



การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง
ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

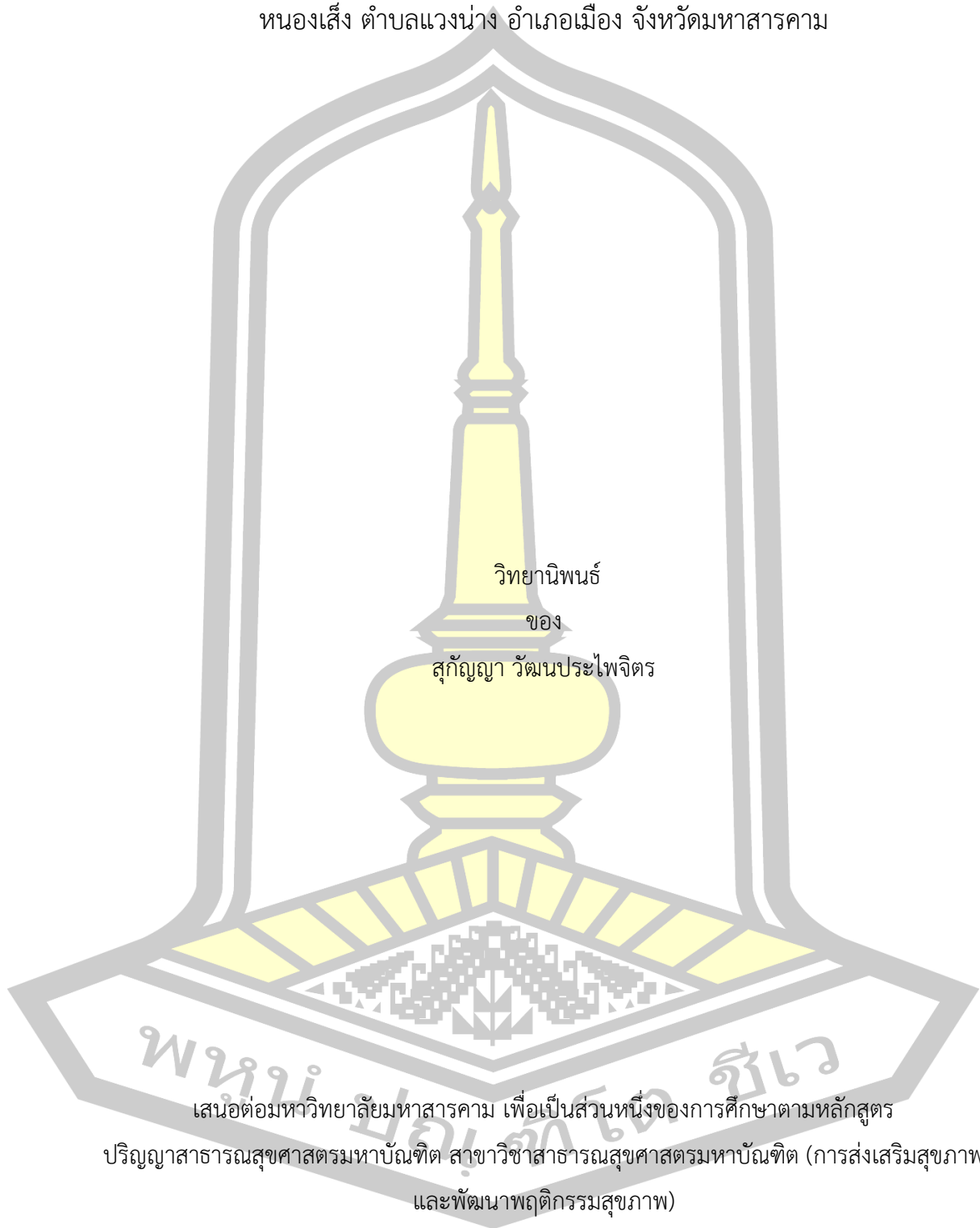
วิทยานิพนธ์
ของ
สุกัญญา วัฒนประไพจิตร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ)

พฤศจิกายน 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้าน
หนองเส็ง ตำบลเวียงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม



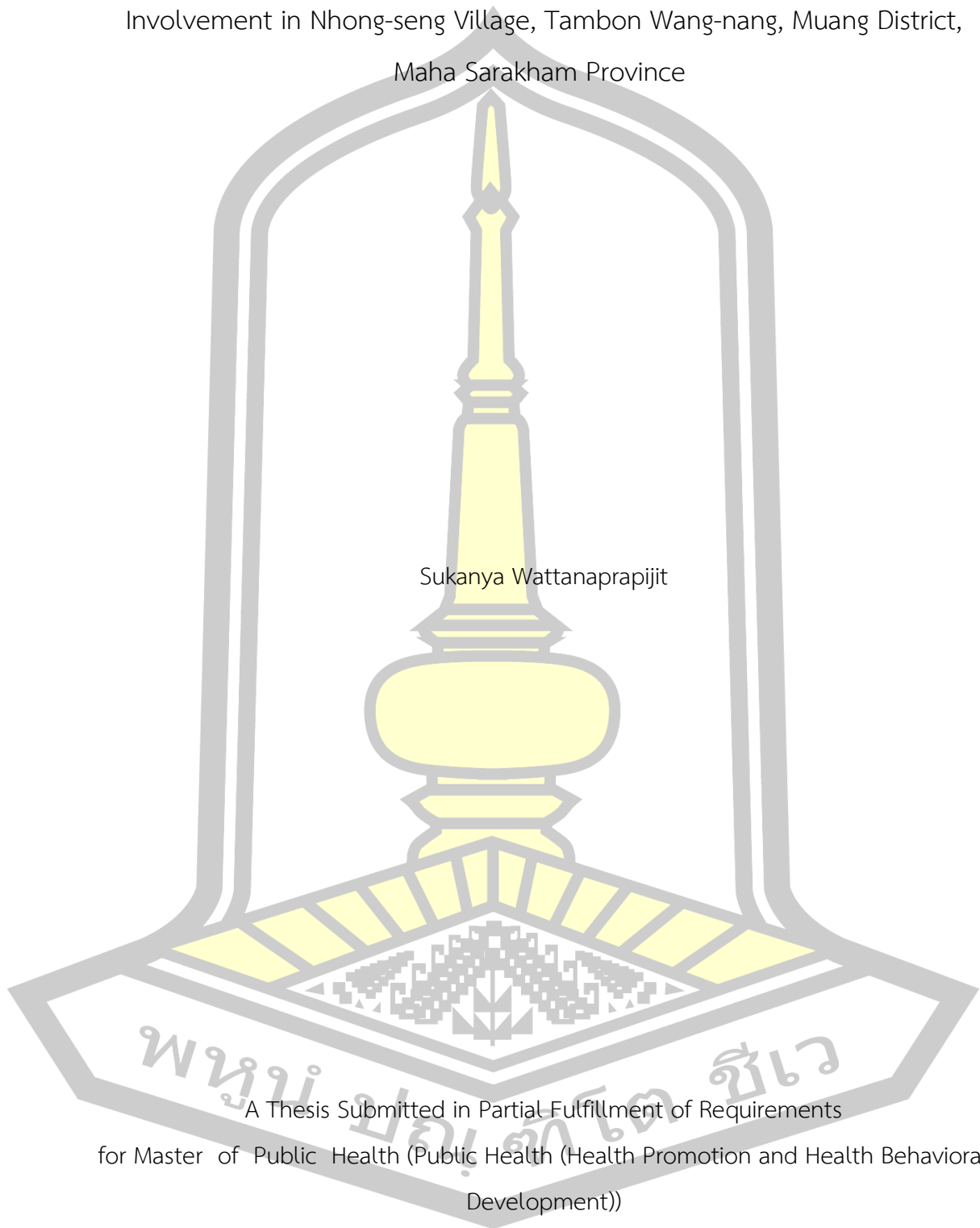
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ)

พฤศจิกายน 2561

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Health Care Model for Homebound Elderly by Community
Involvement in Nhong-seng Village, Tambon Wang-nang, Muang District,
Maha Sarakham Province

Sukanya Wattanaprajit



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Promotion and Health Behavioral
Development))

November 2018

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสุกัญญา วัฒนประไพจิตร แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สุ่มัทนา กลางคาร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์)

กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. ศิริลักษณ์ วรไวย)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผศ. ดร. กฤษณ์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน.....ปี.....

| | | | |
|-------------------------|--|-------------------|--|
| ชื่อเรื่อง | การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม | | |
| ผู้วิจัย | สุกัญญา วัฒนประไพจิตร | | |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | รองศาสตราจารย์ ดร. สุภัทนา กลางคาร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ | | |
| ปริญญา | สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต | สาขาวิชา | สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ) |
| มหาวิทยาลัย | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม | ปีการศึกษา | 2561 |

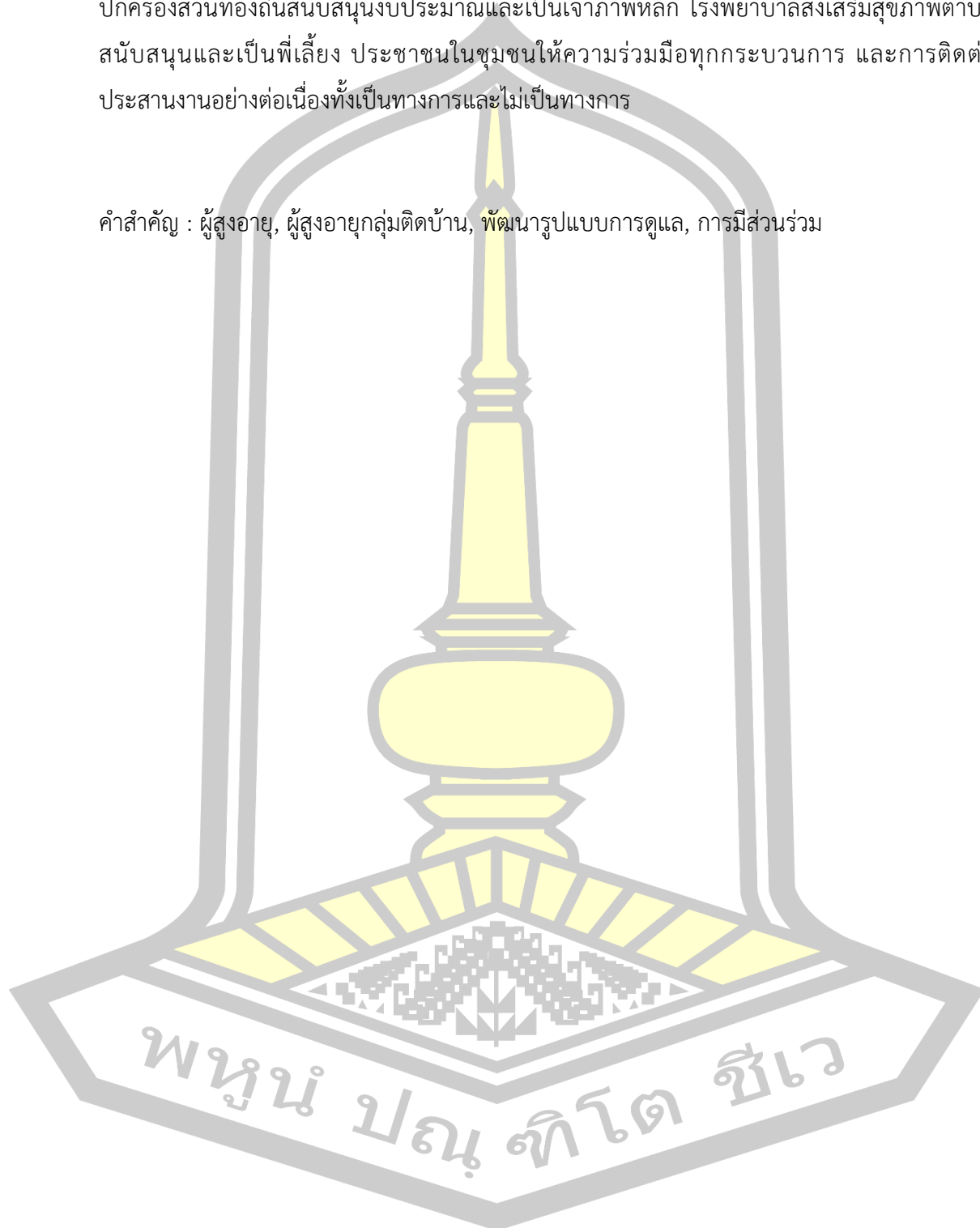
บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 20 คน และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 31 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) การวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) ปฏิบัติตามแผน 4) นิเทศติดตาม 5) สรุปผลและถอดบทเรียน เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้แนวคิด WANG NANG Model ประกอบไปด้วย W (We) คือพวกเราทุกคน ทุกภาคส่วน A (Attitude) การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ N (Non- communicable disease: NCD) การลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง G (Giver) การให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งจากคนในครอบครัว ลูกหลานและคนในชุมชน N (Network) เครือข่ายร่วมปฏิบัติงานผ่านทุกช่องทางการติดต่อ สื่อสาร A (Appreciate) การเสริมพลังทางบวก N (Nursing Process) การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน G : (Good Governance) การบริหารจัดการที่ดี มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ มีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรม

โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ ประกอบด้วย มีผู้นำชุมชนดี เข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการ และการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, พัฒนารูปแบบการดูแล, การมีส่วนร่วม



| | | | |
|-------------------|---|--------------|--|
| TITLE | Development of Health Care Model for Homebound Elderly by Community Involvement in Nhong-seng Village, Tambon Wang-nang, Muang District, Maha Sarakham Province | | |
| AUTHOR | Sukanya Wattanaprajit | | |
| ADVISORS | Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D. Assistant Professor Rutchanun Srisupak , Dr.P.H. | | |
| DEGREE | Master of Public Health | MAJOR | Public Health (Health Promotion and Health Behavioral Development) |
| UNIVERSITY | Maharakham University | YEAR | 2018 |

ABSTRACT

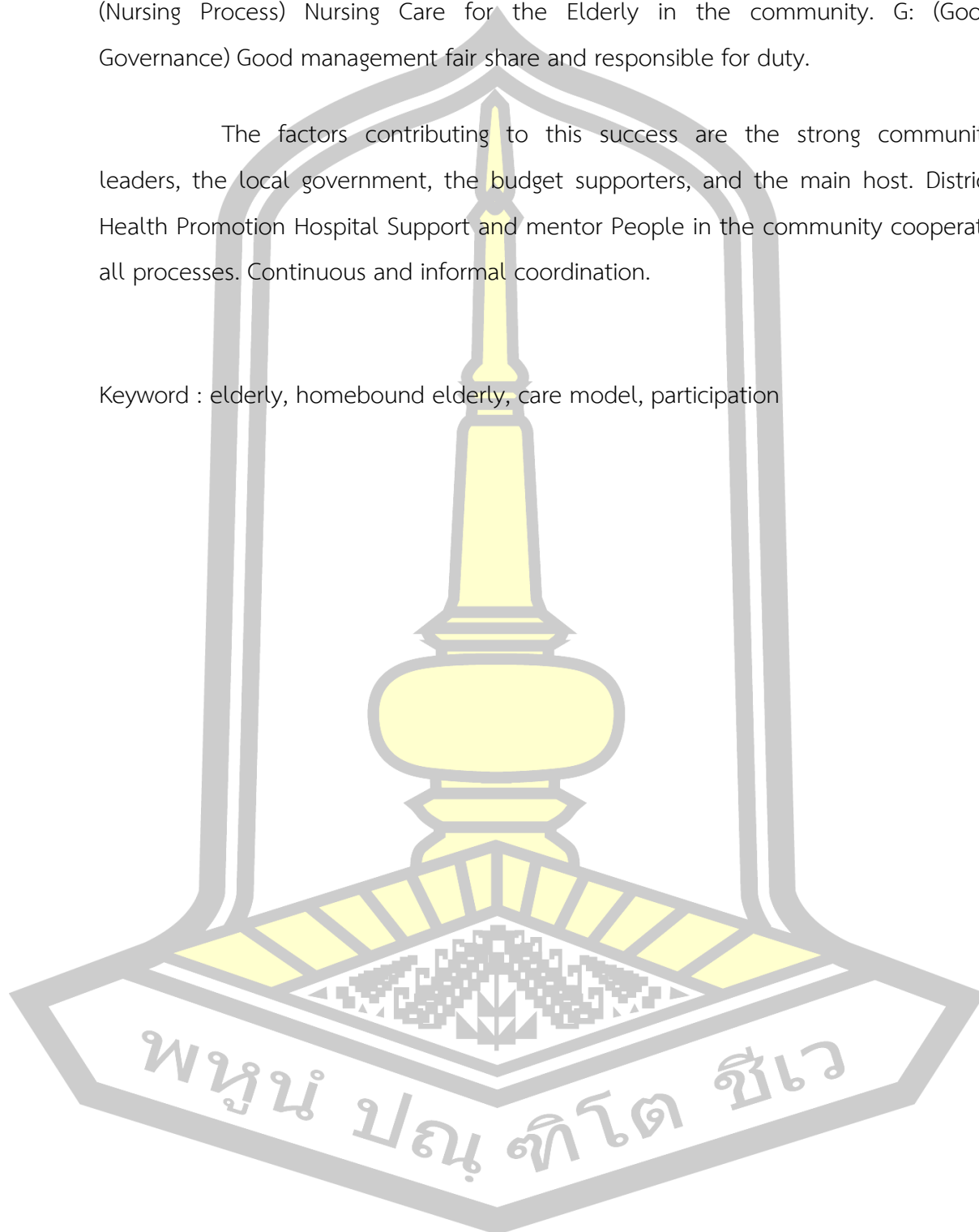
This study is an action research. The purpose of this study was to investigate the development of the health care model of the elderly in Baan Nong Seng community, Mueang District, Maha Sarakham Province. By the concept of participation. A sample of this study was selected purposively including 20 stakeholders and 31 homebound elderly people. Data were collected by quantitative and qualitative approaches. Then, data were analyzed by descriptive statistics such as, frequency, percentage, mean, standard deviation and qualitative data used content analysis.

The results showed that the development process consisted of 5 phases: 1) context analyses, 2) operating action plans, 3) operating activities, 4) supervision the activities 5) evaluation and after action reviews form to the model of health care for homebound elderly people with a community involvement by WANG NANG Model to composed of W (We), all of us in all sectors A (Attitude) to modify good attitude towards for elderly people N (Non-communicable disease: NCD) Reduction of complications from chronic non-communicable disease G (Giver) Care for the elderly from the family and people in the community N (Network) Network. Co-

operate through all communication channels. A (Appreciate). Positive Energy N (Nursing Process) Nursing Care for the Elderly in the community. G: (Good Governance) Good management fair share and responsible for duty.

The factors contributing to this success are the strong community leaders, the local government, the budget supporters, and the main host. District Health Promotion Hospital Support and mentor People in the community cooperate all processes. Continuous and informal coordination.

Keyword : elderly, homebound elderly, care model, participation



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นางนวรรตน์ บุญนาน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแกดำ และนายมาวิน ทับแสง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดำ ที่ให้คำปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขความถูกต้องของเครื่องมือการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณพิสมัย ศรีทำนา ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในเรื่องข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คุณช่อชญา เคร้าส์ และผู้สูงอายุบ้านหนองเส็ง ผู้นำชุมชนรวมถึงพี่น้องประชาชนบ้านหนอง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุรุ่นเยาว์ (Caregiver Smart Junior) บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง จังหวัดมหาสารคาม ที่เข้าร่วม สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแว้ง เทศบาลตำบลแว้งนาง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม

สุดท้ายขอขอบพระคุณ ครอบครัว และพี่น้องที่คอยเป็นกำลังใจ ตลอดจนให้ความรัก ความห่วงใยตลอดมา และทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่นำไปศึกษาค้นคว้า เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา และเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งต่อไป

พูนุ ปรณ ทิโต ชีเว

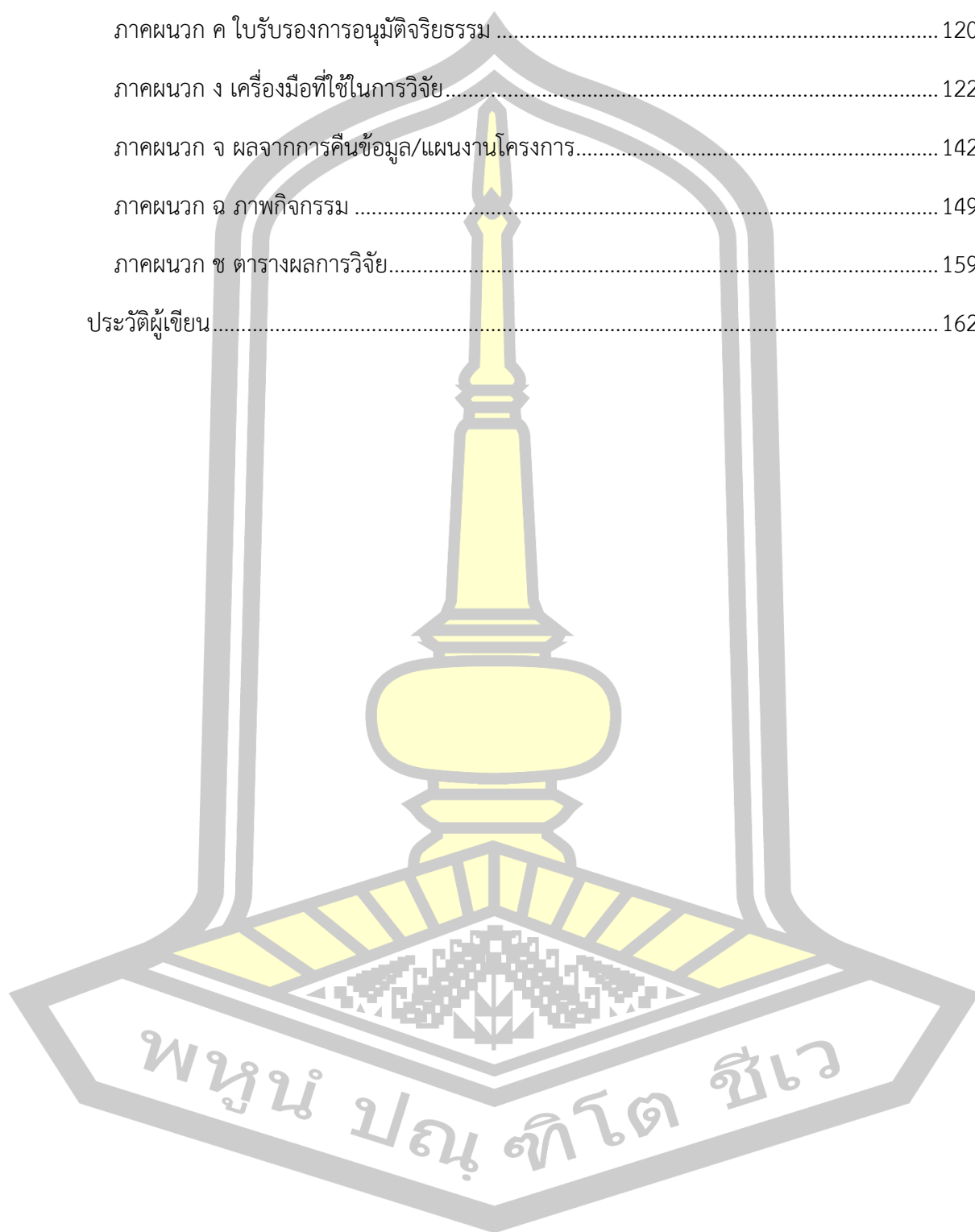
สุกัญญา วัฒนประไพจิตร

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | ฉ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ช |
| สารบัญ..... | ณ |
| สารบัญตาราง..... | ฉ |
| สารบัญภาพประกอบ..... | ฅ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| 1.1 ภูมิหลัง..... | 1 |
| 1.2 คำถามในการวิจัย..... | 5 |
| 1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย..... | 5 |
| 1.4 ขอบเขตของการวิจัย..... | 5 |
| 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 6 |
| บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล..... | 8 |
| 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ..... | 8 |
| 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ..... | 16 |
| 2.3 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)..... | 22 |
| 2.4 แผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว”ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2554- 2556)..... | 26 |
| 2.5 นโยบายรัฐบาลด้านผู้สูงอายุ..... | 31 |
| 2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)..... | 34 |
| 2.7 บริบทชุมชน..... | 38 |

| | |
|--|-----|
| 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 41 |
| 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 48 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 49 |
| 3.1 รูปแบบการวิจัย | 49 |
| 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 50 |
| 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 51 |
| 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ | 55 |
| 3.5 การรวบรวมข้อมูล..... | 56 |
| 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล | 57 |
| 3.7 การพิจารณาด้านจริยธรรม | 57 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย | 59 |
| 4.1 ข้อมูลสถานการณ์ | 59 |
| 4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม | 71 |
| 4.3 ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม..... | 85 |
| 4.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม..... | 94 |
| บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 98 |
| 5.1 สรุปผล..... | 98 |
| 5.2 อภิปรายผล | 102 |
| 5.3 ข้อเสนอแนะ | 106 |
| บรรณานุกรม..... | 108 |
| ภาคผนวก..... | 113 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ..... | 114 |

| | |
|--|-----|
| ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์..... | 116 |
| ภาคผนวก ค ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรม..... | 120 |
| ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 122 |
| ภาคผนวก จ ผลจากการคืนข้อมูล/แผนงานโครงการ..... | 142 |
| ภาคผนวก ฉ ภาพกิจกรรม..... | 149 |
| ภาคผนวก ช ตารางผลการวิจัย..... | 159 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 162 |



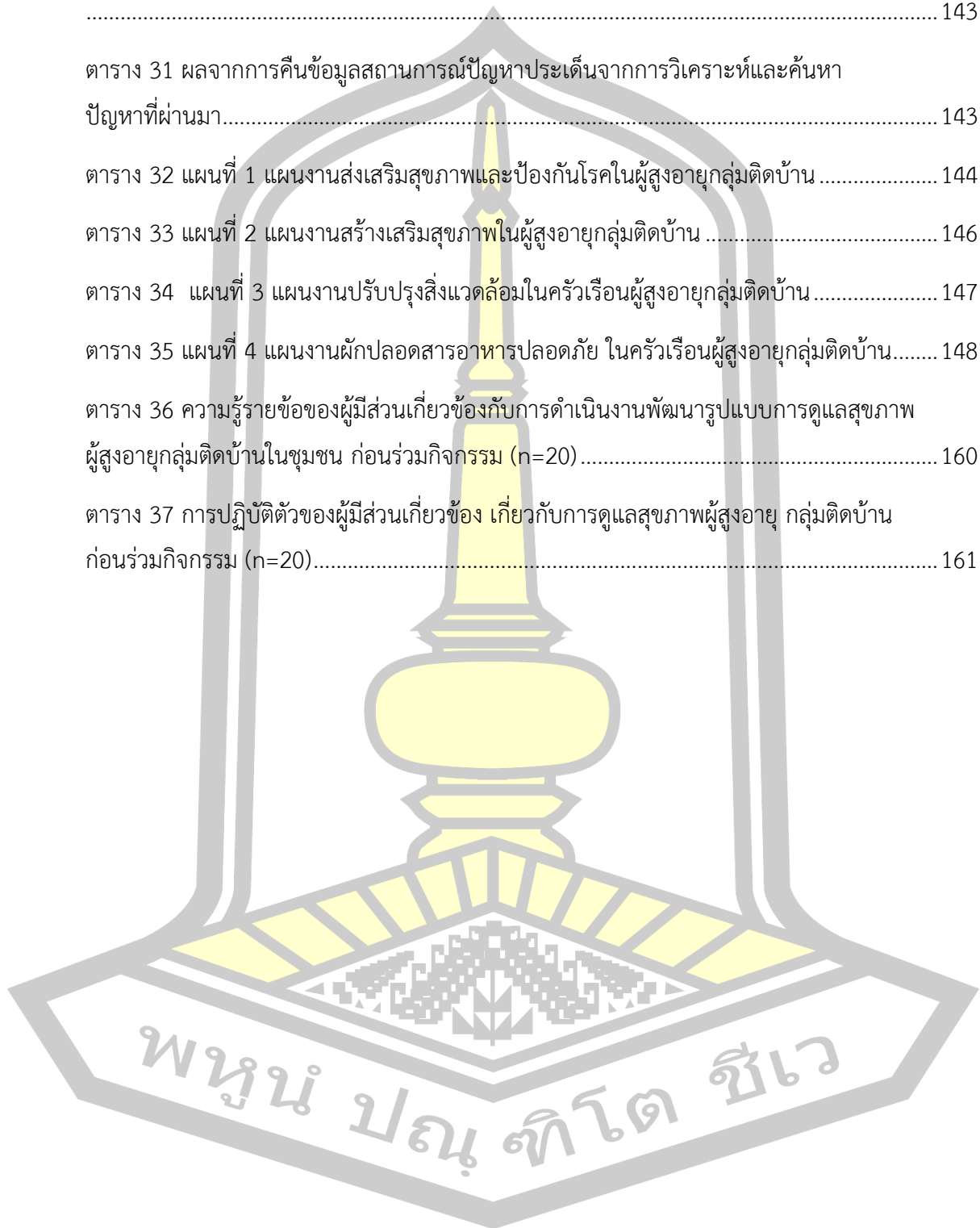
สารบัญตาราง

หน้า

| | |
|---|----|
| ตาราง 1 จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม | 39 |
| ตาราง 2 ข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม | 40 |
| ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำแนกตามคุณลักษณะประชากร..... | 60 |
| ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน จำแนกตามคุณลักษณะประชากร..... | 62 |
| ตาราง 5 ข้อมูลสภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 64 |
| ตาราง 6 การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 66 |
| ตาราง 7 ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน)..... | 66 |
| ตาราง 8 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 66 |
| ตาราง 9 ข้อมูลสภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 67 |
| ตาราง 10 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนร่วมกิจกรรม | 74 |
| ตาราง 11 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนร่วมกิจกรรม (n=31) | 75 |
| ตาราง 12 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา) ก่อนร่วมกิจกรรม (n=31)..... | 76 |
| ตาราง 13 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา) ก่อนร่วมกิจกรรม (n=31)..... | 76 |
| ตาราง 14 ระดับความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนก่อนร่วมกิจกรรม (n=20)..... | 78 |

| | |
|--|----|
| ตาราง 15 การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ก่อนร่วมกิจกรรม (n=20)..... | 79 |
| ตาราง 16 การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนร่วมกิจกรรม (n=20)..... | 79 |
| ตาราง 17 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลัง การพัฒนา..... | 83 |
| ตาราง 18 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลัง การพัฒนา..... | 84 |
| ตาราง 19 ข้อมูลสภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังเข้าร่วมกิจกรรม..... | 85 |
| ตาราง 20 ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังเข้าร่วม กิจกรรม (ติดบ้าน ADL 5-11 คะแนน ติดสังคม ADL 12-20 คะแนน)..... | 86 |
| ตาราง 21 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม (n=31)..... | 86 |
| ตาราง 22 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม (n=31)..... | 87 |
| ตาราง 23 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม (n=31) | 88 |
| ตาราง 24 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม (n=31) | 89 |
| ตาราง 25 ระดับความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนหลังร่วมกิจกรรม (n=20)..... | 90 |
| ตาราง 26 ความรู้รายข้อของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน หลังร่วมกิจกรรม (n=20)..... | 91 |
| ตาราง 27 การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม (n=20)..... | 92 |
| ตาราง 28 การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม (n=20)..... | 92 |
| ตาราง 29 การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังร่วม กิจกรรม (n=20)..... | 93 |

| | |
|---|-----|
| ตาราง 30 ผลจากการคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาประเด็นสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 143 |
| ตาราง 31 ผลจากการคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาประเด็นจากการวิเคราะห์และค้นหา ปัญหาที่ผ่านมา..... | 143 |
| ตาราง 32 แผนที่ 1 แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 144 |
| ตาราง 33 แผนที่ 2 แผนงานสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 146 |
| ตาราง 34 แผนที่ 3 แผนงานปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 147 |
| ตาราง 35 แผนที่ 4 แผนงานผักปลอดสารอาหารปลอดภัย ในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 148 |
| ตาราง 36 ความรู้รายข้อของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ก่อนร่วมกิจกรรม (n=20) | 160 |
| ตาราง 37 การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ก่อนร่วมกิจกรรม (n=20) | 161 |



สารบัญภาพประกอบ

| | หน้า |
|--|------|
| ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 48 |
| ภาพประกอบ 2 ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเวียงในปัจจุบัน..... | 70 |
| ภาพประกอบ 3 WANG NANG Model..... | 96 |
| ภาพประกอบ 4 การประชุมกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน..... | 150 |
| ภาพประกอบ 5 การประชุม สนทนา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง..... | 151 |
| ภาพประกอบ 6 การวางแผนแบบมีส่วนร่วม..... | 152 |
| ภาพประกอบ 7 ปฏิบัติตามแผนงานกิจกรรมให้ความรู้ ตามหลัก อสย..... | 153 |
| ภาพประกอบ 8 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน..... | 154 |
| ภาพประกอบ 9 กิจกรรมอาหารปลอดภัย ปลุกผักสวนครัว..... | 155 |
| ภาพประกอบ 10 กิจกรรม Caregiver Junior ออกเยี่ยมผู้สูงอายุพาออกกำลังกายที่บ้าน..... | 155 |
| ภาพประกอบ 11 กิจกรรม Caregiver Junior ออกเยี่ยมผู้สูงอายุ ติดตามการกินยา..... | 156 |
| ภาพประกอบ 12 ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีขึ้น ADL เพิ่มขึ้น..... | 157 |
| ภาพประกอบ 13 ผู้สูงอายุติดบ้าน ADL 5 เปลี่ยนเป็น ติดบ้าน ADL 10..... | 158 |



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ในสถานการณ์ปัจจุบันได้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ (UN) ที่กำหนดไว้ว่าประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ข้อมูลจากการสำรวจสถิติประชากรโลกของสหประชาชาติ พบว่า ในปี ค.ศ. 2000 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 600 ล้านคน (ร้อยละ 10 ของประชากรโลก) และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หรือ 1,200 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 ทำให้มีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมกับหลายประเทศในสังคมโลก (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) ในปัจจุบันประเทศไทยก็มีสถานการณ์เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากถึง 10 ล้านคน หรือร้อยละ 15.5 จากประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 20 และคาดว่าจะเป็นสังคมสูงวัยที่เรียกว่า “ระดับสังคมอุดมไปด้วยผู้สูงอายุ” ในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อหลายๆ ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากมีงบประมาณที่จำกัดในการดูแลสุขภาพ ผลกระทบด้านสุขภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบอบวิทยาของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการบริการดูแลแบบต่อเนื่อง (สำนักโรคบาตวิทยา, 2557) และยังส่งผลกระทบต่อการจัดบริการในส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเรื้อรังควบคู่กับการเสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพการพึ่งพาและความต้องการช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้น (ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, 2558) และผลกระทบด้านสังคม จากวิถีชีวิตและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปครอบครัวมีขนาดเล็กลง จำนวนครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้นต่างคนต่างอยู่ บางครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง เนื่องจากญาติต้องไปทำงานนอกบ้านส่งผลให้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพและผู้มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวลดลง (จุฑาทิพย์ งามจันทร์ศรี, 2555) ทั้งนี้จากการสำรวจปี 2557 พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวร้อยละ 9 และผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสสูงถึง ร้อยละ 19.0 (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) เกิดปัญหาขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและการขาดผู้ดูแลพาไปรับบริการทางการแพทย์ จึงทำให้ขาด การรับบริการที่ต่อเนื่อง จึงเป็นอีกสาเหตุทำให้พบปัญหาในการ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันอยู่ในรูปแบบของ การสงเคราะห์มากกว่าการส่งเสริม จึงทำให้ขาดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็น การพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้ ในขณะที่สถานการณ์ที่ประชากรผู้สูงอายุนับวันมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่ผู้สูงอายุกลับต้องทนทุกข์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังว่าเหตุใดแต่เพียง ถูกกลืนโดยสังคมและลูกหลาน (กัญญารัช วงศ์ภูคา, 2557) ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในให้การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ต้องได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ มีภาระที่ต้องไปทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถให้การดูแลตลอดเวลาได้ ต้องทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียว (จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี, 2555) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 12.2 (พิศสมัย บุญเลิศ, 2559)

