำงานจะปรึกษาบุคลากรสาธารณสุข เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

4) การติดตามผลการดำเนินงาน มีการกำหนดให้คณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง มาประชุมพบปะ ติดตามความก้าวหน้า แก้ไขปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่องทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของเดือน นอกจากนี้ในการจัด กิจกรรมแต่ละครั้ง ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงาน จะมีการประชุมสรุปทบทวน ร่วมกันสะท้อนผล ความสำเร็จ จุดอ่อน ข้อบกพร่อง เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา ไม่ให้เกิดขึ้นอีกในอนาคต ทั้งนี้ได้มีการ มอบหมายให้คณะทำงานได้สอบถาม รับฟังเสียงสะท้อนของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะฟังฟัง ที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งปฏิบัติในลักษณะนี้ในทุกกิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่

4.2.3.2 ผลการดำเนินงานของการปฏิบัติการ (The Effect of Action)

จากการดำเนินงานตามบทบาทคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง ภายใต้ แผนงานที่ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันในการวิเคราะห์ ระดมสมองในการวางแผนทั้งหมด 5 โครงการนั้น คณะทำงานได้มีการนำเสนอข้อมูลมาประเมินผลจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เปรียบเทียบกับ เป้าหมายและผลที่คาดว่าจะได้รับหลังการดำเนินการ ซึ่งมีรายละเอียด ดังตาราง 4



ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<p>1.โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อจัดตั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุขึ้นในชุมชน 2.เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีการเรียนรู้บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน</p> <p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.จัดประชุมและแต่งตั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 : 5 คน ในชุมชนเทศบาลตำบลน้ำปลีก 2.จัดอบรมให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการเรียนรู้ในบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ <p>ผลการดำเนินงาน</p> <p>ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>ปัญหาและอุปสรรค</p> <p>ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีกยังไม่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง</p>	<p>1.โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ 2.เพื่อให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ในชุมชนเทศบาลตำบลน้ำปลีก</p> <p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.จัดอบรมภาคทฤษฎี ฝึกปฏิบัติตรวจคัดกรองสุขภาพ ให้การช่วยเหลือแนะนำรายบุคคลตามความเสี่ยง 2.อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุฝึกทักษะการเยี่ยมบ้าน และการให้คำแนะนำปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเบื้องต้นในชุมชน <p>ผลการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้รับความรู้ มีทักษะในการคัดกรองสุขภาพ ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาสุขภาพได้ 2.อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสามารถเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำผู้สูงอายุได้

ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<p>2.โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1.เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน</p> <p>2.เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้</p> <p>ถูกต้อง</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก จำนวน 100 คน</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1.จัดอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่บ้าน</p> <p>2.เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน</p> <p>ผลการดำเนินงาน</p> <p>ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของตนเองได้</p> <p>ปัญหาและอุปสรรค</p> <p>1.ผู้สูงอายุที่บ้านยังขาดการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง</p> <p>2.ผู้สูงอายุยังขาดการดูแลเอาใจใส่ในการดูแลที่ถูกต้อง</p>	<p>1.โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)</p> <p>ปัญหาและอุปสรรค</p> <p>อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุบางรายได้อย่างใกล้ชิดและทั่วถึง</p> <p>2.โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้นได้</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล จำนวน 50 คน</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1.จัดอบรมภาคทฤษฎี บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทักษะในการดูแลความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การประเมินอาการและการช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น</p> <p>2.มีการจัดให้ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล ได้แบ่งกลุ่มพูดคุยปัญหาสุขภาพปัญหาการดำรงชีวิตแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีคณะทำงานร่วมสังเกตการณ์</p> <p>3.อบรมให้ความรู้หลักในการดูแลสุขภาพทั้ง 5 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรก อนามัย</p> <p>4.ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะการรวมกลุ่มดูแลกันในไท่คุ้ม ด้วยการไปเยี่ยมเยียน</p>

ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
	<p>2.โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ) ถามข่าวกันอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ผลการดำเนินงาน 1.มีทางเลือกในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น เกิดการรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีวงพูดคุยสนทนา ได้ปรับทุกข์ สร้างสุขระหว่างกัน</p> <p>2.ได้รับทราบถึงปัญหา ความต้องการด้านอื่นๆของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>ปัญหาและอุปสรรค ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแลบางคนยังไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม</p>
<p>3.โครงการปรับปรุงบ้านให้ผู้สูงอายุ</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อปรับปรุงบ้านให้ผู้สูงอายุ เหมาะสม ปลอดภัย</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย บ้านผู้สูงอายุ จำนวน 10 หลัง</p> <p>กิจกรรม 1.ดำเนินการสำรวจบ้านผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง 2.ดำเนินการปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุให้เหมาะสม ปลอดภัย</p> <p>ผลการดำเนินงาน ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสมกับสุขภาพ มีความปลอดภัยในการ</p>	<p>3.โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้เหมาะสมปลอดภัย</p> <p>วัตถุประสงค์ 1.เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2.เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3.เพื่อปรับปรุงห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4.เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข</p>

ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<p>3.โครงการปรับปรุงบ้านให้ผู้สูงอายุ (ต่อ) ดำรงชีวิต ปัญหาและอุปสรรค การดำเนินงานไม่ครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>3.โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้เหมาะสมปลอดภัย (ต่อ) กลุ่มเป้าหมาย บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 หลัง</p> <p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> จัดประชุมชี้แจงเริ่มโครงการฯ ในชุมชนทุกหมู่บ้าน จัดอบรมครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน (อาบน้ำ เช็ดตัว การขับถ่าย การดูแลฟัน) การจัดเตรียมอาหารการป้องกันอาหาร และการให้อาหารทางสายยาง การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงความจำเป็นที่ต้องดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมแก่การดำเนินชีวิตแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทีมหมอครอบครัวออกปฏิบัติงานเยี่ยมครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความเหมาะสมปลอดภัย <p>ผลการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีความเหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทาง

ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลึก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<p>4.โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้ถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง 2.เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้สูงอายุ จำนวน 100 ราย</p> <p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ออกติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ บันทึกผลการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเอง 2.ติดตามประเมินผล <p>ผลการดำเนินงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้สูงอายุรู้ถึงปัญหาทางสุขภาพของตนเองได้ 2.ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง 	<p>3.โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้เหมาะสมปลอดภัย (ต่อ)</p> <p>กาย จิต อารมณ์และสังคม</p> <p>2.เกิดสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้ปรับปรุงห้องน้ำให้มีความเหมาะสมปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข</p> <p>ปัญหาและอุปสรรค</p> <p>ไม่มี</p> <p>4.โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยในชุมชน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อดูแลสร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง 2.เพื่อให้บริการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ โดยเน้น 3 อ. 2 ส. ในการดูแลสุขภาพ 3.เพื่อนำการส่งเสริมสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองผู้ป่วยและญาติ 4.เพื่อให้เกิดศูนย์การเรียนรู้และประสานงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ของผู้ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<p>4.โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (ต่อ)</p> <p>ปัญหาและอุปสรรค</p> <p>ผู้สูงอายุบางรายยังมีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร</p>	<p>4.โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยในชุมชน (ต่อ)</p> <p>5.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ได้รับการตรวจสุขภาพการเฝ้าระวังป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการซ้ำซ้อน</p> <p>6.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสภาพ</p> <p>7.เพื่อให้ อสม. หรือผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p> <p>8.เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลี จำนวน 300 คน</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1.การออกติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเริ่มจากการประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินโครงการฯ เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการฯ</p>

ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปติก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
	<p>4.โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยในชุมชน (ต่อ)</p> <p>2.ทำแผนการออกเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพ คัดกรองโรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ และจัดเตรียมเอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ในการดำเนินงาน</p> <p>3.จากนั้นดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานเชิงรุก รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และจัดกลุ่มเป้าหมายเพื่อการเยี่ยมบ้าน ออกติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน กรณีที่พบปัญหาและเกินขีดความสามารถประสาน ปรีกษาทีมแม่ข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปติก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และส่งต่อตามระบบ</p> <p>4.จัดประชุมติดตามทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การแก้ไขปัญหา อุปสรรค</p> <p>ผลการดำเนินงาน</p> <p>1.ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยได้</p> <p>2.มีความรู้เรื่องการทำกายภาพบำบัด การดูแลตนเองมากขึ้น มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดบ้านอย่างถูกวิธีมากขึ้น</p>

ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
	<p>4.โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยในชุมชน (ต่อ)</p> <p>3.กลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมบ้านและส่งเสริมสุขภาพทุกคน ได้รับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>4.ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกคน เกิดศูนย์การเรียนรู้และประสานงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ของผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุคนพิการอย่างต่อเนื่อง เกิดรูปแบบและการดูแลสุขภาพในชุมชนของตนเองได้</p> <p>ปัญหาและอุปสรรค</p> <p>ผู้ป่วยบางรายมีภาวะสับสนทางสมอง ทำให้ไม่เข้าใจในระบบการดูแลตนเอง</p>
<p>5.โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตามมาตรฐานที่กำหนด</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึ่งประสงค์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1.ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคะแนนADL (0 – 11 คะแนน) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม</p>	<p>5.โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1.เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำปลีกได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแลรายบุคคล(CP) โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ณ ที่ครัวเรือน</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม จำนวน 50 คน</p>

ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<p>5.โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวตามมาตรฐานที่กำหนด (ต่อ)</p> <p>2. CM มอบหมายงานให้ CG ดูแลตามกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับมอบหมาย และสรุปผลการติดตามดูแล ให้ CM ทราบทุกสัปดาห์</p> <p>3. CG ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ที่มีคุณภาพ(Home Health Care) พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>ผลการดำเนินงาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น</p> <p>ปัญหาและอุปสรรค ขาดการมีส่วนร่วมในชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากมีแต่ทีม CM และ CG เท่านั้น</p>	<p>5.โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ) กิจกรรม</p> <p>1.สำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำปริกและประเมินการทำงานกิจกรรมประจำวันโดยใช้แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมิน เอดีแอลเท่ากับหรือน้อยกว่า 11 โดยจำแนกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุขจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่ศูนย์ฯ และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้เทศบาลตำบลน้ำปริก เพื่อดำเนินการต่อไป</p> <p>2. CM จัดทำ Care Plan และปรึกษาปัญหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (care conference) เพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ</p> <p>3. ศูนย์จัดทำโครงการและข้อเสนอโครงการพร้อมสรุปแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบริการดูแลระยะยาวฯต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลน้ำปริก ขึ้นดำเนินงาน</p> <p>4. ศูนย์โดย CM จัดแบ่งผู้สูงอายุให้ CG แต่ละคนรับผิดชอบดูแลพร้อมจัดทำ Care Plan รายสัปดาห์ และตารางการปฏิบัติงานมอบหมายให้</p>

ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
	<p>5.โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ) CG ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ CG 1 คนดูแลผู้สูงอายุไม่เกิน 6 คนต่อวัน CG ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้น การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน ตาม CP</p> <p>5.ศูนย์โดย CM (และกรรมการศูนย์) กำกับ ติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำการดำเนินงานของ CG ทุกสัปดาห์</p> <p>6. CM ประเมินและทบทวน Care Plan ร่วมกับ CG ญาติ และอาจปรึกษาปัญหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง</p> <p>7. ศูนย์โดย CM ประสานกับหน่วยบริการจัดบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) ทำหน้าที่บริการดูแลด้านการพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านเภสัชกรรมและด้านอื่นๆ ตามความจำเป็น อาทิ สุขภาพช่องปาก สุขภาพจิต แก่ผู้สูงอายุที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำและฝึกสอนญาติและหรือ CG ในการดูแลช่วยเหลือ</p> <p>8. ศูนย์จัดหาวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (หรือประสานขอสนับสนุนจากหน่วยบริการ) จัดหาบริการหรือจ่ายค่าตอบแทน CG จ่ายค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาหรือค่าเบี้ยเลี้ยงแก่ CM และหรือบุคลากรสาธารณสุขที่มาช่วย</p>

ตาราง 4 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
	<p>5.โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)</p> <p>ปฏิบัติงาน</p> <p>สรุปและรายงานผล</p> <p>9. CM กรรมการศูนย์ที่รับมอบหมาย และ CG สรุปผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน และรายงานที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์</p> <p>10. ศูนย์จัดทำรายงานและสรุปผลการดำเนินงานส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลน้ำปลีก</p> <p>ผลการดำเนินงาน</p> <p>1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำปลีกได้รับการเยี่ยมและส่งเสริมสุขภาพทุกคน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกคน และลดภาระของครอบครัวได้ในระดับหนึ่ง</p> <p>2. เกิดการมีส่วนร่วม และชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตนเองได้</p> <p>ปัญหาและอุปสรรค</p> <p>บางครั้ง บางกรณี ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายต่างๆ ไม่สามารถลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมกันได้ทุกครั้ง</p>

ตาราง 5 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

โครงการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1.โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน	1.อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้รับความรู้มีทักษะในการคัดกรองสุขภาพให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาสุขภาพได้ 2.อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสามารถเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำผู้สูงอายุได้
2.โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแล จำนวน 50 คน	1.มีทางเลือกในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น เกิดการรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันและมีวงพูดคุยสนทนา ได้ปรับทุกข์ สร้างสุขระหว่างกัน 2.ได้รับทราบถึงปัญหา ความต้องการด้านอื่นๆของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3.โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้เหมาะสมปลอดภัย	บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 หลัง	1.สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีความเหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทางกาย จิต อารมณ์ และสังคม 2.เกิดสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ปรับปรุงห้องน้ำให้มีความเหมาะสม ปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

ตาราง 5 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

โครงการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
4.โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยในชุมชน	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก จำนวน 300 คน	<p>1.ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยได้</p> <p>2.มีความรู้เรื่องการทำกายภาพบำบัดการดูแลตนเองมากขึ้น มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดบ้านอย่างถูกวิธีมากขึ้น</p> <p>3.กลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมบ้านและส่งเสริมสุขภาพทุกคน ได้รับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>4.ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกคน เกิดศูนย์การเรียนรู้และประสานงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ของผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุคนพิการอย่างต่อเนื่อง เกิดรูปแบบและการดูแลสุขภาพในชุมชนของตนเองได้</p>
5.โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม จำนวน 50 คน	<p>1.ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำปลีกได้รับการเยี่ยมและส่งเสริมสุขภาพทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกคน และลดภาระของครอบครัวได้</p>

ตาราง 5 ผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (ต่อ)

โครงการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
5.โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)		ในระดับหนึ่ง 2.เกิดการมีส่วนร่วม และชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตนเองได้

นอกจากนี้ คณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังได้สะท้อนถึงจุดแข็ง จุดอ่อนในการบริหารจัดการพบว่า มีปัญหาทั้งด้านระยะเวลาที่จำกัด งบประมาณที่ไม่เพียงพอ แต่การที่ทุกฝ่ายมาร่วมกันในการดำเนินงานคือ หัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ควรมีการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง

4.2.4 ชั้นสะท้อนผล (Reflection)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า ปัจจัยสำคัญคือ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นการวางแผนจนถึงชั้นสะท้อนผล ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดไว้ดังตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบของแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

องค์ประกอบของแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1.การประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการควบคุมให้มีการบริการที่กำหนด	เป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและรายงานต่อหน่วยงานระดับสูงขึ้นไปตามระบบ โดยไม่ได้มีการวิเคราะห์คืนข้อมูลแก่	คณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ประกอบด้วย คณะกรรมการผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สืบหาข้อมูลผู้สูง

ตาราง 6 เปรียบเทียบการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบของแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (ต่อ)

องค์ประกอบของแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1.การประเมินสถานการณ์ปัญหา ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการควบคุมให้มีการบริการที่กำหนด (ต่อ)	ชุมชน	อายุที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมด้านการได้รับสวัสดิการ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นำมาวิเคราะห์ร่วมกัน และระดมความคิดเห็นในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา
2.การให้การส่งเสริมสุขภาพ	ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เสนอโครงการที่มาจากข้อมูลของหน่วยงาน เพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินการจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท) โครงการในแต่ละปีจะมี ความใกล้เคียงกับปีที่ผ่านมา	คณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกันค้นหาปัญหา และจัดทำแผนที่ ทุกคนร่วมกันเสนอความคิดเห็นร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการ โดยโครงการประกอบด้วย 1.โครงการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 2.โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3.โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้เหมาะสมปลอดภัย 4.โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยในชุมชน 5.โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งคณะ

ตาราง 6 เปรียบเทียบการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้อองค์ประกอบของแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (ต่อ)

องค์ประกอบของแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
2.การให้การส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)		กรรมการทุกคนมีบทบาทในการดำเนินงาน รวมทั้งประเมินผลโครงการฯ
3.การจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เป็นการดำเนินงานตามบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการสำรวจตามระยะเวลาของงานประจำและจัดทำงบประมาณซื้อวัสดุอุปกรณ์ให้แก่ผู้สูงอายุที่จำเป็นและมีการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกรณีที่ยังงบประมาณไม่เพียงพอ	คณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกันจัดกระบวนการหลักกรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อดิเรก และอนามัยเป็นหลัก โดยสิ่งอำนวยความสะดวกยังเน้นในส่วนที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ
4.การจัดการเครื่องใช้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เป็นการดำเนินงานตามบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการสำรวจตามระยะเวลาของงานประจำและจัดทำงบประมาณซื้อวัสดุอุปกรณ์ให้แก่ผู้สูงอายุที่จำเป็นและมีการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกรณีที่ยังงบประมาณไม่เพียงพอ	ดำเนินการสำรวจข้อมูลโดยผู้สูงอายุและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และรายงานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกวัน โดยนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับหน้าที่ในการประสานการจัดการ และสนับสนุนให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
5.การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เป็นการดำเนินงานตามบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการสำรวจตามระยะเวลาของงานประจำและจัดทำงบประมาณซื้อวัสดุอุปกรณ์ให้แก่	ดำเนินการโดยคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหา และเชื่อมโยงกับกลุ่ม ชมรม

ตาราง 6 เปรียบเทียบการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้ องค์ประกอบของแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ (ต่อ)

องค์ประกอบของแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
5.การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)	ผู้สูงอายุที่จำเป็นและมีการประสานองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นในกรณีงบประมาณไม่เพียงพอ	ภาคีเครือข่ายที่ได้รับการพัฒนาขึ้น
6.การพัฒนาเครือข่ายช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน	เป็นการดำเนินการตามบทบาทของหน่วยสาธารณสุข อสม.และองค์ประกอบส่วนท้องถิ่น ในลักษณะต่างคนต่างทำ โดยไม่ได้มีรูปแบบการทำงานร่วมกันแบบเครือข่าย	นอกจากคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว ยังมีโครงการที่ได้รับการพัฒนาตามโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีการวางแผนงานที่ชัดเจน และมีกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่อง นอกจากนี้เครือข่าย “เพื่อนช่วยเพื่อนผู้สูงอายุ” เป็นแรงสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วย
7.การพัฒนากำหนดกฎเกณฑ์ร่วมกันทางสังคม	เป็นการดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ได้เน้นการมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเท่านั้น	เป็นการดำเนินการผ่านคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีมติร่วมกันในการผ่านการขับเคลื่อนทั้ง 5 โครงการ ส่งผลให้มีข้อปฏิบัติร่วมกัน ประกอบด้วย 1.กำหนดให้มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันทุกวันพุธที่ 2 ของเดือน 2.มีการส่งข้อมูลสถานะของผู้สูงอายุทุกเดือน โดย CG , อสม. , อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

4.2.4.1 การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

จากการดำเนินการตามกระบวนการผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาสรุปถอดบทเรียน เพื่อจะได้นำมากำหนดเป็นรูปแบบหรือหาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