จากผลกระทบที่ได้กล่าวมาข้างต้น รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของสังคมวัยผู้สูงอายุนโยบายหลักของรัฐด้านสุขภาพของประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2553) โดยมุ่งเน้นแผนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเตรียมความพร้อมของประชากร เพื่อวัยสูงอายุอย่างมีทิศทางที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ที่ได้กำหนดนโยบายแผนงานมุ่งขับเคลื่อนการดำเนินการด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมผ่านภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคสังคมและภาคประชาชน ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างดียิ่ง อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุเป็นแบบแยกส่วน ขาดการมีส่วนร่วม และไม่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน โดยการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้นเป็นภาระหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุข การดูแลในมิติทางสังคมและจิตสวัสดิการเป็นหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทย (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2553) กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน (Long Term Care : LTC) ขึ้น เป็นปฏิบัติการที่ใช้ในการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีโดยทั่วกันเพื่อเป็นการกำหนดทิศทาง นโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการต่างๆที่ใช้ดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้ชัดเจน มีการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ได้ 3 กลุ่มคือ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคมได้ กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ช่วยเหลือผู้อื่นไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้น้อย กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, 2559)

จังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับโครงสร้างประชากรของประเทศ ในปี พ.ศ. 2557 – 2559 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.90, 15.50, 16.60 ตามลำดับ สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวนร้อยละ 13.83 , 14.56 , 15.02 ตามลำดับ สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุอำเภอเมืองมหาสารคาม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2557 – 2559 จำนวนผู้สูงอายुर้อยละ 13.11, 15.50, 16.60 ตามลำดับ และในพื้นที่ตำบลแวงน่าง ในปี พ.ศ. 2557 – 2559 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.50, 12.61, 13.98 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในตำบลแว้งนาง มีโรคและปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญ มีโรคประจำตัว คือโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง/หลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย ร้อยละ 33.30, 23.70, 12.96, 4.30 และ 3.90 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแว้ง ตำบลแว้งนาง, 2559) โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง มักมีอาการเจ็บป่วยหลายโรคในเวลาเดียวกัน ซึ่งในการเจ็บป่วยแต่ละโรคนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและรุนแรงเพิ่มขึ้นแบบต่อเนื่อง ผู้สูงอายุ 2 กลุ่มนี้จึงมีความจำเป็น ที่จะต้องได้รับการดูแลสุขภาพจากทีมสหวิชาชีพทางการแพทย์ และเครือข่าย ประกอบไปด้วยกายภาพบำบัด งานสุขภาพจิต งานโภชนาการ พัฒนาชุมชนและการสังคมสงเคราะห์ ร่วมกันเข้าไปดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งปัญหาสุขภาพทางร่างกาย ปัญหาสุขภาพทางจิตใจ ตลอดจนดูแลแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ในสภาพการณ์ในปัจจุบัน ในส่วนของการเฝ้าดูการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเป็นภาระหน้าที่ของลูกหลาน ญาติ คนในครอบครัว

ในส่วนของสถานบริการดำเนินงานสาธารณสุขเป็นบทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแว้งตำบลแว้งนาง มีภาระงานต้องดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอย่างต่อเนื่องระยะยาว จำนวน 168 คน ร้อยละ 12.44 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแว้ง ตำบลแว้งนาง, 2559) จากการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุพบว่ามีปัญหาสุขภาพ คือโรคปวดข้อและกระดูก มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 91 มีปัญหาการกลืนและการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ร้อยละ 90.0 (ข้อมูลศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL รพ.สต.บ้านหนองแว้ง, 2559) และจากผลจากการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุทั้ง 5 ข้อ (ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายुरพ.สต.บ้านหนองแว้ง, 2559) มีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 58.6 นับว่าเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเร็วขึ้น จากข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรค 5 อันดับแรก กลุ่มอาการผู้สูงอายุและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุนำมาจัดลำดับความรุนแรงจากทั้งหมด 10 หมู่บ้าน จะเห็นได้ว่ามีผู้สูงอายุบ้านหนองเส็ง มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบปัญหากลุ่มอาการผู้สูงอายุและปัญหาผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ มีจำนวนสูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องข้อมูลสถิติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมืองมหาสารคาม พ.ศ. 2559 (งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม, 2559) ซึ่งส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ผ่านมารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแว้ง มีแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่มดังนี้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแว้ง ตำบลแว้งนาง, 2559) 1) ผู้สูงอายุกลุ่มที่กลุ่มติดสังคม เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ได้เป็นปกติ เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรค แต่ควบคุมได้ มีกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและชลอให้ยังคงเป็นกลุ่มติดสังคมต่อไปให้นานที่สุด 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหวแม้จะรับประทานอาหารได้เองแต่อาจทำหกละเอะเทอะ โตะเปื้อนได้ การขับถ่ายผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปห้องสุขาช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้มีโรคประจำตัวหลาย

โรค โดยมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่มีผลต่อการเคลื่อนที่และการเข้าสังคม ทางด้านร่างกาย เช่น การมีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ ทางด้านจิตใจเช่น มีภาวะซึมเศร้า ทางด้านสติปัญญา การคิดรู้ เช่น ภาวะหลงลืมและสมองเสื่อม ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้ เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมกับสังคมน้อย เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมที่วัดได้เช่นเดิม รวมถึงกลุ่มที่ไปมานอกบ้านได้โดยอิสระแต่ไม่ชอบออกสังคม และกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้เนื่องจากติดภาระทางบ้าน เช่น ต้องดูแลหลาน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีหรือไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้ เป้าหมายของการดูแลสุขภาพจากพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การดำรงการมีสุขภาพที่ดี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ และภาวะทุพพลภาพแต่เริ่มต้นและป้องกันการเกิดโรค (ใหม่) รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการมีส่วนร่วมในสังคมหรือใช้ภูมิปัญญาเพื่อสร้าง สรรค์สังคม เพื่อชะลอเวลาการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงได้ จัดอบรมแกนนำสุขภาพครอบครัวดูแลครอบครัวตนเอง จัดบริการเยี่ยมบ้าน ออกบริการดูแล แต่ยังไม่ครอบคลุม 3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องพึ่งพาครอบครัวในการให้การดูแล ดูแลแบบประคับประคอง สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะ แทรกซ้อนและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตภาพ โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความต้องการ และไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงได้ จัดอบรมแกนนำสุขภาพครอบครัวดูแลครอบครัวตนเอง จัดบริการเยี่ยมบ้าน ออกบริการดูแล แต่ยังไม่ครอบคลุม

ในการดำเนินงานที่ผ่านมาก็ยังคงพบปัญหาโดยเฉพาะ ที่บ้านหนองเส็งหมู่ 9 ที่มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมากที่สุดถึงร้อยละ 37.50 จึงทำให้การเยี่ยมบ้าน การออกไปบริการดูแล ยังไม่ครอบคลุมด้วยมีข้อจำกัดด้านบุคลากรมีไม่เพียงพอ บุคลากรที่มีบางส่วนขาดทักษะที่จะไปดูแลส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน อีกทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ยังขาดรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ชัดเจนเหมาะสมร่วมกับชุมชน ด้านผู้สูงอายุบางส่วนไม่มีคนดูแล ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความตระหนัก ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง มีปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรังจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ดูแลสูงอายุกลุ่มติดบ้านขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นสาเหตุร่วมที่ส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพ เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เกิดความพิการตามมา และเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงระยะยาวในที่สุด (รายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ประจำปี 2559 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง)

จากปัญหาที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยสนใจและเล็งเห็นความสำคัญในการที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพพื้นที่ชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ด้วยรูปแบบการดำเนินงานโดยการรวมทุกภาคีเครือข่ายทางสังคมในชุมชนให้ร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุเริ่มจากการ

หาเครือข่ายด้วยการประสานงานทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) รวมทั้งคนในครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จนท.) ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนต่อไปอย่างมีความสุข ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนานต่อไปในอนาคต

1.2 คำถามในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ควรีรูปแบบเป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านประชากร

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งสามารถติดต่อสื่อสารให้ข้อมูลได้และยินดีเป็นผู้ร่วมในการทำวิจัย

1.4.2 เนื้อหา

ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.4.3 ขอบเขตด้านเวลา

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2561 ถึง เดือน มีนาคม 2561

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 การดูแลระยะยาว (Long term care) หมายถึง การดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (หมายถึง ภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ) โดยใช้ ชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) ซึ่งได้บูรณาการการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ และสังคมไว้ด้วยกัน รวมทั้งการประสานบริการ ติดตามและส่งต่อ เพื่อให้อาสาสมัครใช้เป็นหลักในการดำเนินการ ช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ชุมชนและสังคมมีส่วนร่วม

1.5.2 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพซึ่งมีคะแนนประเมินรวมทั้งหมด 20 คะแนนดังนี้ (คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

1) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

2) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวม คะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

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

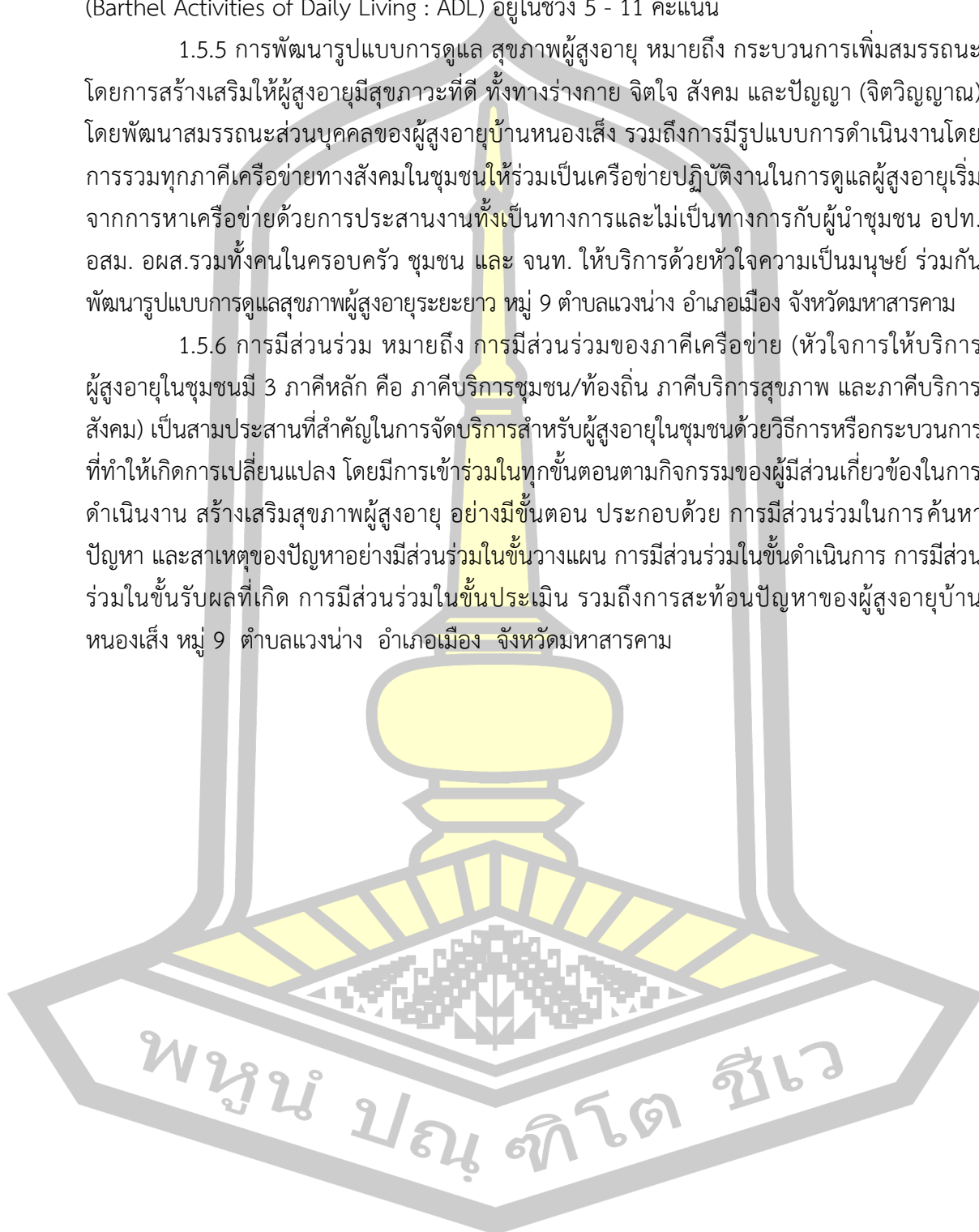
1.5.3 ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากล ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไปที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ บ้านหนองเส็ง หมู่ที่ 9 ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

1.5.4 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึงผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่บ้านหนองเส็ง หมู่ที่ 9 ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติภารกิจได้เองอย่างเป็นอิสระ ต้องการความช่วยเหลือหรือเฝ้าระวังจากบุคคลอื่น การเคลื่อนไหวเดินตามลำพังบนทางเรียบไม่ได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การรับประทาน อาหารต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหารอาจทำโต๊ะเปื้อน การขับถ่ายต้องการความ

ช่วยเหลือพาไปห้องสุขา โดยมีผลรวมคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

1.5.5 การพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะ โดยการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ) โดยพัฒนาสมรรถนะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุบ้านหนองเส็ง รวมถึงการมีรูปแบบการดำเนินงานโดยการรวมทุกภาคีเครือข่ายทางสังคมในชุมชนให้ร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุเริ่มจากการหาเครือข่ายด้วยการประสานงานทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้นำชุมชน อปท. อสม. อพส. รวมทั้งคนในครอบครัว ชุมชน และ จนท. ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว หมู่ 9 ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.5.6 การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนมี 3 ภาคีหลัก คือ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาคีบริการสุขภาพ และภาคีบริการสังคม) เป็นสามประสานที่สำคัญในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนด้วยวิธีการหรือกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีการเข้าร่วมในทุกขั้นตอนตามกิจกรรมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาอย่างมีส่วนร่วมในชั้นวางแผน การมีส่วนร่วมในชั้นดำเนินการ การมีส่วนร่วมในชั้นรับผลที่เกิด การมีส่วนร่วมในชั้นประเมิน รวมถึงการสะท้อนปัญหาของผู้สูงอายุบ้านหนองเส็ง หมู่ 9 ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยความร่วมมือของชุมชน บ้านหนองเส็ง หมู่ 9 ตำบลเวียงนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารแนวคิด ทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยและกำหนดกรอบแนวคิดจัดกิจกรรม ในการวิจัยดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.3 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)
- 2.4 แผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2554-2556)
- 2.5 นโยบายรัฐด้านผู้สูงอายุ
- 2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.7 บริบทชุมชน
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของสุขภาพ (Health)

ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรคหรือความพิการทุพพลภาพเท่านั้น (WHO constitution, 1948) ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) กระบวนการในการทำให้ผู้คนมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (Ottawa Charter for Health Promotion; WHO, Geneva, 1986)

2.1.1.1 กลยุทธ์/แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

- 1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)
- 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)
- 3) เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน/กระบวนการชุมชน (Strengthen Community Action)

4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)

5) ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Service System)

2.1.1.2 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ Determinants of Health

1) ตัวบุคคล

2) ลักษณะทางพันธุกรรม ทางสรีระวิทยา ทางจิต เพศ อายุ ความรู้ ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ความสามารถ พฤติกรรม

3) สิ่งแวดล้อม (Environment)

(1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)

(2) สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (Biological Environment)

(3) สิ่งแวดล้อมทางเคมี (Chemical Environment)

(4) สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic Environment)

2.1.1.3 ระบบบริการสุขภาพ (Health Care Services System)

1) การเข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่าง ๆ

2) คุณภาพบริการ

3) นโยบาย และการบริหารจัดการระบบ

2.1.2 ความหมายของผู้สูงอายุ

2.1.2.1 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุว่ามีอายุระหว่าง 60-70 ปี คนชราที่มีอายุระหว่าง 75-90 ปีขึ้นไป แต่ในบางประเทศกำหนดอายุที่ 65 ปี เป็นผู้สูงอายุ (สภากาชาดไทย, 2542)

2.1.2.2 องค์การสหประชาชาติได้กำหนดความหมายของผู้สูงอายุให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยให้ถือเอาผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ และสถาบันแห่งชาติด้านผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกามีการแบ่งช่วงวัยในผู้สูงอายุโดยกำหนดให้ผู้มีอายุระหว่าง 60-74 ปี เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งต้องเป็นผู้ที่ไม่ชราและมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ยกเว้นมีปัญหาสุขภาพด้านกายและจิตใจ ให้เป็นวัยชราและผู้มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ให้ถือว่าเป็นวัยชรา

2.1.2.3 สำหรับในประเทศไทยได้มีการกำหนดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ว่า บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ และมีสัญชาติไทยให้ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ ในรายงานผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558 “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ “ประชากรสูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมาอย่างยาวนานมากมายมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งอาจมีความอ่อนแอหรือเจ็บป่วยเชิงซ้ำ ทำงานไม่ไหว ผลิตเกษียณอายุราชการหรือออกจากงานประจำสมควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ให้มีความสุขในบั้นปลายชีวิต (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1) กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (The Young - old) เป็นผู้มีอายุ 60 - 69 ปีกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายและสรีระวิทยาไม่มาก สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ และยังคงมีความสามารถประกอบกิจการต่างๆ ได้อีกมากซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ ตามช่วงวัยที่ผ่านมา

2) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (The Middle - old) เป็นผู้มีอายุ 70-79 ปี เป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายและสรีระวิทยาเป็นส่วนมาก เริ่มมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเอง เริ่มมีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาคือคนอื่น ในส่วนที่ตนเองบกพร่อง

3) กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (The Old - old) เป็นผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป กลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการพึ่งพิงจากบุคคลอื่นในส่วนที่ตนเองบกพร่อง จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าวสรุปความหมายของผู้สูงอายุได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นผู้ที่มิคุณค่าและได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคมเป็นระยะเวลายาวนาน การกำหนดให้เป็นผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับลักษณะทางสังคมแต่ละสังคม ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและถือว่าเป็นบุคคลที่ลูกหลานควรเอาใจใส่ ดูแล ตลอดให้ความรัก ความเคารพ

2.1.3 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรดำเนินการตามชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคที่มีคุณภาพมากขึ้น เคลื่อนไหวออกกำลังมากขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและขจัดความเครียด ชุดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุดบริการโดย อสม. นี้เป็นชุดที่ อสม. ดำเนินการอยู่แล้วในปัจจุบันและได้นำเสนอบริการที่ควรบูรณาการหรือทำให้ผู้สูงอายุไว้เพิ่มเติมเพื่อให้บริการสำหรับผู้สูงอายุโดย อสม. นั้นครอบคลุมและสามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่องได้

2.1.3.1 ชุดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคมโดยอาสาสมัครนั้น ได้แก่ ชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) ซึ่งได้บูรณาการการให้ความรู้เรื่องสุขภาพและสังคมไว้ด้วยกัน รวมทั้งการประสานบริการ ติดตามและส่งต่อ เพื่อให้อาสาสมัครใช้เป็นหลักในการดำเนินการ โดยใช้อักษร อ ส ย ในการช่วยจำ อักษร อ นั้น เป็นการให้ความรู้และการช่วยเหลือดูแล เรื่อง อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และอนามัย

1) อาหาร

(1) กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลากหลายประเภท ปริมาณที่พอเพียง เน้นปลา ผักผลไม้

(2) ลด อาหารหวาน มัน เค็ม และหมักดอง

(3) งด/หลีกเลี่ยง แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ

(4) กินอาหารเฉพาะโรค

(5) ดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 8 แก้ว

- 2) อารมณ์
- ปัญหาสุขภาพ
- (1) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมจากวัยสูงอายุและ
 - (2) เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/กลุ่มต่างๆ
 - (3) เป็นจิตอาสา ทำตนให้มีคุณค่า/ทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม
 - (4) ทำกิจกรรมที่พอใจเพื่อคลายเหงาและมีความสุข
- เร็ว รำมวยจีน
- ร่างกายด้วยการเดินหรือทำท่ากายบริหารอย่างน้อย 5 – 10 นาที เพื่อป้องกันบาดเจ็บ
- 3) ออกกำลังกาย
 - (1) ออกกำลังกายตามสภาพร่างกายและความสามารถของตนเอง เช่นเดิน
 - (2) ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน
 - (3) ก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง ควรอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลาย
 - (4) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้แรงกระแทกและมีความรุนแรง
 - 4) อนามัย
 - (1) ดูแลความสะอาดของร่างกาย เน้นช่องปากและฟัน ผิวน้ำที่อับชื้น
 - (2) ดูแลผิวน้ำให้ชุ่มชื้น
 - (3) ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ
 - (4) ดูแลเท้า เลือกกรองเท้าที่เหมาะสมและหมั่นตรวจสอบความผิดปกติ
 - (5) หมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายที่อาจเป็นสาเหตุของการ
- เกิดโรค
- (6) ล้างมือ กินร้อน ใช้ช้อนกลาง
 - 5) อักษร ส เป็นให้การความรู้เรื่อง สมอong สิ่งแวดล้อม และสิทธิ
 - (1) สมอong ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำตามความสนใจ เช่น วาดรูป ฝึกคำนวณ
- อ่านหนังสือพิมพ์ การฟังดนตรี ร้องเพลง การเล่นเกม ดนตรี ปรับเปลี่ยนทำสิ่งใหม่ๆ ไม่ทำซ้ำเดิม
- (2) สิ่งแวดล้อม
 - (2.1) จัดสภาพแวดล้อมในบ้าน/นอกบ้านให้มีความเหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่าง เพียงพอ โดยเฉพาะทางเดิน ห้องน้ำ
 - (2.2) จัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ รกรุงรัง กีดขวาง ทางเดิน
 - (3) สิทธิ
 - (3.1) มีความรู้เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ
 - (3.2) มีการรับรู้สิทธิในการรับบริการสุขภาพและสังคม
 - 6) อักษร ย เป็นการให้ความรู้เรื่อง ยา
 - (1) ยา
 - (1.1) ใช้อย่างถูกต้อง ถูกวิธีการและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา
 - (1.2) ไม่นำยาของผู้อื่นมาใช้

(1.3) ตรวจสอบวันหมดอายุ ของยาที่ใช้

(1.4) เก็บรักษายาให้ถูกวิธี

(1.5) หลีกเลี่ยงการซื้อยารับประทานเอง

ดังนั้นรวมแล้วจึงเป็น 4อ-3ส-1ย (กรมอนามัย, 2554)

2.1.4 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

บุคคลเมื่ออายุสูงขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ส่วนคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม (สุชา จันทน์เอม, 2548) ซึ่งมีผลทำให้อย่างระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานลดลงและล้มเหลวได้ง่าย อาจเป็นผลมาจากความผิดปกติ ความสึกหรอ การเสื่อมและตายของเซลล์ การเพิ่มขึ้นของสารอนุมูลอิสระ การเกาะยึด และยึดหยุ่นของเซลล์กล้ามเนื้อในระบบภายใน

2.1.4.1 ปัญหาเรื่องสุขภาพกายที่มีความเสื่อมไปตามอายุชั้ย ทำให้สมรรถภาพต่างๆ ของร่างกายที่เคยดี-เคยเก่ง-เคยรวดเร็ว ลดลงไม่สามารถดำเนินได้ดีเท่าหนุ่มหรือเท่าเดิม หู-ตาเสื่อมลง-ความคล่องแคล่ว-การตัดสินใจลดลง แถมเพิ่มความหลงลืมขึ้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้ความเป็นเลิศในอดีตกลายเป็นมาเป็นความป็นรอง ผลก็คือทำให้จิตใจไหวหวั่น ได้รับความกระทบกระเทือนพอสมควร ซ้ำยังไม่มีทางจะไปร้องเรียนเอากับใครได้ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สำคัญของผู้สูงอายุพบเห็นได้ชัด รายงานผลการศึกษาของ (พิศสมัย บุญเลิศ, 2559) พบว่าปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ กลุ่มโรคที่เรื้อรัง 1) โรคหลอดเลือดสมอง 2) โรคหลอดเลือดหัวใจ 3) โรคความดันโลหิตสูง 4) โรคเบาหวาน 5) ต้อกระจกเพราะการเสื่อมสภาพของจอตา 6) โรคไต 7) กลุ่มอาการสมองเสื่อม ซึมเศร้า สมองเสื่อมเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมองและระบบประสาท 8) ข้ออักเสบเนื่องจากข้อเสื่อม น้ำไขข้อลดลง 9) การหกล้ม 10) มะเร็งและเนื้องอกเนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลง 11) เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเนื่องจากอวัยวะรับความรู้สึกสัมผัสลดลง หูตึง ตามัว การทรงตัวไม่ดีและกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคและอาการที่มากับความเสื่อมนี้ ก็นำไปสู่ภาวะพึ่งพาและภาวะทุพพลภาพ ซึ่งภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง และรุนแรงมากโดยมีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) น้อยกว่า12คะแนน ปัญหาอัมพาต/อัมพฤกษ์ร้อยละ 2.5 ปัญหาความรู้สึกเหงาว่าเหวที่ได้อยู่คนเดียว ร้อยละ 21.7 และไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 12.2

2.1.4.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กัดดันทางอารมณ์ และจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน เหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและ อารมณ์ของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ อภิวิติ พูลสวัสดิ์ (2560) ได้รายงานถึงสภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม ที่เกิดจากภายในตัวผู้สูงอายุเองที่ส่วนใหญ่จะมีการพัฒนาจิตใจตัวเองไปในทางที่ตึงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีขึ้น มีความสุขุมเยือกเย็นเพิ่มขึ้น สำหรับผู้สูงอายุบางคนที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ จะมีลักษณะการ รับรู้แบบยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง รับรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก มีการแสดงออกทางอารมณ์แบบท้อแท้และน้อยใจ กล่าวโทษสังคมว่าให้ความสำคัญกับตนเองน้อยลง อารมณ์มักไม่มั่นคง

รู้สึกหวั่นไหวและหงุดหงิดง่าย ส่วนการยอมรับตนเองพบว่า ผู้สูงอายุที่ยอมรับว่าการมีอายุมากขึ้น คือ การเข้าใกล้ความตายและความสิ้นสุดทำให้มุ่งสร้างชีวิต บางคนชอบอยู่คนเดียวทำให้รู้สึกอิสระ และได้ใช้ชีวิตที่ตนเองชอบก่อนตาย และจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่คุ้นเคยไม่ชอบสิ่งแปลกใหม่ ความมุ่งหวังในชีวิต จึงลดลงการที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลง บทบาททางสังคม เผชิญกับการสูญเสีย การถอยหนีจากสังคม ทำให้มีความว่าเหว โดดเดี่ยวและ แยกตัวออกจากสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึง เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

2.1.4.3 ปัญหาทางสังคม ยิ่งผู้สูงอายุใดเคยมีบทบาทในสังคมสูง เช่น เป็นข้าราชการ ระดับสูง มีอำนาจวาสนาคนนับหน้าถือตาล้อมหน้าล้อมหลัง เมื่อสูงอายุ เกษียณอายุการงานออกมา เป็นคนธรรมดา จะยังมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าคนธรรมดา ประกอบกับสังคมสมัยใหม่ สิ่งแวดล้อมใหม่ คนรุ่นใหม่ มีความรู้เฉลียวฉลาดมากขึ้น มองคนสูงอายุเป็นไดโนเสาร์เต่าล้านปี ผู้สูงอายุไม่สบอารมณ์ในสถานภาพทางสังคมอย่างใด ก็ไม่มีอำนาจในการต่อรองทางสังคมได้สิ่งเหล่านี้ เป็นผลต่อจิตใจค่อนข้างมาก การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุพบเห็นได้ชัด จาก รายงานผลการศึกษาของ (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556) พบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ เริ่ม ตั้งแต่ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากกฎเกณฑ์ทางสังคม หรือสภาพ ร่างกาย ที่ขาดความคล่องตัวในระบบการคิด การกระทำ การติดต่อ สื่อสารกับบุคคลอื่นลดลง ทำให้ ห่างจากสังคม คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำงานลดลง จึงไม่เห็นความสำคัญในตัวผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะลดบทบาทความสำคัญลง ถอยตัว ออกจากสังคมเกิดการมองข้ามจากสังคม ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมน้อย จะ มีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง และการสูญเสียบทบาทจากที่เคยเป็นผู้นำครอบครัว เปลี่ยนเป็นผู้อาศัยจากสมาชิกของครอบครัวแทน ทำให้ความมั่นใจในตนเองลดลงอำนาจการตัดสินใจ เปลี่ยนแปลงไป และเมื่อสมรรถนะในตนเองลดลงทำให้รู้สึกไม่มั่นคง ตามไม่ทันสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ไปคนส่วนใหญ่จึง ให้ความสำคัญลดลง เพราะมองว่าสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง นอกจากปัญหาหลักๆ 3 ประการนี้แล้ว ยังมีปัญหาปลีกย่อยในแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกันไปอีกมาก ผลของปัญหาเหล่านี้จะ กระทบจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเครียด เป็นธรรมดา มนุษย์ทุกคนต้องมีปัญหา ต้องมีความเครียด ไม่มีใครไม่มีปัญหาอยู่ที่ว่า แต่ละคนจะปรับตัวสู่ความเครียดนั้นอย่างไร ถ้าปรับตัวได้ ร่างกายและจิตใจก็อยู่ในสภาพปกติ ผู้ใดปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดภาวะสุขภาพจิตเสื่อมเกิดขึ้น เสื่อมมากขึ้นก็กลายเป็นโรคประสาทมากขึ้นไปอีกก็เป็นโรคจิตในผู้สูงอายุได้

2.1.5 การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สมาชิกในครอบครัวและสังคมพึงปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1.5.1 ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญและมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำปรึกษาแนะนำต่างๆ ขอความช่วยเหลือให้ควบคุมดูแลบ้านและเป็นพี่ที่ปรึกษาการเลี้ยงดูบุตร

2.1.5.2 ระวังระวังคำพูดหรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ และพยายามเน้นถึงความหมายหรือความสำคัญของผู้สูงอายุ เช่น กล่าวทักทายก่อน เชิญรับประทานอาหารก่อน

2.1.5.3 ชักชวนพูดคุยและรับฟังถึงส่วนดีหรือเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคนชื่นชมในชีวิตของตนอยู่

2.1.5.4 ส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่สนใจต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น ไปวัดทำบุญฟังเทศนา ลูกหลานควรเตรียมข้าวของต่างๆ ให้

2.1.5.5 เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ให้ได้รับอย่างเพียงพอ และเหมาะสมเป็นประจำ

2.1.5.6 ที่พักอาศัย หากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านอยู่หรือไปอยู่สถานที่ที่รัฐจัดให้ก็ควรตามใจแต่ไม่ควรห่างไกลมาก เพื่อความสะดวกในการไปเยี่ยมเยียน และให้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บไข้

2.1.5.7 ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติใกล้ชิดและเพื่อนร่วมวัยเดียวกันบ้าง ด้วยการพาไปเยี่ยมเยียน หรือเชิญญาติมาที่บ้านพาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัด และชมรมผู้สูงอายุที่มีในชุมชน ผู้สูงอายุจะได้มีเพื่อนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำให้คลายเหงาได้บ้าง

2.1.5.8 ให้ความเคารพยกย่องและนับถืออย่างสม่ำเสมอ ร่วมมือร่วมใจกันรักษาและฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมของไทยเรื่องการยกย่อง เคารพนับถือผู้สูงอายุ เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ เนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น

2.1.5.9 ให้อภัยในความหลงลืมและความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำและยิ่งกว่านั้น ความแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย

2.1.5.10 รัฐควรจัดบริการทางสังคมต่างๆ เช่น บริการทางการแพทย์ บริการสถานสงเคราะห์คนชราและอื่นๆ

2.1.6 แนวทางการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้านที่เกี่ยวข้อง

2.1.6.1 ด้านนโยบายของรัฐ

1) มีการวางนโยบายหลักในการให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ มีปัญหา เช่น ปัจจุบันรัฐได้ให้ความช่วยเหลือเป็นรายเดือนแก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขาดการดูแลจากลูกหลาน การให้การรักษาฟรีแก่คนชรา

2) การให้ความช่วยเหลือแนะนำความรู้ด้านต่าง ๆ แก่คนสูงอายุ เช่น คำแนะนำในการเสียภาษี การทำพินัยกรรม ฯลฯ เพื่อป้องกันความผิดพลาด จากการถูกลอก ทำให้สูญเสียทรัพย์สิน ซึ่งจะส่งผลสุขภาพจิตเสียได้

3) การจัดบริการต่าง ๆ แก่คนชรา เช่น การจัดบริการพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน การจัดอาสาสมัคร นักสังคมสงเคราะห์ไปเยี่ยม พูดคุยกับคนชรา จัดทำชมรมผู้สูงอายุ หรือสโมสรผู้สูงอายุ

4) มีการให้ความรู้ ชี้แจง อบรม ส่งเสริมเรื่องสุขภาพจิต

2.1.6.2. ด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

1) เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงของตนเองในทุก ๆ ด้าน จากการทำหนังสือ อบรม สัมมนา หรือพูดคุยกับผู้สูงวัยกว่า เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้นแก่ตนเอง

2) ยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3) ดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

4) หางานอดิเรกทำ หรือทำงานที่สร้างความสุขและมีประโยชน์ต่อผู้อื่น

2.1.6.3. ด้านการดูแลจากลูกหลาน

ลูกหลานต้องคำนึงและตระหนักว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีคุณค่ามีความรู้ มีความสามารถ เป็นผู้ที่มีพระคุณต่อเรา ดังนั้น ลูกหลานจึงมีหน้าที่ในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

1) ให้ความเคารพ นับถือ ยกย่อง

2) ดูแลความสะอาดกสบายในการดำเนินชีวิต

3) ให้ความรัก ความเอาใจใส่

4) สนับสนุนเรื่องเงินและการใช้จ่าย

ปัญหาดังกล่าวเป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัญหา ในผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพจิต แต่ผู้สูงอายุ อาจพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและสุขภาพกายรวมกันได้อีกด้วย สรุปว่าผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งทางกายและทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทั้งในแง่ดีและแง่ร้าย ในแง่ร้ายทำให้เกิดปัญหา ทางจิตใจ ถ้าเรารู้ทันให้การแก้ไขทันท่วงที ก็จะสามารถช่วยเหลือผู้ที่มีพระคุณกับเรา ผู้ที่จะสามารถนำความสามารถของท่านมาสร้างประโยชน์แก่พวกเราและประเทศชาติต่อไป

2.1.7. การจำแนกประเภทของผู้สูงอายุ

การจำแนกประเภทของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้ เดินขึ้นบันไดได้เองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ การเคลื่อนไหวเดินลำพังบนทางเรียบ การรับประทานอาหารด้วยตนเอง การขับถ่ายใช้ห้องสุขาด้วยตนเองได้อย่างเรียบร้อย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน

ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง การเคลื่อนไหวเดินตามลำพังบน ทางเรียบไม่ได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การรับประทานอาหารต้องการความช่วยเหลือรับประทานอาหาร อาจทำโต๊ะเปื้อน การขับถ่ายต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องสุขา

กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง

ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ/ทุพพลภาพ การเคลื่อนไหวย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งไม่ได้ ในท่านอนขยับตัวไม่ได้ การรับประทานอาหารกลืนลำบากแม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ผู้สูงอายุรับสารอาหารผ่านทางช่องทางอื่น (จมูก ภาวะอาหาร หรือลำไส้) การขับถ่ายต้องขับถ่ายในท่านอน หรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา ต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ

ซึ่งผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลแว้งนาง โดยเฉพาะบ้านหนองเส็งหมู่ที่ 9 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวนมากถึงร้อยละ 37.50 ที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงได้วิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ขึ้น (ที่มา: รายงานการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแว้ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2560)

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นต้องทราบทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อความกระจ่างและเป็นแนวทางในการดำเนินงานศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผลการศึกษาวิจัยได้มีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความชรา

2.2.1.1 ทฤษฎีด้านชีววิทยา

ทฤษฎีด้านชีววิทยา ทฤษฎีภาวะสูงอายุทางด้านชีววิทยาเป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของความชราเชิงชีววิทยา (ฤตินันท์ นันทธีโร, 2548) ดังนี้

1) ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าคนชราเกิดขึ้นตามพันธุกรรมมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุ และลักษณะนั้นแสดงออกเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน และเดินหลังค่อม เป็นต้น

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

3) ทฤษฎีการทำลายตนเอง (Aoto immune theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงพร้อมๆ กับมีการสร้างภูมิคุ้มกันตนเองมากขึ้น ดังนั้นการสร้างภูมิคุ้มกันปกติที่น้อยลง จะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดขึ้นก็จะรุนแรงและอันตรายถึงชีวิต

4) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error catastrophe theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะค่อยๆ เกิดความผิดพลาดในการทำงานของเซลล์ และความผิดพลาดนี้จะเพิ่มขึ้นมากขึ้นจนถึงขั้นที่ทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

5) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภายในร่างกายมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่เรติคัลอย่างอิสระอยู่มาหลายเวลา เรติคัลเหล่านี้จะทำให้ยีนส์เกิดความผิดปกติ และทำให้คอลลาเจนและอีลาสติน ซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อเหนียวเกิดขึ้นมาก จนไปทำให้เสียความยืดหยุ่น

2.2.1.2 ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม

ทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคม ทฤษฎีภาวะสูงอายุทางด้านจิตวิทยาสังคมเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุ (Ebersole, P<1995) ดังนี้

1) ทฤษฎีถดถอย (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ค่อยๆ ถดถอยสังคมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่นๆ ด้วย เพื่อเป็นการลดภาวะกดดันทางสังคมบางประการ

2) ทฤษฎีการทำกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งกายและจิตใจ ซึ่งได้จากการมีกิจกรรม และการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีความรู้สึกว่ามีประโยชน์ต่อสังคม

3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขก็ต่อเมื่อได้ทำกิจกรรม หรือปฏิบัติตัวเช่นที่เคยกระทำตัวมาก่อน บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกับคนหมู่มากก็กระทำต่อไปบุคคลใดพอใจชีวิตที่อยู่อย่างสงบ สันโดษ ก็อาจจะแยกตัวออกมาอยู่ตามลำพัง ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างกว้างๆ ว่า จะปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงมากมายให้เข้ากับสังคม เช่น การตายของสามีหรือภรรยา การเขียนอายุและรายได้ที่ลดลง เป็นต้น

4) ทฤษฎีพัฒนาการของอริกสัน (Erikson theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การพัฒนาด้านจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุนั้นเป็นช่วงชีวิตที่ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า มั่นคง หรือท้อแท้ หมดหวัง สำหรับบุคคลที่รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า ถ้ามีความมั่นคงก็จะรู้สึกพึงพอใจในผลของความสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมาในสถาบันครอบครัว และเกิดความรู้สึกสุขสงบทางใจและสามารถยอมรับในเรื่องราวต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

5) ทฤษฎีพัฒนาการของเพค (Peck theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุ (55-75) และผู้สูงอายุวัยปลาย (75 ปีขึ้นไป) มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัยและการปฏิบัติสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาและสังคมเขามีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีพัฒนาการ 3 ประการ คือ

(1) ความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนเองกับบทบาทชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกว่ามีคุณค่า ขึ้นอยู่กับบทบาทหน้าที่การงานในทางตรงกันข้ามเมื่อเกษียณอายุบางคนมีความรู้สึกว่ามีคุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความมีคุณค่าของงานไม่ได้จากตำแหน่งหน้าที่เคยทำหลังเกษียณอายุความรู้สึกนั้นคงมีอยู่ เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบปลูกต้นไม้ ก็จะพึงพอใจหลังเกษียณอายุที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

(2) ความสามารถทางร่างกายสามารถเปลี่ยนไปตามธรรมชาติ ถ้าผู้สูงอายุนี้ถึงสภาพร่างกายยังมีความแข็งแรง จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลงและพยายามปรับตัวที่เหมาะสม ชีวิตก็มีความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุมีความถดถอยของร่างกายก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และมีความพอใจลดน้อยลง

(3) การยอมรับว่าร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาตินี้ ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตายด้วย ในทางตรงกันข้ามคนที่ยึดติดกับสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยอายุน้อยกว่า ก็พยายามยืดชีวิตไว้ให้ยาวนานที่สุดโดยไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ มีความหวาดกลัวความตาย

2.2.1.3 ทฤษฎีการแยกตัว

ทฤษฎีการแยกตัว การปลีกตัว (Disengagementtheory) ผู้เสนอแนวคิดนี้คือ อีเลน คัมมิ่ง (Elain Coming) และ วิลเลียม เฮนรี (William Henry) ซึ่งได้รับอิทธิพลทางความคิดจากทฤษฎีการหน้าที่ (Function theory) และนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาภาวะผู้สูงอายุ โดยอธิบายว่าเนื่องจากมนุษย์เราทุกคนจะต้องตายแต่สังคมจะต้องดำรงอยู่ตลอดไป ดังนั้นเพื่อรักษาเสถียรภาพทางสังคม จึงจำเป็นต้องมีวิธีการถ่ายโอนอำนาจอย่างเป็นระบบ หากสมาชิกรุ่นต่อไปอาวุโสไปสู่สมาชิกรุ่นหลัง ซึ่งมีวิธีถ่ายโอนอำนาจต้องกระทำในลักษณะที่เป็นสถาบัน กล่าวคือมีการกำหนดเป็นบรรทัดฐานให้ปัจเจกบุคคลต้องพ้นจากภาระหน้าที่และความรับผิดชอบ เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลรุ่นใหม่เข้ามาสวมบทบาท และทำหน้าที่สืบแทนไป ด้วยเหตุนี้สังคมต่างๆ จึงได้กำหนดบรรทัดฐานให้ปัจเจกบุคคลต้องพ้นจากภาระหน้าที่การงาน โดยถือเอาอายุตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์ (อายุที่ถือเป็นเกณฑ์คือ 60 ปี หรือ 65 ปี) ดังนั้นการเกษียณอายุจึงถือเป็นช่วงเปลี่ยนแปลงสภาพของปัจเจกบุคคลเมื่อปัจเจกบุคคลต้องพ้นจากภาระหน้าที่และความรับผิดชอบแล้ว ก็ได้เข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันก็หันมาให้ความสนใจตัวเองมากขึ้น อาจมีการสร้างกิจกรรมทางสังคมให้ๆ ตามที่ตนเองสนใจ รวมทั้งการนำไปสู่การสร้างสังคมใหม่ขึ้นมาทดแทนดังแนวคิดทฤษฎีนี้จึงอธิบายว่า การแยกตัวนั้นเป็นการเกิดขึ้นของทั้งสองฝ่าย คือ ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม มนุษย์ที่ต้องการหลุดพ้นจากภาระหน้าที่ประจำตนเมื่อมีอายุสูงขึ้นแต่ไม่ใช่ภาระที่จำเป็นต้องเกิดขึ้นทุกคนเสมอไป เนื่องจากมีความแตกต่างระหว่างปัจเจกบุคคลนั่นเอง

2.2.1.4 ทฤษฎีการทำกิจกรรม

ทฤษฎีการทำกิจกรรม (Activity theory) ผู้เสนอแนวคิดนี้คือ โรเบิร์ต ฮาวิกเฮิร์ท (Robert Havighurst) ซึ่งมีความคิดว่า ผู้สูงอายุจะมีบรรทัดฐานเดียวกันกับคนวัยกลางคน ดังนั้นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจึงเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเหมือนกันกับวัยกลางคน แต่ถ้าหากว่าต้องสูญเสียบทบาทไปเพราะเกษียณ หรืออาจจะป็นเพราะมีปัญหาสุขภาพแล้ว คนเราก็มีแนวโน้มที่จะต้องทำกิจกรรมอื่นๆ ทดแทน ทั้งนี้เพื่อจะทำให้ปัจเจกบุคคลนั้นยังคงไว้ซึ่งความกระตือรือร้น จะเห็นได้ว่า โรเบิร์ต ฮาวิกเฮิร์ท มีความเชื่อว่า การกระทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งทางร่างกาย ซึ่งแนวคิดนี้ได้มีผู้เห็นด้วย และพยายามศึกษาหาคำตอบ เช่น อี.พาวเมอร์ (E.Palmore) และแอนเดีย ฟอนตูมา (Andrea Fontuma) ผลที่ได้จากการศึกษาทั้งสองคนสรุปได้ว่า คนส่วนใหญ่ไม่ได้ปลีกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุสูงขึ้นในกรณีที่ต้องหยุดบทบาททาง

สังคมเพราะเกษียณอายุนั้น จะพบว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นได้หันไปทำกิจกรรมอย่างอื่นทดแทน อันเป็นผลที่ทำให้เกิดความรู้สึกดีกับตนเอง และส่งผลดีต่อชีวิตตามมา

2.2.1.5 ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์

ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of need) มนุษย์ถูกกระตุ้นจากความปรารถนาที่จะสนองความต้องการเฉพาะอย่าง ข้อสมมติฐานที่เกี่ยวกับความต้องการเฉพาะอย่างเกี่ยวกับความต้องการของบุคคล ดังนี้ (บรรจง วาที, 2544)

1) บุคคลย่อมมีความต้องการอยู่เสมอ และไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่ความต้องการได้รับการสนองตอบแล้ว ความต้องการอย่างอื่นก็จะเกิดขึ้นไม่มีวันจบสิ้น

2) ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว จะไม่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรมอื่นอีกต่อไป ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองจึงเป็นสิ่งจูงใจในพฤติกรรมของคนนั้น

3) ความต้องการของบุคคลเรียงลำดับขั้นตอนความสำเร็จ เมื่อความต้องการระดับต่ำกับความสำเร็จแล้ว บุคคลนั้นก็จะให้ความสนใจกับความต้องการระดับสูงต่อไปลำดับขั้นความต้องการของบุคคลมี 5 ตามลำดับดังนี้

(1) ความต้องการทางกายภาพ (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อการอยู่รอด ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น

(2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) เป็นความต้องการแสวงหาความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมและความคุ้มครองจากผู้อื่น

(3) ความต้องการความรัก (Social needs) ความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมและการเข้าหมู่พวก

(4) ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ (Esteem needs) เป็นความต้องการให้คนอื่นยกย่องให้เกียรติและเห็นความสำคัญของตน

(5) ความต้องการความสำเร็จของชีวิต (Self-actualization needs) เป็นความต้องการสูงสุดในชีวิตคน เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับการทำงานที่ตนเองรับผิดชอบ หรือความต้องการจะเป็นมากกว่าขณะนี้

2.2.2 ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological Theory)

มีสมมติฐานและความจริงที่เกี่ยวข้องคือ 1) ความสูงอายุของคนเริ่มขึ้นตั้งแต่มีการปฏิสนธิ 2) ความสูงอายุของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นกับสถานะต่างๆ เช่น พันธุกรรม สังคม จิตวิทยาและเศรษฐกิจ 3) ความสูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ระบบการซ่อมแซมไม่สมดุล 4) ไม่มีใครหลีกเลี่ยงความตายได้เมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งความสูงอายุทางชีวภาพจะแตกต่างกันไปตามหน้าที่การทำงานของอวัยวะ การทำงานของระบบใดระบบหนึ่งในร่างกายอาจลดลงมากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นในขณะเดียวกัน ระบบอื่นๆ ของร่างกายอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ชัด และมีทฤษฎีปลีกย่อยเพิ่มอีก คือทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม, ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา, ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ

2.2.3 ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม (Psychosocial Theory)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและทางสังคมของผู้สูงอายุมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กันหรือในเวลาใกล้เคียงกันและมีผลกระทบต่อกัน โดยมีความเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สถานภาพ เจตคติ โครงสร้างของครอบครัว วัฒนธรรม ความรู้ การศึกษา และการมีกิจกรรมในสังคม ซึ่งมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องคือ 1) ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement Theory) เมื่อถึงวัยสูงอายุ บุตร หลาน ชุมชนจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง ตัวผู้สูงอายุจะค่อยๆ หลีกหนีสังคมไปที่ละน้อย จะมีความพึงพอใจเมื่อได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม 2) ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The Activity Theory) ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมบ่อยหรือเป็นประจำ จะปรับตัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมได้ดี ผู้มีกิจกรรมทางสังคมตลอดและต่อเนื่อง จะเป็นผู้ที่มีความพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี และหากมีกิจกรรมเคลื่อนไหวตลอดเวลาจะทำให้มีความรู้สึกว่าตนเป็นประโยชน์ต่อสังคม สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยผู้มีสุขภาพดีมักเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายแข็งแรงดีหรือได้ทำประโยชน์ให้กับสังคมจะมีการพัฒนาตนเองต่อบทบาทใหม่อยู่เสมอ 3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ความสุขของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนในการดำเนินชีวิตซึ่งบุคคลใดที่เคยมีบทบาทและกิจกรรมร่วมกันในสังคมมาก่อน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมักจะเข้าร่วมทำกิจกรรมเช่นเดิมอีก บุคคลใดที่เคยใช้ชีวิตอย่างสันโดษไม่ค่อยมีบทบาทใดในสังคมก็จะแยกตัวออกมาและใช้ชีวิตอย่างสันโดษ การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ และจิตสังคม เป็นกระบวนการของความสูง อายุ ที่มีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานด้านผู้สูงอายุจึงต้องตระหนักถึงความอ่อนไหวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในตัวของผู้สูงอายุเพื่อนำมาประเมินปัญหาสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ให้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อนำมาวางแผนในการดูแลและให้บริการ

2.2.4 แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วม

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน การวิจัยครั้งนี้ ได้รวบรวมแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองในด้านต่าง ๆ นั้น จำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ของการพัฒนาให้ได้มากที่สุดเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และการแก้ไขปัญหาของตนเอง เพราะปัญหาบางอย่างต้องอาศัยเทคนิคที่ประชาชนทำเองได้ ร่วมกับการสนับสนุนจากภายนอก จึงจะสามารถแก้ปัญหาในชุมชนได้ยังมีผลต่อการประหยัดงบประมาณหรือเป็นการลงทุนที่ต่ำการพัฒนาที่มีเป้าหมายเพื่อการพึ่งพาตนเอง จะต้องอาศัยทรัพยากรจากท้องถิ่น รวมกันเป็นกลุ่ม เพื่อทำงานช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและสรุป ดังนี้ มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้มากมาย โดยเฉพาะการดำเนินงานด้านการพัฒนาชนบทและด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกลวิธีสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานใด ๆ ในชุมชนประสบผลสำเร็จได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

Erwin (1976) ได้ให้ความหมายการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเองเน้นการมีส่วนร่วม เกี่ยวข้องอย่างแท้จริงของประชาชนให้ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชน แก้ไขปัญหาพร้อมกันการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมและสนับสนุนผลการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2546) ได้อธิบายบทบาทของชุมชน ในการมีส่วนร่วมตามกลวิธี สาธารณสุขมูลฐาน คือ การที่ประชาชนในชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน ประเมินผลงาน สาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ความหมายว่า การที่ชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดีจึงควรกำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั่นเอง วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนเองและสามารถแยกแยะวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชน และวิธีการใดที่เกินความสามารถจำเป็น ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชน เป็นการดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของประชาชน

จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการคิดริเริ่มร่วมตัดสินใจวางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการและการควบคุมการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการการติดตามประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนดำเนินงานพัฒนาตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้นจนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุดโดยการที่เข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมนั้นอาจเป็นรายบุคคลกลุ่มคนหรือองค์กรที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการโดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์การ เพื่อให้บรรลุถึงความสำเร็จของโครงการ ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาโดยทั่วไปนั้น ประชาชนอาจมาเข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจจะทำอะไรเข้าร่วมในการนำโครงการไปปฏิบัติ สละทรัพยากรต่าง ๆ เช่นแรงงานวัสดุเงินหรือความร่วมมือในองค์กรหรือกิจกรรมเฉพาะด้านเข้าร่วมในผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนาและการประเมินผลโครงการ และจากการศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ พบว่ามีนักพัฒนาและนักวิชาการที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

Cohen และ Uphoff (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547) แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วม 4 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้นประการแรกที่สุดที่จะต้องกระทำคือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการต่อไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

2. การมีส่วนร่วมในการร่วมดำเนินการ (Implementation) ในส่วนที่ประกอบในการดำเนินโครงการนั้น จะได้จากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่นการช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงาน การประสานงาน และการขอความช่วยเหลือ

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและคุณภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวก และผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งที่สำคัญที่ต้องสังเกตก็คือความเห็น (View) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectations) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ สรุปลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ ลักษณะกิจกรรมโครงการ ตลอดจนปัญหาและความต้องการของประชาชนนั้นว่า ประชาชนต้องการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองหรือร่วมกับเจ้าหน้าที่รัฐในการแก้ไขปัญหา

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน (หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนมี 3 ภาควิชา คือ ภาควิชาบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาควิชาบริการสุขภาพ และภาควิชาบริการสังคม) ในการร่วมกิจกรรมในการค้นหา เป็นสามประสานที่สำคัญในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยวิธีการหรือกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีการเข้าร่วมในทุกขั้นตอนตามกิจกรรมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีขั้นตอนประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาอย่างมีส่วนร่วมในชั้นวางแผน การมีส่วนร่วมในชั้นดำเนินการ การมีส่วนร่วมในชั้นรับผลที่เกิด การมีส่วนร่วมในชั้นประเมิน รวมถึงการสะท้อนปัญหาของผู้สูงอายุบ้านหนองแสงหมู่ 9 ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามต่อไป

2.3 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)

2.3.1 เหตุผลของการจัดทำแผน

ในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุและสัดส่วนผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างของประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (population ageing) อันจะมีผลต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาวการกำหนดแผนระยะยาวที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมสำหรับการ

เปลี่ยนแปลงพัฒนาจึงเป็นที่ตระหนักทั้งของรัฐและประชาคมต่างๆ ว่ามีความสำคัญในลำดับต้น ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาวิจัยต่อเนื่องการติดตามประเมินผล การปรับปรุงแผนระยะยาวด้านผู้สูงอายุเป็นระยะๆ ก็มีความจำเป็นเช่นเดียวกันนอกจากนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ระบุในมาตรา 54 และ มาตรา 80 ถึงภารกิจที่จะต้องมีการสูงอายุ และ ปี พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้นเป็นภารกิจที่สังคมและรัฐพึงมีต่อผู้สูงอายุ โดยมีสาระสำคัญ 9 ประการ ซึ่งจากเหตุผลข้างต้นเป็นไปเพื่อให้ถึงเป้าหมายแห่งความมั่นคงของสังคม

2.3.2 แนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผน

2.3.2.1 ปรัชญา

- 1) การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่ผู้สูงอายุ
- 2) ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ สมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์
- 3) ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนอย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล และสมวัย
- 4) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคมและถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยาก และต้องการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็เพียงบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น

2.3.3 วิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม”

2.3.3.1 ประชากรผู้สูงอายุที่มีสถานภาพดี (สุขภาพดีทั้งกายและจิต ครอบครัวอบอุ่น และมีสังคมที่ดี มีหลักประกันสังคมที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและบริการที่เหมาะสมอย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง”

2.3.3.2 ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการเกื้อกูล หากมีการดำเนินการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

2.3.3.3 ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ

2.3.3.4 ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

2.3.3.5 รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบ

2.3.4 วัตถุประสงค์

2.3.4.1 เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม

2.3.4.2 เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ

2.3.4.3 เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและหลักประกัน

2.3.4.4 เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ

2.3.4.5 เพื่อให้กรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่างๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน ชุมชนองค์กร

2.3.4.6 ภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของแผน

2.3.5 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2546) จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

2.3.5.1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก

- 1) มาตรการหลักประกันรายได้ผู้สูงอายุ
- 2) มาตรการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- 3) มาตรการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2.3.5.2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก

- 1) มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น
- 2) มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ
- 3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
- 4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 5) มาตรการส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายได้สำหรับผู้สูงอายุ และสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ สมปลอดภัย
- 6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

2.3.5.3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

- 1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้
- 2) มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ
- 3) มาตรการด้านครอบครัวผู้ดูแล และการคุ้มครอง
- 4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

2.3.5.4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก

- 1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
- 2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

2.3.5.5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาค่าความรู้ ด้านผู้สูงอายุและการ ติดตามประมวลผลการดำเนินการ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประเมินผล และพัฒนาค่าความรู้ด้าน ผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็น ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุมาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็น ประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในสังคม อย่างเหมาะสมมาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุ

แห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่องมาตรการพัฒนาระบบข้อมูลด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย
ดัชนีรวมของยุทธศาสตร์ พิจารณาจากดัชนี ดังต่อไปนี้

- 1) อายุคาดหวังที่ยังดูตนเองได้ เป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 2) สัดส่วนอายุคาดหวังที่ยังดูตนเองได้ต่ออายุคาดหวัง เป้าหมายมีสัดส่วนไม่

ลดลง

3) ดัชนีคุณภาพภาวะประชากรสูงอายุ พิจารณาจากผลรวมดัชนีรายมาตรการที่
คัดเลือกจำนวน 12 ดัชนี เป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3.1) ข้อจำกัดและเงื่อนไขข้อแผนและการดำเนินงานตามแผน

3.1.1) ดัชนีจำนวนหนึ่งที่ใช้กำหนดเพื่อใช้ในการติดตามประเมินความสำเร็จ
ของการดำเนินงานตามแผนไม่เคยได้รับการศึกษาวิจัยมาก่อน มีความลำบากในการกำหนดเป้าหมาย
เนื่องจากขาดตัวเลขขั้นต้นในการประกอบการพิจารณา

3.1.2) ระดับการดำเนินงาน ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความร่วมมือของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และเอกชน ยากที่จะคาดการณ์ได้ชัดเจน

3.1.3) ภาวะมั่นคงทางการเมืองและการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญ
ของการดำเนินตามมาตรการต่างๆ ในแผนฉบับนี้

3.2) หน่วยงานกลาง คือ สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการส่งเสริมและ
ประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสม.) ซึ่งประกอบด้วย 3 ฝ่าย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม
และประสานสตรีแห่งชาติ (กสส.) กองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน
และสวัสดิการสังคม และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งจะทำให้
เกิดปัญหาบางประการ เช่น ความเป็นเอกภาพและการดำเนินการตามภารกิจอย่างต่อเนื่องอาจจะไม่
เข้มแข็งเพียงพอ

3.3) เงื่อนไขจำเป็น

3.3.1) ต้องดำเนินการให้มีการกำหนดนิยามและเกณฑ์ตลอดจนกระบวนการวิจัย
ที่เหมาะสม

3.3.2) คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติจะต้องดำเนินการให้
เกิดการประสานงานกับ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อให้แผนพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 10, 11 และ 12 สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุระยะยาว

3.3.3) แผนระยะยาวฉบับนี้จะต้องได้รับการพิจารณาและปรับปรุงเป็น
ระยะๆ ไม่เกินทุก 5 ปี เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ,
2554)

2.4 แผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว”ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2554- 2556)

2.4.1 ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care)

ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) หมายถึงการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยสรุปคือ เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง หรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมักมากกว่า และมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น

2.4.2 เป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ “บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ”

2.4.2.1 เป้าหมายเฉพาะของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง และมีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแล ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจรทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (respite care) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (community LTC) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care)สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

2.4.2.2 เป้าหมายเฉพาะของการนำร่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ สำหรับพื้นที่ที่มีการดำเนินการนำร่องในระแวกนั้นเป็นการทดลองรูปแบบการดำเนินการเพื่อสร้างความชัดเจนของระบบก่อนที่จะมีการขยายไปยังพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ โดยมีเป้าหมายเฉพาะดังนี้

พัฒนาและทดสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการคัดกรองและประเมินความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขพัฒนาชุดประสิทธิภาพประโยชน์ด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เป็นรูปธรรมและเป็นไปได้เหมาะสมสำหรับการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้าน

สาธารณสุขในพื้นที่พัฒนาหลักสูตรการอบรมทั้งผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (Long Term Care Manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Care Giver) ที่จะไปสนับสนุนการดูแลโดยครอบครัวในชุมชนพัฒนารูปแบบการอภิบาลและการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

2.4.3 หลักการสำคัญในการพัฒนา

2.4.3.1 ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง และติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึ่งได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

2.4.3.2 การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่หรือชุมชนไม่ไปแย่งบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุนยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง

2.4.3.3 ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่น แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

2.4.3.4 ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร และโรงเรียน เป็นต้น

2.4.3.5 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ แนวคิดหลักในการพัฒนา คือ พัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่โดยในขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ ที่ลงไปสู่ชุมชน ขณะเดียวกันในปัจจุบัน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่าง สปสช. และ อปท. เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน ขณะเดียวกันเรามีทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชนที่สามารถ สนับสนุนการดำเนินงานเรื่องนี้ได้ เช่น อสม. อพส. อพค. ผู้ช่วยเหลือดูแลรวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีการสำรวจและจำแนกผู้สูงอายุโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตามระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยจำแนกผู้สูงอายุเป็นสองกลุ่มคือ 1) กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน และกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน-การขับถ่าย 2) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง และกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิตต้องมีการประเมินระดับการพึ่งพิงและความต้องการสนับสนุนในการดูแลระยะยาวซ้ำทั้งสี่กลุ่ม โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (LTC manger) เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุแต่ละรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขอะไรบ้างและจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น ขณะเดียวกันก็ทำการประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะๆ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการผู้จัดการระบบฯ ต้องนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ประชุม

ร่วมกับภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ ละรายถึงกำหนดบทบาทว่าภาคีภาคส่วนใดต้องเข้าไปสนับสนุนและช่วยเหลือการดูแลอย่างไรบ้าง ระบบการดูแลที่จัดครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุข โดยในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงมากหรือเคลื่อนไหว เองไม่ได้ (ติดเตียง) มุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาและการดูแลช่วยเหลือด้าน การกินอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง (ติดบ้าน) มุ่งเน้นการฟื้นฟูป้องกันการเข้าสู่ ภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระในการดูแลระยะยาว

2.4.4 การคัดกรองและตรวจประเมินภาวะพึ่งพิง

การคัดกรองระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุนั้นมีความจำเป็นสำหรับ “การวางแผนการ ดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสม” มิได้ทำเพื่อเพียงให้มีข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่านั้น ขณะเดียวกันการคัดกรองจะมีประโยชน์ก็ต่อเมื่อมีบริการสาธารณสุขรองรับเมื่อพบผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิง หากไม่มีบริการก็ไม่มีประโยชน์ใดๆ กับในผู้สูงอายุในการคัดกรอง ทั้งนี้การคัดกรอง เบื้องต้นสามารถดำเนินการได้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัด กรองที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยกรมอนามัยและผ่านการทดสอบมาแล้ว ซึ่งเมื่อทำ การคัดกรองแล้วจะสามารถจำแนกผู้สูงอายุได้เป็นสามกลุ่มคือ

2.4.4.1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มี คະแนนรวมความสามารถทางร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถ ทางความคิดความเข้าใจเท่ากับหรือมากกว่า 5/8 คะแนน

2.4.4.2 ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนน รวมความสามารถทางร่างกาย อยู่ในช่วย 5-11/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิด ความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน

2.4.4.3 ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วย 0-4/20 คะแนน และมีคะแนนรวม ความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน

2.4.5 การตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายুর่วมกับประเมินศักยภาพของครอบครัวใน การดูแลและระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เมื่อผ่านการคัดกรองจำแนกข้างต้นแล้วต้องได้รับการประเมินโดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข (LTC manager) เป็นระยะๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

2.4.5.1 ประเมินซ้ำเพื่อดูความถูกต้องของการคัดกรอง ร่วมกับประเมินความจำเป็น ด้านสาธารณสุขและด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลและได้รับการ

2.4.5.2 เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (care plan) สำหรับผู้ต้องได้รับการ สาธารณสุขและการดูแล

2.4.5.3 ทำการประเมินซ้ำเป็นระยะตามความจำเป็น เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของ ระดับการพึ่งพิงและการได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นของผู้สูงอายุเมื่อมีการจัดบริการ สาธารณสุขของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้วทั้งนี้ข้อมูลจากการคัดกรองและประเมินภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุ นี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการหารือประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความตระหนัก ของคนในชุมชนท้องถิ่นและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายนั้นๆ ร่วมกัน

2.4.6 บุคลากรที่จำเป็นสำหรับการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากที่ได้เกริ่นไปบ้างแล้วข้างต้น ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่นั้นจำเป็นต้องมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการจัดการระบบเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (LTC manager) ขณะเดียวกันก็ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Care Giver) เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านนอกเหนือจากบุคลากรที่มีอยู่แล้วในระบบอื่นๆ เช่น บุคลากรสหวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขและอาสาสมัครต่างๆ ในที่นี้จะเน้นหนักในบุคลากรสองประเภทใหม่ที่ต้องมี มีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผนและจัดการให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม โดยทำการประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการ นอกจากนี้ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขยังมีบทบาทในการมอบหมายภารกิจให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ รวมถึงการกำกับเข้าไปจัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปประเมินผลการดำเนินงานคุณสมบัติของบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการควรต้องจบปริญญาตรีเป็นอย่างน้อย และมีองค์ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น หรือหากไม่ใช่บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ก็ควรมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เบื้องต้นเพื่อความสะดวกน่าจะเป็นบุคลากรสาธารณสุข เช่น พยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หรือบุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่น (ท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่มีสถานพยาบาล/กองสาธารณสุข) นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยจำนวนของผู้จัดการระบบฯ ขึ้นกับขนาดของประชากรผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลเป็นหลักในสัดส่วน ผู้จัดการระบบ 1 คน ต่อ ผู้ช่วยเหลือดูแล 5-10 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Trained Care Giver) หมายถึงผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยเป็นผู้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการนี้ อาจพัฒนาขึ้นมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มารับการอบรมและได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการ เนื่องจากบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนั้นเป็นบริการที่จำเป็นต้องมีการจัดการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่เหมาะสำหรับการจัดในลักษณะอาสาสมัครเพราะอิงกับความสะดวกของผู้อาสาบแทบหน้าหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วย การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลกรณีใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย (สายสวนต่างๆ การให้อาหารทางสาย การใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ) การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น การดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม โดยในปัจจุบันมีหลักสูตรการอบรมที่จัดโดยหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงศึกษา กระทรวงแรงงาน และปัจจุบันมีของกรมอนามัยร่วมด้วย ทั้งนี้หลักสูตรมาตรฐานตามที่กรมแรงงานกำหนดคือ 420 ชั่วโมง ซึ่งเมื่ออบรมหลักสูตรนี้แล้วสามารถมาสอบขึ้นทะเบียนได้ หากสอบได้จะได้รับประกาศนียบัตรและได้รับการคุ้มครองด้านแรงงาน (ค่าตอบแทน) ดังนั้นเพื่อรักษาสิทธิแก่ผู้ช่วยเหลือดูแล จึงควรจัดการอบรมให้ได้ตามมาตรฐานกฎหมายแรงงานกำหนด อย่างไรก็ตามการอบรมนั้นควรอบรมเป็นระยะและ

ให้ปฏิบัติงานไปด้วย เช่น อาจจะมีเริ่มที่ 70 ชั่วโมง และให้ไปทำงานฝึกอบรมเฉพาะเพิ่มเติมเมื่อมีผู้สูงอายุในแต่ละลักษณะ เป็นต้น และสะสมให้ได้ครบ 420 ชั่วโมง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ 1 คน ควบคุมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5-10 ราย ภาระระดับของการมีภาวะพึ่งพิงนอกเหนือจากบุคลากรทั้งสองประเภทที่กล่าวข้างต้นแล้ว ต้นทุนทางสังคมหลักทุกพื้นที่ที่มีคืออาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียน ซึ่งสามารถนำมาสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

2.4.7 ภาควิชาเกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเฉพาะราย (Case conference and setting care plan) เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการบริการสาธารณสุขที่หลากหลายและจำเพาะเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละคน และไม่สามารถจัดบริการได้เบ็ดเสร็จในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง อย่างน้อยก็ต้องมีการบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างบริการด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคม ซึ่งในการจัดบริการดูแลให้แก่ครอบครัวจำเป็นต้องระดมภาคีที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมหารือและวางแผนการดูแลเฉพาะราย

2.4.7.1 การระดมภาคีเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการสำรวจต้นทุนด้านสังคมของพื้นที่ว่า ในชุมชนมีต้นทุนทางสังคมอะไรอยู่บ้าง เพื่อนำมาใช้ให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสม ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่จะเป็นพื้นฐานในการกำหนดภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาร่วมหารือกำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Care Plan) โดยทั่วไปภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ.สต. รพ.แม่ข่าย อสม./อผส. ชมรมผู้สูงอายุในบางพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทในแต่ละพื้นที่ อาจมีการขยายการมีส่วนร่วมไปยัง วัดและโรงเรียน ตลอดจนจนขยายบทบาทหน้าที่ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงพัฒนาสังคมฯ ได้ริเริ่มไว้ในพื้นที่ให้มาจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีต้นทุนทางสังคมบางประเภทอาจอยู่นอกพื้นที่ อาทิ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด สปสช. พมจ.สภาผู้สูงอายุ ฯลฯ ซึ่งจะเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญที่จะสนับสนุนการดูแล

2.4.7.2 การประชุมร่วมเพื่อวางแผนการดูแล เมื่อสำรวจต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ และกำหนดภาคีหลักแล้ว การจัดประชุมเพื่อระดมความเห็นจากภาคีเกี่ยวข้องในการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจัดทำผังการดูแล (Care Map) กำหนดบทบาทของภาคีหลัก และระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อมาบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแล โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) จะเป็นบุคคลสำคัญที่มีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมินวางแผนและบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) เข้าถึงบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม

2.4.7.3 การวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) จะทำการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (รายละเอียดตามแบบประเมินในภาคผนวก) และศักยภาพของครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อประเมินหาความต้องการด้านบริการสาธารณสุข จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) อาจจัดทำเป็นแผนงานรายสัปดาห์ (Weekly Plan)/รายเดือน (Monthly Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนดจากนั้นผู้จัดการ

ระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) นำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ภาคีเกี่ยวข้อง โดยจัดการประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Care Conference) ร่วมกับภาคีหลัก เพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแลให้มีความเหมาะสม เป็นไปได้ และกำหนดตารางการดูแล ผู้รับผิดชอบการดูแล บริการด้านสาธารณสุขให้ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ นักการแพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน รวมทั้งการมอบหมายภารกิจแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลภาคทางการ (Care Giver) ก่อนที่จะมีการดำเนินการตามแผนการดูแล ผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) ต้องมีการเตรียมการอธิบายให้ครอบครัว

ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองแวงร่วมกับอปท.ในพื้นที่คือเทศบาลตำบลแวงน่าง และองค์การบริหารส่วนตำบลแวงน่าง ได้นำแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแล “ผู้สูงอายุระยะยาว” ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2554- 2556) สู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับ บริการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมแต่ยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนจึงได้ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง เพื่อนำไปใช้ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านต่อไป

2.5 นโยบายรัฐบาลด้านผู้สูงอายุ

นโยบายการบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาลด้านผู้สูงอายุในปี 2554 โดยมีนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตรเป็นนายกรัฐมนตรีมีดังต่อไปนี้ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2554) ได้ยกมากล่าวถึงในที่นี้ 2 นโยบาย คือ นโยบายข้อ 1 กับนโยบายข้อที่ 4 ดังนี้

2.5.1 ข้อ 1 นโยบายที่จะต้องดำเนินการในปีแรก

2.5.1.1 ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเพิ่มกำลังซื้อภายในประเทศ สร้างสมดุลและความเข้มแข็งอย่างมีคุณภาพให้กับระบบเศรษฐกิจมหภาค

2.5.1.2 จัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับ 600 บาท อายุ 70-79 ปี จะได้รับ 700 บาท อายุ 80-89 ปี จะได้รับ 800 บาท และอายุ 90 ปีขึ้นไปจะได้รับ 1,000 บาท

2.5.2 ข้อ 4 นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต

2.5.2.1 นโยบายการพัฒนาสุขภาพของประชาชน พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตั้งแต่อยู่ในครรภ์ วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยบรรลุนิติภาวะ วัยชรา และผู้พิการ สนับสนุนโครงการส่งเสริมเยาว์ปัญญาของเด็ก และให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ฝึกอบรม ผู้ปฏิบัติงานศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สนับสนุนโครงการพัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสตรีเพื่อดูแลสุขภาพของสตรี และเด็กอย่างบูรณาการทั่วประเทศ และลดความรุนแรงต่อเด็กและสตรี สนับสนุนโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ได้เข้าถึงการบริการอย่างมีเชิงรุกเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ และเป็นธรรมรวมทั้งให้มีระบบฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน จัดการประชาสัมพันธ์ เชิงรุกเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อแขนงต่างๆ อย่างเป็นระบบ

2.5.2.2 นโยบายความมั่นคงของชีวิตและสังคม เสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะต่างๆ สำหรับรับรองผู้สูงอายุและคนพิการ สร้างความพร้อมในการเป็นสังคมผู้สูงอายุ พัฒนาบริการสุขภาพอนามัย ให้การสงเคราะห์ จัดการศึกษา จัดสวัสดิการ รวมถึงหาอาชีพให้แก่ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมภายใต้หลักคิดที่ว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์สูง สมควรให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาบ้านเมือง

2.5.2.3 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทยประกาศใช้เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2542 เป็นวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา ประกอบกับองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ รัฐบาล องค์การ เอกชน ประชาชน และสถานบันต่างๆ ได้ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งได้ทำ ประโยชน์ในฐานะ “ผู้ให้” แก่สังคมตลอดมา ดังนั้นจึงควรได้รับผลในฐานะเป็น “ผู้รับ” จากสังคมด้วย ปฏิญญาผู้สูงอายุไทยจึงเป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและ พิทักษ์สิทธิ ซึ่งได้กำหนดสาระสำคัญไว้ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ได้รับการ พิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้และผู้สูงอายุที่มีความพิการ
- 2) ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้อ ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ บทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิด ความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข
- 3) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเอง อย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึง การเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย
- 4) ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่ เหมาะสมกับวัยและความสนใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและ เห็นชีวิตมีคุณค่า
- 5) ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแล จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามศตินิยม
- 6) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนมี ส่วนร่วมในสังคม เป็นแหล่งภูมิปัญญาของคนรุ่นหลัง มีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดี และมี เครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน
- 7) รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถานบันสังคมต้อง กำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

8) รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องตรากฎหมายว่าผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ ค้ำครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

9) รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูทวดเฒ่าและเอื้ออาทรต่อกัน

2.5.3 บทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไทย

สังคมไทยในอดีตที่ผ่านมาจะเห็นว่า เป็นสังคมที่ยึดมั่นในประเพณีการให้ความเคารพยกย่องและยำเกรงผู้อาวุโสในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้สูงอายุในยุคนั้นจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทและมีอิทธิพลอย่างมากในครอบครัวไทย ผู้สูงอายุจะได้รับความเคารพอย่างสูง ได้รับความรักอย่างมากจากลูกหลาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ถูกทอดทิ้งให้ออกจากครอบครัว ตรงกันข้ามกลับเป็นผู้มีบทบาทที่เต็มไปด้วยความรับผิดชอบอย่างมากในครอบครัวไทย โดยเป็นผู้ให้ความอบอุ่นให้กำลังใจแก่ลูกหลาน ในบางครั้งเป็นผู้สามารถรอยรั่วระหว่างสมาชิกในครอบครัว (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) เพราะผู้สูงอายุส่วนมากจะมีความรอบคอบใจเย็นมีประสบการณ์มากในการพูดจาเพื่อให้ลูกหลานเกิดความเข้าใจกัน ซึ่งบทบาทต่างๆ ของผู้สูงอายุในสังคมไทยก่อนที่จะมีความเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว จากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวอย่างแพร่หลายมากขึ้นนั้น พอสรุปประเด็นได้ดังนี้

2.5.3.1 เป็นศูนย์รวมจิตใจ ครอบครัวใดมีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ครอบครัวนี้จะเต็มไปด้วยความอบอุ่น

2.5.3.2 เป็นผู้สมานรอยรั่ว บางครอบครัวเมื่อมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ผู้ที่จะสมานรอยรั่วให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้ดีที่สุดก็คือ ผู้สูงอายุนั่นเอง เพราะคนไทยมีวัฒนธรรมของการเคารพผู้ใหญ่ ดังนั้น เมื่อเกิดการทะเลาะกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุจะเป็นผู้สมานรอยรั่วโดยการไกล่เกลี่ยให้คืนดีกัน

2.5.2.3 เป็นคลังปัญญา ในบางครั้งครอบครัวอาจประสบปัญหาขัดแย้งภายในครอบครัวแล้วหาทางแก้ไขหรือทางออกไม่ได้ เพราะปัญหาหลายๆ อย่างไม่อาจแก้ไขได้โดยอาศัยแต่เพียงความรู้อย่างเดียว ยังต้องอาศัยประสบการณ์และความชำนาญเป็นองค์ประกอบ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากมักจะผ่านประสบการณ์มาก่อน จึงเป็นผู้ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

2.5.3.4 เป็นครูสำหรับลูกหลาน ผู้สูงอายุเป็นครูโดยวิญญูณ เพราะผู้สูงอายุมักพอใจสั่งสอนลูกหลานในเรื่องที่ตนเห็นว่าสำคัญ เช่น มารยาท วัฒนธรรมประเพณี การดำเนินชีวิต แม้แต่เรื่องของการประกอบอาชีพ ซึ่งหลายคนได้เป็นผู้ใหญ่ในภายหลังก็เพราะการอบรมสั่งสอนของผู้สูงอายุ การสอนของผู้สูงอายุมักจะเป็นการสอนด้วยความรักความห่วงใยจริงๆ และจะพยายามจะให้สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับลูกหลาน

2.5.3.5 เป็นกำลังใจให้กับลูกหลาน บทบาทที่สำคัญอีกประการหนึ่งของผู้สูงอายุ คือ เป็นกำลังใจให้แก่ลูกหลาน เมื่อลูกหลานเกิดความท้อแท้ใจหรือหมดกำลังใจในการดำเนินชีวิตให้ถึงจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ผ่านชีวิตมามากจะเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ลูกหลานเป็นอย่างดี เพื่อให้พยายามคว้าหลักชัยในชีวิตที่มุ่งหวังไว้

2.5.3.6 เป็นผู้สานต่อวัฒนธรรมอันดีงาม สังคมไทยในปัจจุบัน วัฒนธรรมและประเพณีอันดีงามของไทยนับวันจะค่อยๆ เลือนรางไป เพราะวัฒนธรรมตะวันตกค่อยๆ เข้ามามีอิทธิพลต่อเด็กรุ่นใหม่ ซึ่งหากครอบครัวใดมีผู้สูงอายุคอยช่วยเหลือดูแลลูกหลานในบ้าน เด็กก็ยังมีความเกรงใจและมักจะถูกขัดเกลาในด้านกิริยามารยาท ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นผู้มีบทบาทในการสืบสานวัฒนธรรมให้แก่ลูกหลานต่อไป

ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องนำนโยบายสู่การปฏิบัติรวมถึงการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุ ได้รับทราบบทบาทและสิทธิของตนเองซึ่งถือเป็นบุคคลสำคัญและมีบทบาทในการสืบสานวัฒนธรรมให้แก่ลูกหลานต่อไป

2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้ที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการในสังคมใดสังคมหนึ่งเพื่อต้องการพัฒนาหาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน และเป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้มีความสอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องโดย (ปริญญา อุปลา, 2545: 11) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการแสวงหาความรู้จากสถานการณ์จริงอย่างเป็นระบบ จากการวางแผนรวบรวมข้อมูล และการประเมินผลเพื่อนำข้อมูลมาแก้ปัญหาปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีลักษณะสำคัญ คือ เป็นการดำเนินการศึกษาและปฏิบัติร่วมกันแบบมีส่วนร่วมของบุคคลภายในองค์กร โดยผ่านการวิเคราะห์วิจารณ์อย่างเป็นระบบตามสภาพจริง เพื่อมุ่งหวังในการแก้ปัญหา ปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และเป็นการศึกษาเชิงประยุกต์ที่ยึดปัญหาของการวิจัยเป็นหลักสำคัญ (Problem-centered Research) โดยมีการผสมผสานวิธีการทดลองมาใช้ร่วมกับการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม (Social Action) เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการนำผลของการศึกษาวิจัยมาใช้ในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในสังคมได้อย่างทันที่

1) มีขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอน (สุรีย์พร พานิช, 2546) คือ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action) ขั้นสังเกตผล (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990) อ้างใน ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล (2543) คือ มีความเกี่ยวข้องหรือเกี่ยวเนื่องกับปัญหาของการปฏิบัติงาน (Practical Problem) ที่ผู้ปฏิบัติงานประสบอยู่ในขณะทำงานประจำ หรือปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องซึ่งไม่ค่อยเกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านทฤษฎี (Theoretical Problem)

2) มีเป้าหมายหลักเพื่อทำความเข้าใจ (Understanding) ต่อสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานภายใต้กระบวนการที่นักวิจัยได้ลงมือกระทำอันจะนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติสำหรับใช้แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสภาพแวดล้อมมากเพิ่มขึ้นในการดำเนินงานต่อไป

และมีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานภายใต้สภาวะการณ์ และเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานมากกว่ามีเป้าหมายในการสร้างองค์ความรู้เชิงวิชาการ

3) เน้นการตีความหมายของเหตุที่เป็นอยู่ หรือสภาพการของปัญหาที่เกิดขึ้นตามความคิดเห็นหรือทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับเหตุการณ์ มากกว่าการอาศัยแนวคิดหลักการทฤษฎี เพราะถือว่าการแสดงออก การกระทำ การสื่อสาร หรือพฤติกรรมใดๆ ของมนุษย์ที่ปรากฏให้เห็นสามารถตีความหมายได้ โดยการสรุปอ้างอิง (Inference) จากแรงจูงใจ ความเชื่อ จุดมุ่งหมาย หรือเจตนา ของผู้แสดงพฤติกรรมให้เข้ากับบริบทแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำเหล่านั้นขึ้น เช่นบรรทัดฐาน ค่านิยม ข้อตกลง และกฎเกณฑ์ทางสังคม

4) ต้องอาศัยความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเน้นกระบวนการกลุ่ม

5) เกิดจากความเต็มใจ และเห็นความสำคัญของการปรับปรุงพัฒนางานของตนเอง

6) การอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานหรือกลุ่มวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงานเองภายใต้เงื่อนไขและสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงมากกว่าจะเชื่อตามหรืออ้างอิงทฤษฎีจากภายนอกเพียงอย่างเดียว

7) เป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่นสูง มีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับข้อมูลและสถานการณ์ในขณะนั้น

8) เน้นการสังเกตและบันทึกข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละช่วงเวลา เพื่อนำมาวิเคราะห์และสรุปผลที่ถูกต้อง

9) เน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและกระบวนการปฏิบัติงาน

10) เน้นวิธีการเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ การจัดรูปแบบการวิจัย

2.6.1 รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ

2.6.1.1 แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research) โดยการวิจัยแบบทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนงานวิจัยอย่างเคร่งครัดมีลักษณะการดำเนินงานการนำเสนอในเชิงวิชาการมีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้การตอบคำถามได้ชัดเจน เหมาะสำหรับนักวิจัยอาชีพหรือการทำวิจัยในสถาบันการศึกษากลุ่มนี้จะมีเนื้อหาการวิจัยรวม 5 บท ส่วนการวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึดติดรูปแบบการวิจัยที่เคร่งครัดแต่มุ่งเน้นการตอบคำถามการวิจัยข้อมูลที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเดิมที่มีอยู่แล้วการนำเสนอผลการวิจัยเน้นประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการรู้เป็นหลัก

2.6.1.2 เป็นแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย

1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) เป้าหมายของงานวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานโดยอาศัยบุคคล ภายนอกเข้ามาช่วยในการวิจัย ผู้วิจัยอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก บุคคลภายนอกมีบทบาทเป็นผู้วิจัยหลักโดยผู้ปฏิบัติไม่มีบทบาทหรือมีบทบาทน้อยในการนำเสนอความคิดเห็น เน้นการทำวิจัยที่ตอบคำถามแบบรัดกุม ข้อค้นพบที่ได้อาจมิใช่การปฏิบัติจริง

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็นการวิจัยที่นักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงานการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้

ปฏิบัติ สะท้อนปัญหา วิเคราะห์พัฒนาปรับปรุง การปฏิบัติงานของตนเอง ผู้ปฏิบัติมีโอกาสเรียนรู้ กระบวนการวิจัยและมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดในประเด็นปัญหาการวิจัยการปฏิบัติงานได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิพากษ์/อิสระ (Critical/Emancipator Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานจุดประสงค์เพื่อพัฒนา ประสิทธิภาพของงานและต้องการเปลี่ยนแปลงระบบในการทำงานให้ดีขึ้นเป็นการร่วมมืออย่างอิสระ ไม่ถูกครอบงำจากฝ่ายใดโดยสามารถสังเกตเห็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ ดังนี้ (รัชณีวิภา จิตรากุล, 2556: 76)

- (1) เป็นการสะท้อนผลกลับของผลการปฏิบัติงานของตนเอง
- (2) ผลที่เกิดขึ้นเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการ วิพากษ์วิจารณ์การปฏิบัติงานและผลที่ได้รับอย่างเต็มที่
- (3) เป็นกระบวนการที่ดำเนินงานเป็นวงจรต่อเนื่องโดยให้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานหรือหน้าที่ประจำ
- (4) ผลที่ได้จากการศึกษานำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติงานเดิม โดยมี ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็นระยะได้ดังนี้

(4.1) ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research Phase) เป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย กลุ่ม ตัวอย่าง และผู้ร่วมวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีขั้นตอนย่อยคือการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน (Build-up Rapport) การปฏิบัติตัวของนักวิจัย การศึกษาเรียนรู้ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยเพื่อให้ทุกฝ่ายได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมายและความต้องการในการมีส่วนร่วมตามกิจกรรมการวิจัย การสำรวจ ศึกษาชุมชน (Surveying and Studying Community) การศึกษาข้อมูลที่เป็นลักษณะทางกายภาพเพื่อค้น หาทรัพยากรในชุมชน การศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านสังคมประชากร เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมือง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการนำมาประกอบการพิจารณาตัดสินใจกำหนด พื้นที่ ดำเนินการและการเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือเพื่อให้เกิดความพร้อมในการดำเนินการวิจัย ก่อให้เกิดการประสานงานที่ดีมีความสะดวกต่อการดำเนินงาน

(4.2) ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) มีขั้นตอนย่อยคือ(1) การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน (Problem Identification and Diagnosis) เน้นการศึกษา วิเคราะห์ชุมชนและการให้การศึกษาบริบทชุมชน (Community Education Participation-CEP) โดย เน้นการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติ ใช้การอภิปรายถกปัญหา (Dialogue) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือการสนทนาแลกเปลี่ยนระดับบุคคล และระดับกลุ่มเพื่อเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน (Need Assessment) มีการประเมินความเป็นไปได้ในด้านทรัพยากร (Resource Assessment) ที่มีอยู่ เช่นทรัพยากรบุคคล องค์ความรู้ต่างๆ ทรัพยากรทางธรรมชาติอื่น เพื่อนำมาใช้ ในการกำหนดแผนและการจัดโครงการ (2) การพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ โครงการ (Project Appraisal and Identification) เป็นการประเมินความต้องการของชุมชนหา แนวทางในการแก้ไข โดยนักวิจัยและชุมชน จะพิจารณาร่วมกันกำหนดโครงการหรือกิจกรรมที่จะ ดำเนินการ (3) การกำหนดแผนงานโครงการและการจัดการ (Planning Phase) เป็นขั้นตอนการ ตัดสินใจร่วมกันเพื่อคัดเลือกโครงการและกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการ ผู้วิจัยต้องใช้วิธีการกระตุ้นให้

ชุมชนมีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหา การกำหนดโครงการ และกิจกรรมที่จะดำเนินการ (4) การปฏิบัติตามโครงการ (Implementation Phase) เป็นขั้นตอนที่ต้องใช้ถามกลุ่มหรือในคณะ ทำงานเพื่อการดำเนินการ คือใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร และอย่างไร ในแง่ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้โดยทั่วไปมักเป็นประเด็นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิจัย

(4.3) ระยะเวลาติดตามและประเมินผลโครงการ (Monitoring and Evaluation Phase) เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวกับการการวัดผลสำเร็จของโครงการ ซึ่งหากโครงการสามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ก็อาจจะเป็นข้อพิสูจน์ถึงความประสบผลสำเร็จของโครงการได้ โดยผู้วิจัยจะร่วมและผู้ร่วมงาน จะตรวจสอบข้อมูลที่เป็นผลของการวิจัยว่าครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ แล้วมีการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และจัดเวทีอภิปรายผล เพื่อนำเสนอผลการวิจัยเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงการวางแผนต่อให้ชุมชนนำผลของการวิจัยไปดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนต่อไปความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามความเห็นของผู้วิจัย สามารถสรุปได้ดังนี้ ผู้วิจัยคือผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน สิ่งที่ถูกวิจัยคือการปฏิบัติการในหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ การพัฒนาและค้นคว้าแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการวิจัย คือกระบวนการค้นคว้าข้อความรู้ที่มีขั้นตอน กระบวนการดำเนินงานแบบต่อเนื่องเป็นวงล้อ หมุนรอบต่อเนื่องกันไปจนเสร็จสิ้นกระบวนการหรือลดความรุนแรงของปัญหาที่ต้องการแก้ไข ตามขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยได้ คือ

(4.3.1) การระบุแนวคิด นิยาม ปัญหาที่ชัดเจน

(4.3.2) การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายข้อเท็จจริงตามสถานการณ์จริงที่มีปัญหา หรือต้องการได้รับการแก้ไข

(4.3.3) การวางแผนเพื่อกำหนดแนวทางหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหา

(4.3.4) การนำแนวทาง หรือวิธีที่กำหนด ไปลงมือปฏิบัติจริง

(4.3.5) การติดตามตรวจสอบ หรือสังเกตการณ์ ประเมินผลการปฏิบัติงานตามแนวทางที่ได้ปฏิบัติไปแล้วตามแผนงาน

(4.3.6) การสะท้อนผลกลับของผลที่เกิดจากการนำแนวทางที่ได้ดำเนินการไปแล้ว โดยอาศัยการติดตาม ตรวจสอบ และพิจารณาในเชิงวิพากษ์ที่หลากหลายจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยภายใต้พื้นฐานของผลการดำเนินงานตามแนวทางที่ได้รับตามขั้นตอนที่ 5

(4.3.7) ทบทวนและปรับปรุงแนวทาง หรือวิธีการปฏิบัติในการแก้ปัญหา

(4.3.8) นำแนวทางหรือวิธีการที่ปรับปรุงแล้วไปลงมือปฏิบัติจริง

(4.3.9) สะท้อนผลกลับของแนวทางปฏิบัติผ่านการปรับแก้แล้วมีผลอย่างไร

(4.3.10) ดำเนินการเป็นวงล้อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเห็นที่ตรงกันว่าเหมาะสม หรือสถานการณ์นั้นได้รับการแก้ไข ปรับปรุงจนเป็นที่พอใจภายใต้ข้อจำกัดของระยะเวลาและงบประมาณของนักวิจัย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำระเบียบวิธีวิจัย แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาประยุกต์ใช้เพื่อรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้ที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการในบ้านหนองเส็ง เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางนำไปใช้ในการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ต่อไป

2.7 บริบทชุมชน

2.7.1 ข้อมูลผู้สูงอายุตำบลแว้งนาง

ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม อยู่ห่างตะวันออกของอำเภอเมืองมหาสารคาม ห่างจากตัวอำเภอเมือง 5 กิโลเมตร แบ่งการปกครองแบ่งเป็น 1 องค์การบริหารส่วนตำบล และ 1 เทศบาลตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ขึ้นตรงกับเครือข่ายบริการสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และ โรงพยาบาลมหาสารคาม สำหรับการบริหารงานส่วนท้องถิ่นในตำบลตำบลแว้งนาง มี 17 หมู่บ้าน 4,028 หลังคา ประชากร 12,488 คน ผู้สูงอายุ 1,954 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแว้ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มีพื้นที่รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน 2,254 หลังคา ประชากร 9,655 คน ผู้สูงอายุ 1,350 คน (ร้อยละ 13.98) อาสาสมัครสาธารณสุข 191 คน บุคคลสาธารณสุข 10 คน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 605 คน (ร้อยละ 44.81) มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 285 คน ติดเตียง 12 คน พิการ 64 คน (ร้อยละ 4.7) ของผู้สูงอายุ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแว้ง, 2559) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ปี 2559 ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้าน 1,350 คน 1,631 ครั้ง ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิต 1,350 ราย ได้รับการตรวจคัดกรองต่อกระดูก 428 ราย ได้รับการตรวจประเมินทางทันตสุขภาพ 1,350 ราย ไม่มีรายงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 และ 3 ไม่มีอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีชมรมผู้สูงอายุ 1 ชมรมสมาชิก 567 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแว้ง, 2559) ในส่วนของผลการดำเนินงานของชมรมยังไม่มี การบันทึกผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาชมรมยังไม่มีผลงานชัดเจน ชมรมได้ก่อตั้งขึ้นจากทางหน่วยงานราชการ กำหนด ตัวสมาชิกไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการเข้าร่วม ด้านสวัสดิการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการจ่ายเบี้ยยังชีพ และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจัดกิจกรรมในวันผู้สูงอายุช่วงวันสงกรานต์ และสงเคราะห์สิ่งของเครื่องใช้เป็นครั้งคราว ในส่วนของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นจะมุ่งแก้ปัญหาแบบเฉพาะหน้าเป็นหลักเป็นลักษณะการตั้งรับ ยังไม่มีรูปการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการบูรณาการงานกันของส่วนราชการแต่ละหน่วยงานในระดับตำบล ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจุบันการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นไปในลักษณะแยกส่วนตามภารกิจหน่วยงาน

2.7.2 ข้อมูลผู้สูงอายุตามศักยภาพ

ตาราง 1 จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

| หมู่ | ผู้สูงอายุทั้งหมด(คน) | กลุ่ม 1 ติดสังคม | | กลุ่ม 2 ติดบ้าน | | กลุ่ม 3 ติดเตียง | |
|------|-----------------------|------------------|----------|-----------------|----------|------------------|----------|
| | | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) |
| 1 | 188 | 146 | 77.6 | 40 | 21.3 | 2 | 1.1 |
| 2 | 92 | 74 | 80.4 | 18 | 19.6 | 0 | 0.0 |
| 3 | 113 | 93 | 82.3 | 20 | 17.7 | 0 | 0.0 |
| 5 | 116 | 91 | 78.4 | 24 | 20.7 | 1 | 0.9 |
| 8 | 212 | 171 | 80.7 | 39 | 18.4 | 2 | 0.9 |
| 9 | 112 | 67 | 59.8 | 42 | 37.5 | 3 | 2.7 |
| 10 | 126 | 102 | 81.0 | 23 | 18.3 | 1 | 0.8 |
| 11 | 173 | 137 | 79.2 | 35 | 20.2 | 1 | 0.6 |
| 12 | 122 | 94 | 77.0 | 27 | 22.1 | 1 | 0.8 |
| 15 | 96 | 78 | 81.3 | 17 | 17.7 | 1 | 1.0 |
| รวม | 1,350 | 1053 | 78.0 | 285 | 21.1 | 12 | 0.9 |

ที่มา : รายงานการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2560

จากตาราง 1 จะเห็นได้ว่าการจัดลำดับผู้สูงอายุที่มีอัตราการพึ่งพิงสูงสุด จากผลการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ปี 2560 คือชุมชนบ้านหนองเส็ง หมู่ 9 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยจำแนกตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ได้ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 จำนวน 67 คน ร้อยละ 59.80 ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 จำนวน 42 คน ร้อยละ 37.50 และผู้สูงอายุกลุ่ม 3 จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.70 จากจำนวน 112 คน

2.7.3 ข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

ตาราง 2 ข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

| หมู่ | จำนวน ผู้สูงอายุ ทั้งหมด | เบาหวาน | | ความดันโลหิตสูง | | หลอดเลือดสมอง/ หลอดเลือดหัวใจ | | โรคไตวาย | | โรคปอดอักเสบและ กระดูก | | พิการ | | พฤติกรรมไม่พึง ประสงค์ | |
|------|--------------------------------|---------|--------|-----------------|--------|----------------------------------|--------|----------|--------|---------------------------|--------|-------|--------|---------------------------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1 | 188 | 26 | 13.8 | 21 | 11.1 | 9 | 4.7 | 8 | 4.3 | 174 | 92.5 | 8 | 4.3 | 125 | 66.5 |
| 2 | 92 | 12 | 13.0 | 7 | 7.6 | 3 | 3.3 | 2 | 2.2 | 81 | 88.04 | 7 | 7.6 | 64 | 69.6 |
| 3 | 113 | 9 | 7.9 | 15 | 13.3 | 5 | 4.4 | 2 | 1.8 | 108 | 95.5 | 9 | 8.0 | 54 | 47.8 |
| 5 | 116 | 14 | 12.0 | 12 | 10.3 | 5 | 4.3 | 10 | 8.6 | 97 | 83.6 | 8 | 6.9 | 62 | 53.4 |
| 8 | 212 | 25 | 11.8 | 32 | 15.1 | 12 | 5.7 | 5 | 2.4 | 194 | 91.5 | 8 | 3.8 | 122 | 57.5 |
| 9 | 112 | 17 | 15.1 | 19 | 16.9 | 7 | 6.3 | 10 | 8.9 | 106 | 94.6 | 7 | 6.3 | 76 | 67.8 |
| 10 | 126 | 11 | 8.7 | 15 | 11.9 | 4 | 3.2 | 3 | 2.4 | 110 | 87.3 | 5 | 4.0 | 48 | 38.1 |
| 11 | 173 | 21 | 12.1 | 32 | 18.5 | 6 | 3.5 | 6 | 3.5 | 155 | 89.5 | 2 | 1.2 | 103 | 59.5 |
| 12 | 122 | 10 | 8.2 | 14 | 11.5 | 3 | 2.5 | 3 | 2.5 | 110 | 90.1 | 6 | 4.9 | 86 | 70.5 |
| 15 | 96 | 7 | 7.3 | 9 | 9.4 | 4 | 4.2 | 3 | 3.1 | 86 | 89.5 | 4 | 4.2 | 51 | 53.1 |
| รวม | 1,350 | 320 | 23.7 | 175 | 12.96 | 58 | 4.3 | 52 | 3.9 | 1,229 | 91.03 | 64 | 4.7 | 791 | 58.6 |

ที่มา: รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม (2559)

จากตาราง 2 ข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ได้จากการคัดกรองพบว่าสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ามีโรคประจำตัวที่พบ 5 อันดับแรกคือโรค โรคปวดข้อและกระดูก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง/หลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย ร้อยละ 91.03, 23.7, 12.96, 4.3 และ 3.9 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง, 2559) จากข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรค 5 อันดับแรก นำมาจัดลำดับความรุนแรงจากทั้งหมด 10 หมู่บ้าน จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุบ้านหนองแวงมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนสูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องข้อมูลสถิติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมืองมหาสารคาม พ.ศ. 2559 (งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม, 2559) และผลจากการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุทั้ง 5 ช้อ พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 58.6 นับว่าเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเร็วขึ้น

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นรากร เลไธสง (2557) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ (1) ขั้นวางแผนใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบ AIC (Appreciation-Influence-Control) (2) ขั้นปฏิบัติการ ได้ดำเนินกิจกรรม 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการฝึกอาชีพ 2) กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 3) กิจกรรมการออกกำลังกายและสันทนาการ (3) ขั้นสังเกตผลได้ทำการบันทึกพฤติกรรมมีส่วนร่วม และสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของคุณภาพชีวิต (4) ขั้นสะท้อนผล ได้ทำกิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย พบว่าเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมการออกกำลังกายและสันทนาการ โดยสรุป รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ มีรูปแบบการดำเนินงานอยู่ 2 ส่วน คือ (1) ส่วนของเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุและผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน (2) คือ กระบวนการมีส่วนร่วม วางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ขึ้น จากการศึกษาในงานวิจัยพบว่า ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ส่วน ประกอบด้วยเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และกระบวนการมีส่วนร่วม ตามขั้นตอนวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ได้รับการส่งเสริมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

ฤทธิชัย แกมมา (2559) ได้ศึกษาการวิจัยเรื่องรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พัฒนาพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนและเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยแจกแบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วน โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 60 รูป/คน ผลการวิจัย สรุปผล ดังนี้ ปัญหาสุขภาพกายของผู้สูงอายุ พบว่า มีโรคประจำตัว สุขภาพไม่แข็งแรง ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ พบว่ามีภาวะ เหงา และเครียด ปัญหาด้านการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการมีรายได้เสริม มีอาชีพ และมีตลาดรองรับผลผลิต กิจกรรมการมีส่วนร่วม, การสร้างเสริมสุขภาพจากการมีโรงเรียนผู้สูงอายุ จากที่ศึกษาในงานวิจัยจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สามารถดำเนินได้ด้วยการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีจุดศูนย์กลางคือโรงเรียนผู้สูงอายุ อีกทั้งยังสามารถส่งเสริมด้านรายได้เสริม มีอาชีพ และมีตลาดรองรับผลผลิต ผ่านทางโรงเรียนผู้สูงอายุได้อีกทางหนึ่ง

กานต์รวี กอบสุข (2554) มีความมุ่งหมายเพื่อหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรณรง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 34 คน จากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 59 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการศึกษา ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนปฏิบัติการ ดำเนินกิจกรรมตามแผน และการประเมินผลกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำชุมชน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเข้าวัดทำบุญฟังธรรม คนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หลังดำเนินการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาวิจัยนี้ พบว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ได้จากการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำชุมชน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

วิโชติ ผ่าผิวดิ (2556) ศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : A-I-C) ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่ถูกคัดเลือก จำนวน 34 คน และภาคีผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน วิธีดำเนินการวิจัยคือประยุกต์แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ ค้นหาปัญหาวิเคราะห์ปัญหาวางแผน, ปฏิบัติตามแผน, สังเกตผลและสะท้อนผลการปฏิบัติการจัดกิจกรรมตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์รูปแบบเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน

ได้แก่ Paired Samples t-test รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ต้องมีการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นเข้ามาดำเนินงานร่วมกัน ร่วมกันกำหนดกลวิธีดำเนินงานจัดตั้งเครือข่าย กำหนดผู้รับผิดชอบในกิจกรรมต่าง ๆ และร่วมเป็นผู้รับประโยชน์ในฐานะสมาชิกของชุมชนชุมชน สามารถหากวิธีดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองส่งผลให้เกิดการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งภายหลังจากการดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น จากการศึกษางานวิจัยนี้ พบว่าในการดำเนิน งานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หากมีการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นเข้ามาดำเนินงานร่วมกัน กำหนดแนวทางในการดำเนินงานที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชนตนเอง ให้เกิดการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น

พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว (2559) การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 16,058 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินที่ผู้สูงอายุได้รับ เป็นคำถามที่ผู้สูงอายุสามารถตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ (Multiple Responses) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีเบี้ยยังชีพจากราชการเป็นแหล่งรายได้หลักมากที่สุด การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวพบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวทำเป็นประจำ ได้แก่ ฝากบ้าน ฝากบ้าน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยระดับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อยู่ในระดับ ปานกลางผู้สูงอายุเกินครึ่งจะเข้ารับการตรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุไทยในด้านร่างกายมีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน รวมถึงผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส จากการศึกษาวิจัยนี้ พบว่าการได้รับสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากครอบครัวและชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ยุวดี รอดจากภัย (2557) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน และผู้ดูแล จำนวน 30 คน ในจังหวัดปราจีนบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จากการศึกษาพบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีผลการวิเคราะห์ดังนี้ ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่พบว่ามี การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี หลังการทดลองพบว่าการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีและอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองพบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแล ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างก่อน

การทดลองและหลังการทดลองมีผลการวิเคราะห์ดังนี้มีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของการรับรู้คุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 3.90 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 17.20 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษางานวิจัยพบว่า ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น บุคคลที่มีความสำคัญที่ต้องดูแลนั้นก็คือนักดูแลผู้สูงอายุ เพราะว่าหากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการดูแลเสริมพลังใจจากชุมชน จะทำให้การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ มีกำลังแรงใจที่จะดูแลผู้สูงอายุก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีตามมา

สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี (2556) ศึกษาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ รพ.สต. เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยผสมผสาน ทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุเป็นญาติ มีความต้องการ ให้บริการในครอบครัว/ชุมชนของผู้สูงอายุมากที่สุด การจัดหาและความพร้อมในเรื่องวัสดุอุปกรณ์ ภายอุปกรณ์ เครื่องใช้ทางการแพทย์ มีความต้องการจำเป็นมากที่สุดเท่ากับการมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นศูนย์กลางดำเนินการด้านผู้สูงอายุ หมวดการให้บริการในครอบครัว/ชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่า การบริการการดูแลชั่วคราว ทดแทนผู้ดูแลหลัก มีความต้องการจำเป็นมากที่สุด หมวดการเชื่อมโยงส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาพบว่า ระบบส่งต่อและติดตามการตอบรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยนอกเขตรับผิดชอบและส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีความต้องการจำเป็นมากที่สุด หมวดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคพบว่าการบริการฟื้นฟูภาวะเสื่อมทางกายและใจมีความต้องการจำเป็นมากที่สุด สำหรับความต้องการจำเป็นในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ รพ.สต. จำแนกตามขนาดความรับผิดชอบประชากร พบว่า รพ.สต. ขนาดเล็ก และ รพ.สต. ขนาดกลางมีความต้องการจำเป็นในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่า รพ.สต. ขนาดใหญ่ในแต่ละหมวดและโดยรวมทุกหมวด เมื่อพิจารณาการจัดอันดับความ ต้องการจำเป็นในรายหมวด พบว่า รพ.สต. ทุกขนาดทั้งขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่ จัดอันดับความสำคัญในหมวดการให้บริการในครอบครัว/ชุมชนมากที่สุดเป็นอันดับ 1 การเปรียบเทียบความ ต้องการจำเป็นในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ รพ.สต. ที่มีขนาดความรับผิดชอบประชากรที่แตกต่างกันพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05) จากการศึกษางานวิจัยพบว่า ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องมีแม่ข่ายเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาอาการป่วย และการบริการฟื้นฟูภาวะเสื่อมทางกายและจิตใจ และความจำเป็นในระดับชุมชนต่อการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นกำลังสำคัญจำเป็นในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สมใจ วินิจกุล (2556) การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษากลุ่มเดียววัดผล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (one group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชนแสงทอง แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดำเนินการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการ

ประชุมระดมความคิดเห็น ร่วมค้นหาปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรม กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และด้านการจัดการความเครียด มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ สำหรับพฤติกรรม การดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากน้อยมาอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางมาอยู่ในระดับมากตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางมาอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษางานวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น หากมีกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลของชุมชน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพมากขึ้น

จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี (2555) การศึกษาเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ ผลการศึกษา พบว่าการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ก่อนการพัฒนา ยังไม่มีแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงโดยเฉพาะ ขาดความพร้อมในการให้การดูแลไม่มีแนวทางการดำเนินงาน ตลอดทั้งช่องทางการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยประสานไม่ชัดเจน ด้านผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในให้การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้อง ต้องได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ มีภาระที่ต้องไปทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถให้การดูแลตลอดเวลาได้ ต้องทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียว ตลอดทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจผู้ดูแลต้องมีภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ด้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ส่วนใหญ่มีระดับ BMI เกิน บางรายมีความพิการหรือทุพพลภาพร่วมด้วย ทุกรายอยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงได้มีการพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน จากการศึกษาวิจัยพบว่า ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ทีมผู้ให้บริการและเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญ มีการทำงานเป็นทีม ช่วยกันระดมสมองร่วมวางแผนการดำเนินงานตามแผน สรุปผลและนำปัญหาที่มีมาแก้ไขเพื่อปรับปรุงข้อผิดพลาดแล้วนำผลจากการแก้ไขไปดูแลสุขภาพผู้สูงต่อไป

พิศสมัย บุญเลิศ (2559) การศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับ

เครือข่ายด้วยกระบวนการใช้วงจรคุณภาพ PDCA โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดดังกล่าว หลังการดำเนินงานพบว่าเกิดความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของทีมโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 78.6 การดูแลที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน จะต้องมียุทธศาสตร์การดูแลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน จากการศึกษางานวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำเป็นจะต้องมียุทธศาสตร์การดูแลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน เพื่อลดช่องว่างลดรอยต่อ เครือข่ายต้องสรุปผลเพื่อนำไปสู่การปรับแผนใหม่ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข การเสริมพัฒนาในจุดแข็ง เหล่านี้จะส่งผลให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ภรณ์ ตั้งสุรัตน์ (2556) การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการและ 2) เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามเพศ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัวการรับรู้ข่าวสารสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 355 คน เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถาม ซึ่งมีระดับค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t - Test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ตามวิธีของเซฟเฟ่ ผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ แตกต่างกัน ตามเพศ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัว การรับรู้ข่าวสารสุขภาพ และระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่แตกต่างกันตามสถานภาพสมรสจากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดี จะมีความรู้ความเข้าใจและเกิดความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง

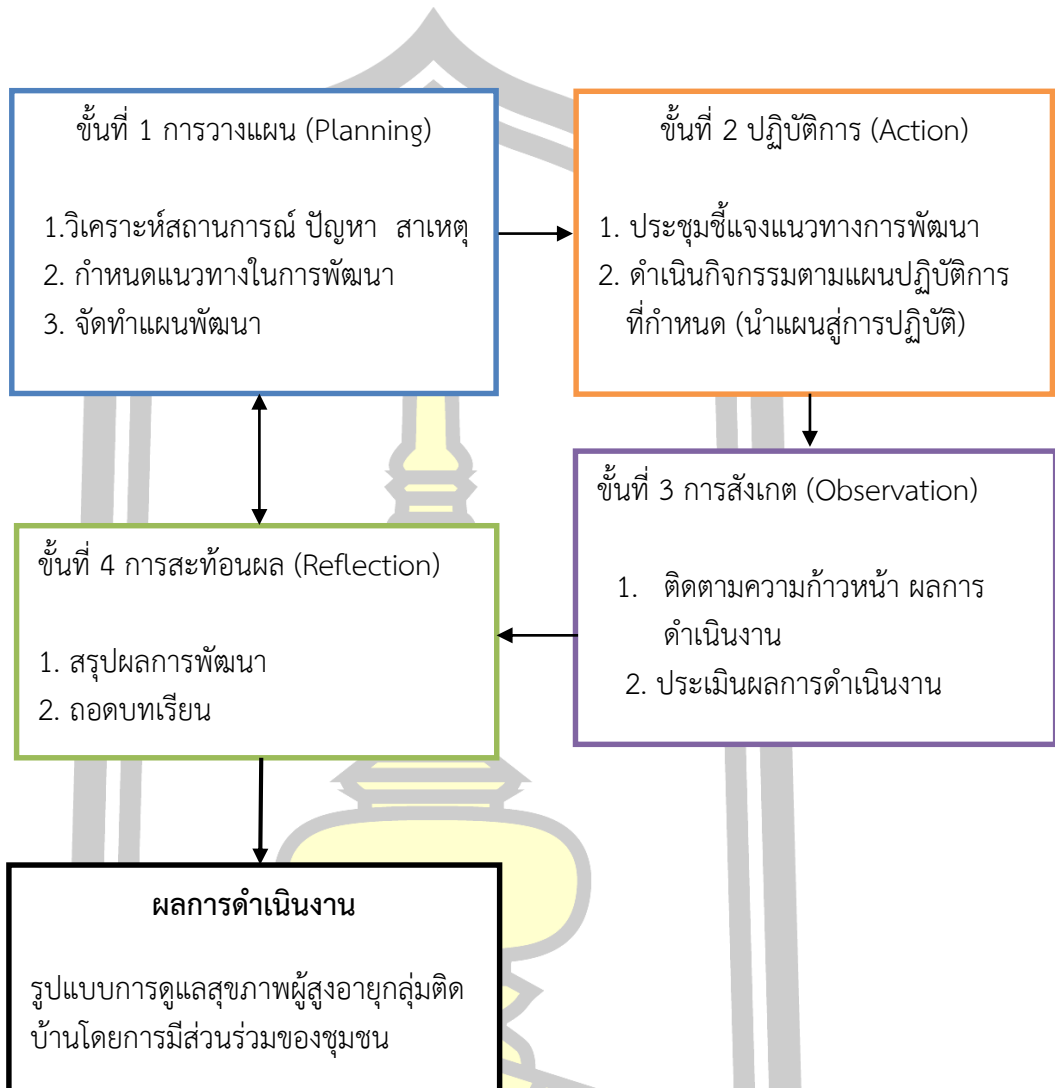
สรียญา ปิ่นเพชร (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ารูปแบบใหม่ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวประกอบด้วย 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณ และร่วมดำเนินงานตามกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ 2) การจัดกลุ่มในการดูแลสุขภาพตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง 3) การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากคนในครอบครัว 4) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 5) การมอบรางวัลให้แก่ผู้สูงอายุและเชิดชูเกียรติผู้สูงอายุ บุคคลผู้ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน หลังการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการคัดกรองสุขภาพครบทุกคน กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ และมีสุขภาพกายสุขภาพจิตดีขึ้น จากการศึกษาวิจัยพบว่า การนำรูปแบบ Health Promotion, Home visit, Home Health Care และ Home Ward รพ.สต. ไปเชื่อมประสานกับชุมชน แกนนำ ภาศเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิด

การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ จะทำให้เกิดความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

จากทฤษฎีและงานวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงเกิดแนวคิดที่จะใช้กระบวนการที่ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาความต้องการและแนวทางในการจัดการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมวางแผนและ ตัดสินใจดำเนินการตามแผน จากปัญหาและความต้องการของชุมชนผ่านการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันของชุมชน มีการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นเข้ามาดำเนินงานร่วมกัน สามารถหาวิถีดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง มาเป็นโครงสร้างหลักในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้เกิดการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ข้อกำหนดพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์เสริมแรงให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชน เกิดความรู้และสามารถผลักดันให้เกิดการวิจัยเพื่อการหากระบวนการที่เหมาะสมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป



2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

พูน ปณ ทิโต ชีเว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม และการวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีกระบวนการกลุ่ม การมีส่วนร่วมของชุมชน เริ่มตั้งแต่ระดับ ครอบครัว ตัวผู้สูงอายุเอง ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น หน่วยบริการด้านสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์หาแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการศึกษาตามขั้นตอนของการวางแผน (Planning) การ ปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) มาประยุกต์ใช้ โดยดำเนินการศึกษาแบบผสมผสาน มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยการใช้ แบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) มีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เพื่อ สนับสนุนผลของการวิจัย ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้จะต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่เป็นผู้ร่วมวิจัย โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือ
- 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.6 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 การพิจารณาด้านจริยธรรม

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ซึ่งแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ Kemmis (1990)

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากประชากร 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 20 คน โดยเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อวัดระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและวัดระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามเครื่องมือแบบสอบถาม โดยวัดก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 31 คน เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อวัดระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามเครื่องมือแบบสอบถาม โดยวัดก่อนและหลังการวิจัย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร (Populations) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

3.2.1.1 บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ประกอบด้วย เป็นผู้นำชุมชน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 คน สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ 112 คน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลแว้ง จำนวน 30 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน พระสงฆ์ จำนวน 4 รูป รวม 181 คน

3.2.1.2 กลุ่มผู้สูงอายุ ในพื้นที่บริการ จำนวน 112 คน ของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง (Samples)

3.2.2.1 บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling Technique) มี จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

คัดเลือกจากผู้ดูแลผู้สูงอายุบ้านหนองเส็ง ตัวแทนผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จำนวน 1 คน คัดเลือกจากผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและมีประสบการณ์ในการดำเนินงานอย่างน้อย 3 ปี จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองแวง ตัวแทนเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลแวงน่าง จำนวน 2 คน คัดเลือกจากผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุและมีประสบการณ์ในการดำเนินงานอย่างน้อย 3 ปี ตัวแทนผู้นำชุมชนคัดเลือกจากผู้นำชุมชนบ้านหนองเส็ง จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบ้านหนองเส็ง จำนวน 2 คน ตัวแทน พระภิกษุจากวัดบ้านหนองเส็ง จำนวน 1 รูป คัดเข้าตามตำแหน่งมีความสมัครใจ มีความพร้อม อ่านออกเขียนหนังสือได้ สามารถเป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม และเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดงานวิจัยได้

3.2.2.2 กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่ม 2 กลุ่มติดบ้านที่ได้ผ่านการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) จากการคัดกรองเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน บ้านหนองเส็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน จำนวน 31 คน เป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) แล้วโดยมีผลการประเมินจัดเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 กลุ่ม (ติดบ้าน ค่าคะแนน 5 – 11)

กลุ่มตัวอย่างเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. คัดเข้าตามความสมัครใจ
2. โดยต้องสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ด้วยภาษาไทย
3. มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง
4. เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย มีความพร้อมที่จะพัฒนาตนเองมีศักยภาพ

ในการเป็นตัวแทนของกลุ่ม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดงานวิจัยได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง
3. ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย

- 1) ชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย)
- 2) กระบวนการพัฒนาโดยแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ช่วงเวลาระหว่างเดือน มกราคม 2561 ถึง เดือน มีนาคม 2561โดยนัดผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 9 ครั้ง มีขั้นปฏิบัติการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย (Preliminary phase)

สัปดาห์ที่ 1-2 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน บ้านหนองแสงตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม และเตรียมจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในช่วงวันที่ 6-8 มกราคม 2561 สนทนากลุ่ม (Group Discussion) ใช้เวลาในการสนทนาแต่ละครั้ง ประมาณ 60 นาที จำนวน 3 ครั้ง

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ Kemmis (1990)

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

สัปดาห์ที่ 3-4 ประชุมคณะกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจ สร้างแนวทาง กำหนดแผนการปฏิบัติงาน ประชุมคณะกรรมการ กำหนดแนวทางการทำ Pre-test ในวันที่ 15 มกราคม 2561 เวลา 09.00 –15.00 น.

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ (Action)

สัปดาห์ที่ 5-6 ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ประเมินความรู้การมีส่วนร่วม ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนา (Pre-test) ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด (นำแผนสู่การปฏิบัติ) ในวันที่ 20-21 มกราคม 2561

สัปดาห์ที่ 7-8 จัดประชุมคืนข้อมูล ในวันที่ 26 มกราคม 2561

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

สัปดาห์ที่ 9-10 เข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยมสนับสนุนให้ ข้อเสนอแนะ ประเมินภาวะสุขภาพ สังเคราะห์กระบวนการ แนวทางการดำเนินงานที่เกิดขึ้นหลังร่วม กิจกรรม ในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2561

ขั้นที่ 4 การสะท้อน (Reflection) ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2561

สัปดาห์ที่ 11 ถอดบทเรียน คืนข้อมูลให้ชุมชน สรุปการดำเนินงานปัญหา อุปสรรค ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนา พร้อมข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดย การมีส่วนร่วมของชุมชน สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเมินภาวะสุขภาพ หลังพัฒนา

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับการสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งปรับจากแบบ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, 2559) ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 37 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลสภาวะสุขภาพทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ประเมิน ADL ลักษณะข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (กรมการแพทย์, 2557)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

| | |
|-----------------|----------|
| คำตอบ | การแปลผล |
| ไม่มีทั้ง 2 ข้อ | ปกติ |
| มี 1 ข้อ | เสี่ยง |

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

| | |
|-----------------------|---|
| คะแนนรวม | การแปลผล |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 19 | โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง |
| 13-18 | โรคซึมเศร้าระดับปานกลาง |
| 7-12 | โรคซึมเศร้าระดับน้อย |
| น้อยกว่า 7 | ไม่มีอาการโรคซึมเศร้าหรือมีอาการน้อยมาก |

ส่วนที่ 4 สภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ครอบครัว และสัมพันธภาพ แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนความรู้ออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนเต็ม 22 คะแนน ดังนี้ (ชูศรี วงรัตน์, 2544: 75)

| | |
|---------------------|--|
| ความรู้ระดับดี | หมายถึง มีคะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (17 คะแนนขึ้นไป) |
| ความรู้ระดับปานกลาง | หมายถึง มีคะแนน ร้อยละ 60.0 – 79.9 (14 – 16 คะแนน) |
| ความรู้ระดับไม่ดี | หมายถึง มีคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60.0 (0 – 13 คะแนน) |

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา) จำนวน 17 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด

| | | | |
|----------|-----|---|-------|
| ประจำ | ให้ | 3 | คะแนน |
| บางครั้ง | ให้ | 2 | คะแนน |
| ไม่เคย | ให้ | 1 | คะแนน |

มีข้อคำถามข้อที่ 5-6 เป็นคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้การปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด

| | | | |
|----------|-----|---|-------|
| ประจำ | ให้ | 1 | คะแนน |
| บางครั้ง | ให้ | 2 | คะแนน |
| ไม่เคย | ให้ | 3 | คะแนน |

การแปลผล มี 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538: 9) ดังนี้

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.67 | หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับไม่ดี |
| คะแนนเฉลี่ย 1.68 -2.34 | หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.00 | หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับดี |

2) แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับการสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนความรู้ออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน ดังนี้ (ชูศรี วงรัตน์, 2544: 75)

| | |
|---------------------|--|
| ความรู้ระดับดี | หมายถึง มีคะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (13 คะแนนขึ้นไป) |
| ความรู้ระดับปานกลาง | หมายถึง มีคะแนน ร้อยละ 60.0 – 79.9 (10 – 12 คะแนน) |
| ความรู้ระดับไม่ดี | หมายถึง มีคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60.0 (0 – 9 คะแนน) |

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 14 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | | |
|-------------------------------|-----|---|-------|
| การปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด | | | |
| ประจำ | ให้ | 3 | คะแนน |
| บางครั้ง | ให้ | 2 | คะแนน |
| ไม่เคย | ให้ | 1 | คะแนน |

การแปลผล มี 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538: 9) ดังนี้

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.67 | หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับไม่ดี |
| คะแนนเฉลี่ย 1.68 -2.34 | หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.00 | หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับดี |

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

| | | | |
|---|-----|---|-------|
| การมีส่วนร่วม | | | |
| ตอบท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวมากที่สุด | ให้ | 5 | คะแนน |
| ตอบท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวมาก | ให้ | 4 | คะแนน |
| ตอบท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวปานกลาง | ให้ | 3 | คะแนน |
| ตอบท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวน้อย | ให้ | 2 | คะแนน |

ตอบท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวอย่างน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน
การแปลผล มี 5 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538: 9) ดังนี้

การมีส่วนร่วม

| | |
|-------------------------|----------------------------|
| คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 | หมายถึง มี ระดับน้อยที่สุด |
| คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 | หมายถึง มี ระดับน้อย |
| คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 | หมายถึง มี ระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 | หมายถึง มี ระดับมาก |
| คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 | หมายถึง มี ระดับมากที่สุด |

3) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นเพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการดำเนินงานพัฒนา และปัจจัยที่ส่งผลในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน นำไปตรวจสอบคุณภาพตามขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามซึ่งปรับปรุงจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, 2559) เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย ดร.สงัด เชื้อลินฟ้า นายมาวิน ทับแสง นางนวิรัตน์ บุญนาน ตรวจสอบแล้วจึงปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ ค่า IOC ของแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 สำหรับใช้สำหรับการสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ≥ 0.67 และมีค่าผลรวมเท่ากับ 0.88 และค่า IOC ของแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 สำหรับใช้สำหรับการสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ≥ 0.67 และมีค่าผลรวมเท่ากับ 0.78

3.4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 ชุด กับกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษาคือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตตำบลข้างเคียง ในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของการตอบแล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ทุกข้อคำถามแล้วหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับการสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เท่ากับ 0.748

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เท่ากับ 0.757

ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับการสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน เท่ากับ 0.796

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน เท่ากับ 0.787

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เท่ากับ 0.932

3.4.3 ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน นำประเด็นการสนทนากลุ่มและการประชุมกลุ่มเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วจึงปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ

3.5 การรวบรวมข้อมูล

โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สรุปได้ดังนี้

3.5.1 การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามการประเมินภาวะสุขภาพ

3.5.2 การศึกษาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รวบรวมข้อมูลโดยกิจกรรมการสนทนากลุ่มและบันทึกข้อมูล

3.5.3 การศึกษาปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รวบรวมข้อมูลโดยกิจกรรมการจัดประชุมกลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสอบถามและบันทึกข้อมูล

3.5.4 การวางแผน รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและบันทึกข้อมูลจากการเสนอกิจกรรมในการดูแลสุขภาพ

3.5.5 การปฏิบัติการ รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุก่อนร่วมกิจกรรมและแบบประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

3.5.6 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามภาวะสุขภาพหลังร่วมกิจกรรม การสังเกต การสอบถาม และการบันทึกข้อมูล

3.5.7 การสะท้อนผลปฏิบัติ รวบรวมข้อมูลโดยการถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

3.5.8 การประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รวบรวมโดยแบบสอบถามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและหลังการพัฒนา

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านบ้านหนองเส็ง ตำบลเวียงน้ำ อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและศึกษา ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การจำแนกประเภทข้อมูล ประมวลความเชื่อมโยงและการสร้างข้อสรุป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนและประเมิน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ด้วยการจำแนกประเภทข้อมูล เชื่อมโยงความสัมพันธ์และสร้างบทสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

วิเคราะห์เปรียบเทียบ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ ด้วยสถิติทดสอบ t- test ที่ระดับความเชื่อมั่น $p < 0.05$

วิเคราะห์เชิงคุณภาพ คือศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ การจำแนกประเภทข้อมูล เชื่อมโยงความสัมพันธ์และสร้างบทสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

3.7 การพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยทั้งก่อนการดำเนินการวิจัย และขณะดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.7.1 ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยพิจารณาต่าง ๆ ดังนี้

3.7.1.1 หลักการเคารพในตัวบุคคล ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมของการศึกษาวิจัยโดยให้ความเคารพ และยอมรับความคิด ความเชื่อของผู้ร่วมวิจัยต่อประเด็นการศึกษา มีความจริงใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมในการศึกษาวิจัย ยกย่องและให้เกียรติผู้ที่มีวัยวุฒิมากกว่าตำแหน่งสูงกว่า ตามธรรมเนียมไทย

3.7.1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและทำความเข้าใจอย่างละเอียด ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องได้รับ คำยินยอมจากผู้ร่วมวิจัย

3.7.1.3 การรักษาข้อมูลบุคคลไว้เป็นความลับ และลงนามในแบบชี้แจงอาสาสมัครได้ ระบุข้อความรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับ จากผู้ร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัย ในภาพรวมเท่านั้นซึ่งจะไม่มีการระบุ ชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย จึงไม่เกิดผลกระทบต่อ การปฏิบัติงานของผู้ร่วมวิจัยแต่ประการใด

3.7.1.4 การเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ร่วมวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

3.7.2 ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมของการศึกษาวิจัยโดยให้ความเคารพ และยอมรับความคิด ความเชื่อของผู้ร่วมวิจัยต่อประเด็นการศึกษา มีความจริงใจใน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมในการศึกษาวิจัย ยกย่องและให้เกียรติผู้ที่มีวิถึวุฒิมากกว่าตำแหน่งสูงกว่า ตามธรรมเนียมไทย และที่สำคัญยิ่งคือคำนึงถึงผลประโยชน์ของชุมชน และผู้ร่วมวิจัยมากกว่า ผลงานวิจัยของตน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพที่ ถูกต้อง เหมาะสมครบถ้วนตามกระบวนการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม รับรองเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2560 และหมดอายุวันที่ 17 ธันวาคม 2561



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990) ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 4.1 ข้อมูลสถานการณ์

ส่วนที่ 4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ส่วนที่ 4.3 ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ส่วนที่ 4.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

4.1 ข้อมูลสถานการณ์

ข้อมูลสถานการณ์ ประกอบด้วยข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สภาพสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาพทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและ ระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลแว้งในปัจจุบัน รายละเอียดดังนี้

4.1.1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.30 มีอายุเฉลี่ย 72 ปี (S.D.= 7.97) อายุต่ำสุด 61 ปี สูงสุด 92 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปี จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 48.40 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 54.80 รองลงมา มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 35.50 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 83.90 รองลงมา ไม่ได้เรียน ร้อยละ 9.70 ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ร้อยละ 51.60 รองลงมา เป็นเกษตรกร ร้อยละ 45.20 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 ร้อยละ 67.70 รองลงมา เป็น 1,001 – 2,000 บาท ร้อยละ 22.60 รายได้หลักส่วนมากมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 90.30 รองลงมา ลูก หลานให้ ร้อยละ 6.50 และรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือน ร้อยละ 96.80 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

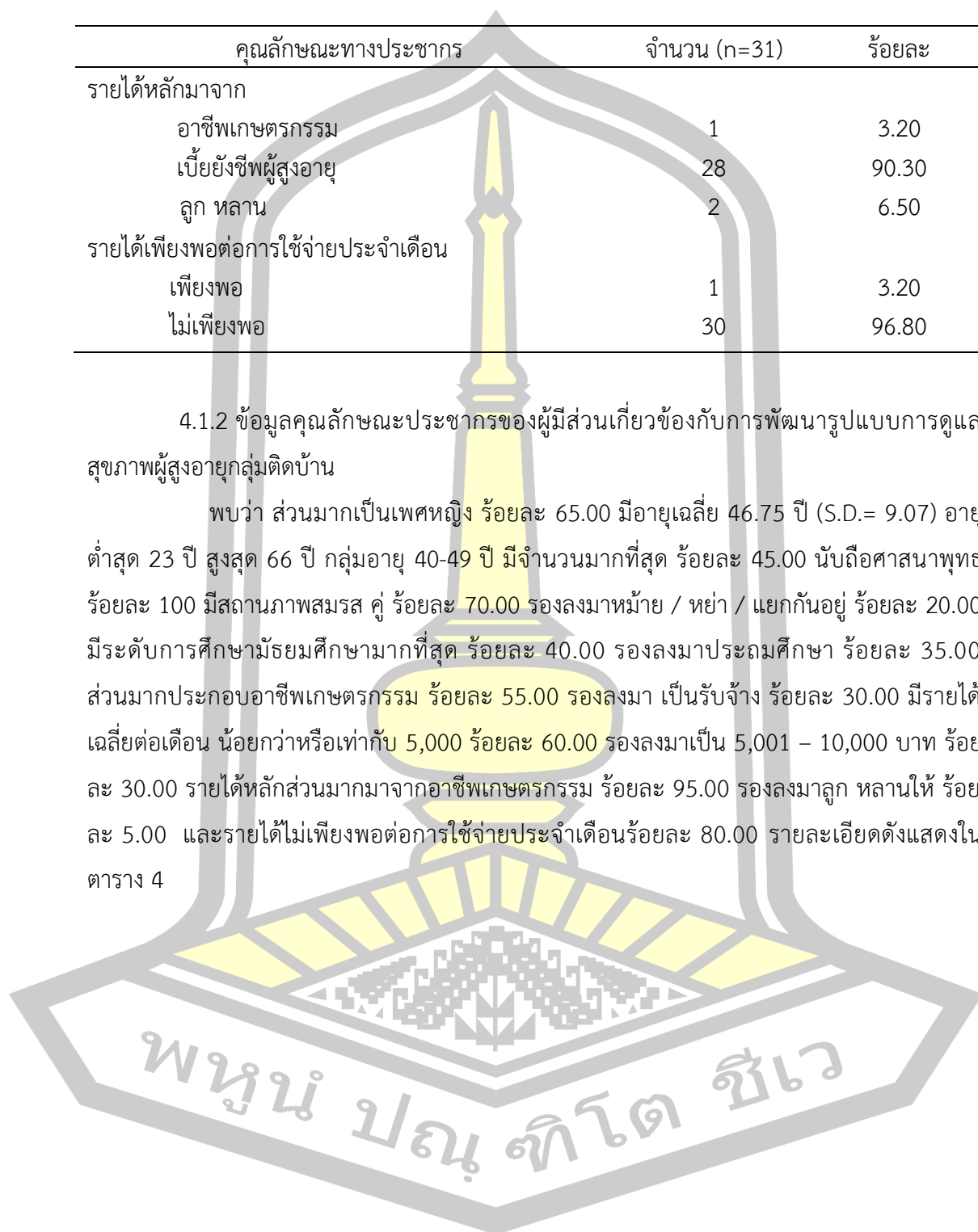
| คุณลักษณะทางประชากร | จำนวน (n=31) | ร้อยละ |
|--|-----------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 12 | 38.70 |
| หญิง | 19 | 61.30 |
| อายุ | | |
| 60 - 69 ปี | 8 | 25.80 |
| 70 - 79 ปี | 15 | 48.40 |
| 80 ปีขึ้นไป | 8 | 25.80 |
| $\bar{x} = 72$ ปี SD = 7.97 Min = 61 Max = 92 | | |
| นับถือศาสนา | | |
| พุทธ | 31 | 100 |
| ศาสนาอื่น | 0 | 0 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 3 | 9.70 |
| คู่หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ | 17 | 54.80 |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | |
| ไม่ได้เรียน | 3 | 9.70 |
| ประถมศึกษา | 26 | 83.90 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 1 | 3.20 |
| ปริญญาตรี | 1 | 3.20 |
| อาชีพหลักที่ทำรายได้ในปัจจุบัน | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ | 16 | 51.60 |
| เกษตรกรกรรม | 14 | 45.20 |
| ข้าราชการบำนาญ | 1 | 3.20 |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) | | |
| น้อยกว่า 1,000 บาท | 21 | 22.60 |
| 1,000 - 2,000 บาท | 7 | 9.70 |
| มากกว่า 2,000 บาท | 3 | |
| Median = 800 Min = 600 Max = 10,000 | | |

ตาราง 3 (ต่อ)

| คุณลักษณะทางประชากร | จำนวน (n=31) | ร้อยละ |
|--------------------------------------|--------------|--------|
| รายได้หลักมาจาก | | |
| อาชีพเกษตรกรรม | 1 | 3.20 |
| เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | 28 | 90.30 |
| ลูก หลาน | 2 | 6.50 |
| รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือน | | |
| เพียงพอ | 1 | 3.20 |
| ไม่เพียงพอ | 30 | 96.80 |

4.1.2 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.00 มีอายุเฉลี่ย 46.75 ปี (S.D.= 9.07) อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 66 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 45.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 70.00 รองลงมาหม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ ร้อยละ 20.00 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40.00 รองลงมาประถมศึกษา ร้อยละ 35.00 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.00 รองลงมา เป็นรับจ้าง ร้อยละ 30.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 ร้อยละ 60.00 รองลงมาเป็น 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 30.00 รายได้หลักส่วนมากมาจากอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 95.00 รองลงมาลูก หลานให้ ร้อยละ 5.00 และรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือนร้อยละ 80.00 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4



ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้าน จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

| คุณลักษณะทางประชากร | จำนวน (n=20) | ร้อยละ |
|--|--------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 7 | 35.00 |
| หญิง | 13 | 65.00 |
| อายุ | | |
| < 40 ปี | 3 | 15.00 |
| 40 – 49 ปี | 9 | 45.00 |
| 50 – 59 ปี | 7 | 35.00 |
| 60 ปีขึ้นไป | 1 | 5.00 |
| $\bar{x} = 46.75$ ปี $SD = 9.07$ $Min = 23$ $Max = 66$ | | |
| นับถือศาสนา | | |
| พุทธ | 20 | 100 |
| ศาสนาอื่น | 0 | 0 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 2 | 10.0 |
| คู่หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ | 14 | 70.00 |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | |
| ประถมศึกษา | 7 | 35.00 |
| มัธยมศึกษา | 8 | 40.00 |
| อนุปริญญา | 1 | 5.00 |
| ปริญญาตรี | 4 | 20.00 |
| อาชีพหลักที่ทำรายได้ในปัจจุบัน | | |
| รับจ้าง | 6 | 30.00 |
| เกษตรกร | 11 | 55.00 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 1 | 5.00 |
| รับราชการ | 2 | 10.00 |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน | | |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท | 12 | 60.00 |
| 5,000 – 10,000 บาท | 6 | 30.00 |
| มากกว่า 10,000 บาท | 2 | 10.00 |
| Median=5,000 Min = 1,500 Max = 20,000 | | |

ตาราง 4 (ต่อ)

| คุณลักษณะทางประชากร | จำนวน (n=20) | ร้อยละ |
|--------------------------------------|--------------|--------|
| รายได้หลักมาจาก | | |
| จากการประกอบอาชีพหลัก | 19 | 95.00 |
| ลูก หลาน | 1 | 5.00 |
| รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือน | | |
| เพียงพอ | 4 | 20.00 |
| ไม่เพียงพอ | 16 | 80.00 |
| สถานะทางสังคม | | |
| ผู้นำชุมชน | 4 | 20.00 |
| อาสาสมัคร | 2 | 10.00 |
| ครอบครัวผู้ดูแลใกล้ชิด | 10 | 50.00 |
| จนท.สาธารณสุข อบต. และพระ | 4 | 20.00 |

4.1.3 ข้อมูลสภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ข้อมูลสภาวะสุขภาพกาย พบว่ามีน้ำหนักต่ำสุด 38 กิโลกรัม สูงสุด 85 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 157.23 เซนติเมตร ต่ำสุด 130 เซนติเมตร สูงสุด 175 เซนติเมตร ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.6-22.9 (ปกติ) ร้อยละ 51.60 รองลงมาเป็น 23-24.9 (อ้วนระดับ 1) และ 25-29.9 (อ้วนระดับ 2) ร้อยละ 16.10 เท่ากัน ($\bar{X} = 22.27$) มีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 126 ขึ้นไป ร้อยละ 51.60 รองลงมา 101-125 ร้อยละ 41.90 ($\bar{X} = 146.58$) มีระดับความดันโลหิต 140-150/90-99 ร้อยละ 71.0 รองลงมา 120-139/80-89 ร้อยละ 29.00 ($\bar{X} = 141.06/91.97$) เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้พึงพิงเข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยละ 96.80 ซื้ยยากินเอง ร้อยละ 3.20 ภายอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องช่วยเหลือที่ใช้ประจำมี ไม่เท้า ฟันปลอม รถนั่งเข็น แวนตา ร้อยละ 77.40 ส่วนปัญหาสุขภาพทางกาย/โรค/การเจ็บป่วยในปัจจุบัน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 96.80 โรคปวดข้อ ข้อเสื่อม โรคเก๊า รูมาตอยด์ ร้อยละ 90.30 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 64.50 เป็นโรคต่อกระจก โรคต่อหิน ร้อยละ 61.30 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 29.00 และเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 6.50 มีปัญหาเรื่องการเดินหกล้ม มีร้อยละ 96.80 มีปัญหาการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติเหมือนเดิม มีร้อยละ 90.30 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นร้อยละ 90.30 มีปัญหาปวดตามข้อ มีร้อยละ 87.10 การมองเห็นไม่ดีเหมือนเดิม มีปัญหา ร้อยละ 77.40 มีปัญหาเรื่องการได้ยินไม่ดีเหมือนเดิม มีปัญหา ร้อยละ 64.50 และมีปัญหาการนอนหลับ มีร้อยละ 48.40 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลสภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

| ข้อมูลสภาวะสุขภาพกาย | จำนวน(n=31) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| ข้อมูลสภาวะสุขภาพทั่วไป | | |
| น้ำหนัก (กิโลกรัม) | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 | 11 | 35.50 |
| 51-60 | 13 | 41.90 |
| มากกว่า 60 | 7 | 22.60 |
| $\bar{x} = 55.1$ S.D.= 11.09 Min = 38 Max = 85 | | |
| ส่วนสูง (เซนติเมตร) | | |
| น้อยกว่า 150 | 9 | 29.00 |
| 150-160 | 10 | 32.30 |
| มากกว่า 160 | 12 | 38.70 |
| $\bar{x} = 157.23$ S.D.= 9.95 Min = 130 Max = 175 | | |
| ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (kg/m ²) | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.5 | 4 | 12.90 |
| 18.6-22.9 | 16 | 51.60 |
| 23-24.9 | 5 | 16.10 |
| 25-29.9 | 5 | 16.10 |
| 30.00 ขึ้นไป | 1 | 3.20 |
| ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) mg/dL. | | |
| 70-100 | 2 | 6.50 |
| 101-125 | 13 | 41.90 |
| 126 ขึ้นไป | 16 | 51.60 |
| ระดับความดันโลหิต (BP) มม.ปรอท | | |
| 120-139/80-89 | 9 | 29.00 |
| 140-159/90-99 | 22 | 71.00 |
| เมื่อเกิดความเจ็บป่วยรับบริการที่ | | |
| ซื้อยากินเอง | 1 | 3.20 |
| รพ.สต. / รพ.มค. | 30 | 96.80 |

ตาราง 5 (ต่อ)

| ข้อมูลสภาวะสุขภาพกาย | จำนวน(n=31) | ร้อยละ |
|--|-------------|--------|
| กายอุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือที่ใช้ ประจำเช่นไม้เท้าฟันปลอมรถนั่งเข็นอุปกรณ์ช่วย เดินแว่นตาเครื่องช่วยฟัง | | |
| มี | 24 | 77.40 |
| ไม่มี | 7 | 22.60 |
| โรคประจำตัว(ระบุได้มากกว่า1โรค) | | |
| โรคเบาหวาน | 20 | 64.50 |
| โรคความดันโลหิตสูง | 30 | 96.80 |
| โรคหลอดเลือดหัวใจ | 9 | 29.00 |
| โรคปวดข้อข้อเสื่อมโรคเก๊าต์รูมาตอยด์ | 28 | 90.30 |
| โรคต่อกระฉก โรคต่อหิน | 19 | 61.30 |
| โรคมะเร็ง | 2 | 6.50 |
| ปัญหาสำคัญทางสุขภาพ ดังนี้ | | |
| การมองเห็นไม่ดีเหมือนเดิม | 24 | 77.40 |
| การเคลื่อนที่ที่ไม่ปกติเหมือนเดิม | 28 | 90.30 |
| กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ | 28 | 90.30 |
| เดินหกล้ม | 30 | 96.80 |
| มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ | 15 | 48.40 |
| มีปัญหาเรื่องการปวดตามข้อ | 27 | 87.10 |
| มีปัญหาเรื่องการได้ยินไม่ดีเหมือนเดิม | 20 | 64.50 |

การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าส่วนมากสุขภาพโดยทั่วไปปานกลางและไม่ดีร้อยละ 38.70 เท่ากัน รองลงมาดี ร้อยละ 22.60 เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกันถือว่าสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 51.60 รองลงมาปานกลาง ร้อยละ 41.90 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

| การรับรู้ภาวะสุขภาพ | ดี | ปานกลาง | ไม่ดี |
|------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | จำนวน(ร้อยละ) | จำนวน(ร้อยละ) | จำนวน(ร้อยละ) |
| สุขภาพโดยทั่วไป | 7(22.60) | 12(38.70) | 12(38.70) |
| สุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น | 2(6.50) | 13(41.90) | 16(51.60) |

ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าช่วยเหลือตัวเองได้บ้างส่วนมากระดับปานกลาง ร้อยละ 48.39 รองลงมาช่วยเหลือตัวเองได้บ้างระดับมาก ร้อยละ 29.03 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน)

| ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรฯ (คะแนน ADL) | | จำนวน(n=31) | ร้อยละ |
|---|--------------|-------------|--------|
| น้อย | (คะแนน 5-7) | 7 | 22.58 |
| ปานกลาง | (คะแนน 8-10) | 15 | 48.39 |
| มาก | (คะแนน 11) | 9 | 29.03 |

ข้อมูลสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ส่วนมากมีระดับภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย ร้อยละ 41.94 รองลงมาระดับน้อยมาก ร้อยละ 35.48 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

| ระดับภาวะซึมเศร้า (คะแนนเต็ม27) | | จำนวน(n=31) | ร้อยละ |
|---------------------------------|---------------|-------------|--------|
| น้อยมาก | (1-6 คะแนน) | 11 | 35.48 |
| น้อย | (7-12 คะแนน) | 13 | 41.94 |
| ปานกลาง | (13-18 คะแนน) | 5 | 16.13 |
| รุนแรง | (19-27 คะแนน) | 2 | 6.45 |

ข้อมูลสภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน คู่สมรสถึงแก่กรรม ร้อยละ 54.80 ยังมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 35.50 นอกนั้นโสด มีบุตร/หลาน อยู่บ้านด้วยกัน ร้อยละ 90.3 รองลงมา มีแต่แยกครอบครัวอยู่ต่างหาก ร้อยละ 9.70 แหล่งสนับสนุนด้านการเงินและค่าใช้จ่าย ส่วนมากได้จากบุตร ร้อยละ 61.30 รองลงมาเป็นเบี้ยยังชีพจากรัฐบาล ร้อยละ 32.30 สิทธิในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่บัตรทอง ร้อยละ 77.40 ในยามเจ็บป่วยสามารถจ่ายหรือจัดการกับค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ได้ ร้อยละ 61.30 แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล เมื่อเวลาเจ็บป่วยบุตรคือผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 71.00 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 16.10 ผู้ดูแลหลักทำงานในหมู่บ้าน ร้อยละ 51.60 รองลงมาทำงานนอกหมู่บ้าน ร้อยละ 45.20 แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม มีบุคคลที่ไว้วางใจ คือบุตร/คู่สมรส ร้อยละ 93.50 มีบุคคลที่คอยดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลด้านจิตใจคือบุตร/คู่สมรส ร้อยละ 93.50 บุคคลที่สามารถพูดคุยด้วย เมื่อเกิดความกังวลใจคือบุตร/คู่สมรส ร้อยละ 93.50 และไม่ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญ ร้อยละ 67.70 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ข้อมูลสภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