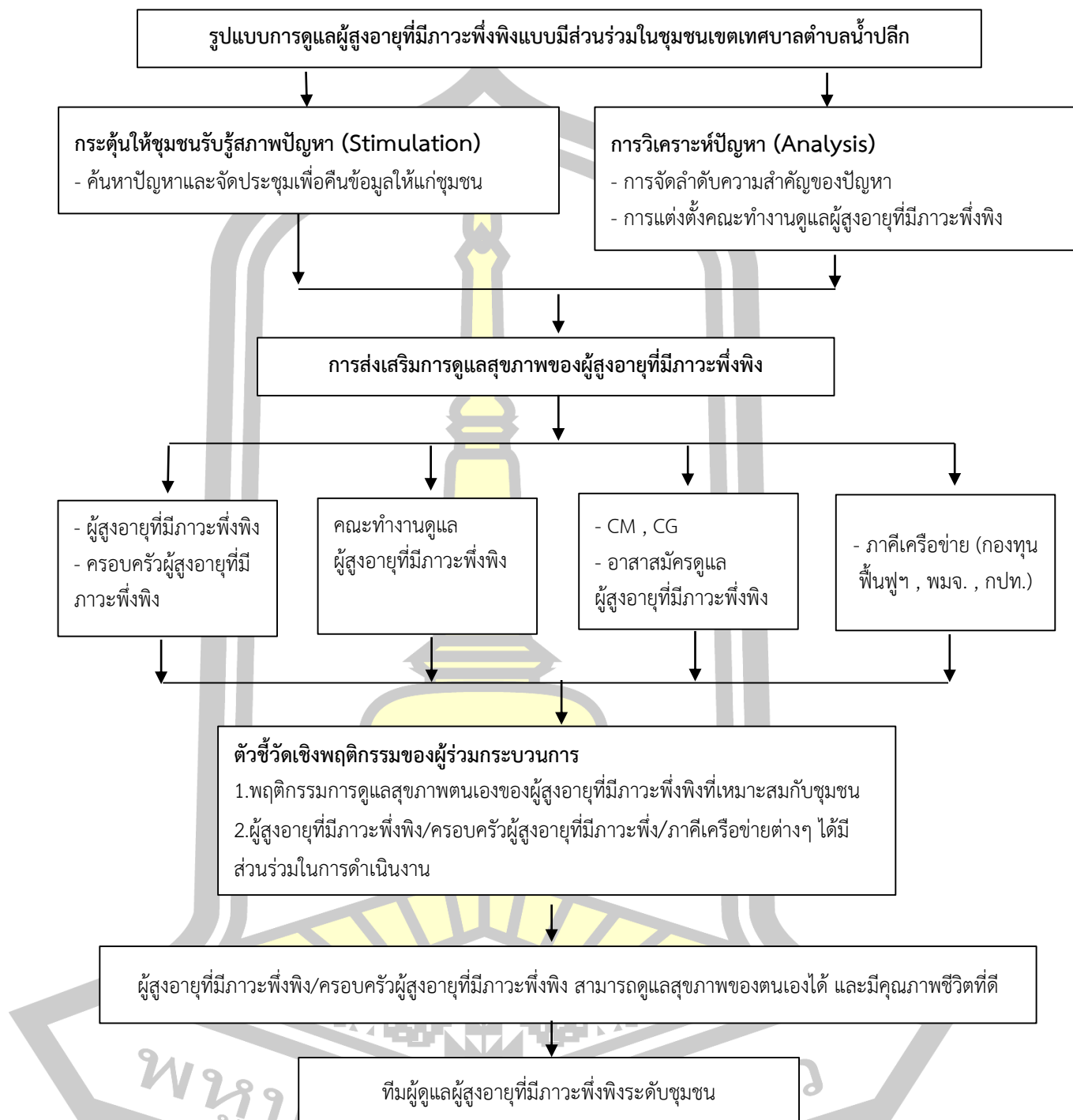
ภาคีเครือข่ายร่วมพัฒนาข้อตกลงร่วมกันอย่างยั่งยืน ให้สอดคล้องกับนโยบายท้องถิ่น ระบบงาน ทีมงาน ความต้องการที่เกิดจากคนในชุมชน ซึ่งคนในชุมชนเป็นเจ้าของตัวจริง ภาพชุมชนในฝันคือ ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน ผู้สูงอายุไม่ทอดทิ้งกัน ชุมชนเอื้ออาทรทุกกลุ่มวัย ต้องการให้มีศูนย์ดูแลพักพิงสำหรับผู้สูงอายุ อยากให้มีรูปแบบการดูแลแบบพึ่งพาครอบครัว เครือญาติ ด้วยการรณรงค์ให้คนในครอบครัวและชุมชนเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการดูแลแบบรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงจากความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว ทำให้เกิดความมั่นคงในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อจะนำไปสู่การเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดีขึ้น

จากการสนทนากลุ่มคณะกรรมการผู้สูงอายุและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า จาก การดำเนินกิจกรรม โครงการที่ผ่านมาพบว่า ควรมีการกระตุ้นให้ชุมชนได้รับรู้สภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุ ว่ามาจากสาเหตุใดและควรได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา หลังจากนั้นนำปัญหาทั้งหมดมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดแผนการดำเนินการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกัน โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนในการดำเนินงานตามกระบวนการ

การร่วมพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางสู่ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุเทศบาลตำบลน้ำปลีก ดังนี้

1. การดูแลด้านสังคม กองทุนสวัสดิการ การบริหาร/Day Care การเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมป่วย การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน
2. วัฒนธรรมรดน้ำดำหัว
3. สร้างคุณค่า แลกเปลี่ยนเรียนรู้
4. เศรษฐกิจ การส่งเสริมอาชีพ
5. การพัฒนาศักยภาพ พัฒนาคุณภาพชีวิต จัดอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประเมินภาวะสุขภาพ
6. สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ปรับทางลาดเอียง ปรับปรุงห้องน้ำให้มีความเหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ
7. ความปลอดภัย ระบบฉุกเฉิน การช่วยเหลือผู้ประสบภัย ช่อมถนน ป้ายเตือน เป็นต้น

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปแนวทางปฏิบัติที่ดีในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ รายละเอียดดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

4.3 ผลการดำเนินการ

เมื่อครบกำหนดการดำเนินงานแล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงาน โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (หน้า 117) 2) กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ (หน้า 119) 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (หน้า 123) 2. ข้อมูลสำหรับผู้ให้การดูแล ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (หน้า 128) 2) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (หน้า 131) 3) การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (หน้า 135) โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังดำเนินการ นำเสนอข้อมูลในเชิงสถิติ และข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม การวิจัยครั้งนี้ได้ผลการประเมินตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้ได้รับการดูแล คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผลการติดตามการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน โดยนำเสนอสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะส่วนบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 86 เพศชาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 14 มีอายุเฉลี่ย 74.78 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.95 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 48 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร(ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 84 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 16 โรคประจำตัวส่วนใหญ่คือ โรคเบาหวาน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 62 ส่วนใหญ่มีสถานะในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 66 และมีสถานะในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 34 ส่วนใหญ่ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวเป็นแบบอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่จะมีผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 92 ไม่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8 ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 36 ส่วนใหญ่มีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 62 และไม่มีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38 ทุกคนได้รับสวัสดิการความช่วยเหลือเป็นจำนวนเงินคือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และได้รับเบี้ยผู้พิการร่วมด้วย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 22 ทุกคนได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลคือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุหรือที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าว จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 52 รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	14.00
หญิง	43	86.00
อายุ		
60 – 70 ปี	21	42.00
71 – 80 ปี	15	30.00
81 – 90 ปี	10	20.00
91 – 100 ปี	4	8.00
Mean = 74.78 , SD = 9.95 , Min. = 62 , Max. = 97		
สถานภาพ		
โสด	3	6.00
สมรส	24	48.00
หม้าย	19	38.00
หย่าร้าง/แยก	4	8.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	11	22.00
ประถมศึกษา	34	68.00
มัธยมศึกษา	3	6.00
อุดมศึกษา	2	4.00
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม (ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์)	38	76.00
ค้าขาย	7	14.00
รับจ้าง	5	10.00
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	8	16.00
มีโรคประจำตัว	42	84.00
โรคหัวใจ	7	14.00
โรคตับ	1	2.00
โรคความดันโลหิตสูง	29	58.00

ตาราง 7 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 50) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว (ต่อ)		
โรคเบาหวาน	31	62.00
โรคไต	6	12.00
ข้ออักเสบ	4	8.00
โรคทางสมอง	4	8.00
สถานะในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	33	66.00
สมาชิกในครอบครัว	17	34.00
ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว		
อาศัยอยู่คนเดียว	4	8.00
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	8	16.00
อาศัยอยู่กับบุตรเท่านั้น	9	18.00
อาศัยอยู่กับหลานเท่านั้น	7	14.00
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร	10	20.00
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและหลาน	3	6.00
อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน	4	8.00
อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน	5	10.00
ผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันมากที่สุด		
ไม่มี	4	8.00
มี	46	92.00
บุตรสาว	18	36.00
บุตรชาย	9	18.00
หลาน	7	14.00
คู่สมรส	8	16.00
ญาติพี่น้อง	4	8.00
กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน		
ไม่มี	19	38.00
มี	31	62.00
สวัสดิการความช่วยเหลือที่ได้รับเป็นจำนวนเงิน		
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	50	100.00
เบี้ยผู้พิการ	11	22.00

ตาราง 7 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 50) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	50	100.00
ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุหรือที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ		
หออกระจายข่าว	26	52.00
วิทยุ	5	10.00
โทรทัศน์	7	14.00
บุคคลต่างๆ	12	24.00

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการติดตามการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน โดยนำเสนอสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะส่วนบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยพบว่า

ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่อง เนื่องจากผู้สูงอายุใช้พลังงานลดลง ดังนั้น การบริโภคควรลดอาหารประเภทแป้งลง เพิ่มผักที่มีกากใยมากขึ้น จำนวน 49 คน ร้อยละ 98 กินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวันมีประโยชน์ต่อร่างกาย จำนวน 48 คน ร้อยละ 96 ใน 1 วัน ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 การกินอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู อาหารประเภททอด หรืออาหารและขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เนย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00 และผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการย่อยอาหาร ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อย แต่เพิ่มจำนวนมื้ออาหาร จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90

ความรู้ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่อง การออกกำลังกายช่วยลดหรือผ่อนคลายความเครียดได้ จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไม่ควรออกกำลังกายทุกชนิด จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 84.00

ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้เรื่อง ผู้สูงอายุควรล้างมือก่อนการรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00 ผู้สูงอายุควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้น จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 86.00

ด้านการป้องกันโรค พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่อง ผู้สูงอายุควรตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จำนวน 50

คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผู้สูงอายุควรได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผู้สูงอายุควรลุกนั่งเร็ว เปลี่ยนท่าเร็ว เดินเร็ว จะได้ไม่เกิดอุบัติเหตุ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 98 ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจวัดสายตาเป็นประจำทุกปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 และการที่ดื่มสุรา อยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่เป็นประจำนานๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่อง เมื่อรู้สึกเครียดควรทำกิจกรรมที่เพลิดเพลินเพื่อผ่อนคลาย เช่น การปลูกต้นไม้ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 98.00 ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง/กระเพาะอาหาร จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 และเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ผู้สูงอายุควรคิดหาทางออกให้ได้ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องปรึกษาใคร จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n = 50)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ	ตอบถูก			
	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร				
1.กินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวันมีประโยชน์ต่อร่างกาย	44	88.00	48	96.00
2.กินอาหารไขมันสูง อาหารรสหวาน ไขมัน เค็ม เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู อาหารประเภททอด หรืออาหารและขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เนย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค	39	78.00	46	92.00
3.เนื่องจากผู้สูงอายุใช้พลังงานลดลง ดังนั้น การบริโภคควรลดอาหารประเภทแป้งลง เพิ่มผักที่มีกากใยมากขึ้น	41	82.00	49	98.00
4.ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการย่อยอาหาร ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อย แต่เพิ่มจำนวนมื้ออาหาร	37	74.00	45	90.00

ตาราง 8 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n = 50) (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ	ตอบถูก			
	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร (ต่อ)				
5. ใน 1 วัน ควรดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 8 แก้ว	39	78.00	47	94.00
ความรู้ด้านการออกกำลังกาย				
6. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไม่ควรออกกำลังกายทุกชนิด	36	72.00	42	84.00
7. การออกกำลังกายช่วยลดหรือผ่อนคลายความเครียดได้	33	66.00	47	94.00
8. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้	31	62.00	45	90.00
ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล				
9. ผู้สูงอายุควรล้างมือก่อนการรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย	39	78.00	46	92.00
10. ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	27	54.00	43	86.00
11. ผู้สูงอายุควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้น	32	64.00	45	90.00
ด้านการป้องกันโรค/อุบัติเหตุ				
12. ผู้สูงอายุที่ดื่มสุรา และอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่เป็นประจำนานๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	41	82.00	46	92.00
13. ผู้สูงอายุควรตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	37	74.00	50	100.00
14. เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง	32	64.00	50	100.00
15. ผู้สูงอายุควรได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง	42	84.00	50	100.00
16. ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจวัดสายตาเป็นประจำทุกปี	37	74.00	47	94.00
17. ผู้สูงอายุควรลุกนั่งเร็ว เปลี่ยนท่าเร็ว เดินเร็ว จะได้ไม่เกิดอุบัติเหตุ	42	84.00	49	98.00
18. ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย	45	90.00	50	100.00

ตาราง 8 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n = 50) (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ	ตอบถูก			
	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต				
19. ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง/ภาวะอาหาร	39	78.00	47	94.00
20. เมื่อรู้สึกเครียดควรทำกิจกรรมที่เพลิดเพลินเพื่อผ่อนคลาย เช่น การปลูกต้นไม้	35	70.00	49	98.00
21. เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ผู้สูงอายุควรคิดหาทางออกให้ได้ ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องปรึกษาใคร	32	64.00	45	90.00

เมื่อพิจารณาภาพรวมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับระดับต่ำ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 ในขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับระดับสูง จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 98.00 ดังรายละเอียดตาราง 9

ตาราง 9 ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ (n = 50)

ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	2	4.00	49	98.00
ระดับปานกลาง	16	32.00	1	2.00
ระดับต่ำ	32	64.00	0	0.00
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	Mean = 11.64 , SD = 2.66 , Min. = 5 , Max. = 18			
หลังเข้าร่วมโครงการ	Mean = 19.62 , SD = 1.33 , Min. = 16 , Max. = 21			

ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ

ผลการติดตามการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน โดยนำเสนอสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะส่วนบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการศึกษากิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ โดยพบว่า

ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารหลากหลาย ไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อใน 1 วัน รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน รับประทานอาหารเช้าที่ปรุงสุกเป็นประจำ และดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับการบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที ได้รับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อฝ่อ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที ได้รับการแนะนำและพาบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที ได้รับการแนะนำและพายืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อฝ่อ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที

ด้านการผ่อนคลายความเครียด พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการผ่อนคลายความเครียดดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับการช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้พระ/นั่งสมาธิ ได้รับการดูแลจัดให้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ได้รับการดูแลอยู่เป็นเพื่อนคอยพูดคุย ให้กำลังใจ ได้รับการนวดผ่อนคลาย

ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับการดูแลทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน ได้รับการดูแลทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัวทุกครั้ง ได้รับการดูแลทำความสะอาดบริเวณที่นอน ได้รับการดูแลทำความสะอาดล้างห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับการดูแลช่วยเหลืออาบน้ำ/เช็ดตัว ได้รับการดูแลช่วยเหลือสระผม ได้รับการดูแลช่วยเหลือเปลี่ยนเสื้อผ้า/เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป ได้รับการดูแลช่วยเหลือตัดผม โกนหนวด ได้รับการดูแลช่วยเหลือตัดเล็บมือ ตัดเล็บเท้า

ด้านการพยาบาล พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการดูแลการพยาบาลดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับได้รับการวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย ได้รับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้รับการประเมินความถูกต้องของการใช้ยา พร้อมคำแนะนำ ได้รับการดูแลให้ยาสามัญประจำบ้านเมื่อมีอาการ เช่น ยาบรรเทาปวดศีรษะ ยาบรรเทาอาการปวดท้อง แก๊สแร่ ยาสมุนไพรชนิด รับประทาน เป็นต้น ได้รับการดูแลทำแผลเมื่อมีแผล ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการพร้อมคำแนะนำ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าพร้อมคำแนะนำ รายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ (n = 50)

การดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการบริโภคอาหาร						
1.รับประทานอาหารหลากหลาย ไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน	2.46	0.73	สูง	2.84	0.47	สูง
2.รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ และเพิ่มจำนวนมื้ออาหารมากขึ้น	2.38	0.75	สูง	2.78	0.54	สูง
3.รับประทานผักต้ม ปรงสุก อ่อนนุ่ม และผลไม้ประเภทที่ไม่หวานมาก	2.38	0.80	สูง	2.88	0.39	สูง
4.รับประทานอาหารที่ปรงสุกเป็นประจำ	2.78	0.54	สูง	2.94	0.32	สูง
5.รับประทานอาหารที่มีรสชาติไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม	2.70	0.60	สูง	2.92	0.33	สูง
6.ดื่มน้ำอย่างน้อย ไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว	2.30	0.81	ปานกลาง	2.70	0.57	สูง
ด้านการออกกำลังกาย						
7.ได้รับการบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	2.48	0.67	สูง	2.78	0.50	สูง
8.ได้รับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	2.32	0.73	ปานกลาง	2.72	0.60	สูง

ตาราง 10 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ (n = 50) (ต่อ)

การดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการออกกำลังกาย (ต่อ)						
9.ได้รับการแนะนำ พาย้ออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที	2.34	0.79	สูง	2.86	0.45	สูง
ด้านการผ่อนคลายความเครียด						
10.ได้รับการช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้พระ/นั่งสมาธิ	2.48	0.75	สูง	2.74	0.56	สูง
11.ได้รับการดูแลเมื่อมีความเครียดท่านได้รับยานอนหลับ/ยาระงับประสาท	1.26	0.62	ต่ำ	1.12	0.44	ต่ำ
12.ได้รับการดูแลจัดให้มีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว	2.26	0.77	ปานกลาง	2.72	0.97	สูง
13.ได้รับการดูแลอยู่เป็นเพื่อนคอยพูดคุยให้กำลังใจ	2.50	0.67	สูง	2.64	0.59	สูง
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม						
14.ได้รับการดูแลทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน	2.56	0.70	สูง	2.74	0.56	สูง
15.ได้รับการดูแลทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัวทุกครั้ง	2.14	0.80	ปานกลาง	2.56	0.70	สูง
16.ได้รับการดูแลทำความสะอาดบริเวณที่นอน	2.38	0.77	สูง	2.72	0.57	สูง
17.ได้รับการดูแลทำความสะอาด ล้างห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2.22	0.81	ปานกลาง	2.70	0.54	สูง
18.พื้นในบ้านของท่านลักษณะเท่ากันไม่เป็นหลุมหรือมีก้อนหิน เพื่อป้องกันการสะดุดล้ม	2.36	0.71	สูง	2.84	0.46	สูง
19.ห้องนอนของท่านมีแสงสว่างเพียงพอจัดสิ่งของเป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน	2.32	0.81	ปานกลาง	2.66	0.64	สูง

ตาราง 10 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ (n = 50) (ต่อ)

การดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม (ต่อ)						
20. ห้องน้ำของท่านพื้นแห้งอยู่เสมอ มีราวจับโถส้วมแบบนั่งราบ	2.22	0.85	ปานกลาง	2.86	0.45	สูง
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล						
21. ได้รับการดูแลช่วยเหลืออาบน้ำ/เช็ดตัวอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง	0.26	0.84	ต่ำ	0.26	0.84	ต่ำ
22. ได้รับการดูแลช่วยเหลือสระผม ตัดผม โกนหนวด ตัดเล็บมือ ตัดเล็บเท้า 2 – 3 ครั้ง/สัปดาห์	2.46	0.73	สูง	2.82	0.48	สูง
23. ได้รับการดูแลช่วยเหลือเปลี่ยนเสื้อผ้า/เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป หลังการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระทุกครั้ง	0.26	0.84	ต่ำ	0.26	0.84	ต่ำ
24. ได้รับการดูแลความสะอาดของปาก และฟันหลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ	0.26	0.84	ต่ำ	0.26	0.84	ต่ำ
ด้านการพยาบาล						
25. ได้รับการวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย	2.58	0.66	สูง	2.92	0.33	สูง
26. ได้รับการประเมินความถูกต้อง ของการใช้ยา พร้อมคำแนะนำ	2.66	0.62	สูง	2.84	0.46	สูง
27. ได้รับการดูแลให้ยาสามัญประจำบ้านเมื่อมีอาการ เช่น ยาบรรเทาปวดศีรษะ ยาบรรเทาอาการปวดท้อง เกลิอแร่ ยาสมุนไพรนวด ประคบ เป็นต้น	2.52	0.70	สูง	2.78	0.50	สูง
28. ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ พร้อมคำแนะนำ	2.46	0.73	สูง	2.88	0.39	สูง
29. ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า พร้อมคำแนะนำ	2.46	0.73	สูง	2.78	0.50	สูง
30. ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม และการบริหารสมอง พร้อมคำแนะนำ	2.32	0.76	ปานกลาง	2.60	0.63	สูง
รวม	2.17	0.74	ปานกลาง	2.47	0.55	สูง

เมื่อพิจารณาภาพรวมกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.55

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการติดตามการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน โดยนำเสนอสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะส่วนบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพบว่า

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น ดีขึ้น มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตาราง 11 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 50)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน ในตอนนี้เพียงใด	2.28	1.84	น้อย	2.88	0.69	ปานกลาง
2. การเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่ สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนัก เพียงใด	3.34	1.09	ปานกลาง	2.50	1.02	น้อย
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการ ดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.78	0.79	มาก	3.22	0.73	ปานกลาง
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่าน มากน้อยเพียงใด	2.80	0.75	ปานกลาง	3.78	0.81	มาก
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มี ความสุข ความสงบ มีความหวัง) มาก น้อยเพียงใด	2.56	1.10	น้อย	3.58	0.77	มาก
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดี เพียงใด	1.54	0.94	น้อยที่สุด	2.94	0.93	ปานกลาง
7. ท่านรู้สึกพอใจตนเองมากน้อยแค่ไหน	2.26	0.96	น้อย	3.48	0.98	มาก