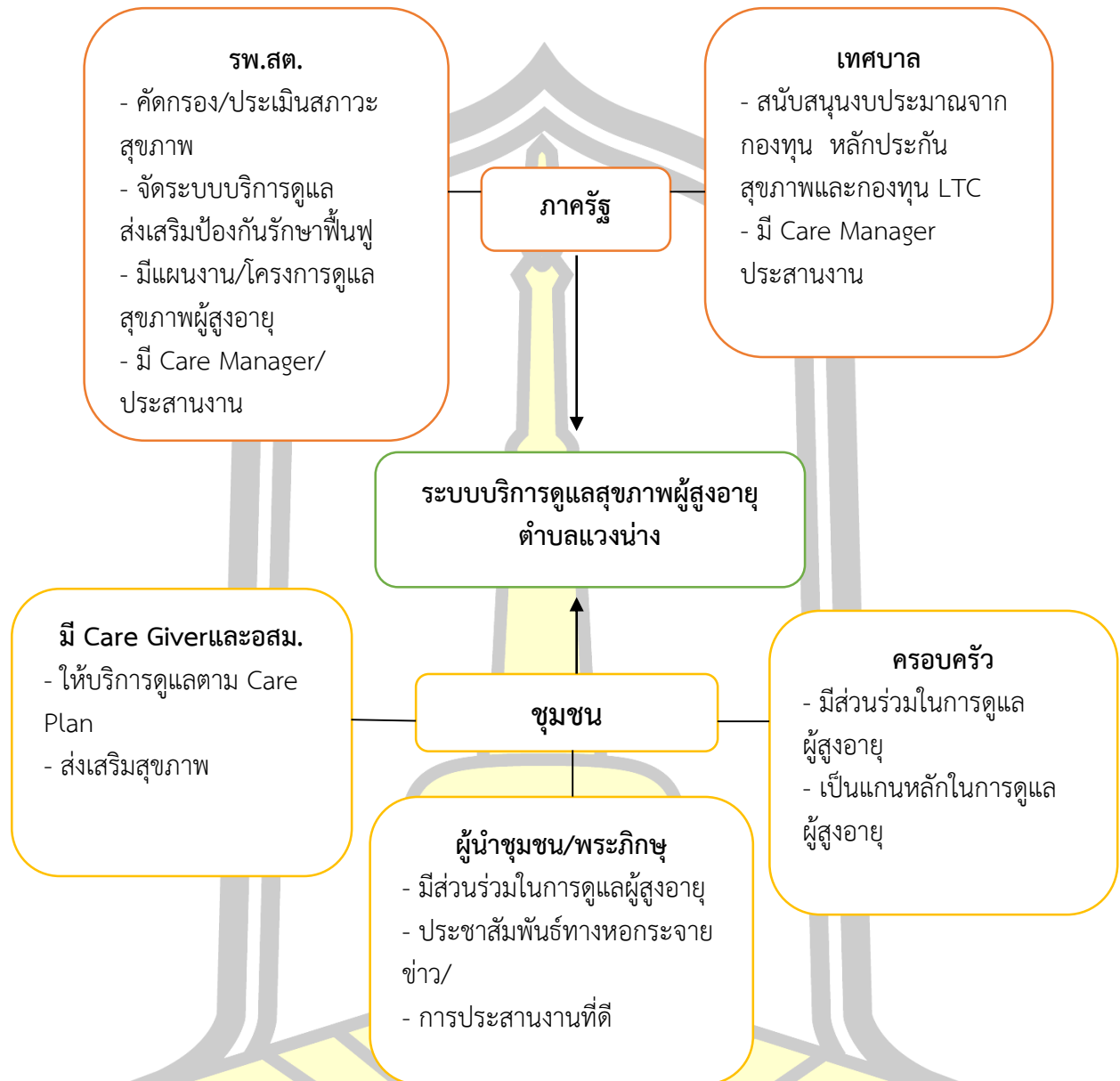
| ข้อมูลสภาวะทางสังคม | จำนวน(n=31) | ร้อยละ |
|---------------------------------------|-------------|--------|
| ข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน | | |
| คู่สมรส | | |
| ถึงแก่กรรม | 17 | 54.80 |
| มีชีวิตอยู่ | 11 | 35.50 |
| บุตร/หลาน | | |
| มี อยู่บ้านด้วยกัน | 28 | 90.30 |
| มี แต่แยกครอบครัวอยู่ต่างหาก | 3 | 9.70 |
| แหล่งสนับสนุนด้านการเงินและค่าใช้จ่าย | | |
| แหล่งเงิน หรือ ผู้ช่วยด้านการเงิน | | |
| คู่สมรส | 1 | 3.20 |
| บุตร | 19 | 61.30 |
| บำเหน็จบำนาญ | 1 | 3.20 |
| เบี้ยยังชีพจากรัฐบาล | 10 | 32.30 |
| สิทธิในการรักษาพยาบาล | | |
| บัตรทอง | 24 | 77.40 |
| สวัสดิการรัฐ/รัฐวิสาหกิจ | 7 | 22.60 |

ตาราง 9 (ต่อ)

| ข้อมูลสภาวะทางสังคม | จำนวน(n=31) | ร้อยละ |
|--|-------------|--------|
| ในยามเจ็บป่วยสามารถจ่ายหรือจัดการกับค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ได้ | | |
| ใช่ | 19 | 61.30 |
| ไม่ใช่ | 12 | 38.70 |
| แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล | | |
| เมื่อเวลาเจ็บป่วยใครคือผู้ดูแลหลัก | | |
| คู่สมรส | 5 | 16.10 |
| บุตร | 22 | 71.00 |
| หลาน | 1 | 3.20 |
| เพื่อนบ้าน | 3 | 9.70 |
| การมีงานทำของผู้ดูแลหลัก | | |
| ไม่มีงานทำ | 1 | 3.20 |
| ทำงานในหมู่บ้าน | 16 | 51.60 |
| ทำงานนอกหมู่บ้าน | 14 | 45.20 |
| แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม | | |
| มีบุคคลที่ไว้วางใจ | | |
| ไม่มี | 2 | 6.50 |
| มี(บุตร/คู่สมรส) | 29 | 93.50 |
| แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคมมีบุคคลที่คอยดูแลช่วยเหลือ | | |
| เกื้อกูลด้านจิตใจเมื่อต้องการ | | |
| ไม่มี | 2 | 6.50 |
| มี(บุตร/คู่สมรส) | 29 | 93.50 |
| มีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วย เมื่อเกิดความกังวลใจ | | |
| ไม่มี | 2 | 6.50 |
| มี(บุตร/คู่สมรส) | 29 | 93.50 |
| ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญบ่อย | | |
| ไม่ไป | 21 | 67.70 |
| ไปบางครั้ง | 6 | 19.40 |
| ไปทุกครั้ง | 4 | 12.90 |

จากการศึกษา สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปวดข้อเข่า เกิดปัญหาเดินหกล้ม มีปัญหาค่าดัชนีมวลกาย ระดับ 2, 3 ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการอยากให้ดัชนีมวลกายปกติ สภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ทางด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เหงาไม่มีเพื่อน นอนไม่หลับ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการอยากมีเพื่อนคุย เพื่อนกินและเพื่อนนอน ทางด้านสังคม พบว่าผู้สูงอายุ ไม่ไปร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการอยากให้มีคนพาเข้าร่วมทำบุญตักบาตรทุกวันพระและฝึกกิจกรรมทางกายด้วยชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) และความรู้เรื่อง ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย อีกด้วย ซึ่งนโยบายการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันดำเนินการ โดยถือปฏิบัติตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งกำหนดความชัดเจนไว้ใน “นโยบายรัฐบาลข้อที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐโดยมีรายละเอียดข้อ 3.4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการทำงานเชิงบูรณาการของหน่วยงาน และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง(แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2558-2561) จึงได้มาซึ่งระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของตำบล แวงนางในปัจจุบัน แสดงเป็นภาพประกอบได้ดังนี้





ภาพประกอบ 2 ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลแว้งนางในปัจจุบัน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และค้นหาปัญหาที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลแว้งนาง มีไม่เพียงพอ ด้านงบประมาณมีเพียงพอแต่ขาดความชัดเจนในการเบิกจ่ายงบประมาณ ด้านสิ่งแวดล้อมและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน ยังขาดแคลนไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุติดบ้าน และด้านการดำเนินงานผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะถูกปล่อยทิ้งให้อยู่คนเดียวในช่วงกลางวันที่ถูกหลานไปทำงาน หน่วยงานสาธารณสุข องค์การบริหาร

ส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น พัฒนาชุมชน มีการทำงานแยกส่วนไม่มีการบูรณาการกันอย่างจริงจัง จึงทำให้ประเด็นปัญหาต่างๆ ไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้นจึงได้จัดประชุมคณะทำงาน เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2561 เวลา 09.00 –15.00 น. โดยมีแผนการพัฒนา ดังนี้ 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้ Focus Group 2) กำหนดแผนการปฏิบัติงาน 3) ประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม ภาวะสุขภาพกลุ่ม ตัวอย่าง ก่อนการพัฒนา 4) นำแผนสู่การปฏิบัติ 5) การสังเกต (Observation) 6) การสะท้อน (Reflection)

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเล็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน ตัวแทนผู้สูงอายุบ้านหนองเล็ง 2 คน ตัวแทนผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จำนวน 1 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลแว้ง จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชนคัดเลือกจากผู้นำชุมชนบ้านหนองเล็ง จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านหนองเล็ง จำนวน 2 คน ตัวแทนพระภิกษุจากวัดบ้านหนองเล็ง จำนวน 1 รูป รวมทั้งหมด 20 คน เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่ผ่านมา มีผลการศึกษาดังนี้ (ภาคผนวก ง)

4.2.1 ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มี 4 ด้าน ได้แก่

4.2.1.1 ด้านบุคคล มีบุคลากรไม่เพียงพอ ดังตัวอย่างคำกล่าว

“คนน้อยภาระงานมาก” (ตัวแทน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ)

“ขอให้ มี จนท.สาธารณสุขมาอยู่ รพ.สต. เยอะกว่านี้ไม่ได้หรือ” (ตัวแทน พระภิกษุ)

4.2.1.2 ด้านงบประมาณ มีงบประมาณแต่ไม่ใช้

“มีงบฯจากกองทุน LTC นะเยอะด้วยแต่ใช้ยากและไม่ชัดเจนในการเบิกจ่าย กลัว สตง.” (ตัวแทน เจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลแว้งคนที่ 1)

4.2.1.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน

“งบฯจากกองทุน LTC ก็ไม่สามารถใช้ได้นะจัดซื้อวัสดุอะไรต่างๆ เเนีย” (ตัวแทน เจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลแว้งคนที่ 2)

4.2.1.4 ด้านการดำเนินงาน

“โอ้ย สีไปสิมากะยากบ่มีพญาไปอนามัย ให้คุณหม่ออกมาเบ็งมาแง กะคือสีที่อยู่” (ตัวแทนผู้สูงอายุบ้านหนองเล็งคนที่ 1)

“ยายกะเจ็บปวดแข่งปวดขา กีบบ่แซบ นอนบ่หลับ อยากรให้คนมาดูแลประจำแน ไปอนามัยกะยาก หมอกะมีน้อยพ่องฮ้าย ยายกะย่านเลยบ่อยากไป” (ตัวแทนผู้สูงอายุบ้านหนองเส็ง คนที่ 2)

“มีแต่เรียกร้องความพึงพอใจ การรับบริการที่ติรวดเร็วทันใจ ตามใจฉัน ไม่เคย เข้าใจเลย แต่พอได้เข้ามาร่วมในกระบวนการทำงาน จึงพอเข้าใจแล้วว่า จะเรียกร้องฝ่ายเดียวจากหมอมันไม่ได้แล้วนะ พวกเราต้องช่วยกัน ช่วยกันปรับวิธีคิดแล้ว” (ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุคนที่ 1)

3) “ผู้สูงอายุเยอะนะที่คอยรับความช่วยเหลือจากพวกเรา” (ตัวแทนผู้นำชุมชนคนที่ 3)

“แต่เรากะมีความรู้บ่พอในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้นะติดบ้านเนี่ย” (ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุคนที่ 4)

4.2.2 ข้อดีในการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน

4.2.2.1 มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน

“การได้ทำงานร่วมและได้รู้จักกันมากขึ้นระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้นำทำให้การประสานงานในด้านดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุง่ายขึ้นกว่าเดิม” (ตัวแทนผู้นำชุมชนหมู่คนที่ 1)

4.2.2.2 มีการทำงานเป็นทีม

“เกิดการยอมรับฟังความเห็นของทีมงาน ช่วยเหลือกัน มีการทำงานเป็นทีมที่ดีขึ้น” (ตัวแทนผู้นำชุมชนคนที่ 4)

4.2.2.3 มีการแบ่งบทบาทภาระงานชัดเจน

4.2.2.4 มีความสามัคคี

4.2.2.5 ได้สร้างความตระหนักให้ชุมชน

“จะคอยแต่จนท.รพสต.ไม่ได้แล้ว ลูกหลานนั้นละต้องเป็นผู้ดูแลหลักเพราะเป็นพ่อแม่เรา” (ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุคนที่ 2)

4.2.3 แนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

4.2.3.1 ด้านบุคลากร

“การได้ไปอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแล Care Manager กะมั่นใจขึ้นว่าตัวเองจะทำได้นะการบริหารงบประมาณกองทุน LTC ทำท่ามั่นใจ” (ตัวแทน เจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบล แวงนาง คนที่ 1)

“พวกหนูเป็น Care Giver Junior ขออาสาดูแลตายายด้วยอีกแรงนะคะ” (เด็กกลุ่มหนึ่งที่เป็นบุตรหลาน เครือญาติ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน บ้านหนองเส็ง)

4.2.3.2 ด้านงบประมาณ

4.2.3.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน

4.2.3.4 ด้านการดำเนินงาน

“กะตือใจหลายที่มีคนมาช่วยดูแลแม่ที่นอนติดบ้านมานาน ตอนนี่กะพอมีเวลาได้รับงานเย็บผ้าที่บ้าน พอมีเวลาและมีรายได้เพิ่มขึ้น” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านหนองเส็งคนที่ 1)

“พวกเรามีส่วนร่วมในการคิดวิธีแก้ไขปัญหา ร่วมแสดงความคิดเห็น หาทางออก ร่วมกัน ทำให้รู้สึกมีความสำคัญขึ้น” (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านหนองเส็งคนที่ 2)

“อาตมา ดีใจมากที่หมู่บ้านชุมชนเรามีโครงการดีๆ แบบนี้คนเฒ่าคนแก่ที่ไม่สามารถเดินมาวัดได้ อาตมากะจะได้โอกาส ออกไปเยี่ยมบ้านคือกัน ไปเทศน์ ฮอดบ้านเลย สาธุ” (ตัวแทน พระภิกษุ)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่ผ่านมาในชั้นการวางแผน กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง) ได้ร่วมกันเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ดังนี้

1. ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
2. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่คุณค่าเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรต่อลูกหลานต้องรู้จักกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ
3. ต้องลดภาวะแทรกซ้อน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ
4. ต้องมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว และ Care Giver ร่วมเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน
5. ต้องสื่อสาร ติดต่อประสานงานกันระหว่างครอบครัว ชุมชน ทั้งระดับ ตำบล อำเภอ
6. ควรเสริมพลังทางบวก ให้กำลังใจ
7. ต้องมีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็น Care Manager ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน
8. ต้องมีการบริหารจัดการที่ดีมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่มีความเคารพในสิทธิและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการให้โอกาสผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรม จึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการ ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้จำนวน 4 แผนงาน ดังนี้
 - แผนที่ 1 แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
 - แผนที่ 2 แผนงานสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
 - แผนที่ 3 แผนงานปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
 - แผนที่ 4 แผนงานผักปลอดสารอาหารปลอดภัย ในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ (Action)

จากการศึกษา สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปวดข้อเข่า เกิดปัญหาเดินหกล้ม มีปัญหาค่าดัชนีมวลกาย ระดับ 2, 3 ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการอยากให้มีดัชนีมวลกายปกติ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ทางด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เหงาไม่มีเพื่อน นอนไม่หลับ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการอยากมีเพื่อนคุย เพื่อนกินและเพื่อนนอน ทางด้านสังคม พบว่าผู้สูงอายุ ไม่ไปร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการอยากให้มีคนพาเข้าร่วมทำบุญตักบาตรทุกวันพระและฝึกกิจกรรมทางกายด้วยชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) และความรู้เรื่อง ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย จากการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่ผ่านมา จึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการ จำนวน 4 แผนงานในการแก้ไขปัญหา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในการบริการดูแลและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนาและนำแผนสู่การปฏิบัติต่อไป

กิจกรรมที่ 1 จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านก่อนร่วมกิจกรรม พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.35 (SD=4.39) ดังตาราง 10 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้สูงอายุตอบถูกน้อยที่สุดในข้อ การต้มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น จำนวน 5 คน ดังตาราง 11 สอดคล้องกับข้อมูลจากการสอบถาม พบว่า ไม่อยากต้มน้ำเยอะเพราะมีความลำบากในการเข้าห้องน้ำปัสสาวะ

ตาราง 10 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนร่วมกิจกรรม

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

ตาราง 11 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนร่วมกิจกรรม (n=31)

| ข้อ | ข้อความ | ตอบถูก | |
|---|--|--------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ |
| ด้านโภชนาการ (อ. อาหาร) | | | |
| 1 | การกินอาหารจำพวกเนื้อวัว หมู ปลา สุกๆ ดิบๆ ทำให้เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคหนองพยาธิ | 16 | 51.6 |
| 2 | การเลือกอาหารแปรรูป เช่น อาหารกระป๋อง นม ควรรดดูสัญลักษณ์ อย. ทุกครั้ง | 16 | 51.6 |
| 3 | การกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในหนึ่งวัน ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน | 16 | 51.6 |
| 4 | การกินอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน | 12 | 38.7 |
| 5 | การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกวันช่วยให้ระบบขับถ่ายดีป้องกันโรคมะเร็งและช่วยป้องกันโรคภาวะไขมันในเลือดสูง | 12 | 38.7 |
| 6 | การกินอาหารที่มีรสเค็มจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 10 | 32.3 |
| 7 | การกินอาหารจำพวกแป้งอย่างใหม่ที่เหนียวทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง | 7 | 22.6 |
| 8 | การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น | 5 | 16.1 |
| ด้านการออกกำลังกาย (อ.ออกกำลังกาย) | | | |
| 1 | การออกกำลังกายทำให้เกิดก๊าซออกซิเจน และเผาผลาญอาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น | 23 | 74.2 |
| 2 | การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือดและกล้ามเนื้อ แข็งแรงขึ้น | 23 | 74.2 |
| 3 | การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น เดินวิ่ง และการยืดเหยียด | 21 | 67.7 |
| 4 | การออกกำลังกายทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง | 21 | 67.7 |
| 5 | ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องปรึกษาแพทย์ก่อนการออกกำลังกาย | 19 | 61.3 |
| 6 | ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเพราะจะทำให้สุขภาพทรุดโทรม | 18 | 58.1 |
| 7 | ระยะเวลาของการออกกำลังกายให้มีสุขภาพดีคือ ครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 วัน | 14 | 45.2 |
| 8 | ผู้ที่มีโรคประจำตัวต้องออกกำลังกายมากกว่าคนที่ไม่มีสุขภาพแข็งแรง | 12 | 38.7 |
| ด้านสุขภาพจิต (อ.อารมณ์) | | | |
| 1 | การหัวเราะและยิ้มช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตได้ | 24 | 77.4 |
| 2 | การทำงานอดิเรกสามารถลดความเครียดได้ | 19 | 61.3 |
| 3 | การนั่งสมาธิ ฝึกกำหนดลมหายใจ สามารถลดความเครียดได้ | 18 | 58.1 |

ตาราง 11 (ต่อ)

| ข้อ | ข้อความ | ตอบถูก | |
|---------------------------------|---|--------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ |
| ด้านสุขอนามัย (อ.อนามัย) | | | |
| 1 | การดูแลความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง | 26 | 83.9 |
| 2 | ผู้สูงอายุต้องได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | 26 | 83.9 |
| 3 | การเข้านอน และตื่นนอน เป็นเวลา ทำให้มีชีวิตยืนยาว | 23 | 74.2 |

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา) ก่อนร่วมกิจกรรม พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.044 (SD=0.309) ดังตาราง 12 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีอยู่ในระดับดี ส่วนการสูบบุหรี่ / สูบยาเส้นและดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยา ดองเหล้า ไวน์ อยู่ในระดับไม่ดี ดังตาราง 13

ตาราง 12 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา) ก่อนร่วมกิจกรรม (n=31)

| ระดับการปฏิบัติ | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------|-------|--------|
| ไม่ดี | 4 | 12.90 |
| ปานกลาง | 23 | 74.20 |
| ดี | 4 | 12.90 |

ตาราง 13 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา) ก่อนร่วมกิจกรรม (n=31)

| การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา | การปฏิบัติ | | | \bar{x} | SD | ระดับปฏิบัติ |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|------|--------------|
| | ประจำ | บางครั้ง | ไม่เคย | | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| 1.ตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี | 31 (100) | 0 (0) | 0 (0) | 3.00 | 0.00 | ดี |
| 2.พยายามหลีกเลี่ยงที่จะ ชัดแย้ง กับคนในครอบครัว | 28 (9.3) | 0 (0) | 3 (3.2) | 2.81 | 0.60 | ดี |

ตาราง 13 (ต่อ)

| การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา | การปฏิบัติ | | | \bar{x} | SD | ระดับปฏิบัติ |
|---|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------|------|--------------|
| | ประจำ จำนวน (ร้อยละ) | บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ) | ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| 3.ระมัดระวังตัว มิให้เกิดการ หกล้ม | 28 (90.3) | 0 (0) | 3 (9.7) | 2.81 | 0.60 | ดี |
| 4.เมื่อมีอาการมึน โกรธ จะต้องระงับ สิ่งนั้นก่อน เสมอ | 4 (12.9) | 26 (83.9) | 1 (3.2) | 2.10 | 0.39 | ปานกลาง |
| 5.ในแต่ละวัน ได้รับประทาน อาหาร ครบ 5 หมู่ เพียงพอกับ ความต้องการ | 4 (12.9) | 23 (74.2) | 4 (12.9) | 2.00 | 0.51 | ปานกลาง |
| 6.ออกกำลังกาย | 4 (12.9) | 23 (74.2) | 4 (12.9) | 2.00 | 0.51 | ปานกลาง |
| 7.รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็น ประจำ | 1 (3.2) | 29 (93.2) | 1 (3.2) | 2.00 | 0.25 | ปานกลาง |
| 8.ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว | 1 (3.2) | 29 (93.2) | 1 (3.2) | 2.00 | 0.25 | ปานกลาง |
| 9.ไปวัด ทำบุญ ตักบาตร ในวัน สำคัญทางศาสนา ทำให้ชีวิต เป็นสุข | 4 (12.9) | 23 (74.2) | 4 (12.9) | 2.00 | 0.51 | ปานกลาง |
| 10.ดูแลความสะอาดของร่างกาย อยู่เสมอ | 1 (3.2) | 29 (93.2) | 1 (3.2) | 2.00 | 0.25 | ปานกลาง |
| 11.แปรงฟัน อย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อวัน | 3 (9.7) | 24 (77.4) | 4 (12.9) | 1.97 | 0.48 | ปานกลาง |
| 12.ถ่ายอุจจาระทุกวัน เป็นเวลา แสดงว่าสุขภาพแข็งแรง | 0 (0) | 29 (93.5) | 2 (6.5) | 1.94 | 0.25 | ปานกลาง |
| 13.รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และฟันอย่างสม่ำเสมอ | 1 (3.2) | 22 (71.0) | 8 (25.8) | 1.77 | 0.49 | ปานกลาง |
| 14.เข้านอน และตื่นนอน ตรงเวลา | 4 (12.9) | 15 (48.4) | 12 (38.7) | 1.74 | 0.68 | ปานกลาง |
| 15.สูบบุหรี่ /สูบยาเส้น/เคี้ยว หมาก | 15 (48.4) | 15 (48.4) | 1 (3.2) | 1.55 | 0.56 | ไม่ดี |

ตาราง 13 (ต่อ)

| การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา | การปฏิบัติ | | | \bar{x} | SD | ระดับปฏิบัติ |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|------|--------------|
| | ประจำ | บางครั้ง | ไม่เคย | | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| 16. ต้มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยา ดองเหล้า ไวน์ | 24 (77.4) | 6 (19.4) | 1 (3.2) | 1.26 | 0.51 | ไม่ดี |

จากการประเมินความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนก่อนร่วมกิจกรรม พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้ภาพรวมอยู่ใน
ระดับดี ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.50 (SD=2.236) ดังตาราง 14 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้มีส่วน
เกี่ยวข้องตอบถูกน้อยที่สุดในข้อ การทำงานอดิเรกที่สามารถชะลอความแก่ได้ จำนวน 8 คน
ดังตาราง 36 (ในภาคผนวก ข) สอดคล้องกับข้อมูลจากการสอบถาม พบว่า ความแก่สามารถชะลอได้
จากหลายปัจจัย โดยเฉพาะการกินอาหารครบ 5 หมู่ จะสามารถชะลอความแก่ ได้มากกว่างานอดิเรก

ตาราง 14 ระดับความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนก่อนร่วมกิจกรรม (n=20)

| ระดับความรู้ | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------|------------|------------------------|
| ไม่ดี | 2 | 10.00 |
| ปานกลาง | 7 | 35.00 |
| ดี | 11 | 55.00 |
| $\bar{x} = 13.50$ | SD = 2.236 | Min = 10 Max = 16 |

จากการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้าน ก่อนร่วมกิจกรรม พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.05 (SD = 0.510)
ดังตาราง 15 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตอบปฏิบัติในระดับไม่ดี ในข้อ หลังการตื่น
นอนตอนเช้าของผู้สูงอายุจะให้ผู้สูงอายุต้มน้ำทันที และให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกเมื่อมีเวลาว่าง
ดังตาราง 37 (ในภาคผนวก ข) สอดคล้องกับข้อมูลจากการสอบถาม พบว่า จะปล่อยให้ผู้สูงอายุตื่น

นอนเองเลยไม่ได้กำชับให้ดื่มน้ำหลังตื่นนอน ส่วนเวลาว่างให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกนั้นก็ไม่ได้บังคับ และไม่ได้หางานอดิเรกให้ทำแต่อย่างใด

ตาราง 15 การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ก่อนร่วมกิจกรรม (n=20)

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

จากการประเมินการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนร่วมกิจกรรม (n=20) พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.30 (SD=0.470) ดังตาราง 16

ตาราง 16 การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนร่วมกิจกรรม (n=20)

| ระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| น้อย | 14 | 70.00 |
| ปานกลาง | 6 | 30.00 |
| รวม | 20 | 100.00 |

กิจกรรมที่ 2 ผลจากการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนร่วมกิจกรรมพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนก่อนร่วมกิจกรรม พบว่า มีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับดี การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย จากสภาพปัญหาที่พบ จึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการ ในการแก้ไขปัญหา โดย

เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในการบริการดูแลและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 4 แผนงาน (ภาคผนวก จ) และได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด (นำแผนสู่การปฏิบัติ) จำนวน 4 แผนงานโครงการ ได้แก่ 1) แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 3) แผนงานปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 4) แผนงานฝึกปลอดภัยอาหารปลอดภัย ในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในการบริการดูแลและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคที่มีคุณภาพมากขึ้น เคลื่อนไหวออกกำลังมากขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดความเครียด ซึ่งได้บูรณาการการให้ความรู้เรื่องสุขภาพและสังคมไว้ด้วยกัน รวมทั้งการประสานบริการ ติดตามและส่งต่อ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน บ้านหนองเส็ง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุเป็นประจำมากขึ้น ส่วนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ การปฏิบัติตัวและมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มมากขึ้นและใช้เป็นหลักในการดำเนินการโดยใช้อักษร อ ส ย ในการช่วยจำ ได้รับความอนุเคราะห์ที่มหาวิทยาลัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ในการให้ความรู้ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขแพทย์ และนักกายภาพบำบัด ซึ่งบรรยายและสาธิตให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องฟังและฝึกปฏิบัติตามในเรื่องดังนี้

อ เป็นการให้ความรู้และการช่วยเหลือดูแล เรื่อง อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และ
อนามัย

1) อาหาร

ผลไม้

- (1) กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลากหลายประเภท ปริมาณที่พอเพียง เน้นปลา ผัก
- (2) ลด อาหารหวาน มัน เค็ม และหมักดอง
- (3) งด/หลีกเลี่ยง แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ
- (4) กินอาหารเฉพาะโรค
- (5) ดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 8 แก้ว

2) อารมณ์

ปัญหาสุขภาพ

- (1) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมจากวัยสูงอายุและ
- (2) เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/กลุ่มต่างๆ
- (3) เป็นจิตอาสา ทำตนให้มีคุณค่า/ทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม
- (4) ทำกิจกรรมที่พอใจเพื่อคลายเหงาและมีความสุข

3) ออกกำลังกาย

(1) ออกกำลังกายตามสภาพร่างกายและความสามารถของตนเอง เช่น เดินเร็ว รำมวยจีน

(2) ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน

(3) ก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง ควรอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกายด้วยการเดินหรือทำท่ากายบริหารอย่างน้อย 5 - 10 นาที เพื่อป้องกันบาดเจ็บ

(4) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้แรงกระแทกและมีความรุนแรง

4) อนามัย

(1) ดูแลความสะอาดของร่างกาย เน้นช่องปากและฟัน ผิวหนังที่อับชื้น

(2) ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น

(3) ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ

(4) ดูแลเท้า เลือกกรองเท้าที่เหมาะสมและหมั่นตรวจสอบความผิดปกติ

(5) หมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรค

(6) ล้างมือ กินร้อน ใช้ช้อนกลาง

ได้รับความอนุเคราะห์ที่มหาวิทยาลัยจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคามและจากเทศบาลตำบลแวงน่างในการให้ความรู้ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข นักพัฒนาสังคมชำนาญการ และนักวิชาการสุขาภิบาล ซึ่งบรรยายและสาธิตให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องฟังและฝึกปฏิบัติตามในเรื่องดังนี้

๓. เป็นให้การความรู้เรื่อง สมอong สิ่งแวดล้อม และสิทธิ

1) สมอong

ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำตามความสนใจ เช่น วาดรูปฝึกคำนวณ อ่านหนังสือพิมพ์ การฟังดนตรี ร้องเพลง การเล่นดนตรี ปรับเปลี่ยน ทำสิ่งใหม่ๆ ไม่ทำซ้ำเดิม

2) สิ่งแวดล้อม

(1) จัดสภาพแวดล้อมในบ้าน/นอกบ้านให้มีความเหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะทางเดิน ห้องน้ำ

(2) จัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ รกรุงรัง กีดขวาง

ทางเดิน

3) สิทธิ

(1) มีความรู้เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ

(2) มีการรับรู้สิทธิในการรับบริการสุขภาพและสังคม

ได้รับความอนุเคราะห์ที่มหาวิทยาลัยการจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ในการให้ความรู้ ได้แก่ เภสัชกร ซึ่งบรรยายและสาธิตให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องฟังและฝึกปฏิบัติตามในเรื่อง ดังนี้

ย เป็นการให้ความรู้เรื่อง ยา

1) ยา

- (1) ใ้ยาให้ถูกขนาด ถูกวิธีการและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา
- (2) ไม่นำยาของผู้อื่นมาใช้
- (3) ตรวจสอบวันหมดอายุ ของยาที่ใช้
- (4) เก็บรักษายาให้ถูกวิธี
- (5) หลีกเลี่ยงการซื้อยารับประทานเอง

นอกจากใช้เครื่องมือชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) แล้ว ผู้วิจัยยังให้ความรู้เรื่อง ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย อีกด้วย (ภาคผนวก จ)

กิจกรรมที่ 3 ภายหลังจากได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด (นำแผนสู่การปฏิบัติ) จำนวน 4 แผนงานโครงการ (ภาคผนวก จ) ผู้วิจัยจึงได้จัดประชุมคืนข้อมูลในวันที่ 26 มกราคม 2561 ด้านสุขภาพ สภาวะสังคม ความรู้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้กับผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับทราบสภาพปัญหา จะได้ร่วมวางแผนหาแนวทางและดำเนินการแก้ไขปัญหาดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

จากการเข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยมสนับสนุนให้ข้อเสนอแนะ ประเมินภาวะสุขภาพ สังเคราะห์กระบวนการ แนวทางการดำเนินงานที่เกิดขึ้นหลังร่วมกิจกรรม ในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2561 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความสนใจในกิจกรรมการให้ความรู้ ชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) นอกจากบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเจาะจงจำนวน 20 คน แล้วนั้น ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด (นำแผนสู่การปฏิบัติ) ผู้วิจัยได้พบว่า มีเด็กกลุ่มหนึ่งที่เป็นบุตรหลาน เครือญาติ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใช้ชื่อว่า “Care Giver Junior” บ้านหนองเส็ง จำนวน 15 คน ที่มีบทบาทสำคัญได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ในกิจกรรมทางด้านอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุพอใจเพื่อคลายเหงาและมีความสุข กิจกรรมทางด้านออกกำลังกาย ด้วยการช่วยเหลือในการใช้กายอุปกรณ์ เช่น ดัมเบล การอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกาย กิจกรรมทางด้านสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ รกรุงรัง กีดขวางทางเดิน กิจกรรมทางด้านยา คอยกำกับการกินยา ใ้ยาให้ถูกขนาด ถูกวิธีการ กิจกรรมทางด้านสมองเด็กๆ ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำด้วยการ พาผู้สูงอายุเล่นจิบแอล อ่านหนังสือให้ฟัง ร้องเพลง เป็นต้น

การติดตามผลการดำเนินกิจกรรม จากบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และเด็กกลุ่ม Care Giver Junior โดยติดตามเป็นระยะสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากการสอบถาม พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตัวได้ดี แต่ต้องอาศัยผู้อื่นในการทำกิจกรรมและคอยกระตุ้นเตือน จึงจะปฏิบัติตามหลัก อ-ส-ย ผู้วิจัยได้ติดตามระยะเวลาเดือนละ 2 ครั้ง เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความวิตกกังวลว่าถ้าอยู่คนเดียวกลัวการหกล้ม และ ทำไม่ถูก อยากมีคนคอยอยู่เป็นเพื่อน จะได้อุ่นใจและคลายวิตกกังวล ดังนั้นผู้วิจัย จึงแนะนำให้ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรหลาน ต้องคอยเอาใจใส่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นพิเศษ โดยพา เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุที่ลานวัดบ้านหนองเส็ง เป็นประจำทุกวันเสาร์และเพื่อนักเรียน ผู้สูงอายุ ออกเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและชักชวนให้มาร่วมกิจกรรมในโรงเรียนบ่อยขึ้น และมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2 คน เปลี่ยนกลุ่มเป็นกลุ่มติดสังคมและเข้าเป็นสมาชิกนักเรียนโรงเรียน ผู้สูงอายุบ้านหนองเส็ง

ก่อนการพัฒนา ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 12.35 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.39 อยู่ในระดับไม่ดี ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.87 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.72 อยู่ในระดับปานกลาง

หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 19.35 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.57 อยู่ในระดับดี ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.45 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.26 อยู่ในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางแสดง 17 และ 18 เมื่อพิจารณา รายบุคคล พบว่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มมากขึ้น จาก 11 คะแนนเป็น 14 คะแนน จำนวน 1 คน และ 15 คะแนน จำนวน 1 คน และเปลี่ยนสภาพเป็นผู้สูงอายุติดสังคม รวม 2 คน