ตาราง 11 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 50) (ต่อ)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	2.86	0.77	ปานกลาง	4.38	1.13	มากที่สุด
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	3.70	0.88	มาก	2.06	1.19	น้อย
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	2.14	0.69	น้อย	3.24	0.79	ปานกลาง
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน	3.58	0.87	มาก	3.64	0.99	มาก
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด	3.06	0.73	ปานกลาง	1.60	0.92	น้อยที่สุด
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	2.98	0.85	ปานกลาง	4.06	0.76	มาก
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น	3.10	0.61	ปานกลาง	4.32	0.76	มากที่สุด
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.16	0.70	ปานกลาง	4.20	0.72	มาก
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	2.54	1.00	ปานกลาง	3.06	1.01	ปานกลาง
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	2.34	0.93	น้อย	2.60	0.98	น้อย
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.62	1.04	มาก	3.94	0.84	มาก
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	2.72	0.89	ปานกลาง	3.66	1.01	มาก
20. ท่านมีโอกาสดำรงเพื่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	2.56	0.94	ปานกลาง	3.52	0.96	มาก

ตาราง 11 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 50) (ต่อ)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
21.สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน มากน้อยเพียงใด	3.00	0.82	ปานกลาง	3.80	0.89	มาก
22.ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมา ไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	2.12	1.13	น้อย	2.68	1.27	ปานกลาง
23.ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมาย มากน้อยแค่ไหน	2.94	0.88	ปานกลาง	3.90	0.81	มาก
24.ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วย ตนเองได้ดีเพียงใด	2.12	1.13	น้อย	2.68	1.27	ปานกลาง
25.ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน แค่ไหน(ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิด ความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธี จัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการ ช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	2.92	0.66	ปานกลาง	3.76	0.88	มาก
26.ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิต ความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	2.98	0.42	ปานกลาง	3.94	0.58	มาก
รวม	2.81	0.90	ปานกลาง	3.36	0.91	มาก

เมื่อพิจารณาภาพรวมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น ดีขึ้น มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.91

ชุดที่ 2 สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม คือ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำปลึก ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ

ผลการติดตามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 70 คน โดยนำเสนอสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะส่วนบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 67.14 เพศชาย 23 คน คิดเป็นร้อยละ 32.86 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.27 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.47 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 81.43 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร(ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 52.86 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งในชุมชนเป็นครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 ส่วนใหญ่มีบทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 67.14 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลามากกว่า 5 ปี จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 81.43 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 72.86 และเคยผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 27.14 รายละเอียดดังตาราง 12

ตาราง 12 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (n = 70)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	32.86
หญิง	47	67.14
อายุ		
20 – 30 ปี	3	4.29
31 – 40 ปี	12	17.14
41 – 50 ปี	26	37.14
51 – 60 ปี	19	27.14
61 ปีขึ้นไป	10	14.29
Mean = 48.27 , SD = 10.47 , Min. = 25 , Max. = 67		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	57	81.43
ปริญญาตรี	9	12.86
ปริญญาโท	4	5.71
อาชีพ		
เกษตรกร (ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์)	37	52.86
ค้าขาย	7	10.00
รับจ้าง	15	21.43
ข้าราชการ , ข้าราชการบำนาญ	11	15.71
นายกเทศมนตรี	1	1.43

ตาราง 12 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (n = 70) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)		
ปลัดเทศบาล	1	1.43
ผู้นำชุมชน	3	4.29
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3	4.29
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	5	7.14
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	7	10.00
อื่นๆ (ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)	50	71.43
บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน		
คณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2	2.86
คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	3	4.29
ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ	2	2.86
ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager)	1	1.43
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)	5	7.14
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	7	10.00
อื่นๆ	47	67.14
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ		
< 5 ปี	13	18.57
> 5 ปี	57	81.43
Mean = 7.74 , SD = 1.67 , Min. = 1 , Max. = 15		
การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	51	72.86
เคย	19	27.14

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการติดตามการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 70 คน โดยนำเสนอสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะส่วนบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพบว่า

ความรู้ด้านการมีภาวะพึ่งพิง พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่อง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 0 – 11 คะแนน จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 100 , ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 95.71 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยเท่านั้น จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86

ด้านการบริหารผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่องผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 100 , ไม่ควรใช้คำถามว่า “ทำไม” ถามผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดเหมือนถูกตำหนิ , การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุ ต้องทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้นด้วย จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 95.71 , วัยสูงอายุ การเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลายชนิดครบทั้ง 5 หมู่ แต่ปริมาณควรลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว , หากมีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อขณะออกกำลังกาย ควรหยุดออกกำลังกายทันที จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86 , หากผู้สูงอายุได้ยินไม่ชัดเจน หรือหูตึง ควรตะโกนพูดเสียงดังเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยินชัดเจนขึ้น , หากผู้สูงอายุท้องผูกเป็นประจำ ผู้ดูแลควรให้ยาระบายทุกวันเพื่อไม่ให้รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง , หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 91.43 , นอกจากอาหาร 3 มื้อหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วยเพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 90 , ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลากลางวัน เนื่องจากไตเสื่อม ทำหน้าที่ได้ลดลง , ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ นาน 30 นาทีต่อครั้ง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 88.57 , หากผู้สูงอายุมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้แพ้ฟกช้ำ นวดคลึงโดยเร็ว จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 87.14 และการฝึกลมหายใจเข้าออก สามารถผ่อนคลายความเครียดได้ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 รายละเอียดดังตารางที่ 13

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 13 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 70)

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ตอบถูก			
	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการมีภาวะพึ่งพิง				
1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ	49	70	67	95.71
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยเท่านั้น	52	74.28	65	92.86
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL 0 – 11 คะแนน)	43	61.43	70	100.00
ด้านการบริหารของผู้สูงอายุ				
4. หากผู้สูงอายุได้ยินไม่ชัดเจน หรือหูตึง ควรตะโกนพูดเสียงดัง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยินชัดเจนขึ้น	56	80.00	64	91.43
5. ไม่ควรใช้คำกล่าว “ทำไม” ถ้ามผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัด เหมือนถูกตำหนิ	48	68.57	67	95.71
6. หากผู้สูงอายุท้องผูกเป็นประจำ ผู้ดูแลควรให้ยาระบายทุกวัน เพื่อไม่ให้รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง	51	72.86	64	91.43
7. ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน เนื่องจากไตเสื่อม ทำหน้าที่ได้ลดลง	39	55.71	62	88.57
8. วัยสูงอายุ การเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลายชนิดครบทั้ง 5 หมู่ แต่ปริมาณควรลดน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว	54	77.14	65	92.86
9. นอกจากอาหาร 3 มือหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วย เพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ	41	58.57	63	90.00
10. ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ	65	92.86	70	100.00

ตาราง 13 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 70)

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ตอบถูก			
	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการบริหารของผู้สูงอายุ (ต่อ)				
11.การแปร่งฟันให้ผู้สูงอายุ ต้องทำความสะอาด บริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้นด้วย	53	75.71	67	95.71
12.ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ นาน 30 นาทีต่อครั้ง	44	62.86	62	88.57
13.หากมีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อ ขณะออกกำลังกาย ควรหยุดออกกำลังกายทันที	58	82.86	65	92.86
14.หากผู้สูงอายุมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือ ยาแก้แพ้ฟกช้ำ นวดคลึงโดยเร็ว	37	52.86	61	87.14
15.หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูก เวลา ถูกวิธี และถูกขนาด	59	84.29	64	91.43
16.การฝึกลมหายใจเข้าออก สามารถผ่อนคลาย ความเครียดได้	46	65.71	60	85.71

เมื่อพิจารณาภาพรวมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับระดับต่ำ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 47.14 ในขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับระดับสูง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังรายละเอียดตารางที่ 14

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 14 ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 70)

ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	5	7.14	70	100.00
ระดับปานกลาง	32	45.71	0	0.00
ระดับต่ำ	33	47.14	0	0.00
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	Mean = 9.54 , SD = 1.97 , Min. = 6 , Max. = 14			
หลังเข้าร่วมโครงการ	Mean = 15.06 , SD = 0.83 , Min. = 13 , Max. = 16			

ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการติดตามการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 70 คน โดยนำเสนอสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะส่วนบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการศึกษากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพบว่า

ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับประทานหลากหลาย ไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วันได้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน ได้รับประทานผัก ต้ม ปรุงสุก อ่อนนุ่ม และผลไม้ประเภทที่ไม่หวานมาก ได้รับประทานอาหารที่ปรุงสุกเป็นประจำ ได้รับประทานอาหารที่มีรสชาติไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม ได้ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์

ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที ได้รับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที ได้เดินออกกำลังกายหรือบริหารร่างกาย อย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที

ด้านการผ่อนคลายความเครียด พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการผ่อนคลายความเครียดดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้พระ/นั่งสมาธิ และนวดผ่อนคลาย ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อน คอยพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ

ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการดูแลทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน ทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัวทุกครั้ง ทำความสะอาดบริเวณที่นอน ทำความสะอาดล้างห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดูแลพื้นในบ้านให้มีลักษณะเท่ากัน ไม่เป็นหลุมหรือมีก้อนหิน เพื่อป้องกันการสะดุดล้ม ห้องนอนของผู้สูงอายุมีแสงสว่างเพียงพอ จัดสิ่งของเป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน ดูแลห้องน้ำให้พื้นแห้งอยู่เสมอ มีราวจับ โถส้วมแบบนั่งราบ

ด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลืออาบน้ำ/เช็ดตัว อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ได้รับการช่วยเหลือสระผม ตัดผม โกนหนวด ตัดเล็บมือ ตัดเล็บเท้า 2 – 3 ครั้ง/สัปดาห์ ได้รับการช่วยเหลือเปลี่ยนเสื้อผ้า/เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป หลังการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระทุกครั้งได้รับการทำความสะอาดของปากและฟัน หลังการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ

ด้านการพยาบาล พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการพยาบาลดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการดูแลวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย ประเมินความถูกต้องของการใช้ยาพร้อมคำแนะนำ ได้รับการดูแลให้ยาสามัญประจำบ้านเมื่อมีอาการ เช่น ยาบรรเทาปวดศีรษะ ยาบรรเทาอาการปวดท้อง เกลือแร่ ยาสมุนไพรนวด ประคบ ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ พร้อมคำแนะนำได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า พร้อมคำแนะนำ และได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม และการบริหารสมอง พร้อมคำแนะนำ

รายละเอียดดังตารางที่ 15

ตาราง 15 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 70)

การดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการบริโภคอาหาร						
1. จัดอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทาน อาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน	2.61	0.68	สูง	2.89	0.37	สูง
2. จัดอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทานครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน	2.54	0.70	สูง	2.81	0.53	สูง
3. จัดผักต้ม ปรงสุก อ่อนนุ่ม และผลไม้ ประเภทที่ไม่หวานมากให้ผู้สูงอายุ รับประทาน	2.56	0.72	สูง	2.90	0.39	สูง

ตาราง 15 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 70) (ต่อ)

การดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
4. จัดอาหารที่ปรุงสุกเป็นประจำให้ ผู้สูงอายุได้รับประทาน	2.86	0.40	สูง	2.96	0.22	สูง
5. จัดอาหารที่มีรสชาติไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม ให้ผู้สูงอายุได้รับประทาน	2.80	0.52	สูง	2.94	0.32	สูง
6. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว	2.51	0.75	สูง	2.79	0.48	สูง
ด้านการออกกำลังกาย						
7. ช่วยแนะนำและพาบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที	2.47	0.73	สูง	2.86	0.36	สูง
8. ช่วยแนะนำและพายืดเหยียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรง และป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที	2.46	0.74	สูง	2.81	0.50	สูง
9. ช่วยแนะนำและพาผู้สูงอายุเดินออก กำลังกายหรือบริหารร่างกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที	2.44	0.81	สูง	2.91	0.36	สูง
ด้านการผ่อนคลายความเครียด						
10. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย ความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้พระ/ นั่งสมาธิ และนวดผ่อนคลาย	2.46	0.74	สูง	2.80	0.52	สูง
11. เมื่อผู้สูงอายุมีความเครียด ดูแลให้ยา นอนหลับ/ยาระงับประสาท	1.19	0.53	ต่ำ	1.09	0.47	ต่ำ
12. ดูแลให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกันกับ สมาชิกในครอบครัว	2.47	0.73	สูง	2.81	0.48	สูง
13. ดูแลอยู่เป็นเพื่อน คอยพูดคุยให้ กำลังใจผู้สูงอายุ	2.66	0.57	สูง	2.74	0.54	สูง

ตาราง 15 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 70) (ต่อ)

การดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม						
14.ดูแลทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน	2.69	0.60	สูง	2.80	0.52	สูง
15.ดูแลทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัวทุกครั้ง	2.43	0.77	สูง	2.69	0.60	สูง
16.ดูแลทำความสะอาดบริเวณที่นอน	2.56	0.70	สูง	2.81	0.48	สูง
17.ดูแลทำความสะอาดล้างห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2.46	0.74	สูง	2.77	0.52	สูง
18.ดูแลพื้นในบ้านให้มีลักษณะเท่ากันไม่เป็นหลุม หรือมีก้อนหิน เพื่อป้องกันการสะดุดล้ม	2.54	0.68	สูง	2.87	0.45	สูง
19.ดูแลห้องนอนของผู้สูงอายุมีแสงสว่าง เพียงพอ จัดสิ่งของเป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน	2.51	0.77	สูง	2.76	0.56	สูง
20.ดูแลห้องน้ำให้พื้นแห้งอยู่เสมอมีราวจับ โถส้วมแบบนั่งราบ	2.44	0.81	สูง	2.90	0.38	สูง
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล						
21.ดูแลช่วยเหลืออาบน้ำ/เช็ดตัว อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	0.26	0.84	ต่ำ	0.26	0.84	ต่ำ
22.ดูแลช่วยเหลือสระผม ตัดผม โกน หนวดตัดเล็บมือ ตัดเล็บเท้า 2 – 3 ครั้ง/สัปดาห์	2.61	0.68	สูง	2.86	0.44	สูง
23.ดูแลช่วยเหลือเปลี่ยนเสื้อผ้า/เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป หลังการขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ ทุกครั้ง	0.26	0.84	ต่ำ	0.26	0.84	ต่ำ
24.ดูแลความสะอาดของปากและฟัน หลังการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ	0.26	0.84	ต่ำ	0.26	0.84	ต่ำ

ตาราง 15 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 70) (ต่อ)

การดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการพยาบาล						
25.ดูแลวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย	2.70	0.59	สูง	2.94	0.32	สูง
26.ดูแลประเมินความถูกต้องของการใช้ยาพร้อมคำแนะนำ	2.76	0.53	สูง	2.90	0.35	สูง
27.ดูแลให้ยาสามัญประจำบ้าน เมื่อมีอาการ เช่น ยาบรรเทาปวดศีรษะ ยาบรรเทาอาการ ปวดท้อง แก้อาการ ยาสมุนไพรชนิด ปรคบ เป็นต้น	2.64	0.66	สูง	2.84	0.48	สูง
28.ดูแลประเมินภาวะโภชนาการพร้อมคำแนะนำ	2.60	0.66	สูง	2.90	0.39	สูง
29.ดูแลประเมินภาวะซึมเศร้า พร้อมคำแนะนำ	2.63	0.62	สูง	2.84	0.45	สูง
30.ดูแลประเมินภาวะสมองเสื่อมและการบริหารสมอง พร้อมคำแนะนำ	2.44	0.81	สูง	2.71	0.59	สูง
รวม	2.30	0.70	ปานกลาง	2.52	0.49	สูง

เมื่อพิจารณาภาพรวมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.49

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการติดตามการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 70 คน โดยนำเสนอสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะส่วนบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการศึกษามีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยพบว่า

ด้านการร่วมค้นปัญหาและตัดสินใจ พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในเรื่องร่วมค้นปัญหาและตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไข การมีส่วนร่วมในการประชุม ร่วมอภิปรายเรื่องต่างๆ ในที่ประชุม เกี่ยวกับการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ด้านการร่วมวางแผน/การจัดทำแผนด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในเรื่องการร่วมวางแผน/การจัดทำแผนด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีวก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ/แกนนำชุมชน การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน/โครงการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การมีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนปฏิบัติงานการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ด้านการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในเรื่องการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีวก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการแก้ไขข้อบกพร่องในการทำงาน การร่วมให้การสนับสนุนวัสดุหรือบริจาคเงินในการดำเนินงานในชุมชน การมีส่วนร่วมกับเทศบาลในการเข้ารับการฝึกอบรมเสริมสร้างความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การร่วมกิจกรรมพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ/การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในเรื่องการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีวก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับการพัฒนาความรู้ ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถติดต่อสื่อสารกับเทศบาลได้สะดวกขึ้น

ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในเรื่องการร่วมตรวจสอบและประเมินผลอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีวก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลงานของชุมชนตามเป้าหมายและบรรลุมิติวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบปรับปรุง แก้ไขการปฏิบัติงาน การช่วยประชาสัมพันธ์ผลการประเมินผลการทำงาน รายละเอียดดังตารางที่ 16

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 16 การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (n = 70)

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการร่วมค้นปัญหาและตัดสินใจ						
1.มีส่วนร่วมในการค้นหา สาเหตุของ ปัญหา และแนวทางแก้ไข	2.86	1.02	ปานกลาง	3.97	0.64	มาก
2.มีส่วนร่วมในการประชุม ร่วมอภิปราย เรื่องต่างๆ ในที่ประชุมเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ชุมชน	3.06	1.05	ปานกลาง	4.03	0.62	มาก
3.มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ชุมชน	3.11	1.03	ปานกลาง	4.81	0.55	มากที่สุด
ด้านการร่วมวางแผน/การจัดทำแผน						
ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน						
4.มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ/ แกนนำชุมชน	3.23	0.93	ปานกลาง	4.07	0.48	มาก
5.มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการ ปฏิบัติงาน/โครงการเพื่อพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	2.17	1.00	น้อย	4.90	0.35	มากที่สุด
6.มีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอน ปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	2.09	1.10	น้อย	4.89	0.26	มากที่สุด
ด้านการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน						
7.ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขข้อบกพร่อง ในการทำงาน	2.30	0.64	น้อย	4.83	0.42	มากที่สุด
8.ร่วมให้การสนับสนุนวัสดุหรือบริจาคเงิน ในการดำเนินงานในชุมชน	1.26	0.90	น้อย	2.96	0.81	ปานกลาง
9.มีส่วนร่วมกับเทศบาลในการเข้ารับการ ฝึกอบรมเสริมสร้างความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	3.30	1.82	ปานกลาง	4.06	0.30	มาก

ตาราง 16 การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (n = 70) (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
10.ร่วมกิจกรรมพัฒนาการส่งเสริม สุขภาพ/การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน	3.23	0.73	ปานกลาง	3.97	0.32	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์						
11.ได้รับการพัฒนาความรู้ ทำให้เกิด รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน	2.07	0.60	น้อย	4.03	0.26	มาก
12.สามารถติดต่อสื่อสารกับเทศบาลได้ สะดวกขึ้น	3.11	0.47	ปานกลาง	4.97	0.20	มากที่สุด
ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล						
13.มีส่วนร่วมในการประเมินผลงานของ ชุมชนตามเป้าหมายและบรรล วัตถุประสงค์	2.27	0.85	น้อย	3.97	0.36	มาก
14.มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไขการปฏิบัติงาน	2.27	0.78	น้อย	4.00	0.37	มากที่สุด
15.ช่วยประชาสัมพันธ์ผลการ ประเมินผลการดำเนินงาน	3.11	0.57	ปานกลาง	4.04	2.58	มาก
รวม	2.63	0.90	ปานกลาง	4.23	0.57	มากที่สุด

เมื่อพิจารณาภาพรวมการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.57

พูน ปณ ทิโต ชีเว

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินการ

4.4.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ มีดังต่อไปนี้

4.4.1.1 มินโยบายสนับสนุน

1. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561

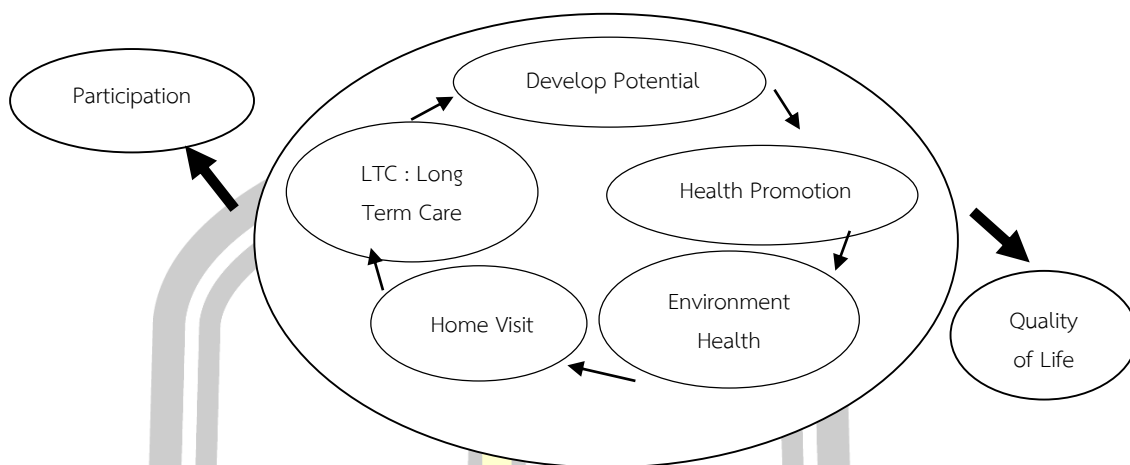
2. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

4.4.1.2 ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ภาควิชาการต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งด้านวิชาการ การส่งเสริมดูแลรักษา การส่งเสริมดูแลด้านสวัสดิการ และด้านความมั่นคงปลอดภัย

4.4.1.3 การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ทั้งในด้านการให้ข้อมูล ความร่วมมือในการวิเคราะห์สภาพปัญหา การวางแผนออกแบบแก้ไข้ปัญหา ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และความร่วมมือในการร่วมประเมินติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งความร่วมมือที่เข้มแข็งเช่นนี้จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

4.4.1.4 การออกแบบกิจกรรมโครงการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไข้ปัญหาดังจะเห็นได้จากการที่ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงถึงศักยภาพในการให้ข้อมูล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนร่วมกันวางแผนออกแบบให้สอดคล้องกับปัญหา

จากการศึกษาครั้งนี้ ได้ข้อสรุปการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ดังนี้ 1. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (Develop Potential) 2. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Health Promotion) 3. การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย (Environment Health) 4. การพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Visit) 5. นโยบาย LTC (Long Term Care) ซึ่งกระบวนการที่กล่าวมาทั้ง 5 ข้อนั้นส่งผลให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก มีรูปแบบที่ชัดเจน และผ่านเกณฑ์การประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ระดับดีมาก เกิด “ทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับชุมชน” ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ได้เรียกว่า DHEHL Model



ภาพประกอบ 6 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปี้ อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (DHEHL Model)

รายละเอียดภาพประกอบ 6

1. Develop Potential : พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล
2. Health Promotion : กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. Environment Health : การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย
4. Home Visit : พัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
5. Long Term Care : นโยบาย LTC

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการทำงานตามวงจร PAOR ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตาม การสังเกต และการสะท้อนผล ในขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีการวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผน การดำเนินการ การประเมินผลการดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 6 เดือน ผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 5.2 สรุปผลการวิจัย
- 5.3 อภิปรายผล
- 5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

5.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

5.1.2.1 เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

5.1.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

5.1.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

5.1.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

5.2 สรุปผลการวิจัย

5.2.1 บริบทการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เขตเทศบาลตำบลน้ำปริก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ลักษณะที่ตั้งเทศบาลตำบลน้ำปริก ตั้งอยู่ห่างจากจังหวัดอำนาจเจริญ 21 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานครเป็นระยะทางประมาณ 560 กิโลเมตร

เนื้อที่ เทศบาลตำบลน้ำปริกมีเนื้อที่ 3 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ในหมู่ที่ 1,2,8 และ 9 ตำบลน้ำปริกคิดเป็นร้อยละ 6.45 ของพื้นที่ตำบลน้ำปริก

จำนวนหมู่บ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก ทั้งหมด 4 หมู่ 6 ชุมชน จำนวน 1,232 ครัวเรือน ได้แก่ บ้านน้ำปริก หมู่ 1 จำนวน 189 ครัวเรือน บ้านน้ำปริก หมู่ 2 จำนวน 353 ครัวเรือน บ้านน้ำปริก หมู่ 8 จำนวน 245 ครัวเรือน และบ้านน้ำปริก หมู่ 9 จำนวน 445 ครัวเรือน

ท้องถิ่นอื่นในตำบล (จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในตำบล) จำนวนเทศบาล 1 แห่ง คือ เทศบาลตำบลน้ำปริก จำนวนองค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำปริก

ประชากรแยกจำนวนประชากรชาย – หญิง ทั้ง 4 หมู่บ้าน ดังต่อไปนี้ (จำนวนประชากรแฝงในพื้นที่ประมาณ 200 คน)

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลน้ำปริก ได้สมัครเข้าร่วมดำเนินงานด้านสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 ดำเนินงานในรูปแบบศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลน้ำปริก ให้ได้รับบริการภายใต้แผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราการชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุน และส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ พ.ศ. 2560

เทศบาลตำบลน้ำปริก ในฐานะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีหน้าที่พัฒนาและดูแลคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ประชาชน ทั้งนี้ ประกอบด้วยหลักการแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 5 “หน้าที่ของรัฐ” มาตรา 55 “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคฯ การบริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพด้วย” หมวด 6 “แนวนโยบายแห่งรัฐ” มาตรา 71 “รัฐพึงส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคมฯ ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจที่

เข้มแข็งๆ รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ”

5.2.2 กระบวนการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ร่วมรับรู้ปัญหา ตลอดจนร่วมวางแผนออกแบบกระบวนการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ดำเนินการเตรียมความพร้อมก่อนการจัดประชุมวางแผนการเก็บข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัย เพื่อให้ทราบสถานการณ์และปัญหาความต้องการของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่แผนปฏิบัติการ

1. ดำเนินการโดยการประชุมสนทนากลุ่ม (Group Discussion) กับกลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ที่ประกอบไปด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ วัตถุประสงค์ในการประชุมครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขและได้แนวทางคือ

1.1 การแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อเกิดความร่วมมือกันโดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้กับผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.2 การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.3 การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปริกเป็นที่เลี้ยงในการฝึกอบรม

1.5 สมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว

2. การจัดทำแผนดำเนินการ วิธีการในการประชุมโดยใช้วิธีการประชุมแบบมีส่วนร่วม มีผู้เข้าร่วมจัดทำแผน ประกอบไปด้วยกับกลุ่มผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย วัตถุประสงค์ในการประชุมครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันจัดทำแนวทางหรือโครงการ/กิจกรรมแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แผนงานกิจกรรม/โครงการทั้งสิ้น 5 โครงการ ได้แก่

2.1 โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

2.2 โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.3 โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้เหมาะสมปลอดภัย

2.4 โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยในชุมชน

2.5 โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การจัดลำดับความสำคัญของโครงการ ดำเนินกิจกรรมโดยใช้การอภิปรายในกลุ่มใหญ่ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ใช้วิธีสรุปโครงการกิจกรรมในภาพรวมของกลุ่มใหญ่ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนช่วยกันจัดกลุ่มโครงการที่ซ้ำกันและแตกต่างกัน นำมาสรุปพร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญ โดยมีทีมวิทยากรช่วยสรุปอีกครั้ง จากการทำผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้แสดงความคิดเห็นร่วมกันและคัดเลือกโครงการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อจะนำไปดำเนินการแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน โดยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพ

ขั้นปฏิบัติ (Action)

เป็นขั้นตอนที่ดำเนินการต่อเนื่องจากขั้นวางแผน โดยการนำแผนสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งในขั้นปฏิบัติประกอบด้วยการทำงาน 5 โครงการ ดังนี้

1. โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จัดอบรมภาคทฤษฎี บรรยายในหัวข้อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การคัดกรองเบื้องต้น ทักษะในการดูแลความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การประเมินอาการและการช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น การฝึกปฏิบัติในการตรวจคัดกรองสุขภาพ การให้ความช่วยเหลือคำแนะนำรายบุคคลตามความเสี่ยง โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมครบตามหลักสูตรทั้งหมดในการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้ฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) การประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL) พบว่า กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้รับความรู้ มีทักษะในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาสุขภาพได้ โดยสามารถปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานคัดกรองสุขภาพ การเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำในเขตพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบได้ ทำให้เข้าใจปัญหาความต้องการของชุมชน รวมทั้งก่อให้เกิดความผูกพัน เกิดความสุขที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง

2. โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จัดอบรมภาคทฤษฎี บรรยายในหัวข้อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทักษะในการดูแล ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การประเมินอาการและการช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น การดูแลสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การให้ความรู้ในหลักการดูแลสุขภาพทั้ง 5 อ. ได้แก่ 1) อ.อาหาร คือ การให้หรือจัดเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับประทานอาหารที่หลากหลายได้สัดส่วนเพียงพอ ครบ 5 หมู่ 2) อ.ออกกำลังกาย โดยการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อกระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ 3) อ.อารมณ์ ดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอารมณ์รื่นเริงยินดี มีชีวิตสดใสด้วยรอยยิ้ม จิตแจ่มใส มองโลกในแง่บวก และไม่เครียด 4) อ.อดิเรก ดูแลหากิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงชอบทำ เพื่อสร้างความผ่อนคลาย และ 5) อ.อนามัย ดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี เพื่อนำพาอายุยืนยาว นอกจากนี้ยังให้มีการรวมกลุ่มดูแลกันในลักษณะไทคัม ด้วยการไปเยี่ยมเยียน ถามข่าวกันอย่างต่อเนื่อง พบว่า มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น เกิดการรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันในไทคัม เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้เกิดการปรับทุกข์ สร้าง

สุพระหว่างกัน ตลอดจนทำให้ผู้ดูแลได้รับทราบถึงปัญหาความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้เหมาะสมปลอดภัย จัดประชุมชี้แจงเริ่มโครงการฯ ในชุมชนทุกหมู่บ้าน จัดอบรมครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน (อาบน้ำ เช็ดตัว การขับถ่าย การดูแลฟัน) การจัดเตรียมอาหารการป้องกันอาหาร และการให้อาหารทางสายยาง การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงความจำเป็นที่ต้องดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมแก่การดำเนินชีวิตแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และทีมหมอครอบครัวออกปฏิบัติงานเยี่ยมครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีความเหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขทั้งทางกาย จิต อารมณ์และสังคม เกิดสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้ปรับปรุงห้องน้ำให้มีความเหมาะสม ปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

4. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยในชุมชน การออกติดตามเยี่ยมบ้านโดยเริ่มจากการประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินโครงการฯ เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการฯ ทำแผนการออกเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพ คัดกรองโรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ และจัดเตรียมเอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆในการดำเนินงาน จากนั้นดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานเชิงรุก รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และจัดกลุ่มเป้าหมายเพื่อการเยี่ยมบ้าน ออกติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน กรณีที่พบปัญหาและเกินขีดความสามารถประสานปรึกษา ทีมแม่ข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลีก โรงพยาบาลอำนาจเจริญ และส่งต่อตามระบบ จัดประชุมติดตามทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การแก้ไขปัญหา อุปสรรค พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยได้ มีความรู้เรื่องการทำกายภาพบำบัด การดูแลตนเองมากขึ้น มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดบ้านอย่างถูกวิธีมากขึ้น กลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมบ้านและส่งเสริมสุขภาพทุกคน ได้รับการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกคน เกิดศูนย์การเรียนรู้และประสานงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ ของผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุคนพิการอย่างต่อเนื่อง เกิดรูปแบบและการดูแลสุขภาพในชุมชนของตนเองได้

5. โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำปลีก และประเมินการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมิน เอดีแอล เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 โดยจำแนกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่ศูนย์ฯ และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้เทศบาลตำบลน้ำปลีกเพื่อดำเนินการต่อไป จากนั้น CM จัดทำ Care Plan และปรึกษาปัญหาหารือกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (care conference) เพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอโครงการ

จัดบริการดูแลระยะยาวฯ ศูนย์จัดทำโครงการและข้อเสนอโครงการพร้อมสรุปแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบริการดูแลระยะยาวฯต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบล น้ำปลึก

1) ศูนย์โดย CM จัดแบ่งผู้สูงอายุให้ CG แต่ละคนรับผิดชอบดูแล พร้อมจัดทำ Care Plan รายสัปดาห์ และตารางการปฏิบัติงานมอบหมายให้ CG ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ CG 1 คนดูแล ผู้สูงอายุไม่เกิน 6 คนต่อวัน CG ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้น การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน ตาม CP

2) ศูนย์โดย CM (และกรรมการศูนย์) กำกับ ติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำการดำเนินงานของ CG ทุกสัปดาห์

3) CM ประเมินและทบทวน Care Plan ร่วมกับ CG ญาติ และอาจปรึกษาปัญหาหารือกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

4) ศูนย์โดย CM ประสานกับหน่วยบริการจัดบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) ทำหน้าที่บริการดูแลด้านการพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านเภสัชกรรมและด้านอื่นๆ ตามความจำเป็น อาทิ สุขภาพช่องปาก สุขภาพจิต แก่ผู้สูงอายุที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำและฝึกสอนญาติและหรือ CG ในการดูแลช่วยเหลือ

5) ศูนย์จัดหาวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (หรือประสานขอสนับสนุนจากหน่วยบริการ) จ้างเหมาบริการหรือจ่ายค่าตอบแทน CG จ่ายค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาหรือค่าเบี้ยเลี้ยงแก่ CM และหรือบุคลากรสาธารณสุขที่มาช่วยปฏิบัติงาน

สรุปและรายงานผล

1) CM กรรมการศูนย์ที่รับมอบหมาย และ CG สรุปผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน และรายงานที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์

2) ศูนย์จัดทำรายงานและสรุปผลการดำเนินงาน ส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลน้ำปลึก

พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลน้ำปลึกได้รับการเยี่ยมและส่งเสริมสุขภาพทุกคน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกคน และลดภาระของครอบครัวได้ในระดับหนึ่ง

ขั้นสังเกต (Observation)

เป็นขั้นตอนของการบันทึกผลกิจกรรมตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ โดยผู้วิจัยได้บันทึก ติดตาม สนับสนุน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยกระบวนการของการปฏิบัติการสรุปจากการสังเกตตลอดจนกระบวนการของการปฏิบัติการ มีรายละเอียด ดังนี้

1. กระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process)

1.1 การวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา เกิดขึ้นหลังจากผู้วิจัยและทีมบุคลากรสาธารณสุข ได้ค้นข้อมูลผลการสำรวจสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งจากการสำรวจและฐานข้อมูลการให้บริการของสถานบริการสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ถามคำถามถึงความรู้สึกต่อสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและสถานะสุขภาพที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกำลังเผชิญ ซึ่ง

ผู้ดูแลแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็นมากบ้าง น้อยบ้างตามประสบการณ์ของตนเอง อย่างไรก็ตาม ข้อสรุปร่วมคือ ทุกคนมองว่า สุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นประเด็นปัญหาที่ทุกคนต้องดูแล มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ผู้ดูแลหลายคนได้ชี้ให้เห็นว่า ที่บ้านของตนเองก็มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลอยู่เช่นกัน จึงเป็นแรงเสริมส่วนสำคัญที่ต้องการให้มีการวางแผนหามาตรการร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยชุมชนดูแลกันและกัน รวมถึงสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.2 การวางแผนแก้ไขปัญหา การวางแผนซึ่งมีขั้นตอนที่สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ทุกคนเข้าใจ ไว้วางใจ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ซึ่งจะมีผลต่อการกล้าแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้น จึงพบว่ามี การแสดงความคิดเห็นอย่างหลากหลาย จึงมีการจัดหมวดหมู่ของประเด็นความคิดที่คล้ายกันและแตกต่างกันของกลุ่ม ทำให้ได้โครงการที่ผ่านมติของทุกคนอย่างแท้จริง และมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง ก่อนที่จะมีมติเลือกโครงการเพื่อดำเนินการ ทั้งนี้ในการกำหนดเงื่อนไขในการคัดเลือกจัดลำดับโครงการก็เป็นการเสนอจากที่ประชุม ผ่านการตั้งประเด็นคำถามจากผู้วิจัย ซึ่งทำให้เกิดขั้นตอนการวางแผนงานอย่างชัดเจน นอกจากนี้สิ่งสำคัญในขั้นตอนท้ายของการวางแผนคือ การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ แสวงหาแหล่งงบประมาณ ทำให้ที่ประชุมมีแนวคิดที่จะแต่งตั้งคณะทำงานขึ้น จนเกิดเป็นคณะทำงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้น และมีการมอบหมายหน้าที่กันอย่างชัดเจน พร้อมทั้งผู้ที่ได้รับมอบหมายแสดงออกถึงความมุ่งมั่น ตั้งใจ เต็มใจที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ

1.3 การดำเนินการตามแผน การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่แต่ละคนอาสาในการรับผิดชอบดำเนินงาน มีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้กำหนดขึ้นในขั้นวางแผน ทั้งนี้กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จะเป็นกลุ่มที่จะมีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายและเป็นผู้นำในการวางแผนปฏิบัติงานในแต่ละครั้งอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งเป็นผู้ประสานและประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมายในการร่วมกิจกรรม จัดเตรียมสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรม ขณะเดียวกันทีมผู้นำ จะทำหน้าที่อำนวยความสะดวกและจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดและขณะปฏิบัติงานหากมีปัญหา ข้อติดขัด ประธานคณะทำงานจะปรึกษาคณะกรรมาธิการสุขเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

1.4 การติดตามผลการดำเนินงาน มีการกำหนดให้คณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มาประชุมพบปะ ติดตามความก้าวหน้า แก้ไขปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่องทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของเดือน นอกจากนี้ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงาน จะมีการประชุมสรุปบทเรียน ร่วมกันสะท้อนผลความสำเร็จ จุดอ่อน ข้อบกพร่อง เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา ไม่ให้เกิดขึ้นอีกในอนาคต ทั้งนี้ได้มีการมอบหมายให้คณะทำงานได้สอบถาม รับฟังเสียงสะท้อนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งปฏิบัติในลักษณะนี้ในทุกกิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่

2. ผลการดำเนินงานของการปฏิบัติการ (The Effect of Action)

จากการดำเนินงานตามบทบาทคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แผนงานที่ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันในการวิเคราะห์ ระดมสมองในการวางแผนทั้งหมด 5 โครงการนั้น คณะทำงานได้มีการนำเสนอข้อมูลมาประเมินผลจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เปรียบเทียบกับ

เป้าหมายและผลที่คาดว่าจะได้รับหลังการดำเนินการ นอกจากนี้คณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังได้สะท้อนถึงจุดแข็ง จุดอ่อนในการบริหารจัดการ พบว่า มีปัญหาทั้งด้านระยะเวลาที่จำกัดงบประมาณที่ไม่เพียงพอ แต่การที่ทุกฝ่ายมาร่วมกันในการดำเนินงานคือ หัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ควรมีการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง

ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า ปัจจัยสำคัญคือ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นการวางแผนจนถึงขั้นสะท้อนผล

การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากการดำเนินการตามกระบวนการผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาสรุปถอดบทเรียน เพื่อจะได้กำหนดเป็นรูปแบบหรือหาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ภาคีเครือข่ายร่วมพัฒนาข้อตกลงร่วมกันอย่างยั่งยืน ให้สอดคล้องกับนโยบายท้องถิ่น ระบบงาน ทีมงาน ความต้องการที่เกิดจากคนในชุมชน ซึ่งคนในชุมชนเป็นเจ้าของตัวจริง ภาพชุมชนในฝันคือ ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน ผู้สูงอายุไม่ทอดทิ้งกัน ชุมชนเอื้ออาทรทุกกลุ่มวัย ต้องการให้มีศูนย์ดูแลพักพิงสำหรับผู้สูงอายุ อยากให้มีรูปแบบการดูแลแบบพึ่งพาครอบครัว เครือญาติ ด้วยการรณรงค์ให้คนในครอบครัวและชุมชนเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการดูแลแบบรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงจากความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว ทำให้เกิดความมั่นคงในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อจะนำไปสู่การเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดีขึ้น

จากการสนทนากลุ่มคณะกรรมการผู้สูงอายุและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า จากการดำเนินกิจกรรม โครงการที่ผ่านมาพบว่า ควรมีการกระตุ้นให้ชุมชนได้รับรู้สภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุ ว่ามาจากสาเหตุใดและควรได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา หลังจากนั้นนำปัญหาทั้งหมดมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดแผนการดำเนินการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกัน โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนในการดำเนินงานตามกระบวนการ

การร่วมพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางสู่ธรรมาวุฒิสภาพผู้สูงอายุเทศบาลตำบลน้ำปลีก ดังนี้

1. การดูแลด้านสังคม กองทุนสวัสดิการ การบริหาร/Day Care การเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมป่วย การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน

2. วัฒนธรรมรดน้ำดำหัว

3. สร้างคุณค่า แลกเปลี่ยนเรียนรู้

4. เศรษฐกิจ การส่งเสริมอาชีพ

5. การพัฒนาศักยภาพ พัฒนาคุณภาพชีวิต จัดอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประเมินภาวะสุขภาพ

6. สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ปรับทางลาดเอียง ปรับปรุงห้องน้ำให้มีความเหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ

7. ความปลอดภัย ระบบฉุกเฉิน การช่วยเหลือผู้ประสบภัย ซ่อมถนน ป้ายเตือน เป็นต้น

5.2.3 ผลการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปึก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

5.2.3.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ผลการติดตามการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 86 เพศชาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 14 มีอายุเฉลี่ย 74.78 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.95 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 48 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 84 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 16 โรคประจำตัวส่วนใหญ่คือ โรคเบาหวาน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 62 ส่วนใหญ่มีสถานะในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 66 และมีสถานะในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 34 ส่วนใหญ่ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวเป็นแบบอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่จะมีผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 92 ไม่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8 ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 36 ส่วนใหญ่มีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 62 และไม่มีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38 ทุกคนได้รับสวัสดิการความช่วยเหลือเป็นจำนวนเงินคือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และได้รับเบี้ยผู้พิการร่วมด้วย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 22 ทุกคนได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลคือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุหรือที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าว จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 52

2) ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการติดตามการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยพบว่า

ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่อง เนื่องจากผู้สูงอายุใช้พลังงานลดลง ดังนั้น การบริโภคควรลดอาหารประเภทแป้งลง เพิ่มผักที่มีกากใยมากขึ้น จำนวน 49 คน ร้อยละ 98 กินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวันมีประโยชน์ต่อร่างกาย จำนวน 48 คน ร้อยละ 96 ใน 1 วัน ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 การกินอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู อาหาร