ตาราง 17 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลัง การพัฒนา

| คะแนนเฉลี่ย | ก่อนพัฒนา (n=31) | | หลังพัฒนา (n=31) | | t | p-value |
|--|------------------|------|------------------|------|-------|---------|
| | \bar{x} | S.D. | \bar{x} | S.D. | | |
| ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 12.35 | 4.39 | 19.35 | 2.57 | 8.011 | <0.001* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 18 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลัง การพัฒนา

| คะแนนเฉลี่ย | ก่อนพัฒนา (n=31) | | หลังพัฒนา (n=31) | | t | p-value |
|---|------------------|------|------------------|------|------|---------|
| | \bar{x} | S.D. | \bar{x} | S.D. | | |
| ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 8.87 | 1.72 | 9.45 | 2.26 | 2.97 | 0.006* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ขั้นที่ 4 การสะท้อน (Reflection)

จากการถอดบทเรียน ในขั้นวางแผน (Plan) พบว่า ข้อมูลนำเข้ามีความครบถ้วนแต่ต้องสืบค้นข้อมูลจากหลายแหล่ง ไม่ว่าจะเป็นจากข้อมูลรายงานประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองแวง เทศบาลตำบลแวงน่าง และจากข้อมูลของจังหวัดมหาสารคาม ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายได้แก่ค่าดัชนีมวลกาย ระดับ 2,3 ร้อยละ 16.10 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 64.5 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.8 ปวดข้อเข่า ร้อยละ 90.3 เดินหกล้ม ร้อยละ 96.8 ด้านจิตใจ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 41.94 นอนไม่หลับ ร้อยละ 48.4 ทางด้านสังคม ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 67.70 ด้านจิตวิญญาณมีบุคคลไว้ใจคือบุตร ร้อยละ 93.5 นำไปสู่การกำหนดแนวทางและแก้ไขปัญหาร่วมกันจัดทำแผนงานโครงการ จำนวน 4 แผนงานโครงการ ได้แก่ 1) แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 3) แผนงานปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 4) แผนงานฝึกปลอดภัยอาหารปลอดภัย ในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รายละเอียดตามภาคผนวก จ

จากการประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนา (Pre-test) ในขั้นปฏิบัติการ (Action) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี ร้อยละ 64.50 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.20 ส่วนกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความรู้ดี ร้อยละ 55.00 มีการปฏิบัติ ระดับปานกลาง ร้อยละ 75.00 และการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 70.00 เมื่อเข้าสู่กระบวนการให้ความรู้และฝึกทักษะโดยวิทยากร ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความสนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จากการสังเกต (Observation) พบว่าเสียงหัวเราะและรอยยิ้ม รวมถึงการเจริญอาหารช่วงพักกลางวันรับประทานอาหารร่วมกัน ส่วนกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หลังจากทีมวิทยากรได้ละลายพฤติกรรม ก็พบว่าความเป็นกันเองรวมถึงรอยยิ้มเสียงหัวเราะการพูดจากันด้วยไมตรีจิต มีการตั้งไลน์กลุ่ม “We” เพื่อสื่อสารกันอย่างเป็นกันเองและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

4.3 ผลการประเมินการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนงานโครงการที่กำหนด รวมระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2561- มีนาคม 2561 ผู้วิจัยจึงได้ ประเมินผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเมินภาวะสุขภาพ หลังพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 เพิ่มขึ้น อ้วนระดับ 2 ลดลงจากเดิมมีจำนวนเท่ากัน ดังตาราง 19 ผลการตรวจร่างกายส่วนใหญ่ภาวะโรคประจำตัวคงที่ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าส่วนใหญ่สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น จากเดิมปานกลางและไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกันถือว่าสุขภาพปานกลาง จากเดิมบอกว่าไม่ดี ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าช่วยเหลือตัวเองได้ เพิ่มมากขึ้น จากการประเมิน ADL พบว่า ข้อ 1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อย ต่อหน้า) ตักอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้เป็นปกติ และ ข้อ 5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง เดิมได้ 11 คะแนน เป็น 14 คะแนน จำนวน 1 คน และ 15 คะแนน จำนวน 1 คน และเปลี่ยนสภาพเป็นผู้สูงอายุติดสังคม รวม 2 คน ดังตาราง 20 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้ารระดับน้อย และคนที่มีระดับภาวะซึมเศร้ารระดับรุนแรงเปลี่ยนเป็นระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.35 (SD=2.57) ดังตาราง 21 และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากตอบถูก แต่มีด้านการออกกำลังกาย ข้อ 8 ระยะเวลาของการออกกำลังกายให้มีสุขภาพดีคือ ครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ตอบถูกน้อยที่สุด ดังตาราง 22

ตาราง 19 ข้อมูลสภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังเข้าร่วมกิจกรรม

| ข้อมูลสภาวะสุขภาพกาย | จำนวน (n=31) | ร้อยละ |
|---|--------------|--------|
| ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (kg/m ²) | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.5 | 4 | 12.90 |
| 18.6-22.9 | 16 | 51.60 |
| 23-24.9 | 7 | 22.60 |
| 25-29.9 | 3 | 9.70 |
| 30.00 ขึ้นไป | 1 | 3.20 |

ตาราง 19 (ต่อ)

| ข้อมูลสภาวะสุขภาพกาย | จำนวน (n=31) | ร้อยละ |
|---------------------------------|--------------|--------|
| ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) mg/dL. | | |
| 70-100 | 2 | 6.50 |
| 101-125 | 15 | 48.40 |
| 126 ขึ้นไป | 14 | 48.20 |
| ระดับความดันโลหิต (BP) มม.ปรอท | | |
| 120-139/80-89 | 12 | 38.70 |
| 140-159/90-99 | 19 | 61.30 |

ตาราง 20 ข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังเข้าร่วมกิจกรรม (ติดบ้าน ADL 5-11 คะแนน ติดสังคม ADL 12-20 คะแนน)

| ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรฯ (คะแนน ADL) | จำนวน(n=31) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| น้อย (คะแนน 5-7) | 6 | 19.35 |
| ปานกลาง (คะแนน 8-10) | 11 | 35.49 |
| มาก (คะแนน 11) | 12 | 38.71 |
| มากที่สุด (คะแนน 14-15) | 2 | 6.45 |

ตาราง 21 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม (n=31)

| ระดับความรู้ | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------|-----------|----------|
| ไม่ดี | 2 | 6.50 |
| ปานกลาง | 6 | 19.40 |
| ดี | 23 | 74.10 |
| รวม | 31 | 100.00 |
| \bar{x} = 19.35 | SD = 2.57 | Min = 13 |
| | | Max = 21 |

ตาราง 22 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม (n=31)

| ข้อ | ข้อความ | ตอบถูก | |
|---|--|--------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ |
| ด้านโภชนาการ (อ.อาหาร) | | | |
| 1 | การกินอาหารจำพวกเนื้อวัว หมู ปลา สุกๆ ดิบๆ ทำให้เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคหนองพยาธิ | 31 | 100 |
| 2 | การเลือกอาหารแปรรูป เช่น อาหารกระป๋อง นม ควรดูสัญลักษณ์อย. ทุกครั้ง | 31 | 100 |
| 3 | การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกวันช่วยให้ระบบขับถ่ายดีป้องกันโรคมะเร็งและช่วยป้องกันโรคภาวะไขมันในเลือดสูง | 31 | 100 |
| 4 | การกินอาหารที่มีรสเค็มจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 31 | 100 |
| 5 | การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น | 31 | 100 |
| 6 | การกินอาหารจำพวกแป้งอย่างใหม่ที่เหนียวทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง | 30 | 96.8 |
| 7 | การกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในหนึ่งวัน ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน | 28 | 90.3 |
| 8 | การกินอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน | 26 | 83.9 |
| ด้านการออกกำลังกาย (อ.ออกกำลังกาย) | | | |
| 1 | การออกกำลังกายทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง | 31 | 100 |
| 2 | การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือดและกล้ามเนื้อ แข็งแรงขึ้น | 30 | 96.8 |
| 3 | การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น เดินวิ่ง และการยืดเหยียด | 29 | 93.5 |
| 4 | การออกกำลังกายทำให้เกิดก๊าซออกซิเจน และเผาผลาญอาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น | 27 | 87.1 |
| 5 | ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเพราะจะทำให้สุขภาพทรุดโทรม | 27 | 87.1 |
| 6 | ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องปรึกษาแพทย์ก่อนการออกกำลังกาย | 17 | 54.8 |
| 7 | ผู้ที่มีโรคประจำตัวต้องออกกำลังกายมากกว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรง | 14 | 45.2 |
| 8 | ระยะเวลาของการออกกำลังกายให้มีสุขภาพดีคือ ครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 วัน | 10 | 32.3 |

ตาราง 22 (ต่อ)

| ข้อ | ข้อความ | ตอบถูก | |
|--|---|--------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ |
| ด้านสุขภาพจิต (อ.อารมณ์) | | | |
| 1 | การทำงานอดิเรกสามารถลดความเครียดได้ | 31 | 100 |
| 2 | การหัวเราะและยิ้มช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตได้ | 29 | 93.5 |
| 3 | การนั่งสมาธิ ฝึกกำหนดลมหายใจ สามารถลดความเครียดได้ | 28 | 90.3 |
| ด้านสุขอนามัย (อ.อนามัยส่วนบุคคล) | | | |
| 1 | การดูแลความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง | 31 | 100 |
| 2 | ผู้สูงอายุต้องได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | 31 | 100 |
| 3 | การเข้านอน และตื่นนอน เป็นเวลา ทำให้มีชีวิตยืนยาว | 31 | 100 |

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 (S.D.=0.347) ดังตาราง 23 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีอยู่ในระดับดี ส่วนการสูบบุหรี่ /สูบยาเส้นและดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยา ดองเหล้า ไวน์ อยู่ในระดับไม่ดี ดังตาราง 24

ตาราง 23 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม (n=31)

| ระดับการปฏิบัติ | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------|------------|--------------------------|
| ไม่ดี | 0 | 0 |
| ปานกลาง | 27 | 87.10 |
| ดี | 4 | 12.90 |
| $\bar{x} = 2.12$ | SD = 0.347 | Min = 2.00 Max = 3.00 |

พหุ ประถมศึกษา ชีวะ

ตาราง 24 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม (n=31)

| การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ | การปฏิบัติ | | | \bar{x} | SD | ระดับปฏิบัติ |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|------|--------------|
| | ประจำ | บางครั้ง | ไม่เคย | | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| 1.ตรวจสุขภาพร่างกาย ประจำปี | 31 (100) | 0 (0) | 0 (0) | 3.00 | 0.00 | ดี |
| 2.ไปวัด ทำบุญ ตักบาตร ในวัน สำคัญทางศาสนา ทำให้ชีวิต เป็นสุข | 4 (12.9) | 27 (87.1) | 0 (0) | 3.00 | 0.34 | ดี |
| 3.พยายามหลีกเลี่ยงที่จะ ขัดแย้ง กับคนในครอบครัว | 28 (90.3) | 3 (9.7) | 0 (0) | 3.00 | 0.30 | ดี |
| 4.ระมัดระวังตัว มิให้เกิดการ หกล้ม | 28 (90.3) | 3 (9.7) | 0 (0) | 3.00 | 0.30 | ดี |
| 5.รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ | 1 (3.2) | 30 (96.8) | 0 (0) | 2.00 | 0.18 | ปานกลาง |
| 6.ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว | 1 (3.2) | 30 (96.8) | 0 (0) | 2.00 | 0.18 | ปานกลาง |
| 7.ในแต่ละวัน รับประทาน อาหาร ครบ 5 หมู่ เพียงพอ กับความต้องการ | 4 (12.9) | 27 (87.1) | 0 (0) | 2.00 | 0.34 | ปานกลาง |
| 8.ออกกำลังกาย | 4 (12.9) | 27 (87.1) | 0 (0) | 2.00 | 0.34 | ปานกลาง |
| 9.ทำงานอดิเรก เช่น เลี้ยงสัตว์ จักสาน ทำสวน เย็บปัก ถักร้อย | 3 (9.7) | 28 (90.3) | 0 (0) | 2.00 | 0.30 | ปานกลาง |
| 10.เมื่อมีอาการนอน โกรธ จะต้อง ระงับ สิ่งนั้นก่อน เสมอ | 4 (12.9) | 27 (87.1) | 0 (0) | 2.00 | 0.34 | ปานกลาง |
| 11.ดูแลความสะอาดของ ร่างกายอยู่เสมอ | 1 (3.2) | 30 (96.8) | 0 (0) | 2.00 | 0.18 | ปานกลาง |
| 12.เขานอน และตื่นนอน ตรง เวลา | 4 (12.9) | 16 (51.6) | 11 (35.5) | 2.00 | 0.66 | ปานกลาง |
| 13.แปรงฟัน อย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อวัน | 3 (9.7) | 25 (80.6) | 3 (9.7) | 2.00 | 0.44 | ปานกลาง |

ตาราง 24 (ต่อ)

| การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ | การปฏิบัติ | | | \bar{x} | SD | ระดับปฏิบัติ |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|------|--------------|
| | ประจำ | บางครั้ง | ไม่เคย | | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| 14.รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก และฟันอย่างสม่ำเสมอ | 1 (3.2) | 30 (96.8) | 0 (0) | 2.00 | 0.18 | ปานกลาง |
| 15.ถายอุจจาระทุกวัน เป็นเวลา แสดงว่าสุขภาพแข็งแรง | 0 (0) | 31 (100) | 0 (0) | 2.00 | 0.00 | ปานกลาง |
| 16.สูบบุหรี่ /สูบยาเส้น | 5 (16.1) | 26 (83.9) | 0 (0) | 1.00 | 0.37 | ไม่ดี |
| 17.ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยา ดองเหล้า ไวน์ | 1 (3.2) | 7 (22.6) | 23 (74.2) | 1.00 | 0.52 | ไม่ดี |

จากการประเมินความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนหลังร่วมกิจกรรม พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.00 (SD=1.257) ดังตาราง 25 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตอบถูกน้อยที่สุดในข้อ การหางานอดิเรกที่สามารถชะลอความแก่ได้ จำนวน 14 คน ดังตาราง 26 สอดคล้องกับข้อมูลจากการสอบถาม พบว่า ความแก่สามารถชะลอได้จากหลายปัจจัย โดยเฉพาะการกินอาหารครบ 5 หมู่ จะสามารถชะลอความแก่ได้มากกว่างานอดิเรก

ตาราง 25 ระดับความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนหลังร่วมกิจกรรม (n=20)

| ระดับความรู้ | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------|----------|----------------------|
| ปานกลาง | 1 | 5.00 |
| ดี | 19 | 95.00 |
| \bar{x} =15.00 | SD =1.25 | Min = 12 Max = 16 |

ตาราง 26 ความรู้รายข้อของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน หลังร่วมกิจกรรม (n=20)

| ข้อ | ข้อความ (3ส. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ และ 1 ย. ยา) | ตอบถูก | |
|-----|--|--------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ |
| 1 | การออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ | 20 | 100 |
| 2 | การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเช่นการเดินวิ่งและการยืดเหยียด ที่สร้างเสริมสุขภาพต้องทำเป็นประจำอย่างน้อย3วันต่อสัปดาห์นาน 15-30 นาทีต่อครั้ง | 20 | 100 |
| 3 | การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้สุขภาพจิตดีได้ | 20 | 100 |
| 4 | การกินอาหารที่มีไขมันสูงทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ | 20 | 100 |
| 5 | การกินอาหารที่มีรสเค็มจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 20 | 100 |
| 6 | การกินอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน | 20 | 100 |
| 7 | ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการโดยเฉพาะผักและผลไม้ | 20 | 100 |
| 8 | ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคข้อเสื่อม | 20 | 100 |
| 9 | การดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก ต้องแปรงฟันอย่างถูกวิธี | 20 | 100 |
| 10 | ผู้สูงอายุควรอยู่เฉยไม่ต้องทำงานจะได้ไม่เหนื่อย | 20 | 100 |
| 11 | การจัดที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างลดการเกิดอุบัติเหตุ | 20 | 100 |
| 12 | การจัดให้ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีและใช้ส้วมชักโครก เป็นการป้องกันอุบัติเหตุ | 20 | 100 |
| 13 | ผู้สูงอายุมักจะซึมเศร้าเป็นบางครั้งเมื่อหัวว่าเหว | 17 | 85.0 |
| 14 | ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำในปริมาณน้อย เพื่อป้องกันปัสสาวะเล็ด | 15 | 75.0 |
| 15 | การหางานอดิเรกทำสามารถชะลอความแก่ได้ | 14 | 70.0 |
| 16 | ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง | 14 | 70.0 |

จากการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังร่วมกิจกรรม พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 (S.D.=0.223) ดังตาราง 27 เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตอบปฏิบัติในระดับดี ทุกข้อ ดังตาราง 28

ตาราง 27 การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน
หลังร่วมกิจกรรม (n=20)

| ระดับการปฏิบัติ | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------|-------|--------|
| ปานกลาง | 1 | 5.00 |
| ดี | 19 | 95.00 |
| รวม | 20 | 100.00 |

ตาราง 28 การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน
หลังร่วมกิจกรรม (n=20)

| ข้อความ (3ส. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิและ1ย. ยา) | การปฏิบัติ | | | \bar{x} | SD | ระดับ ปฏิบัติ |
|---|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------|------|------------------|
| | ประจำ จำนวน (ร้อยละ) | บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ) | ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| 1.จะระมัดระวังมิให้ผู้สูงอายุ เกิดการหกล้มเวลาเดิน | 19 (95.0) | 1 (5.0) | 0 (0) | 2.95 | 0.22 | ดี |
| 2.ให้ผู้สูงอายุไปวัด ทำบุญ ตักบาตร ในวันสำคัญทางศาสนา | 17 (85.0) | 3 (15.0) | 0 (0) | 2.85 | 0.36 | ดี |
| 3.ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย โดยการยืดเหยียด และแกว่งแขน | 16 (80.0) | 4 (20.0) | 0 (0) | 2.80 | 0.41 | ดี |
| 4.แนะนำให้ผู้สูงอายุถ่ายอุจจาระ ทุกวัน เป็นเวลา | 16 (80.0) | 3 (15.0) | 1 (5.0) | 2.75 | 0.55 | ดี |
| 5.ให้ผู้สูงอายุแปรงฟัน อย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน | 15 (75.0) | 5 (25.0) | 0 (0) | 2.75 | 0.48 | ดี |
| 6.เมื่อมีอาการมึนงง จะระงับความ โกรธก่อนให้การดูแลผู้สูงอายุเสมอ | 13 (65.0) | 7 (35.0) | 0 (0) | 2.65 | 0.48 | ดี |
| 7.ให้บุตรหลานมาเล่นและพูดคุยด้วย กับผู้สูงอายุ | 13 (65.0) | 7 (35.0) | 0 (0) | 2.65 | 0.48 | ดี |
| 8.ให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรก เมื่อมีเวลาว่าง | 13 (65.0) | 7 (35.0) | 0 (0) | 2.65 | 0.48 | ดี |
| 9.ให้ผู้สูงอายุกินยาหรือปฏิบัติตัวตาม ตามคำแนะนำของแพทย์ | 13 (65.0) | 7 (35.0) | 0 (0) | 2.65 | 0.48 | ดี |
| 10.พยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง กับคนในครอบครัว | 13 (65.0) | 7 (35.0) | 0 (0) | 2.65 | 0.48 | ดี |

ตาราง 28 (ต่อ)

| ข้อความ (3ส. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิและ1ย. ยา) | การปฏิบัติ | | | \bar{x} | SD | ระดับ ปฏิบัติ |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|------|------------------|
| | ประจำ | บางครั้ง | ไม่เคย | | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| 11.จะให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารที่แสดงต่อโรค | 12 (60.0) | 8 (40.0) | 0 (0) | 2.60 | 0.51 | ดี |
| 12.หลังการตื่นนอนตอนเช้าของ ผู้สูงอายุจะให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำทันที | 10 (50.0) | 10 (50.0) | 0 (0) | 2.50 | 0.51 | ดี |
| 13.ซื้อยาหรืออาหารเสริมสำหรับ บำรุงร่างกายมาให้ผู้สูงอายุ รับประทาน | 12 (60.0) | 6 (30.0) | 2 (10.0) | 2.50 | 0.68 | ดี |
| 14.จะให้ผู้สูงอายุเข้านอนและตื่น นอน ตรงเวลา | 10 (50.0) | 9 (45.0) | 1 (5.0) | 2.45 | 0.60 | ดี |

จากการประเมินการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังร่วมกิจกรรม (n=20) พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 (S.D.= 0.294) ดังตาราง 29

ตาราง 29 การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังร่วมกิจกรรม (n=20)

| ระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ปานกลาง | 14 | 70.00 |
| มาก | 6 | 30.00 |
| รวม | 20 | 100.00 |

4.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

จากแนวทางที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 8 ข้อ ดังนี้

1. ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
2. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่คุณค่าเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรต่อลูกหลานต้องรู้จักตั้งกฎรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ
3. ต้องลดภาวะแทรกซ้อน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ
4. ต้องมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว และ Care Giver ร่วมเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน
5. ต้องสื่อสารติดต่อประสานงานกัน ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน ทั้งระดับ ตำบล อำเภอ

6. ควรเสริมพลังทางบวก ให้กำลังใจ
7. ต้องมีแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็น Care Manager ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน
8. ต้องมีการบริหารจัดการที่ดีมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่มีความเคารพในสิทธิและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการให้โอกาสผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมชาติ

ซึ่งได้ดำเนินการไปเรียบร้อยแล้วนั้น ด้วยการสร้างปฏิสัมพันธ์นอกรอบกับภาคีเครือข่ายเข้าไปประสานงานก่อนการประสานงานอย่างเป็นทางการ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงการดำเนินงาน การคิดเชิงบวกในการทำงานของ ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งคนในครอบครัวและคนในชุมชน เข้ามาเป็นเครือข่ายร่วมปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ มีจิตอาสาบริการ บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จึงเกิดถนนสายบุญของตำบลแว้งด้วยการทำบุญตักบาตร ข้าวสารอาหารแห้งเป็นประจำทุกวันวันไปครบทุกหมู่บ้าน จำนวน 17 หมู่บ้าน สิ่งที่ได้จากการตักบาตรทำบุญแบ่งปันให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้มีรายได้น้อย ซึ่งจากที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลแว้ง ได้นำประเด็นผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเข้าสู่การขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตประจำปี 2561 ทำให้เกิดรูปแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วม บ้าน หนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม

ภายใต้แนวคิด WANG NANG Model ประกอบไปด้วย

W : We พวกเราทุกคน ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เริ่มมาตั้งแต่ลูกหลานสมาชิกในครอบครัว คนชุมชน ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น รพ.สต. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้ครอบคลุมมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น บทบาทท้องถิ่นชัดเจนและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นมากขึ้น โดยครอบคลุมไปถึงปรับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ใช้กลไกคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ พชอ./พชต. และกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตตำบลแวงนาง (พชต.) ได้นำประเด็นปัญหาผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคมไปสู่เวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมือง (พขอ.) เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ และมีองค์กรเอกชน “ สโมสรไลอ้อน มหาสารคาม ” ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง

A : Attitude ด้วยการปรับเปลี่ยนแนวคิดของทุกคน “ สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ ” จากเดิมหลายคนมองว่าผู้สูงอายุเป็นภาระ ทุกคน ทุกภาคต้องเปลี่ยนและมีแนวความคิดให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่คุณค่าต่อลูกหลานเป็นหลักชัยของชีวิตและตัวผู้สูงอายุเองก็เกิดปรับเปลี่ยนแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพตนเองมากขึ้น ก่อนการพัฒนา (Pre-test) ในขั้นปฏิบัติการ (Action) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี ร้อยละ 64.50 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.20 ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนงานโครงการที่กำหนด ระยะเวลา 3 เดือน ประเมินภาวะสุขภาพ หลังพัฒนา ผลการตรวจร่างกายส่วนใหญ่ภาวะโรคประจำตัวคงที่ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าส่วนใหญ่สุขภาพโดยทั่วไป ดีขึ้น จากเดิมปานกลางและไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกันถือว่าสุขภาพปานกลาง จากเดิมบอกว่าไม่ดี

N : Non - communicable disease (NCD) โดยลดภาวะแทรกซ้อน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในช่วงการเข้าร่วมกิจกรรมมีผลระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 เพิ่มขึ้น อ้วนระดับ 2 ลดลง จากเดิมมีจำนวนเท่ากัน

G : Giver การให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการพัฒนากลุ่มเยาวชน ที่เป็นลูกหลานผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความสุขใจและเป็นการปลูกจิตสำนึกให้ลูกหลานในการสร้างความรักความผูกพันกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รวมถึงอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม

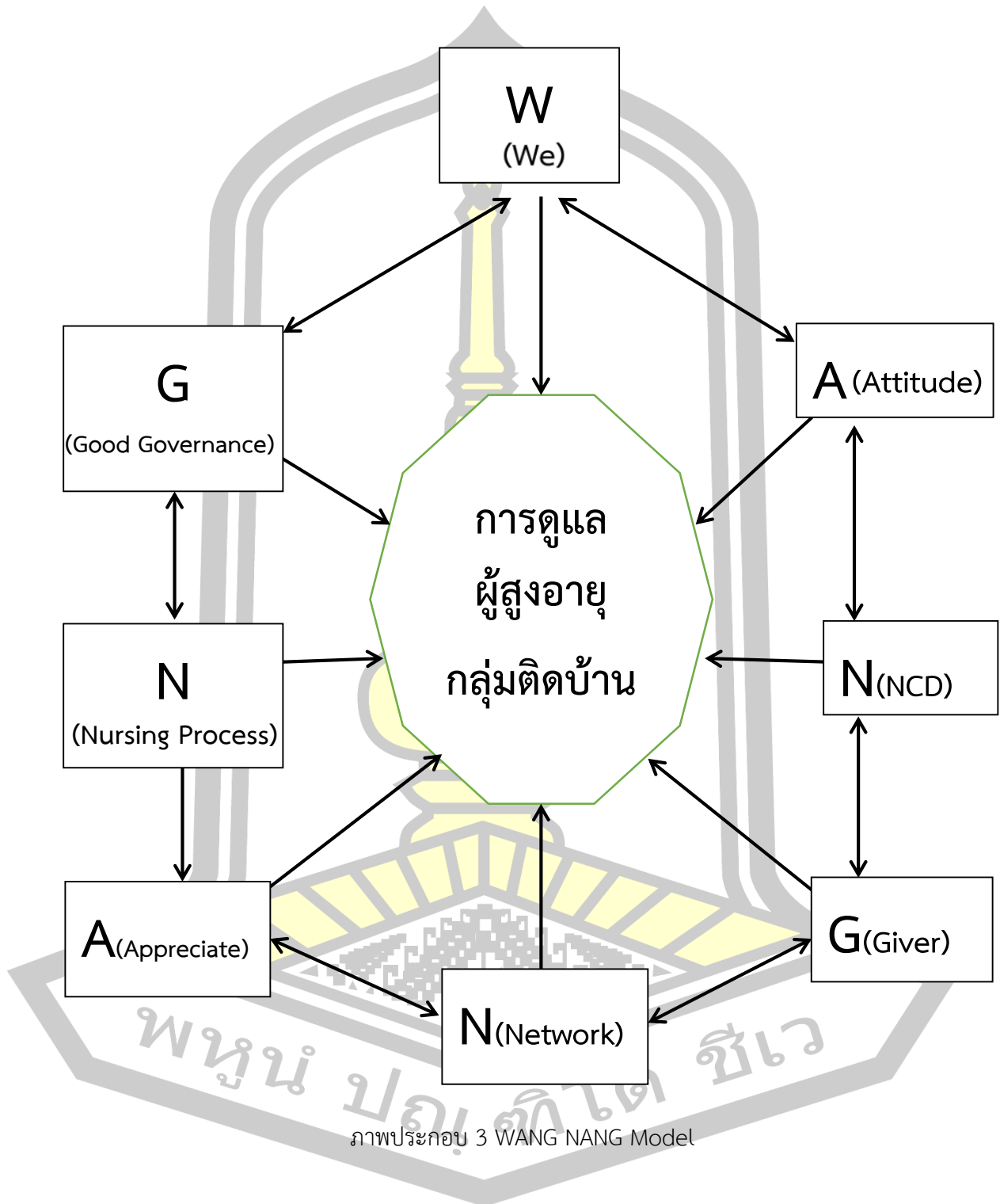
N : Network มีเครือข่ายร่วมปฏิบัติงานทุกระดับ ตั้งแต่ครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาลตำบล ถึงระดับ อำเภอ ทุกช่องทางการสื่อสาร

A : Appreciate ด้วยการเสริมพลังทางบวก นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุมีกิจกรรมไปเยี่ยมยาม ถวายข้าว ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มพึ่งพิงโดยมีท่านเจ้าอาวาสได้ร่วมไปเสริมพลังแรงใจมีกิจกรรมชมเชยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ ปรับเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในพิธีมอบเกียรติบัตรนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุมอบโดยท่านนายอำเภอเมืองมหาสารคาม

N : Nursing Process ปฏิบัติการทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็น Care Manager ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

G : Good Governance ด้วยการบริหารจัดการที่ดี มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่มีความเคารพในสิทธิและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการให้โอกาสผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรม

WANG NANG Model



ภายใต้แนวคิด WANG NANG Model เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

โดยสรุป ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ ประกอบด้วย มีผู้นำชุมชนดี เข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านก่อนและหลังการพัฒนา และหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใชแนวคิดการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling Technique) ได้แก่ 1) บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 20 คน 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลาระหว่างเดือน มกราคม 2561 ถึง เดือน มีนาคม 2561 จำนวน 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาตามลำดับดังนี้

- 5.1 สรุปผล
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

5.1.1 สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม สรุปผลได้ดังนี้

5.1.1.1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 70-79 ปี อายุต่ำสุด 61 ปี สูงสุด 92 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 บาท รายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือน

5.1.1.2 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-50 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี

สูงสุด 66 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท รายได้หลักมาจากอาชีพเกษตรกร และไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือน

5.1.1.3 ข้อมูลสภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า มีภาวะอ้วน ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีปัญหาเรื่องการมองเห็นไม่ดี การเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติเหมือนเดิม มีปัญหาการนอนหลับ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การเดินหกล้ม เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องช่วยเหลือที่ใช้ประจำมี ไม่เท่า ฝืนปลอม รถนั่งเข็น การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าส่วนใหญ่การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง โดยทั่วไปสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกันถือว่าสุขภาพไม่ดีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย มีบุคคลที่คอยดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลด้านจิตใจคือบุตร/คู่สมรส และไม่ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญ

5.1.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) มีรายละเอียดผลการวิจัยดังต่อไปนี้

5.1.2.1 การวางแผน (Planning)

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้ Focus Group เปิดโอกาสให้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านบุคลากร มีไม่เพียงพอ ด้านงบประมาณ มีเพียงพอแต่ขาดความชัดเจนในการเบิกจ่ายงบประมาณ ด้านสิ่งแวดล้อมและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน ยังขาดแคลนไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุติดบ้าน และด้านการดำเนินงานผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะถูกปล่อยทิ้งให้อยู่คนเดียวในช่วงกลางวันที่ถูกหลานไปทำงาน หน่วยงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น พัฒนาชุมชน มีการทำงานแยกส่วนไม่มีการบูรณาการกันอย่างจริงจัง จึงทำให้ประเด็นปัญหาต่างๆ ไม่ได้รับการแก้ไข ส่วนปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปวดข้อเข่า เกิดปัญหาเดินหกล้ม มีปัญหาค่าดัชนีมวลกาย ระดับ 2, 3 จึงมีความต้องการอยากให้มีดัชนีมวลกายปกติ สดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เหงาไม่มีเพื่อน นอนไม่หลับ จึงมีความต้องการอยากมีเพื่อนคุย เพื่อนกินและเพื่อนนอน ทางด้านสังคม พบว่าผู้สูงอายุ ไม่ไปร่วมกิจกรรมทางสังคม จึงมีความต้องการอยากให้มีคนพาเข้าร่วมทำบุญตักบาตรทุกวันพระและฝึกกิจกรรมทางกาย ดังนั้นจึงได้กำหนดแผนการปฏิบัติงานจำนวน 4 แผนงาน ได้แก่ 1) แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2) แผนงานสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 3) แผนงานปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 4) แผนงานฝึกปลอดภัยอาหารปลอดภัย ในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้ชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) และความรู้เรื่องไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย เป็นเครื่องมือโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน

ในการบริการดูแลและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนวางแผนประเมินความรู้ ประเมินการมีส่วนร่วม ประเมินภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนา นำแผนสู่การปฏิบัติ การสังเกต (Observation) และการสะท้อน (Reflection)

5.1.2.3 การปฏิบัติการ (Action)

ปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่วางไว้ ประเมินความรู้ ประเมินการมีส่วนร่วม ประเมินภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนา และคืนข้อมูลให้กับผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับทราบสภาพปัญหา จะได้ร่วมวางแผน หาแนวทางและดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไป

5.1.2.4 การสังเกตการณ์ (Observation)

เข้าร่วมสังเกตการณ์ นิเทศตรวจเยี่ยมสนับสนุนให้ข้อเสนอแนะ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความสนใจในกิจกรรมการให้ความรู้ ชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) ผู้วิจัยได้พบว่า มีเด็กกลุ่มหนึ่งที่เป็นบุตรหลาน เครือญาติ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใช้ชื่อว่า “Care Giver Junior” บ้านหนองเส็ง จำนวน 15 คน ที่มีบทบาทสำคัญได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ในกิจกรรมทางด้านอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุพอใจเพื่อคลายเหงา และมีความสุข ส่งผลให้ก่อนการพัฒนา ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับไม่ดี ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติด อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดี ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายบุคคล พบว่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มมากขึ้น จาก 11 คะแนนเป็น 14 คะแนน จำนวน 1 คน และ 15 คะแนน จำนวน 1 คน และเปลี่ยนภาพเป็นผู้สูงอายุติดสังคม รวม 2 คน

5.1.2.5 การสะท้อนกลับ (Reflection)

ในขั้นวางแผน (Plan) พบว่า ข้อมูลนำเข้ามีความครบถ้วน ในขั้นปฏิบัติการ (Action) มีการประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม ภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนา (Pre-test) และขั้นการสังเกต(Observation) พบว่าเสียงหัวเราะและรอยยิ้ม รวมถึงการเจริญอาหารช่วงพักกลางวันรับประทานอาหารร่วมกัน ส่วนกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หลังจากทีมวิทยากรได้ละลายพฤติกรรม ก็พบว่าความเป็นกันเองรวมถึงรอยยิ้มเสียงหัวเราะการพูดจากันด้วยไมตรีจิต มีการตั้งไลน์กลุ่ม “We” เพื่อสื่อสารกันอย่างเป็นกันเองและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

5.1.3 ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

พบว่า หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 เพิ่มขึ้น อ้วนระดับ 2 ลดลง จากเดิมมีจำนวนเท่ากัน ผลการตรวจร่างกายส่วนใหญ่ภาวะโรคประจำตัวคงที่ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าส่วนใหญ่สุขภาพโดยทั่วไป ดีขึ้น จากเดิมปานกลางและไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกันถือว่าสุขภาพปานกลาง จากเดิมบอกว่าไม่ดี ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ช่วยเหลือตัวเองได้ เพิ่มมากขึ้น จากการประเมิน ADL เดิมได้ 11 คะแนนเป็น 14 คะแนน จำนวน 1 คน และ 15 คะแนน จำนวน 1 คน และเปลี่ยนสภาพเป็นผู้สูงอายุติดสังคม รวม 2 คน ภาวะซึมเศร้า

ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับน้อย และคนที่มึระดับภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรงเปลี่ยนเป็นระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านภาพรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากตอบถูก แต่มีด้านการออกกำลังกาย ระยะเวลาของการออกกำลังกายให้มีสุขภาพดีคือ ครั้งละ 15-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 วัน ตอบถูกน้อยที่สุดซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มเติมความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุให้เข้าใจเรียบร้อยแล้ว ความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนหลังร่วมกิจกรรม พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับดี การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน หลังร่วมกิจกรรม พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ภาพรวมอยู่ในระดับดี การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังร่วมกิจกรรม พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