ประเภททอด หรืออาหารและขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เนย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00 และผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการย่อยอาหาร ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อย แต่เพิ่มจำนวนมื้ออาหาร จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90

ความรู้ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่อง การออกกำลังกายช่วยลดหรือผ่อนคลายความเครียดได้ จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไม่ควรออกกำลังกายทุกชนิด จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 84.00

ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้เรื่อง ผู้สูงอายุควรล้างมือก่อนการรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00 ผู้สูงอายุควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้น จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 86.00

ด้านการป้องกันโรค พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่อง ผู้สูงอายุควรตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผู้สูงอายุควรได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผู้สูงอายุควรลุกนั่งเร็ว เปลี่ยนท่าเร็ว เดินเร็ว จะได้ไม่เกิดอุบัติเหตุ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 98 ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจวัดสายตาเป็นประจำทุกปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 และการที่ดื่มสุรา อยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่เป็นประจำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่อง เมื่อรู้สึกเครียดควรทำกิจกรรมที่เพลิดเพลินเพื่อผ่อนคลาย เช่น การปลูกต้นไม้จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 98.00 ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง/ภาวะอาหาร จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 และเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ผู้สูงอายุควรคิดหาทางออกให้ได้ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องปรึกษาใคร จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00

เมื่อพิจารณาภาพรวมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับระดับต่ำ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 ในขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับระดับสูง จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 98.00

3) กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ

ผลการติดตามการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน ผลการศึกษากิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ โดยพบว่า

ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร หลากหลาย ไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อใน 1 วัน รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน รับประทานอาหารเช้าที่ปรุงสุกเป็นประจำ และดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับการบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที ได้รับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อฝ่อ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที ได้รับการแนะนำและพาบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที ได้รับการแนะนำและพายืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อฝ่อ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที

ด้านการผ่อนคลายความเครียด พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการผ่อนคลายความเครียดดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับการช่วยให้ได้ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้พระ/นั่งสมาธิ ได้รับการดูแลจัดให้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ได้รับการดูแลอยู่เป็นเพื่อนคอยพูดคุย ให้กำลังใจ ได้รับการนวดผ่อนคลาย

ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับการดูแลทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน ได้รับการดูแลทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัวทุกครั้ง ได้รับการดูแลทำความสะอาดบริเวณที่นอน ได้รับการดูแลทำความสะอาดล้างห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับการดูแลช่วยเหลืออาบน้ำ/เช็ดตัว ได้รับการดูแลช่วยเหลือสระผม ได้รับการดูแลช่วยเหลือเปลี่ยนเสื้อผ้า/เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป ได้รับการดูแลช่วยเหลือตัดผม โกนหนวด ได้รับการดูแลช่วยเหลือตัดเล็บมือ ตัดเล็บเท้า

ด้านการพยาบาล พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการดูแลการพยาบาลดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับการวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย ได้รับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้รับการประเมินความถูกต้องของการใช้ยา พร้อมคำแนะนำ ได้รับการดูแลให้ยาสามัญประจำบ้านเมื่อมี

อาการ เช่น ยาบรรเทาปวดศีรษะ ยาบรรเทาอาการปวดท้อง กลืนแร่ ยาสมุนไพรนวด ประคบ เป็นต้น ได้รับการดูแลท่าแผลเมื่อมีแผล ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการพร้อมคำแนะนำ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าพร้อมคำแนะนำ

เมื่อพิจารณาภาพรวมกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.55

4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาภาพรวมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น ดีขึ้น มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.91

5.2.3.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม คือ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลีก ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 67.14 เพศชาย 23 คน คิดเป็นร้อยละ 32.86 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.27 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.47 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 81.43 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม(ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 52.86 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งในชุมชนเป็นครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 ส่วนใหญ่มีบทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 67.14 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลามากกว่า 5 ปี จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 81.43 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 72.86 และเคยผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 27.14

2) ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการติดตามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ในชุมชน ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 70 คน ผลการศึกษาคำถามเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพบว่า

ความรู้ด้านการมีภาวะพึ่งพิง พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่อง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 0 – 11 คะแนน จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 100 , ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 95.71 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยเท่านั้น จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86

ด้านการบริหารผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ เรื่องผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 100 , ไม่ควรใช้คำถามว่า “ทำไม” ถามผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัด เหมือนถูกตำหนิ , การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุ ต้องทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้น ด้วย จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 95.71 , วยสูงอายุ การเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลายชนิดครบทั้ง 5 หมู่ แต่ปริมาณควรลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว , หากมีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อขณะออกกำลังกาย ควรหยุดออกกำลังกายทันที จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86 , หากผู้สูงอายุได้ยินไม่ชัดเจน หรือหูตึง ควรตะโกนพูดเสียงดังเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยินชัดเจนขึ้น , หากผู้สูงอายุท้องผูกเป็นประจำ ผู้ดูแลควรให้ยาระบายทุกวันเพื่อไม่ให้รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง , หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 91.43 , นอกจากอาหาร 3 มื้อหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วย เพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 90 , ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน เนื่องจากไตเสื่อม ทำหน้าที่ได้ลดลง , ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ นาน 30 นาทีต่อครั้ง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 88.57 , หากผู้สูงอายุมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้แพ้ฟกช้ำ นวดคลึงโดยเร็ว จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 87.14 และการฝึกกลืนหายใจเข้าออก สามารถผ่อนคลายความเครียดได้ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 เมื่อพิจารณาภาพรวมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับระดับต่ำ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 47.14 ในขณะที่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับระดับสูง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

3) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการติดตามการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ในชุมชน ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 70 คน ผลการศึกษากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพบว่า

ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับประทานหลากหลาย ไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วันได้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน ได้รับประทานผัก ต้ม ปรงสุก อ่อนนุ่ม และผลไม้ประเภทที่ไม่หวานมาก ได้รับประทานอาหารที่ปรงสุกเป็นประจำ ได้รับประทานอาหารที่มีรสชาติไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม ได้ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที ได้รับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที ได้เดินออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที

ด้านการผ่อนคลายความเครียด พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการผ่อนคลายความเครียดดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับการได้ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้พระ/นั่งสมาธิ และนวดผ่อนคลาย ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อน คอยพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ

ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับการดูแลทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน ทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัวทุกครั้ง ทำความสะอาดบริเวณที่นอน ทำความสะอาดล้างห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดูแลพื้นในบ้านให้มีลักษณะเท่ากัน ไม่เป็นหลุมหรือมีก้อนหิน เพื่อป้องกันการสะดุดล้ม ห้องนอนของผู้สูงอายุมีแสงสว่างเพียงพอ จัดสิ่งของเป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน ดูแลห้องน้ำให้พื้นแห้งอยู่เสมอ มีราวจับ โถส้วมแบบนั่งราบ

ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลืออาบน้ำ/เช็ดตัว อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ได้รับการช่วยเหลือสระผม ตัดผม โกนหนวด ตัดเล็บมือ ตัดเล็บเท้า 2 – 3 ครั้ง/สัปดาห์ ได้รับการช่วยเหลือเปลี่ยนเสื้อผ้า/เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป หลังการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระทุกครั้งได้รับการทำความสะอาดของปากและฟัน หลังการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ

ด้านการพยาบาล พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ได้รับส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลเรื่องการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับด้านการพยาบาลดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการดูแลวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย ประเมินความถูกต้องของการใช้ยาพร้อมคำแนะนำ ได้รับการดูแลให้ยาสามัญประจำบ้านเมื่อมีอาการ เช่น ยาบรรเทาปวดศีรษะ ยาบรรเทาอาการปวดท้อง เกลือแร่ ยาสมุนไพรนวด ประคบ ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ พร้อมคำแนะนำได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า พร้อมคำแนะนำ และได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม และการบริหารสมอง พร้อมคำแนะนำ

เมื่อพิจารณาภาพรวมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.49

4) การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการติดตามการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 70 คน ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยพบว่า

ด้านการร่วมค้นปัญหาและตัดสินใจ พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในเรื่องร่วมค้นปัญหาและ

ตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไข การมีส่วนร่วมในการประชุม ร่วมอภิปรายเรื่องต่างๆ ในที่ประชุม เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ด้านการร่วมวางแผน/การจัดทำแผนด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในเรื่องการร่วมวางแผน/การจัดทำแผนด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ/แกนนำชุมชน การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน/โครงการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การมีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ด้านการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในเรื่องการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการแก้ไขข้อบกพร่องในการทำงาน การร่วมให้การสนับสนุนวัสดุหรือบริจาคเงินในการดำเนินงานในชุมชน การมีส่วนร่วมกับเทศบาลในการเข้ารับการฝึกอบรมเสริมสร้างความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน การร่วมกิจกรรมพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ/การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในเรื่องการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการได้รับการพัฒนาความรู้ ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สามารถติดต่อสื่อสารกับเทศบาลได้สะดวกขึ้น

ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในเรื่องการร่วมตรวจสอบและประเมินผลอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลงานของชุมชนตามเป้าหมายและบรรลุวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบปรับปรุง แก้ไขการปฏิบัติงาน การช่วยประชาสัมพันธ์ผลการประเมินผลการทำงาน

เมื่อพิจารณาภาพรวมการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการการมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.57

5.2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

จากการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปริก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยการจัดกิจกรรมต่างๆ สามารถสรุปเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จได้ดังต่อไปนี้

1) ศักยภาพของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ผ่านการอบรม การฝึกทักษะ ดังนั้น ทำให้เมื่อต้องปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถปฏิบัติได้ทันที และที่สำคัญการสร้างเสริมศักยภาพตามแผนปฏิบัติงานตามโครงการฯ ทำให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความมั่นใจมากขึ้น ที่สำคัญการทำงานของกลุ่มบุคคลเหล่านี้เป็นการทำงานแบบจิตอาสาที่เข้มแข็ง มีพร้อมทั้งความรู้ ทักษะในการดำเนินงาน และจิตใจที่พร้อมจะปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

2) การมีส่วนร่วมของชุมชนและความตระหนักต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนและท้องถิ่น ดังนั้น เมื่อเข้ามามีบทบาทในการเป็นคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งการสนับสนุนงบประมาณ การร่วมรับรู้สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การร่วมวางแผน และเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตลอดจนการประเมินผลการดำเนินการร่วมกัน ดังนั้น จึงส่งผลให้การขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกิดโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน มีฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการจัดทำแผนที่เป็นรูปธรรม มีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน

3) ระบบบริการเชิงรุกของหน่วยบริการสาธารณสุข ดำเนินการปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และมีฐานข้อมูลที่ครอบคลุม สามารถนำมาใช้ในการวางแผนงานได้นอกจากนี้ จากการที่ปฏิบัติงานในชุมชนเชิงรุกอย่างต่อเนื่องทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน และคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดำเนินงานตามแผนงาน และห้วงเวลาที่กำหนด ทำให้ประสานความร่วมมือกับชุมชนได้ง่าย

4) ความพร้อมและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาสุขภาพ ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงทำให้ต้องการได้รับการดูแลและพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในทุกๆด้าน ส่งผลให้การนำแผนไปสู่การปฏิบัติการทำงานในชุมชนที่ดีขึ้น

5) ความครอบคลุม ทันสมัย และรวดเร็วของการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการที่คณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นบุคลากรที่มาจากท้องถิ่น ท้องที่ ชุมชน ซึ่งมีความสามารถในการสื่อสารที่หลากหลายช่องทาง ทำให้การดำเนินงานตามระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการสื่อสารที่หลากหลาย เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกคน

5.3 อภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นการศึกษาโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมกันค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การแก้ไขปัญหาหารือร่วมกัน ก่อนจะนำมาถอดบทเรียนจากกระบวนการที่ได้ดำเนินงานมาใช้ในการสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

5.3.1 กระบวนการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ มีกระบวนการดำเนินงานอยู่ 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดี นำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวางแผน เพื่อศึกษาปัญหา วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ได้แผนปฏิบัติการกิจกรรมโครงการ 1) โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 2) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) โครงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูให้เหมาะสมปลอดภัย 4) โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยในชุมชน 5) โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ได้ร่วมกันวางแผน ร่วมดำเนินการร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมตรวจสอบประเมินผล ทำให้เกิดการดำเนินงานโครงการต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษา ชไมพร แร่ทอง (2553) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 8 กองการแพทย์ เทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี พบว่า โครงการที่ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างภาคีองค์กรต่างๆ ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาร่วมกันทั้งภาครัฐและประชาชน รวมถึงภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และส่งผลต่อการพัฒนาสังคมและชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษา เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ (2555) ได้ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลมาบแค อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบกระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้นๆ กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การสร้างทีมแกนนำ ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและ

ความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม 4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม พบว่า 1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็ง โดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยตนเอง 2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

5.3.2 การดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมสรุปและถอดบทเรียน ประเมินผลการดำเนินงานที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการตามแผนปฏิบัติการ ประสานงานภาคีเครือข่ายร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน การถอดบทเรียน การจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อหาแนวทางการพัฒนาระบบเดิมไปเป็นระบบใหม่ จะเห็นได้ว่ามีเปลี่ยนแปลงและแตกต่างกัน เช่น 1) การประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการควบคุมให้มีการบริการที่กำหนด 2) การให้การส่งเสริมสุขภาพ 3) การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) การจัดหาเครื่องใช้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5) การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6) การพัฒนาเครือข่าย การช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน 7) การพัฒนากำหนดกฎเกณฑ์ร่วมกันทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มีแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก โดยรูปแบบการดำเนินงานเน้นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้เกิดทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับชุมชนขึ้น มีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1985) ที่อธิบายว่า การดูแลตนเองของบุคคลและการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำ เพื่อสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่หรือพัฒนาการของบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุก สอดคล้องกับการศึกษา ชไมพร แร่ทอง (2553) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 8 กองการแพทย์ เทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี พบว่าโครงการที่ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างภาคีองค์กรต่างๆ ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาร่วมกันทั้งภาครัฐและประชาชน รวมถึงภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และส่งผลต่อการพัฒนาสังคมและชุมชน และสอดคล้องกับ กัญญารัตน์ กัญญะกาญจน์ และคณะ (2562) ศึกษาแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัวให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนหน่วยงานภาครัฐ เป็นการเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน รูปแบบการดูแลระยะ

ยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) บริการเชิงรุก 4) บริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมและ 6) การรับข้อมูลให้คำปรึกษา

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.4.1.1 ควรมีการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แก่คณะทำงานและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและมีความต้องการการดูแลได้อย่างเป็นรูปธรรม

5.4.1.2 ควรส่งเสริมบทบาทคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นแกนนำในการดำเนินงานครอบคลุมทั้งตำบล

5.4.1.3 หน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกด้าน ร่วมเป็นภาคีเครือข่ายกับคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีบทบาทในด้านการสนับสนุนวิชาการ เสริมสร้างทักษะแก่คณะทำงาน สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณในการดำเนินงาน

5.4.1.4 สถานบริการสุขภาพ มีบทบาทในการสนับสนุนด้านฐานข้อมูลในการดำเนินงาน และดำเนินการดูแลสุขภาพเชิงรุกร่วมกับคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง

5.4.1.5 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในชุมชนและนอกชุมชน ทำให้เกิดกระบวนการที่ เน้นการแก้ปัญหาในชุมชน เพื่อกำหนดทิศทางการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เกิดกระบวนการที่เป็นวงจรที่เชื่อมโยงกันระหว่างการค้นหาสาเหตุของปัญหา การปฏิบัติงาน การถอดบทเรียน การจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อหาแนวทางการพัฒนาระบบเดิมไปเป็นระบบใหม่

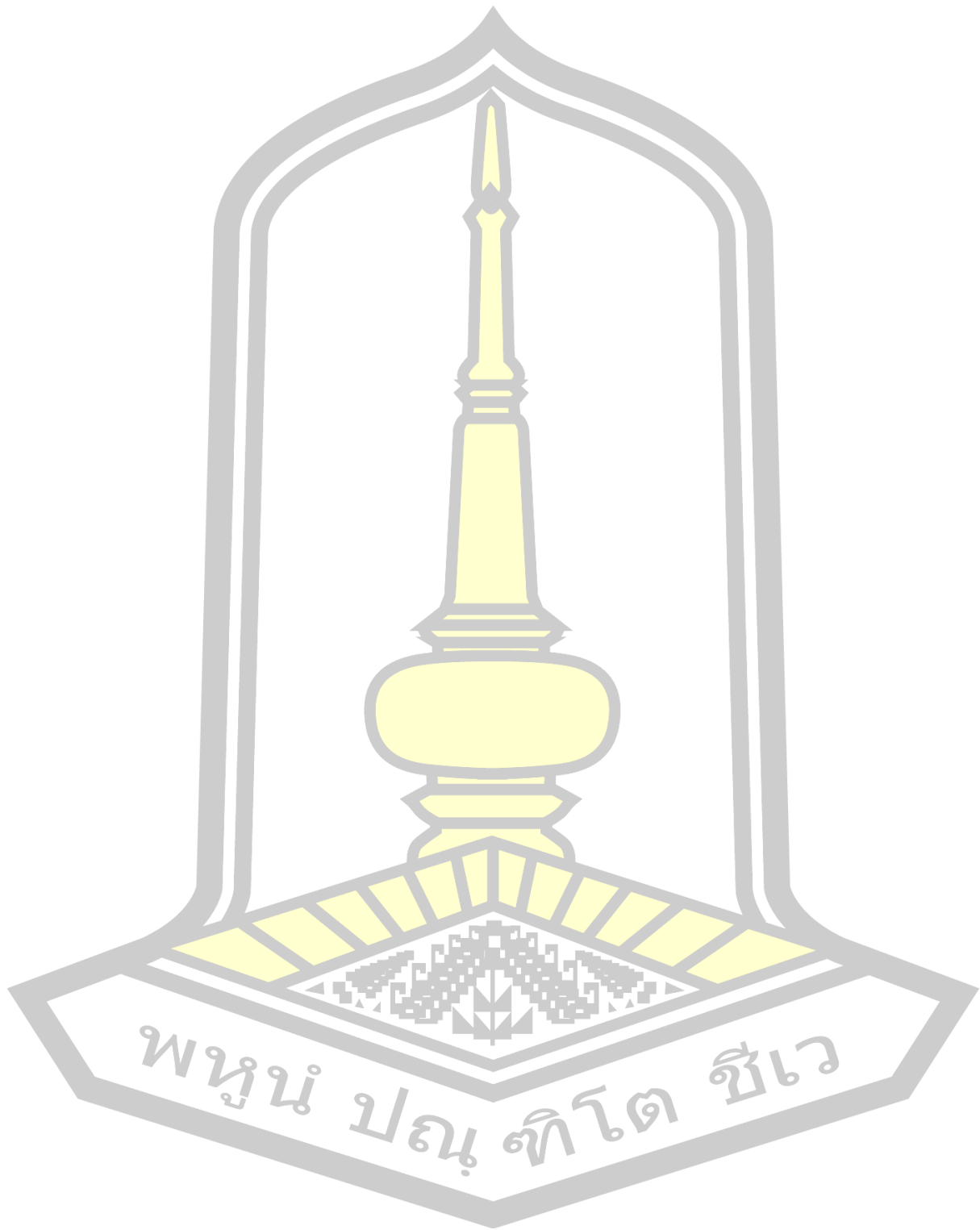
5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรศึกษาการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีในชุมชนให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

5.4.2.2 การนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการศึกษากับชุมชนอื่น ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากการศึกษา

พูน ปณ ทิโต ชเว

บรรณานุกรม

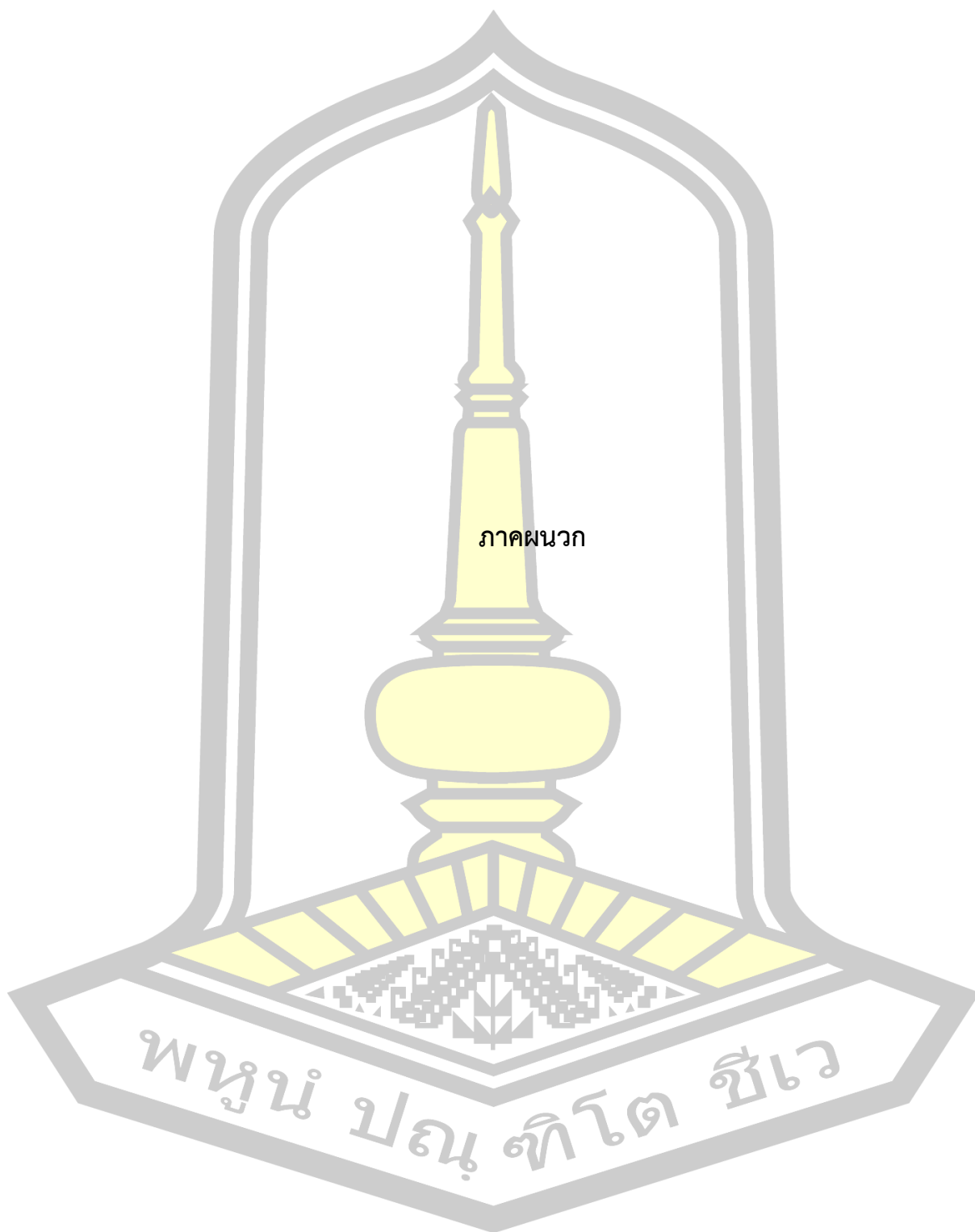


บรรณานุกรม

- กณิกนันต์ หยกสกุล. (2551). *การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัญญารัตน์ กัญญาภาณูจัน, ฐิติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2562). รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *รมยสาร*, 17(1), 1-20.
- ขนิษฐา นันทบุตร. (2551). *บทสังเคราะห์ข้อเสนอมุ่งการพัฒนากระบวนการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนากระบวนการพยาบาล สภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ขนิษฐา นันทบุตร. (2557). *การดูแลผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลนาทราย อำเภอสี จังหวัดลำพูน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ.
- เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 9(3).
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). *สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา*, 3(16), 1-19.
- ชไมพร แร่ทอง. (2553). *การประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงพร หุ่นตระกูล. (2551). การพัฒนาบริการสุขภาพพระดัตปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*, 12(2), 131-141.
- ธราธร ดวงแก้ว. (2550). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม*. รายงานการวิจัย. นครปฐม: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- นัยนา เดชะ. (2557). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนตำบลเสม็ด อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประวีต เอรารวรรณ. (2545). *การวิจัยปฏิบัติการเรียนรู้ของครูและการสร้างพลังร่วมในโรงเรียน*. กรุงเทพฯ: ดอกหญ้าวิชาการ.
- พิมลพรรณ อัสวเลิศพานิช. (2544). *ความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุที่เขามารับบริการจากคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. สารนิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. (2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2), 8-17.

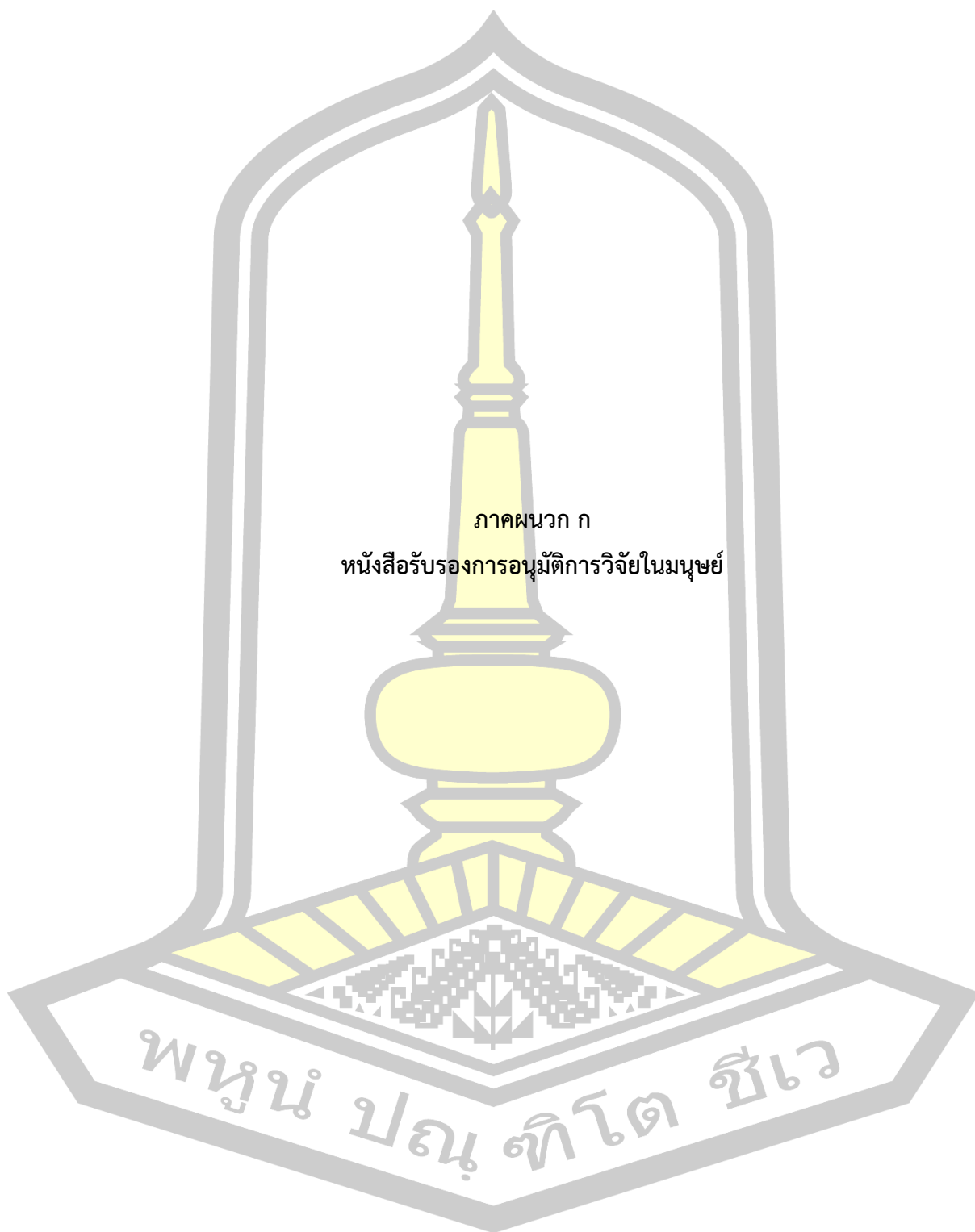
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552*. นครปฐม: พรินเตอร์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. นครปฐม: พรินเตอร์.
- รติมา คชนันท์. (2561). *สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย*. เอกสารวิชาการ อีเล็กทรอนิกส์. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร: ISBN 2287- 0520.
- ศรีรินทร์ เกรย์และคณะ. (2556). *มนต์คนใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และ สุขภาพ*. นครปฐม : บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.
- เรือเอกวิวัฒน์ สิงห์นาครอง. (2557). *กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยชุมชน เทศบาลตำบลโพธิ์ชัย อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วรรณดี สุทธิธารกร. (2556). *การดัดแปลงแบบทดสอบความเชื่อในแหล่งอำนาจควบคุมเพื่อพัฒนา บุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วรรณภา ศรีธีรัตน์, ลัดดา ดำริการเลิศ, ผ่องพรรณ อรุณแสง, สุจารี อมรกิจบำรุง, สิริมาศ ปิยะวัฒน์ พงศ์, บุศรา อนุพันธ์และวรรณพร บุญเรือง. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์ แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- วรรณะ ชูศรีขาว. (2553). *การประยุกต์ใช้โปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการสร้างพลังของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลเพี้ยราม อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์*. มหาสารคาม: สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2551). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2551*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระกิตติ์ หาญปริพรรณ์ และคณะ. (2551). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานยุติธรรมชุมชน กรณีศึกษา ชุมชนคลองจรเข้ข้อย ตำบลเกาะไร่ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา*. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม.
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. สถาบันวิจัยและระบบสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). *แผนงานวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย*.
- สมศักดิ์ ชุมทรัพย์. (2553). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

- สมาคมพฤฒาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. (2553). *การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2552 เรื่อง “การจัดการดูแลเกื้อหนุนและรักษาผู้สูงอายุ” วันที่ 20-23 มกราคม 2553*. กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเชียเพรส (1989) จำกัด.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2561). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเอ็มเบอร์รี่ จำกัด.
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ. (2555). *การจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม*.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2550*. เรียกใช้เมื่อ 20 สิงหาคม 2562 จาก <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-10-01-56- T.pdf>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ Long Term Care ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.
- สุนีย์ ศรีเพชร. (2553). *ผลการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลแกใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สมัทนา กลางการ และวราพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *การวัดตัวแปรและการวัดผล. ใน: เอกสารประกอบการสอนวิชาหลักวิชาการทางวิทยาศาสตร์*. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุรพงษ์ มาลี. (2561). *รู้จักสังคมสูงอายุและสถานการณ์ผู้สูงอายุ(ในประเทศไทย)*. นนทบุรี: สำนักงาน ก.พ.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2548). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน*. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพรพรรณ ธีรานุตร. (2548). *การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Erwin, W. (1976). *Participation Management: Concept Theory and Implementation*. Atlanta: Georgia State University.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (1990). *The Action Research Reader*. 4rd ed. Geelong: Deakin University Press.
- United Nation. (2015). *World populations ageing 2015*. New York : Author.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. [Online]. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/en/> [Accessed November 10, 2013].



ภาคผนวก

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก
หนังสือรับรองการอนุมัติการวิจัยในมนุษย์

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 098/2563

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Development of a Care Model for the Elderly Dependency by Community Participation, in Tumbon Nampleek Municipality , Muang Amnatcharoen District , Amnatcharoen Province.

ผู้วิจัย : นางภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : พื้นที่ในเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 17 เมษายน 2563

วันหมดอายุ : 16 เมษายน 2564

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....*ภทรี สว่างจิตร์*.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษิษฐาหญิงรัตวี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขซึ่งตั้งที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

.....*ภทรี สว่างจิตร์*.....



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 098/2020

Title : The Development of a Care Model for the Elderly Dependency by Community Participation, in Tumbon Nampleek Municipality , Muang Amnatcharoen District , Amnatcharoen Province.

Principal Investigator : Mrs.Phatthranit Konkhum

Responsible Department : Faculty of Public Health

Research site : Tumbon Nampleek Municipality, Muang Amnatcharoen District, Amnatcharoen Province.

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 17 April 2020

expire : 16 April 2021

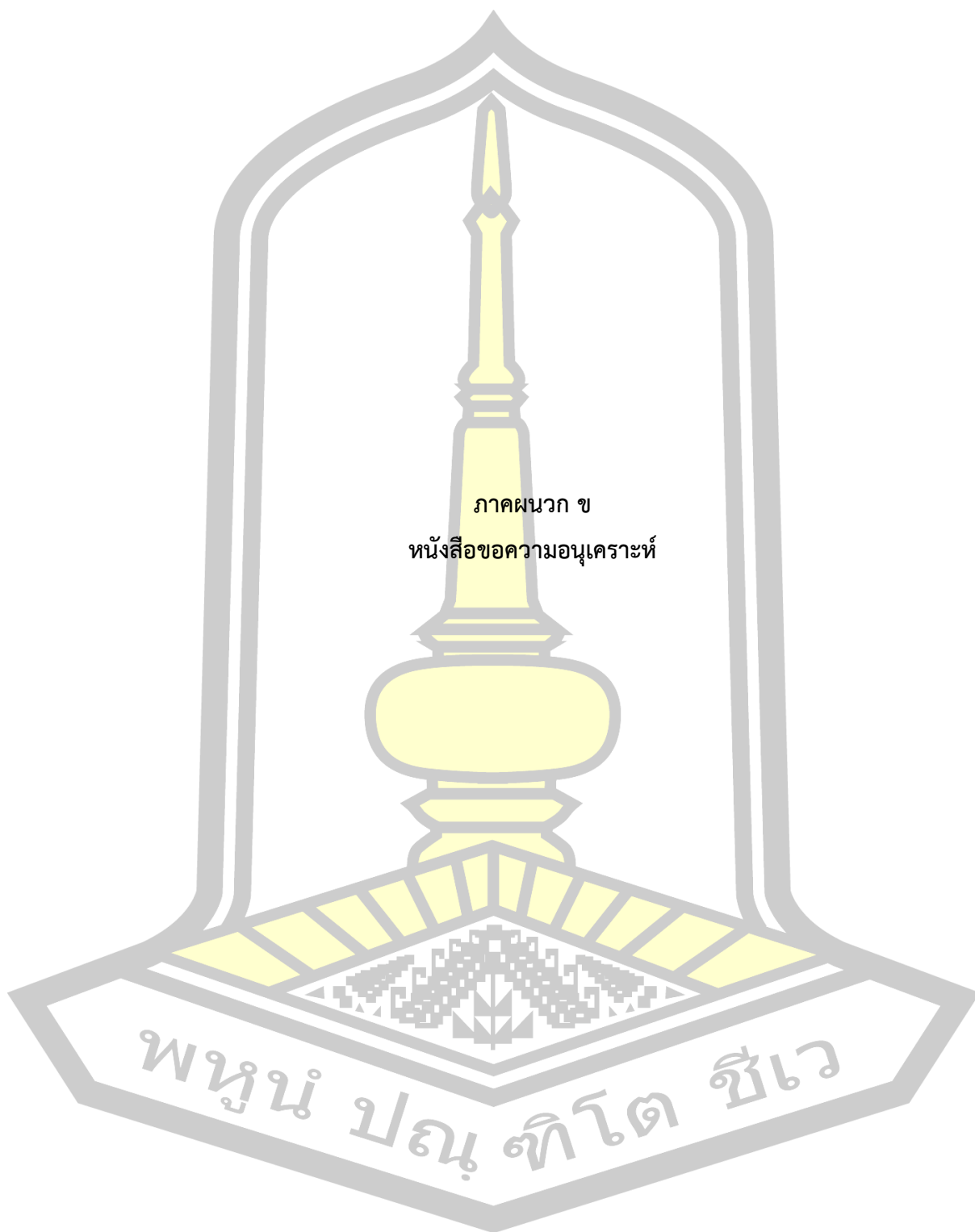
This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Maharakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

Ratree S.

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์

พหุบัณฑิตยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๖๒๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๗ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผศ.ดร.ศรีสุตา รัศมีพงษ์

ด้วย นางภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร และรองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัถยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปได้อย่างเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยารัตน เทิรินไปส์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษา รักษาการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๑๖๙



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๓) มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ดร.วิทยา จิตรมาศ

ด้วย นางภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลัก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร และรองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมลัตยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปได้อย่างเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตินจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป


จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิจารณ เทิรินโปล์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษ รักษาการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒
ผู้ประสานงาน นางภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ โทรศัพท์ ๐๘๖ - ๒๕๗๕๕๑๕

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๖๒๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

ม มกราคม ๒๕๖๓


เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย
เรียน นางสาวปราณี อสุพันธ์

ด้วย นางภัทรานิชฐ์ ก้อนคำ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร และรองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปได้อย่างเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

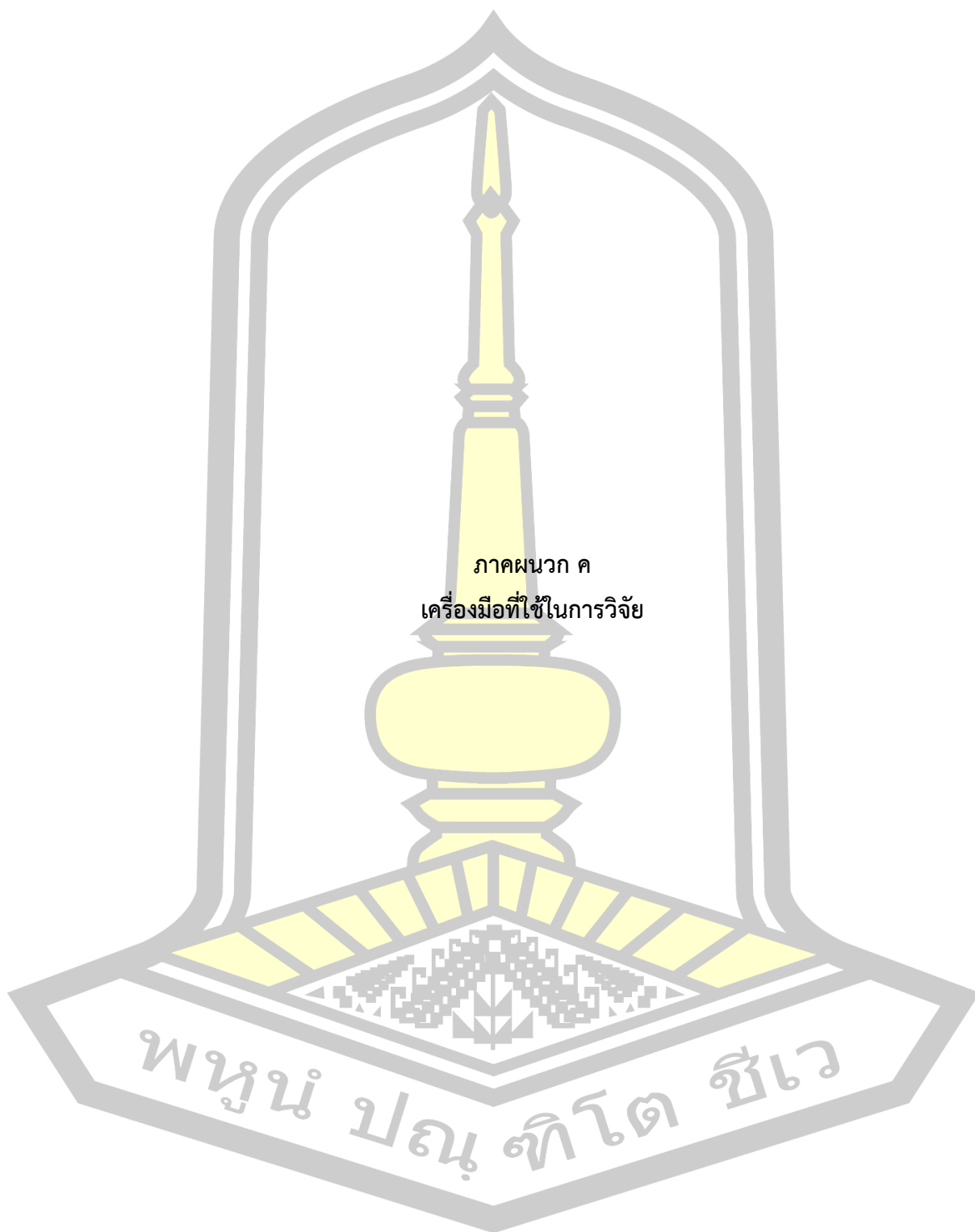
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารการศึกษารักษาการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาล
ตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้ได้รับการดูแล คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
คำชี้แจง

1.แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัด
อำนาจเจริญ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านตอบ
แบบสัมภาษณ์ตามสภาพความเป็นจริง คำตอบที่สมบูรณ์ของท่านมีค่าและมีประโยชน์อย่างยิ่ง โดยจะ
เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานและไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็น
ความลับ ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อตัวท่านแต่อย่างใด

2.แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน 21 ข้อ
ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	จำนวน 26 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร 086 - 2575515

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาล
ตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง และ/หรือข้อความที่ตรงตามความเป็นจริงกับตัวท่าน
ลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1.เพศ

- 1.ชาย 2.หญิง

2.อายุ ปี (เศษอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้ปรับจำนวนเต็ม)

3.สถานภาพ

- 1.โสด 2.สมรส 3.หม้าย 4.หย่าร้าง/แยก

4.ระดับการศึกษา

- 1.ไม่ได้เรียน 2.ประถมศึกษา
 3.มัธยมศึกษา 4.อุดมศึกษา

5.อาชีพ

- 1.เกษตรกร (ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) 2.ค้าขาย
 3.รับจ้าง 4.ข้าราชการเกษียณ ข้าราชการบำนาญ
 5.อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน

6.โรคประจำตัว (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคและตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.โรคหัวใจ 2.โรคมะเร็ง
 3.โรคตับ 4.โรคทางจิต
 5.โรคความดันโลหิตสูง 6.โรคเบาหวาน
 7.โรคไต 8.โรคซึมเศร้า
 9.ข้ออักเสบ 10.หลอดเลือดหัวใจตีบ
 11.โรคทางสมอง 12.อื่นๆ

7.สถานะในครอบครัว

- 1.หัวหน้าครอบครัว 2.สมาชิกในครอบครัว
 3.ผู้อาศัย

จำนวนสมาชิกครอบครัวในปัจจุบัน..... คน

8. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.อาศัยอยู่คนเดียว | <input type="checkbox"/> 2.อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น |
| <input type="checkbox"/> 3.อาศัยอยู่กับบุตรเท่านั้น | <input type="checkbox"/> 4.อาศัยอยู่กับหลานเท่านั้น |
| <input type="checkbox"/> 5.อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร | <input type="checkbox"/> 6.อาศัยอยู่กับคู่สมรสและหลาน |
| <input type="checkbox"/> 7.อาศัยอยู่กับบุตรหลาน | <input type="checkbox"/> 8.อาศัยอยู่กับคนอื่น |
| <input type="checkbox"/> 9.อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน | <input type="checkbox"/> 10.อาศัยอยู่กับ (ระบุ)..... |

9. ผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันมากที่สุด

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | | |
| <input type="checkbox"/> 2. มี (ระบุ) | | |
| <input type="checkbox"/> 1. บุตรสาว | <input type="checkbox"/> 2. บุตรชาย | <input type="checkbox"/> 3. หลาน |
| <input type="checkbox"/> 4. คู่สมรส | <input type="checkbox"/> 5.ญาติพี่น้อง | <input type="checkbox"/> 6. เพื่อนบ้าน |
| <input type="checkbox"/> 7. จ้างผู้ดูแล | <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ | |

10. กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ (จำนวน) คน |
|-----------------------------------|--|

11. สวัสดิการความช่วยเหลือที่ได้รับเป็นจำนวนเงิน

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.....บาท/เดือน | <input type="checkbox"/> 2. เบี้ยผู้พิการ.....บาท/เดือน |
| <input type="checkbox"/> 3. เงินช่วยเหลืออื่นๆ ระบุ.....บาท/.....หน่วยงานสนับสนุน..... | |

12. สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า | <input type="checkbox"/> 2. ชำระเงินเอง |
| <input type="checkbox"/> 3. จ่ายตรง/สิทธิเบิกได้ | <input type="checkbox"/> 4. สิทธิอื่นๆ (ระบุ)..... |

13. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุหรือที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ (เช่น การปฏิบัติตัวในวัยสูงอายุ การทำตัวให้มีสุขภาพดี การจัดการเรื่องเงินในช่วงสูงวัย สิทธิของคนสูงอายุ ฯลฯ) จากแหล่งต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. หอกระจายข่าว | <input type="checkbox"/> 2. แผ่นพับ/ใบปลิว |
| <input type="checkbox"/> 3. วิทยู | <input type="checkbox"/> 4. ป้ายประกาศ/โปสเตอร์ |
| <input type="checkbox"/> 5. โทรทัศน์ | <input type="checkbox"/> 6. อินเทอร์เน็ต/คอมพิวเตอร์ |
| <input type="checkbox"/> 7. หนังสือพิมพ์/นิตยสาร | <input type="checkbox"/> 8. บุคคลต่างๆ (เช่น ผู้นำชุมชน ญาติ เพื่อน ฯลฯ) |

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 21 ข้อ

คำชี้แจง ผู้สูงอายุฟังคำถามจากผู้สัมภาษณ์และตอบคำถาม “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ผู้สัมภาษณ์กรณชาติเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร		
1.การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้รสหวานน้อยเป็นประจำทุกวัน มีประโยชน์ต่อร่างกาย		
2.การกินอาหารไขมันสูง อาหารรส หวาน มัน เค็ม เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู อาหารประเภททอด หรืออาหารและขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เนย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค		
3.เนื่องจากผู้สูงอายุใช้พลังงานลดลง ดังนั้น การบริโภคควรลดอาหารประเภทแป้งลง เพิ่มผักที่มีกากใยมากขึ้น		
4.ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการย่อยอาหาร ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อย แต่เพิ่มจำนวนมื้ออาหาร		
5.ใน 1 วัน ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว		
ความรู้ด้านการออกกำลังกาย		
6.ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไม่ควรออกกำลังกายทุกชนิด		
7.การออกกำลังกายช่วยลดหรือผ่อนคลายความเครียดได้		
8.การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้		
ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล		
9.ผู้สูงอายุควรล้างมือก่อนการรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย		
10.ผู้สูงอายุควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง		
11.ผู้สูงอายุควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้น		
ด้านการป้องกันโรค/อุบัติเหตุ		
12.ผู้สูงอายุที่ดื่มสุรา และอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่เป็นประจำนานๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค		
13.ผู้สูงอายุควรตรวจสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		
14.เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง		
15.ผู้สูงอายุควรได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง		
16.ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจวัดสายตาเป็นประจำทุกปี		
17.ผู้สูงอายุควรลุกนั่งเร็ว เปลี่ยนท่าเร็ว เดินเร็ว จะได้ไม่เกิดอุบัติเหตุ		
18.ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย		
ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต		
19.ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง/กระเพาะอาหาร		
20.เมื่อรู้สึกเครียดควรทำกิจกรรมที่เพลิดเพลินเพื่อผ่อนคลาย เช่น การปลูกต้นไม้		
21.เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ผู้สูงอายุควรคิดหาทางออกให้ได้ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องปรึกษาใคร		

ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ จำนวน 30 ข้อ

คำชี้แจง ผู้สูงอายุฟังคำถามจากผู้สัมภาษณ์และตอบคำถาม ผู้สัมภาษณ์กรณชาติเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด ข้อละ 1 คำตอบ โดยมีคำตอบ 3 ตัวเลือก ดังนี้

มาก/ทุกครั้ง	หมายถึง มีการดูแลทุกวัน/เกือบทุกวัน	เท่ากับ 3 คะแนน
ปานกลาง/บางครั้ง	หมายถึง มีการดูแลสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อย/ไม่เคยเลย	หมายถึง ไม่เคยได้รับการดูแลเลย	เท่ากับ 1 คะแนน

การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการดูแล		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
ด้านการบริโภคอาหาร			
1.ผู้ดูแลจัดอาหารให้ท่านรับประทานอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน			
2.ผู้ดูแลจัดอาหารให้ท่านรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ และเพิ่มจำนวนมื้ออาหารมากขึ้น			
3.ผู้ดูแลจัดผักต้ม ปรงสุก อ่อนนุ่ม และผลไม้ประเภทที่ไม่หวานมากให้ท่านรับประทาน			
4.ผู้ดูแลจัดอาหารที่ปรงสุกเป็นประจำให้ท่านรับประทาน			
5.ผู้ดูแลจัดอาหารที่มีรสชาติ ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม ให้ท่านรับประทาน			
6.ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว			
ด้านการออกกำลังกาย			
7.ท่านได้รับการแนะนำและพาบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
8.ท่านได้รับการแนะนำและพายืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
9.ผู้ดูแลได้แนะนำ พาท่านเดินออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
ด้านการผ่อนคลายความเครียด			
10.ท่านได้รับการช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้พระ/นั่งสมาธิ และนวดผ่อนคลาย			
11.เมื่อมีความเครียด ผู้ดูแลให้ท่านรับประทานยานอนหลับ/ยาระงับประสาท			
12.ผู้ดูแลจัดให้ท่านได้ทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว			
13.ท่านได้รับการดูแลอยู่เป็นเพื่อน คอยพูดคุยให้กำลังใจ			

การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการดูแล		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม			
14.ท่านได้รับการดูแลทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน			
15.ท่านได้รับการดูแลทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัวทุกครั้ง			
16.ท่านได้รับการดูแลทำความสะอาดบริเวณที่นอน			
17.ท่านได้รับการดูแลทำความสะอาดล้างห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง			
18.พื้นในบ้านของท่านลักษณะเท่ากัน ไม่เป็นหลุม หรือมีก้อนหิน เพื่อป้องกันการสะดุดล้ม			
19.ห้องนอนของท่านมีแสงสว่างเพียงพอ จัดสิ่งของเป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน			
20.ห้องน้ำของท่านพื้นแห้งอยู่เสมอ มีราวจับ โถส้วมแบบนั่งราบ			
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล			
21.ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลืออาบน้ำ/เช็ดตัว อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง			
22.ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือสระผม ตัดผม โกนหนวด ตัดเล็บมือ ตัดเล็บเท้า 2 - 3 ครั้ง/สัปดาห์			
23.ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือเปลี่ยนเสื้อผ้า/เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป หลังการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระทุกครั้ง			
24.ท่านได้รับการดูแลทำความสะอาดของปากและฟัน หลังการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ			
ด้านการพยาบาล			
25.ท่านได้รับการวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย			
26.ท่านได้รับการประเมินความถูกต้องของการใช้ยา พร้อมคำแนะนำ			
27.ท่านได้รับการดูแลให้ยาสามัญประจำบ้านเมื่อมีอาการ เช่น ยาบรรเทาปวด คีระชะ ยาบรรเทาอาการปวดท้อง เกลือแร่ ยาสมุนไพรขนาด ประคบ เป็นต้น			
28.ท่านได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ พร้อมคำแนะนำ			
29.ท่านได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า พร้อมคำแนะนำ			
30.ท่านได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมและการบริหารสมอง พร้อมคำแนะนำ			

พูน ปณ ทิโต ชีเว

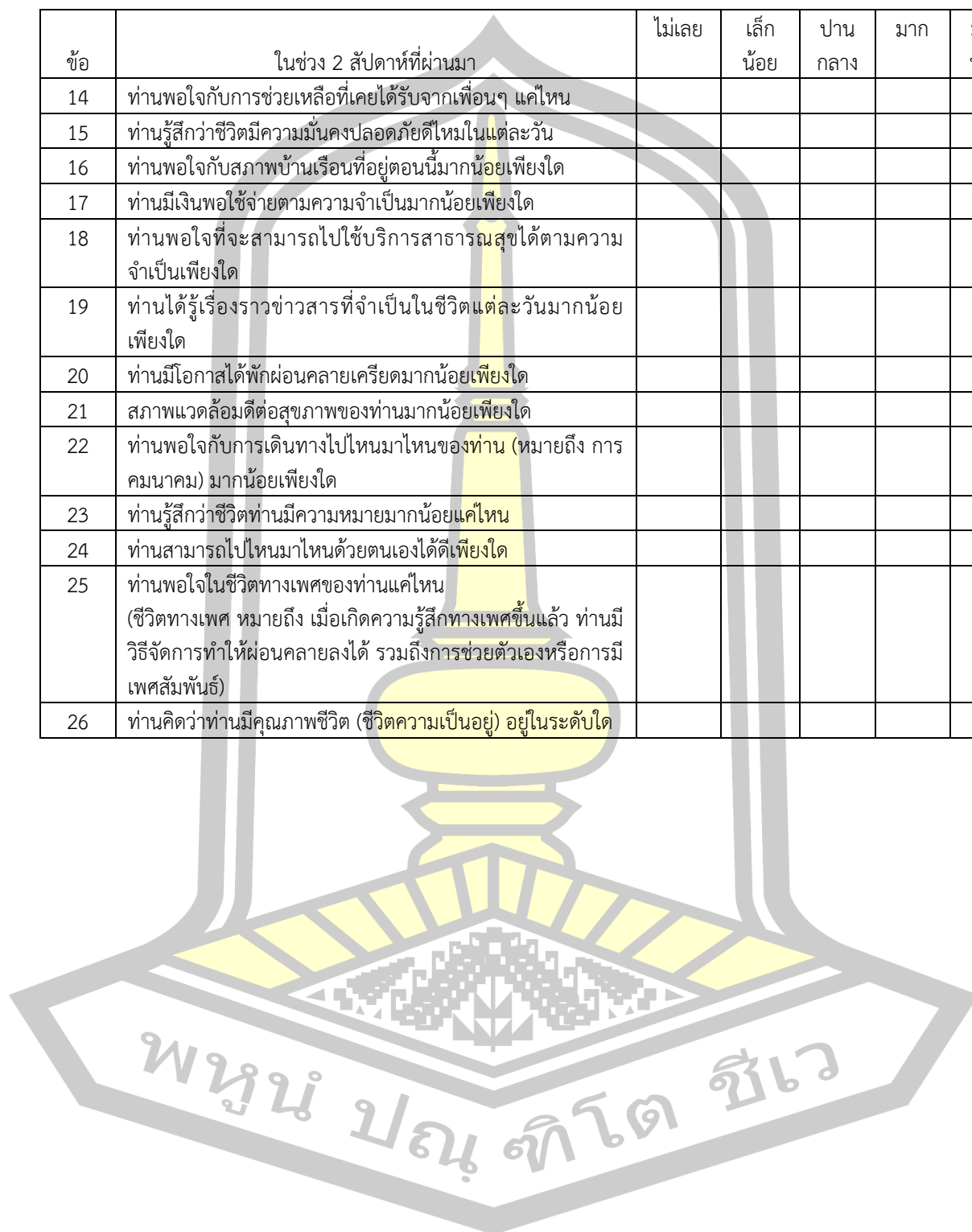
ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้จะใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแยะมาก
เล็กน้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ รู้สึกแยะ
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยะระดับกลางๆ
มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ พอใจมากที่สุด

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาล
ตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ชุดที่ 2 สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม คือ ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลีก ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 4 ส่วน ดังนี้

คำชี้แจง

1.แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านตอบแบบสัมภาษณ์ตามสภาพความเป็นจริง คำตอบที่สมบูรณ์ของท่านมีค่าและมีประโยชน์อย่างยิ่ง โดยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานและไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อตัวท่านแต่อย่างใด

2.แบบสอบถามผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	จำนวน 15 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร 086 - 2575515

แบบสอบถามผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ
เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาล
ตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง และ/หรือข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง
 กับตัวท่านลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1.เพศ

- 1.ชาย 2.หญิง

2.อายุ ปี (เศษอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปให้ปรับจำนวนเต็ม)

3.ระดับการศึกษา

- 1.ต่ำกว่าปริญญาตรี 2.ปริญญาตรี
 3.ปริญญาโท 4.อื่นๆ (ระบุ).....

4.อาชีพ

- 1.เกษตรกร (ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) 2.ค้าขาย
 3.รับจ้าง 4.ข้าราชการเกษียณ ข้าราชการบำนาญ
 5.อื่นๆ ระบุ.....

5.ตำแหน่งในชุมชน

- 1.นายกเทศมนตรี 2.ปลัดเทศบาล
 3.ผู้นำชุมชน 4.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 5.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6.อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
 7.อื่นๆ (ระบุ).....

6.บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

- 1.คณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 2.คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 3.ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ
 4.ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager)
 5.ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)
 6.อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
 7.อื่นๆ (ระบุ).....

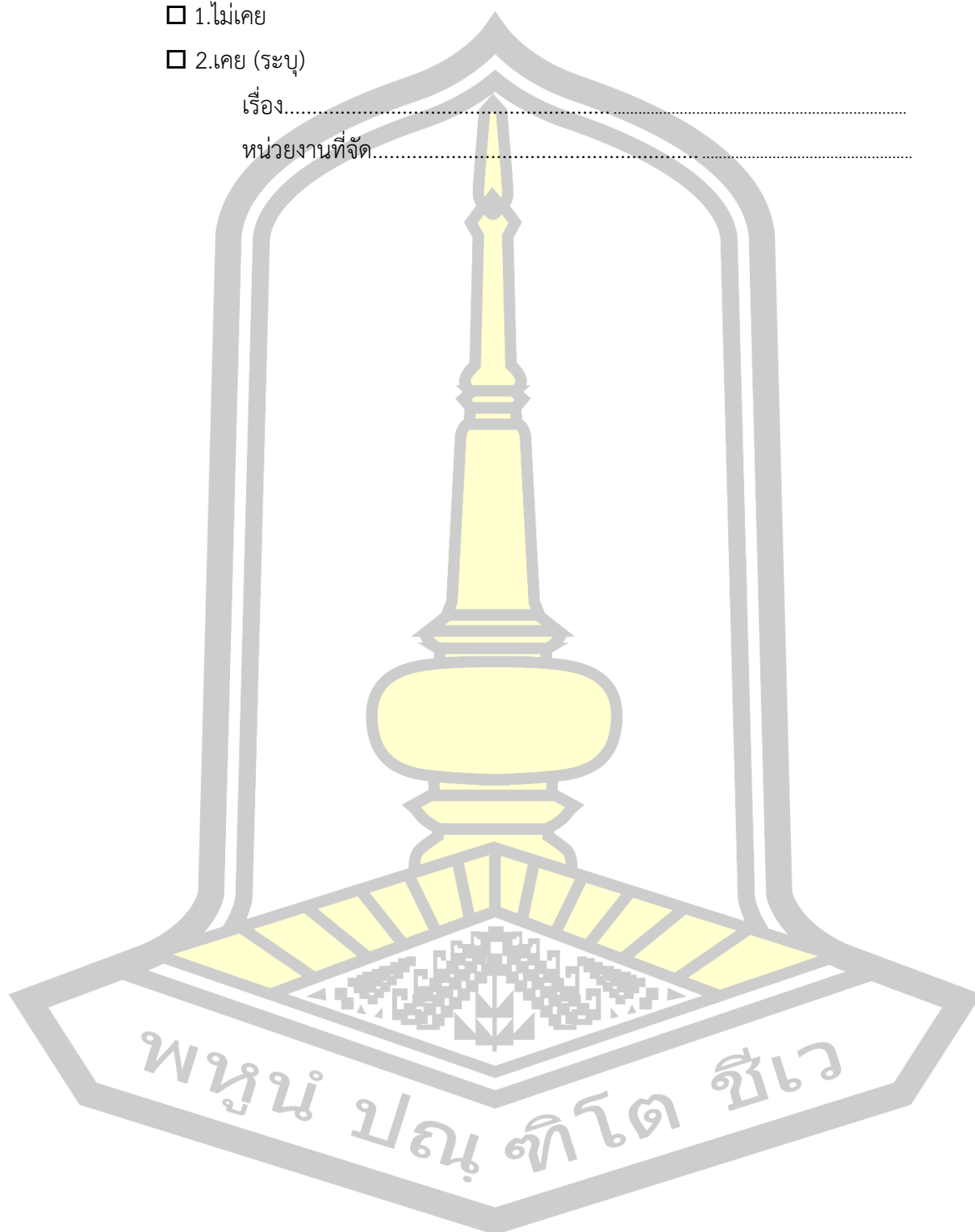
7.ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ปี

8.การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

 1.ไม่เคย 2.เคย (ระบุ)

เรื่อง.....

หน่วยงานที่จัด.....



ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 16 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง แต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
ด้านการมีภาวะพึ่งพิง			
1	ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ		
2	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยเท่านั้น		
3	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 0 - 11 คะแนน		
ด้านการบริหารผู้สูงอายุ			
4	หากผู้สูงอายุได้ยินไม่ชัดเจน หรือหูตึง ควรตะโกนพูดเสียงดัง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยินชัดเจนขึ้น		
5	ไม่ควรใช้คำถามว่า “ทำไม” ถามผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัด เหมือนถูกตำหนิ		
6	หากผู้สูงอายุท้องผูกเป็นประจำ ผู้ดูแลควรให้ยาระบายทุกวันเพื่อไม่ให้รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง		
7	ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลากลางวัน เนื่องจากไตเสื่อม ทำหน้าที่ได้ลดลง		
8	วัยสูงอายุ การเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลายชนิดครบทั้งอาหารหลัก 5 หมู่ แต่ปริมาณควรลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว		
9	นอกจากอาหาร 3 หมู่หลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วย เพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ		
10	ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ		
11	การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุ ต้องทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือกและลิ้นด้วย		
12	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ นาน 30 นาทีต่อครั้ง		
13	หากมีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อ ขณะออกกำลังกายควรหยุดออกกำลังกายทันที		
14	หากผู้สูงอายุมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้แพ้ฟกช้ำขนาดครึ่งโดยเร็ว		
15	หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด		
16	การฝึกลมหายใจเข้าออก สามารถผ่อนคลายความเครียดได้		

ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่านผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ข้อละ 1 คำตอบ โดยมีคำตอบ 3 ตัวเลือก ดังนี้

มาก/ทุกครั้ง	หมายถึง มีการดูแลทุกวัน/เกือบทุกวัน	เท่ากับ 3 คะแนน
ปานกลาง/บางครั้ง	หมายถึง มีการดูแลสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อย/ไม่เคยเลย	หมายถึง ไม่เคยได้รับการดูแลเลย	เท่ากับ 1 คะแนน

การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการดูแล		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
ด้านการบริโภคอาหาร			
1.ท่านช่วยจัดอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทานหลากหลายไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน			
2.ท่านช่วยจัดอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทานครั้งละน้อยๆ และเพิ่มจำนวนมื้ออาหารมากขึ้น			
3.ท่านช่วยจัดผักต้ม ปรงสุก อ่อนนุ่ม และผลไม้ประเภทที่ไม่หวานมากให้ผู้สูงอายุรับประทาน			
4.ท่านช่วยจัดอาหารที่ปรงสุกเป็นประจำให้ผู้สูงอายุได้รับประทาน			
5.ท่านช่วยจัดอาหารที่มีรสชาติ ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม ให้ผู้สูงอายุรับประทาน			
6.ท่านช่วยดูแลให้ผู้สูงอายุได้ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว			
ด้านการออกกำลังกาย			
7.ท่านให้การแนะนำและพาบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
8.ท่านให้การแนะนำและพายืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
9.ท่านได้แนะนำ และพาผู้สูงอายุเดินออกกำลังกายหรือบริหารร่างกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
ด้านการผ่อนคลายความเครียด			
10.ท่านได้ดูแลให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้พระ/นั่งสมาธิ และนวดผ่อนคลาย			
11.เวลาผู้สูงอายุมีความเครียด ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับประทานยานอนหลับ/ยาระงับประสาท			
12.ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว			
13.ท่านช่วยดูแลอยู่เป็นเพื่อน คอยพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ			

การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการดูแล		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม			
14. ทำนดูแลทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน			
15. ทำนดูแลทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัวทุกครั้ง			
16. ทำนดูแลทำความสะอาดบริเวณที่นอน			
17. ทำนดูแลทำความสะอาดล้างห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง			
18. ทำนดูแลพื้นในบ้านให้มีลักษณะเท่ากัน ไม่เป็นหลุม หรือมีก้อนหิน เพื่อป้องกันการสะดุดล้ม			
19. ทำนดูแลห้องนอนของผู้สูงอายุมีแสงสว่างเพียงพอ จัดสิ่งของเป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน			
20. ทำนดูแลห้องน้ำให้พื้นแห้งอยู่เสมอ มีราวจับ โถส้วมแบบนั่งราบ			
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล			
21. ทำนได้ดูแลช่วยเหลืออาบน้ำ/เช็ดตัว อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง			
22. ทำนดูแลช่วยเหลือสระผม ตัดผม โกนหนวด ตัดเล็บมือ ตัดเล็บเท้า 2 - 3 ครั้ง/สัปดาห์			
23. ทำนดูแลช่วยเหลือเปลี่ยนเสื้อผ้า/เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป หลังการขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระทุกครั้ง			
24. ทำนดูแลทำความสะอาดของปากและฟัน หลังการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ			
ด้านการพยาบาล			
25. ทำนดูแลวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย			
26. ทำนดูแลประเมินความถูกต้องของการใช้ยา พร้อมคำแนะนำ			
27. ทำนดูแลให้ยาสามัญประจำบ้านเมื่อมีอาการ เช่น ยาบรรเทาปวดศีรษะ ยาบรรเทาอาการปวดท้อง เกลือแร่ ยาสมุนไพรชนิด รับประทาน เป็นต้น			
28. ทำนดูแลประเมินภาวะโภชนาการ พร้อมคำแนะนำ			
29. ทำนดูแลประเมินภาวะซึมเศร้า พร้อมคำแนะนำ			
30. ทำนดูแลประเมินภาวะสมองเสื่อมและการบริหารสมอง พร้อมคำแนะนำ			

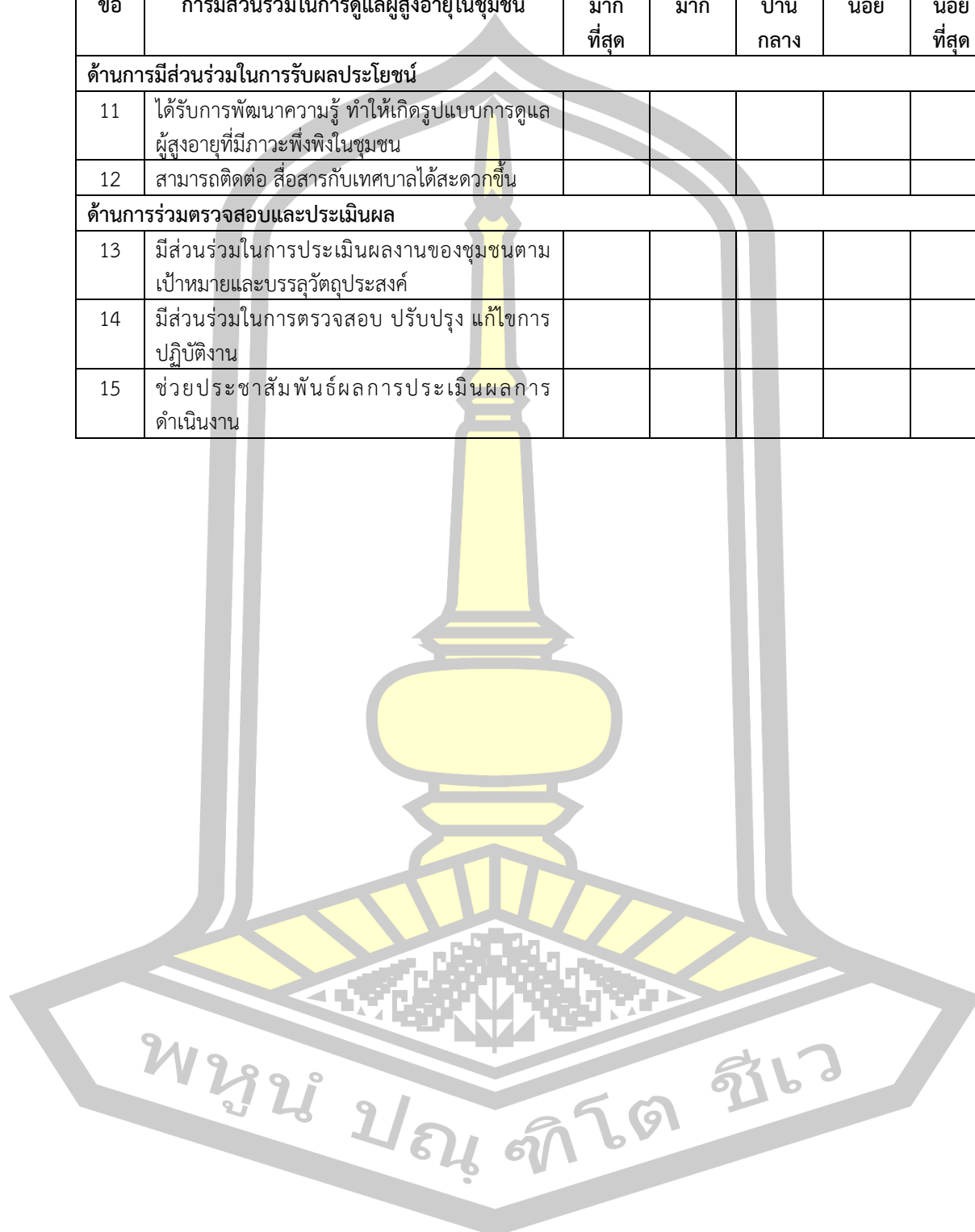
พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่านผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

ข้อ	การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการร่วมค้นปัญหาและตัดสินใจ						
1	มีส่วนร่วมในการค้นหา สาเหตุของปัญหาและแนวทางแก้ไข					
2	มีส่วนร่วมในการประชุม ร่วมอภิปรายเรื่องต่างๆ ในที่ประชุมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
3	มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
ด้านการร่วมวางแผน/การจัดทำแผนด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน						
4	มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ/แกนนำชุมชน					
5	มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน/โครงการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
6	มีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนปฏิบัติงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
ด้านการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน						
7	ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขข้อบกพร่องในการทำงาน					
8	ร่วมให้การสนับสนุนวัสดุหรือบริจาคเงินในการดำเนินงานในชุมชน					
9	มีส่วนร่วมกับเทศบาลในการเข้ารับการฝึกอบรม เสริมสร้างความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
10	ร่วมกิจกรรมพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ/การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					

ข้อ	การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	ระดับการมีส่วนร่วม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์						
11	ได้รับการพัฒนาความรู้ ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน					
12	สามารถติดต่อ สื่อสารกับเทศบาลได้สะดวกขึ้น					
ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล						
13	มีส่วนร่วมในการประเมินผลงานของชุมชนตามเป้าหมายและบรรลุตฤประสงค์					
14	มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไขการปฏิบัติงาน					
15	ช่วยประชาสัมพันธ์ผลการประเมินผลการดำเนินงาน					



แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

1.ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

.....

.....

.....

.....

2.ด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

.....

.....

.....

.....

3.ด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

.....

.....

.....

.....

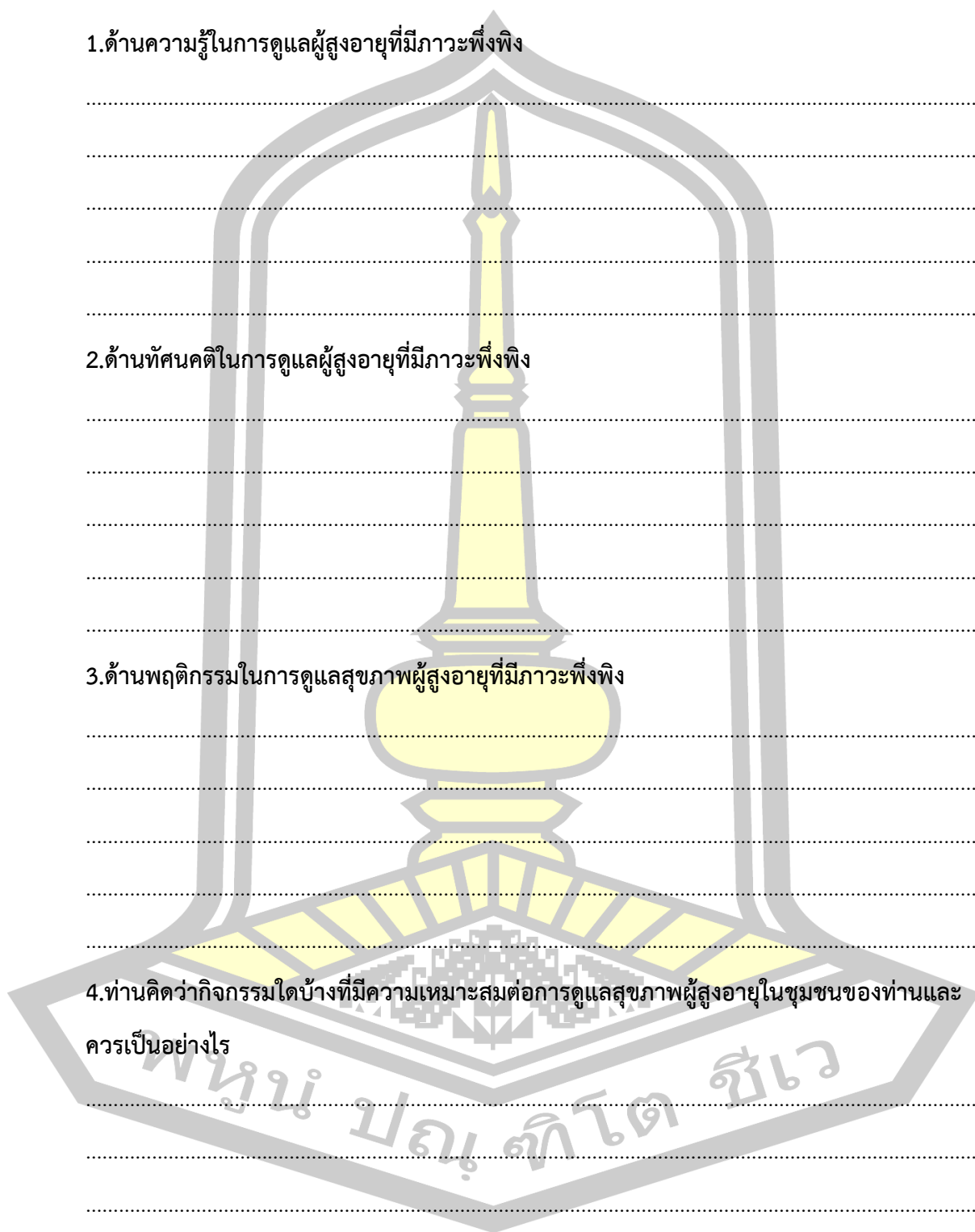
4.ท่านคิดว่ากิจกรรมใดบ้างที่มีความเหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของท่านและควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....



แบบสังเกต

การประชุมการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประเด็นที่สังเกต	รายละเอียด
การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมเป็นอย่างไร	
1.จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม	1.ชาย.....คน 2.หญิง.....คน รวมทั้งหมด.....คน
2.ประเภทผู้เข้าร่วมประชุม	
3.การเสนอความคิด	
4.การร่วมอภิปราย	
5.เป็นที่ปรึกษากลุ่ม	
6.ช่วยวิเคราะห์ปัญหา	
7.ช่วยสรุปประเด็นสำคัญ	
8.การเสนอตัวรับผิดชอบ	
9.ชี้แนะเพื่อนร่วมกลุ่ม	
10.อื่นๆ ระบุ	

สรุปสถานการณ์ สภาพที่เป็นจริง ตามข้อสรุปของที่ประชุม

.....

.....

บันทึกการถอดบทเรียน

1.ความเป็นมาของกิจกรรม

.....

.....

.....

2.วัตถุประสงค์ในการถอดบทเรียน

.....

.....

.....

3.เปรียบเทียบการปฏิบัติตามแผน จุดแข็ง จุดอ่อน

.....

.....

.....

4.สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้

.....

.....

.....

5.ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

6.ข้อค้นพบใหม่

.....

.....

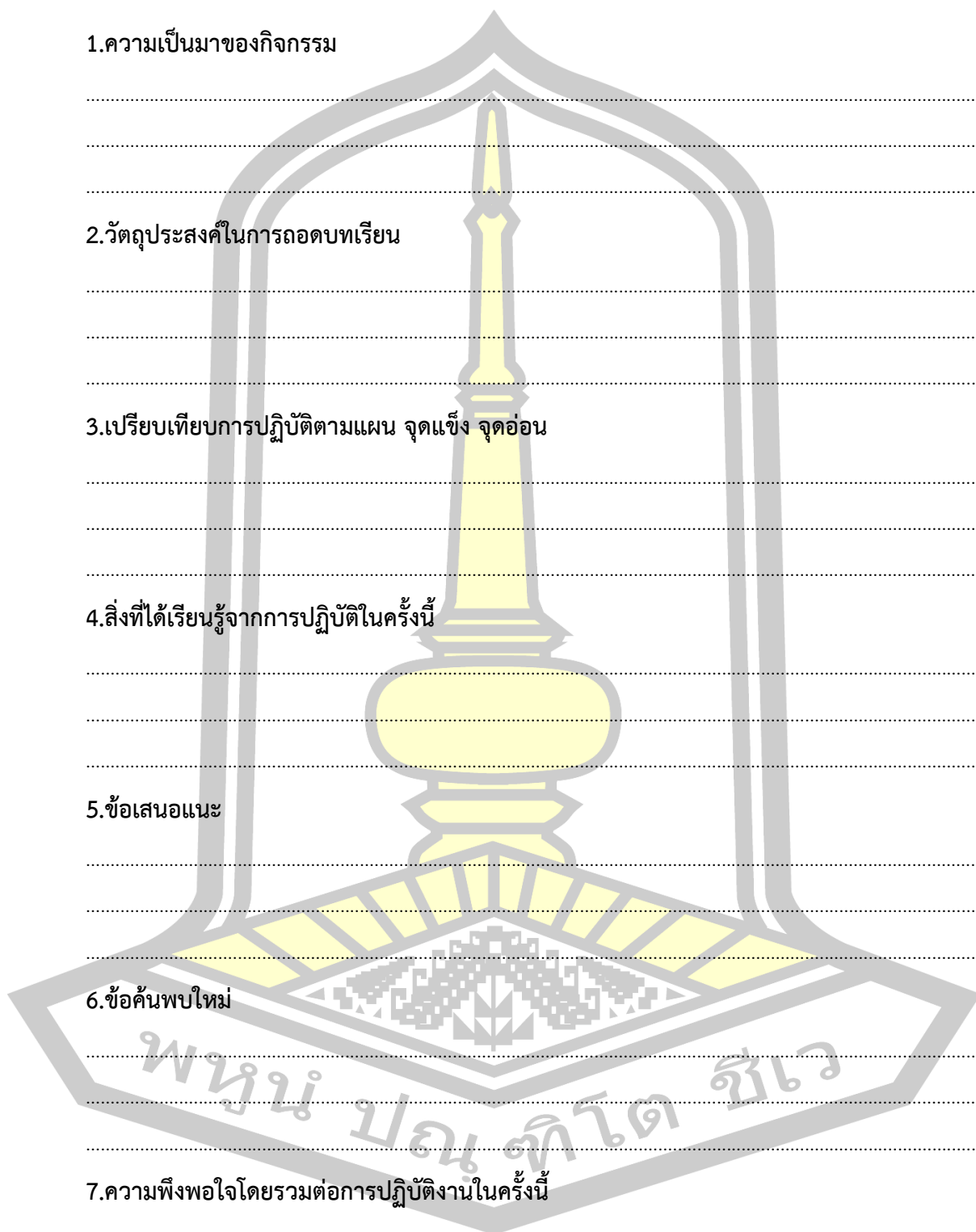
.....

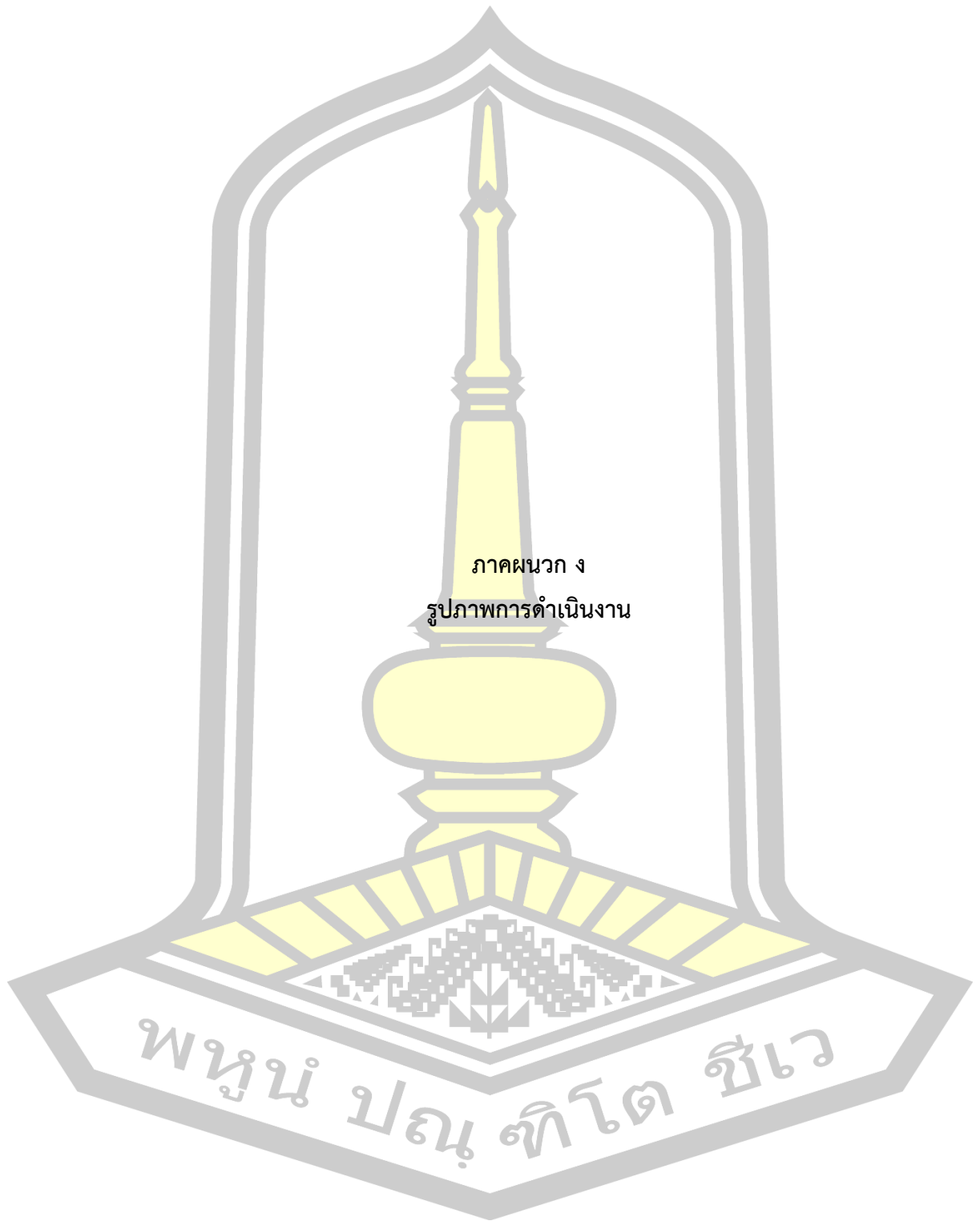
7.ความพึงพอใจโดยรวมต่อการปฏิบัติงานในครั้งนี้

.....

.....

.....





ภาคผนวก ง
รูปภาพการดำเนินงาน

พหุ ประจักษ์ ชัยเว

การวางแผนการดำเนินงาน



การวางแผนร่วมกับครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



การประชุมสนทนากลุ่ม (Group Discussion) กับกลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย



การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย



การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย



การประชุมสรุปผลการดำเนินการและถอดบทเรียน



การจัดนิทรรศการกองทุน LTC ต้นแบบดีเด่น



การจัดนิทรรศการกองทุน LTC ต้นแบบดีเด่น



รางวัล ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Care Manager : CM) ดีเด่น
นางภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ CM เทศบาลตำบลน้ำปริก



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางภัทรานิษฐ์ ก้อนคำ
วันเกิด	วันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดอำนาจเจริญ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 24 หมู่ 10 ตำบลคำพระ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ รหัสไปรษณีย์ 37240
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ รหัสไปรษณีย์ 37000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2539 ประถมศึกษา โรงเรียนเทศบาล 2 สามัคคีวัฒนา ตำบลในเมือง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร พ.ศ. 2545 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนยโสธรพิทยาคม ตำบลในเมือง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร พ.ศ. 2548 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2551 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2564 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ ปรณ ทิโต ชีเว