5.1.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

จากการสร้างปฏิสัมพันธ์นอกรอบกับภาคีเครือข่าย ด้วยการเข้าไปประสานก่อนการประสานงานอย่างเป็นทางการ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงการดำเนินงาน การคิดเชิงบวกในการทำงานของ ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. อผส. รวมทั้งคนในครอบครัวและคนในชุมชน เข้ามาเป็นเครือข่ายร่วมปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ มีจิตอาสาบริการ บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จึงเกิดถนนสายบุญของตำบลแว้งด้วยการทำบุญตักบาตร ข้าวสารอาหารแห้งเป็นประจำทุกเดือนเวียนไปครบทุกหมู่บ้านจำนวน 17 หมู่บ้าน สิ่งที่ได้จากการตักบาตรทำบุญแบ่งให้ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้มึรายได้น้อย ซึ่งจากที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต) ตำบลแว้งนำประเด็นผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเข้าสู่การขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตประจำปี 2561 ทำให้เกิดรูปแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วม บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม คือ WANG NANG Model ประกอบไปด้วย W : We พวกเราทุกคน ทุกภาคส่วน A : Attitude ด้วยการปรับเปลี่ยนแนวคิดให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ N : Chronic non - communicable disease NCD โดยลดภาวะแทรกซ้อน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง G : Giver มีผู้ให้ ผู้ดูแล รวมทั้งคนในครอบครัว ลูกหลานและคนในชุมชน N : Network มีเครือข่ายร่วมปฏิบัติงานทุกช่องทาง การสื่อสาร A : Appreciate ด้วยการเสริมพลังทางบวก N : Nursing Process ปฏิบัติการทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน G : Good Governance ด้วยการบริหารจัดการที่ดี มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่มีความเคารพในสิทธิและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการให้โอกาสผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรม เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

5.2 อภิปรายผล

ผลจากการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มีประเด็นที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

5.2.1 สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาวิจัย พบว่า สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น แต่ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วย เช่น ไม้เท้า รถนั่งเข็น ปัญหาเรื่องสุขภาพ ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ภาวะโรคประจำตัวคงที่ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่าส่วนใหญ่สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น จากเดิมปานกลางและไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกันถือว่าสุขภาพปานกลาง จากเดิมบอกว่าไม่ดี และสุขภาพกายมีความเชื่อมโยงไปตามอายุขัย สอดคล้องกับการศึกษาของ นรากร เลโรสง (2557) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ส่วน ประกอบด้วยเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และกระบวนการการมีส่วนร่วม ตามขั้นตอนวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับน้อย และคนที่มีระดับภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรงเปลี่ยนเป็นระดับปานกลาง เนื่องจากมีเด็กกลุ่มหนึ่งที่เป็นบุตรหลาน เครือญาติ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านใช้ชื่อว่า “Care Giver Junior” บ้านหนองเส็ง มีบทบาทสำคัญได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ไม่ลืม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ในกิจกรรมทางด้านอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุพอใจเพื่อคลายเหงาและมีความสุข กิจกรรมทางด้านออกกำลังกาย ด้วยการช่วยเหลือในการใช้กายอุปกรณ์ เช่น ดัมเบล การอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกาย กิจกรรมทางด้านสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ กรุงรัง กีดขวางทางเดิน กิจกรรมทางด้านยา คอยกำกับการกินยา ใ้ยาให้ถูกขนาด ถูกวิธีการ กิจกรรมทางด้านสมอง เด็กๆ ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำด้วยการพาผู้สูงอายุเล่นจิบแอล อ่านหนังสือให้ฟัง ร้องเพลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สริญญา ปิ่นเพชร (2556) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หลังการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการคัดกรองสุขภาพครบทุกคน กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ และมีสุขภาพกายสุขภาพจิตดีขึ้น

5.2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอมือ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

พบว่า การเปิดโอกาสให้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่ผ่านมา ด้วยกิจกรรมเปิดใจ จึงทำให้ประเด็นปัญหาต่างๆ ที่ไม่ได้รับการแก้ไขเปิดเผยออกมาให้เห็น และจากการที่ผู้วิจัยได้ใช้วิธีและกระบวนการติดต่อประสานงานทาบตามแบบไม่เป็นทางการ การสร้างปฏิสัมพันธ์นอกรอบ จึงเกิดพลังชุมชนและความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันและมีเป้าหมายร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหา ของตำบลแว้งให้บรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เพ็ญศิริินภา (2546) ได้อธิบายบทบาทของชุมชนในการมีส่วนร่วมตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน คือ การที่ประชาชนในชุมชน ต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน ประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ความหมายว่า การที่ชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดีจึงควรกำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้นเองวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนเองและสามารถแยกแยะวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชนและวิธีการใดที่เกินความสามารถ จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นการดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของประชาชน

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ (Action)

จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ประเมินความรู้การมีส่วนร่วมภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนา (Pre-test) ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด (นำแผนสู่การปฏิบัติ) จำนวน 4 แผนงาน

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

เข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยมสนับสนุนให้ข้อเสนอแนะ ประเมินภาวะสุขภาพ สังเคราะห์กระบวนการ แนวทางการดำเนินงานที่เกิดขึ้นหลังร่วมกิจกรรม ในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2561

ขั้นที่ 4 การสะท้อน (Reflection)

พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เกิดจากความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนแนวคิดให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุของคนในชุมชน ผู้ดูแลและพระภิกษุซึ่งเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณคนในครอบครัว ลูกหลาน (Care Giver Junior) รวมถึงผู้สูงอายุเอง ไม่รอรับบริการอย่างเดียวแต่เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพตามสภาพร่างกายและความสามารถของตนเอง มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น เพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และการนอนหลับ ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย อารมณ์แจ่มใสเบิกบานและมีความสุข ซึ่งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นเพียงพี่เลี้ยงและคอยสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาของ กานต์วี กอบสุข (2554) วิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรแดง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำชุมชน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ

การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเข้าวัดทำบุญฟังธรรม คนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หลังดำเนินการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพและระดับคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ประเมินภาวะสุขภาพ หลังการพัฒนา

5.2.3 ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ เปลี่ยนแนวคิดให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุเอง ก็ปรับเปลี่ยนแนวคิดด้วยเช่นกัน ส่งผลให้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายบุคคล พบว่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มมากขึ้นจากการประเมิน ADL พบว่าข้อ 1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อ เตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ และ ข้อ 5 Mobility (การ เคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) เดินหรือเคลื่อนที่ตัวเอง จาก 11 คะแนนเป็น 14 คะแนน จำนวน 1 คน และ 15 คะแนน จำนวน 1 คน จึงเปลี่ยนสภาพเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ถึง 2 คน ซึ่งถือว่าผลจากการที่ พระอาจารย์เจ้าอาวาสวัดบ้านหนองเส็ง ในฐานะเป็นครูใหญ่โรงเรียนผู้สูงอายุดำรงชีพวิทยาบ้าน หนองเส็ง ที่นำนักเรียนผู้สูงอายุ ออกไปเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจให้ศีล ให้พรแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็น ประจำ จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีสุขภาพกาย ใจดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาติ ผ่าผิวดิ (2556) ศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ต้องมีการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น เข้ามาดำเนินงานร่วมกัน ร่วมกันกำหนดกลวิธีดำเนินงานจัดตั้งเครือข่ายกำหนดผู้รับผิดชอบใน กิจกรรมต่างๆ และร่วมเป็นผู้รับประโยชน์ในฐานะสมาชิกของชุมชน ชุมชนสามารถ หากกลวิธี ดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองส่งผลให้เกิดการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งภายหลังจากการดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริญา ปิ่นเพชร (2556) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ารูปแบบใหม่ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณ และร่วมดำเนินงานตาม กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ 2) การจัดกลุ่มในการดูแลสุขภาพ ตามเกณฑ์การประเมินศักยภาพ ผู้สูงอายุ คือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง 3) การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุจาก คนในครอบครัว 4) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 5) การมอบรางวัลให้แก่ผู้สูงอายุและเชิดชู เกียรติผู้สูงอายุ บุคคลผู้ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน หลังการดำเนินงานพบว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ได้รับการคัดกรองสุขภาพครบทุกคน กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย ผู้สูงอายุมีความ พึงพอใจต่อการรับบริการ และมีสุขภาพกายสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ (2555: 89-90) ได้วิจัยกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของ ชุมชนมาบแค พบว่ากระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมในชุมชนมี 2 ส่วน

คือส่วนที่เป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนามี 4 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างแกนนำ ซึ่งเป็นทุนทางสังคม 2) การค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมวางแผน และดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง 4) การพัฒนาตามข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเสี้ย ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในงานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับแนวทางระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน (แผนบูรณาการ การพัฒนาศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561) ที่มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้

1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว
2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอบรรเทา
5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล
6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)
7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล

5.2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเสี้ย ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ผู้นำชุมชน พระภิกษุซึ่งเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ คนในชุมชน คนในครอบครัว ลูกหลาน (Care Giver Junior) รวมถึงผู้สูงอายุเอง มีทัศนคติที่ดีว่า “สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ” มีความรักใคร่สามัคคี มีความมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลแวงน่าง นำประเด็นผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเข้าสู่การขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตประจำปี 2561 ทำให้เกิดรูปแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมบ้านหนองเสี้ย ตำบลแวงน่าง อำเภอเมืองมหาสารคาม อย่างเป็นรูปธรรม

โดยสรุป ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ปัจจัย 1) มีผู้นำชุมชนดี เข้มแข็ง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง 4) ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกระบวนการ 5) การติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเสี้ย ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง

จังหวัดมหาสารคาม แสดงให้เห็นถึงแนวทางกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางที่เหมาะสมที่ทำให้ประสบความสำเร็จ นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังเป็นเป้าหมายที่สนับสนุนต่อแนวทางระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ

5.3 ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990) จากการศึกษาผู้วิจัยสรุปแนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย ครั้งต่อไปดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม นั้น ผู้วิจัยเห็นว่าควรนำประเด็นทั้ง 8 ข้อนี้มาเป็นแนวทางการพัฒนาเพื่อให้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น

5.3.1.1 ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

5.3.1.2 ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่คุณค่าเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรต่อลูกหลานต้องรู้จักกตัญญู รู้คุณ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ

5.3.1.3 ต้องลดภาวะแทรกซ้อน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ

5.3.1.4 ต้องมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว และ Care Giver ร่วมเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

5.3.1.5 ต้องสื่อสารติดต่อประสานงานกัน ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน ทั้งระดับตำบล อำเภอ

5.3.1.6 ควรเสริมพลังทางบวก ให้กำลังใจ

5.3.1.7 ต้องมีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็น Care Manager ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

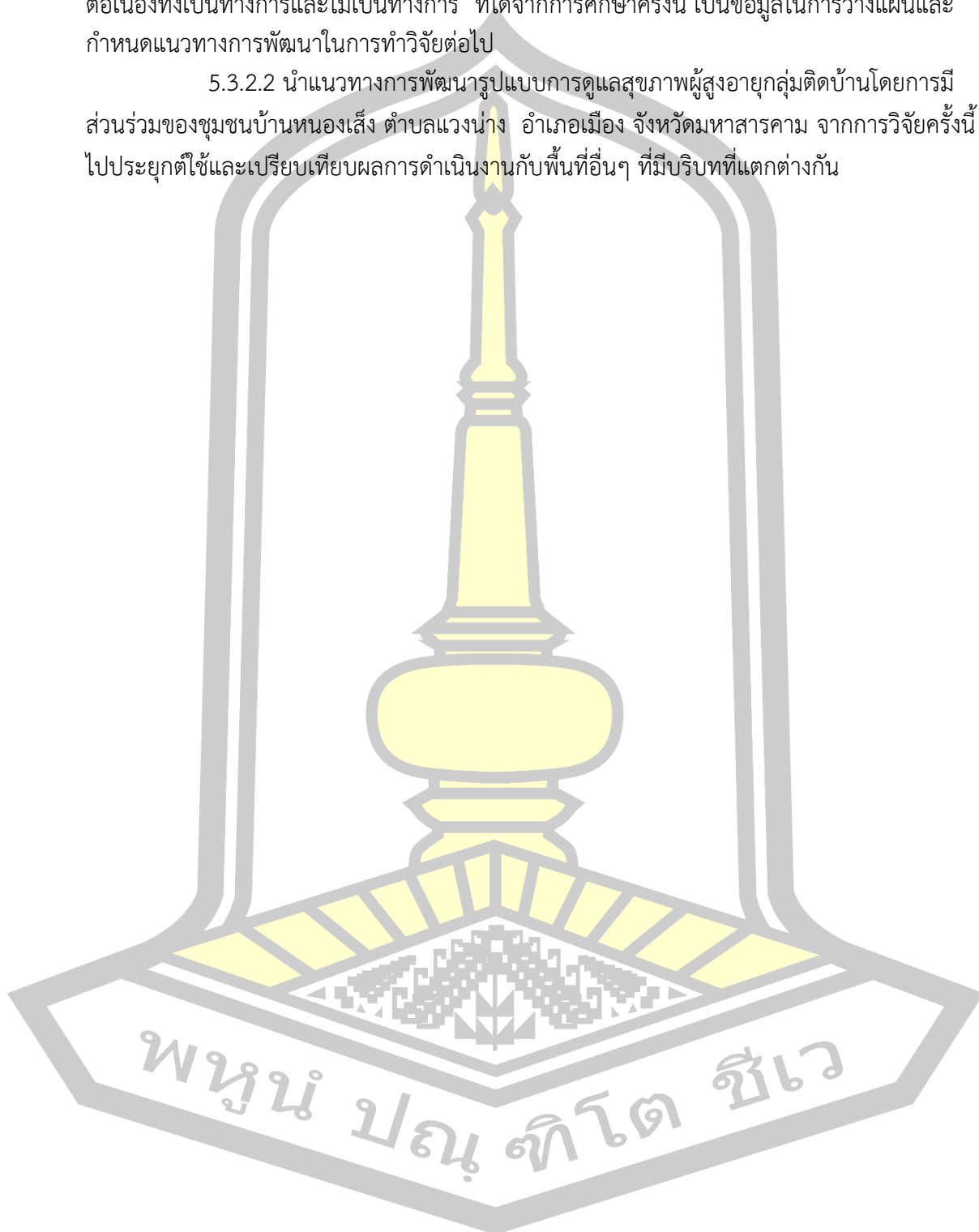
5.3.1.8 ต้องมีการบริหารจัดการที่ดีมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่มีความเคารพในสิทธิ และการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการให้โอกาสผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรม

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

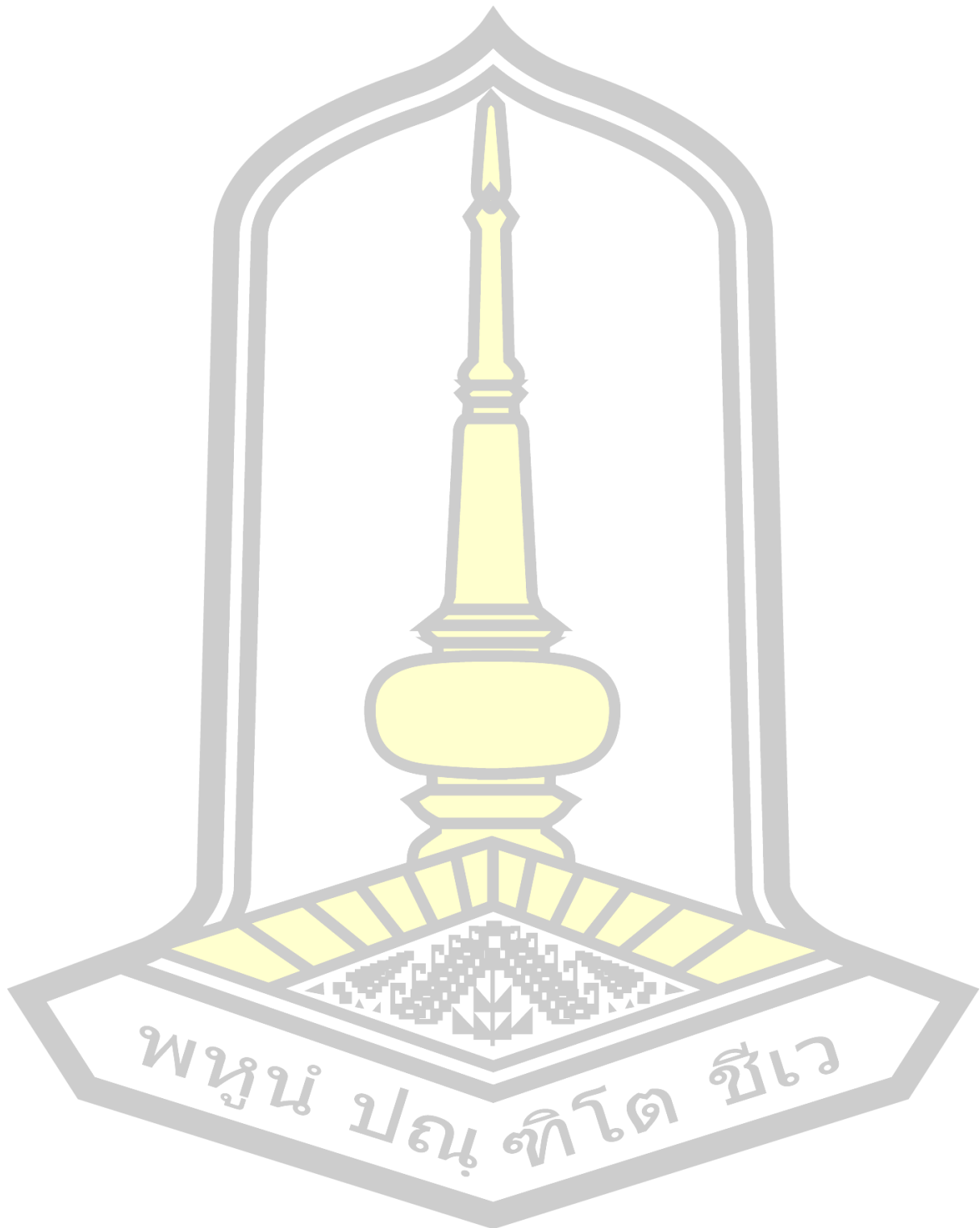
5.3.2.1 การทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและ

เป็นที่เลื่องลือ ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป

5.3.2.2 นำแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแวงนาง อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม จากการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญารัช วงศ์ภูคา. (2557). *สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และท่านจะเตรียมตัวเตรียมใจอย่างไรเมื่อวัยนั้นมาถึง*. สืบค้นจาก <https://betterlifeaging.wordpress.com/>.
- กานต์รวี กอบสุข. (2554). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านโคกบรณลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล. (2555). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์*. ใน: *การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. หน้า 565-666.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬา.
- นรากร เลไธสง. (2557). *รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2546). *การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บรรจง วาที. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน.
- ปริญญา อุปลา. (2545). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียนเพื่อปรับปรุงคุณภาพการเรียนการสอนคณิตศาสตร์ ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนบ้านพุทธรักษา จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประถมศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล. (2543). *การออกแบบการวิจัย (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ:

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก หน้า 1*.

พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคม
นักวิจัย*, 21(2), 94-109.

พิศสมัย บุญเลิศ. (2559). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด*. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ. (2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของ
ชุมชนมาบแค. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2), 89-90.

ภรณ์ ตั้งสุรัตน์. (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย*, 2(1),
57-69.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2558). *สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุวดี รอดจากภัย. (2557). *รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุ
แบบบูรณาการ*. รายงานการวิจัย. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. (2559). *รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมือง
มหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม.

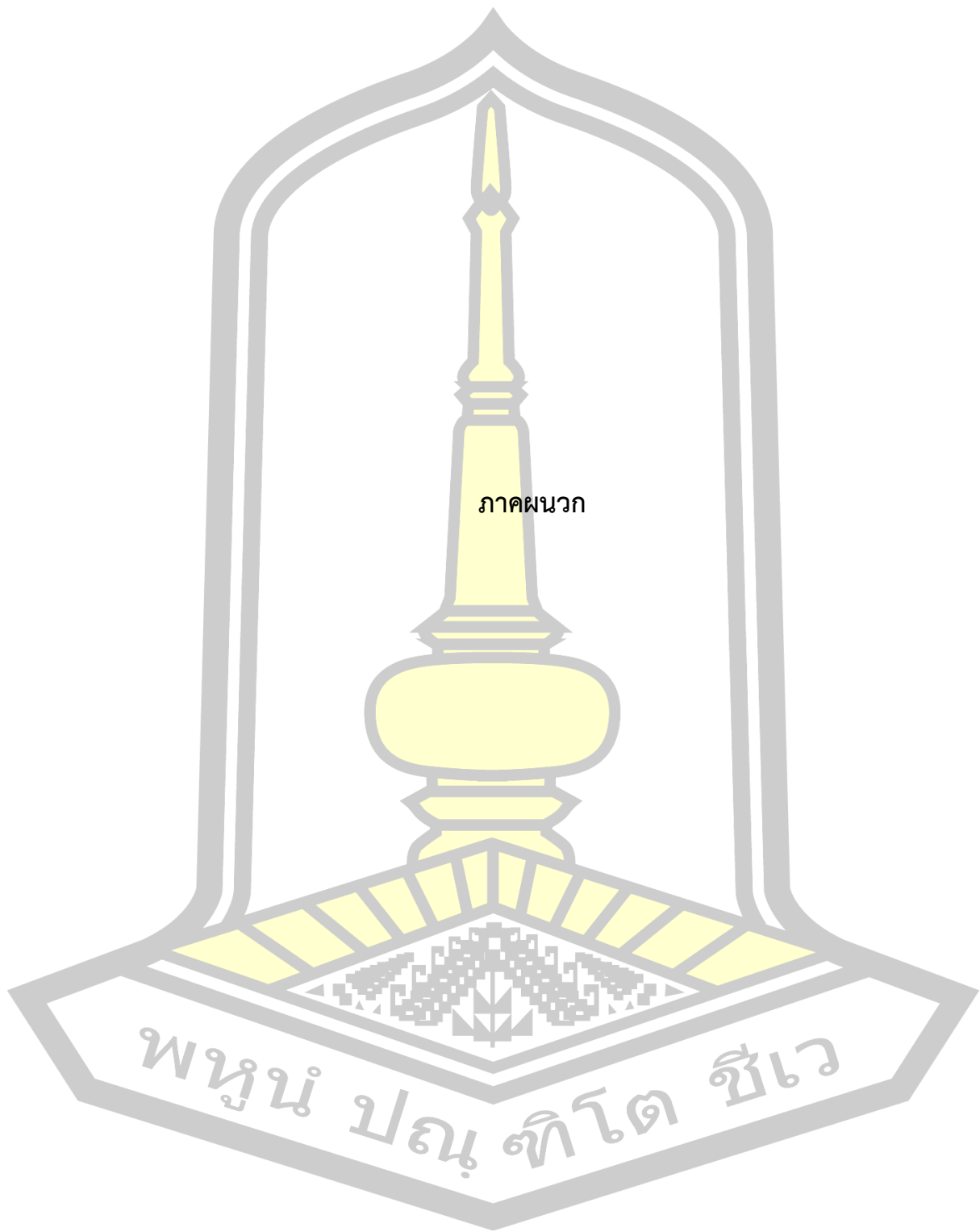
รัชนิภา จิตรากุล. (2556). *การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏ
มหาสารคาม.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง. (2559). *รายงานการตรวจราชการ
กรณีปกติ ประจำปี 2559*. มหาสารคาม: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง
ตำบลแวงน่าง.

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

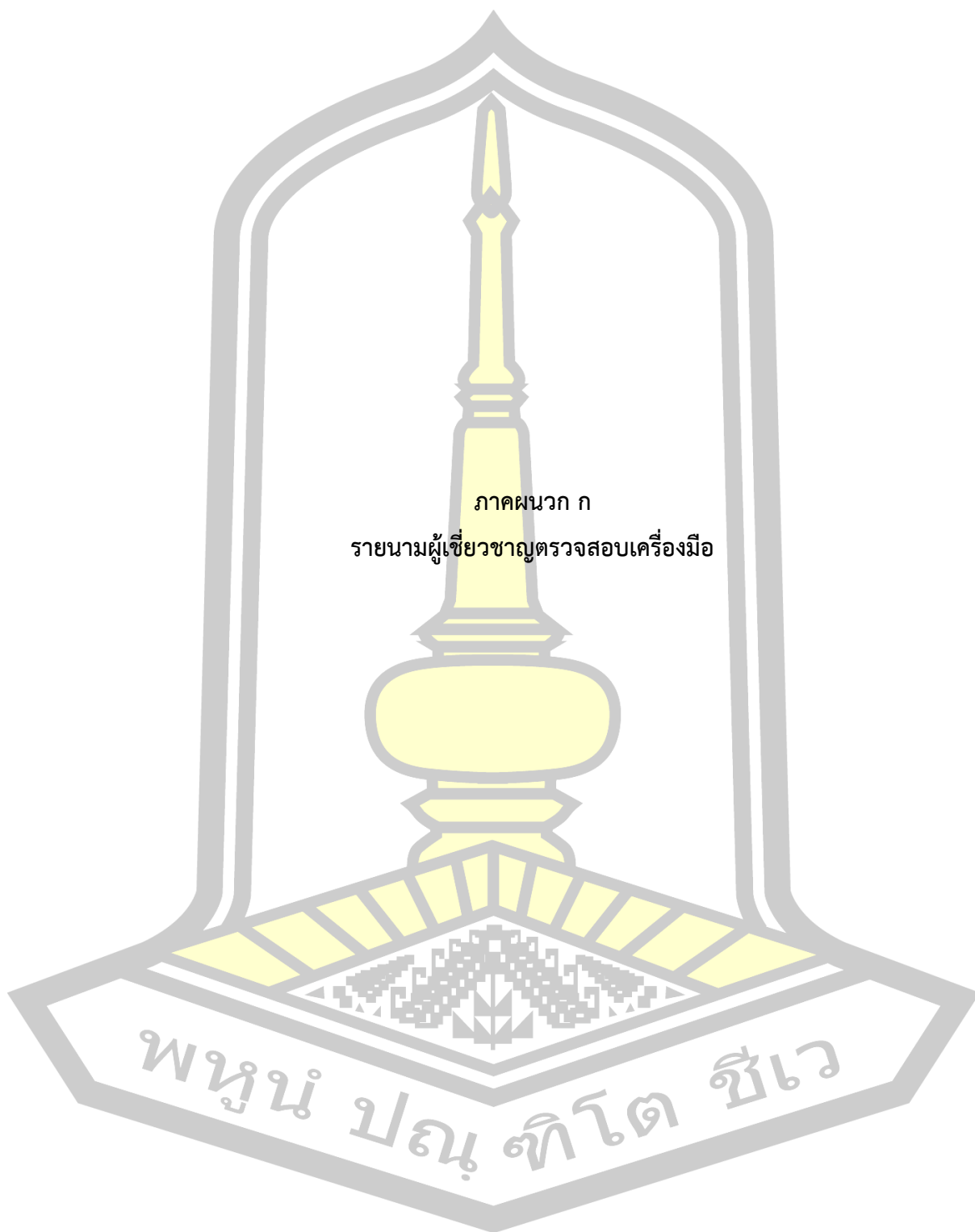
- ฤทธิชัย แกมมานาค. (2559). รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 11(47),
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- วิโชติ ฟ้าผิวดิ. (2556). *การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอลำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และชลธิชา อัครนิรันดร์. (2555). *การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และวิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พงษ์พานิชย์เจริญผล.
- ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว. (2558). *รายงานสรุปศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา*. พระนครศรีอยุธยา: โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2556). *การประเมินความต้องการจำเป็นในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*.
- สมใจ วินิจกุล. (2556). *ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*.
- สมพร โปธินาม และพิศ แสนศักดิ์. (2556). *รายงานการวิจัยผู้สูงอายุไทย: บริบทของจังหวัดมหาสารคาม*. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 24(3), 79-80.
- สรัญญา ปิ่นเพชร. (2555). *การพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. รายงานการวิจัย. บุรีรัมย์: กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.).
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2556). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2554*. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม. (2559). รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประจำปี 2559. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง สร้างสังคม เป็นธรรมและเข้มแข็ง. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม*, 54(3), 35-38.
- สำนักกระบวนวิชา. (2557). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2554). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2552). คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม. (2559). รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2559. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม.
- สุชา จันทระเม. (2548). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรียพร พานิช. (2546). รายงานการวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียนเพื่อปรับปรุงคุณภาพการเรียนการสอน กระบวนวิชาหลักการธุรกิจศึกษา. ปริญญาโทศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชีวศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- อภิรัตน์ พูลสวัสดิ์. (2560). การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ. เอกสารการประชุมวิชาการประจำปีศูนย์ การแพทย์กาญจนาภิเษก ประจำปี 2560. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ebersole, P. (1995). Quality of life : What is it. *Geriatric Nursing*, 16(2), 49-50.
- Erwin, William. (1976). *Participation Management: Concept Theory and Implementation*. Atlanta: Georgia State University
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (1990). *The Action Research Reader*. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press.
- World Health Organization (WHO) (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: World Health Organization.



ภาคผนวก

พหุมนุ ปณู ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

ดร.สัจด์ เชื้อลั่นฟ้า

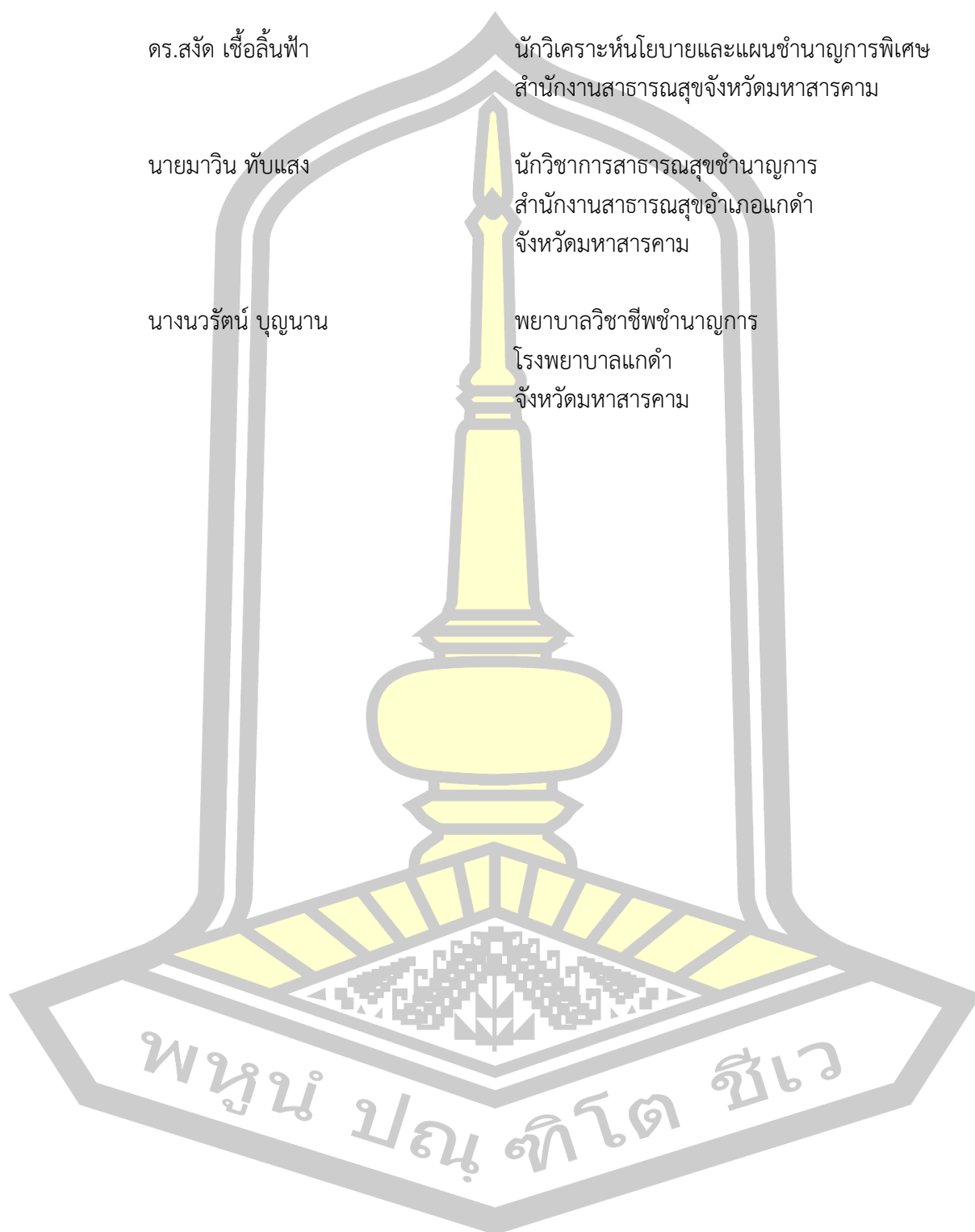
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

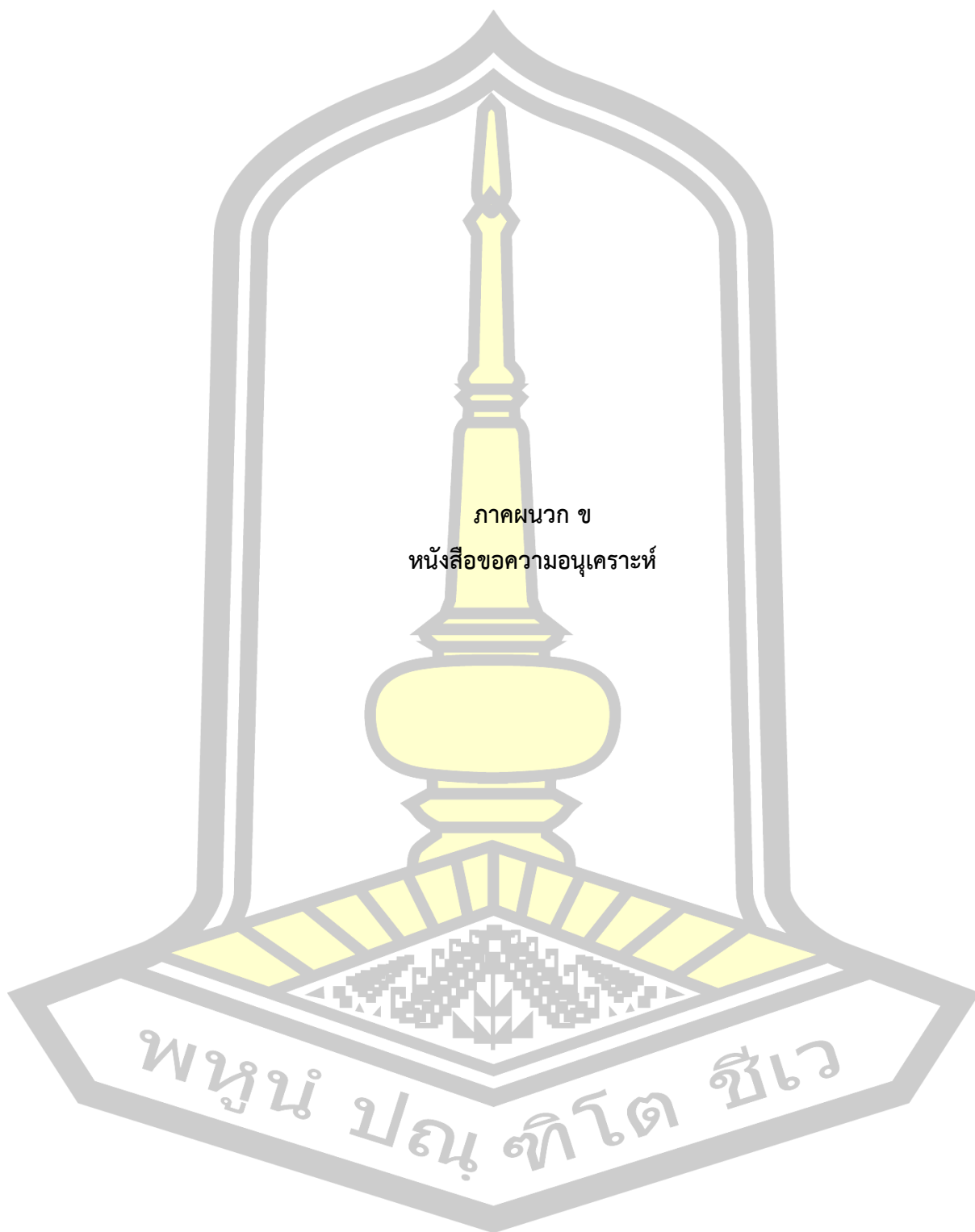
นายมาวิน ทับแสง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกลง
จังหวัดมหาสารคาม

นางนวรรตน์ บุญนาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลแกลง
จังหวัดมหาสารคาม





ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์

พหุ ประจัน ชิต ชัยเว



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.๓)/ว ๒๗๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

• อำเภอกันทรวิชัย

จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เค้าโครงวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสุกัญญา วัฒนประไพจิตร รหัสประจำตัว 58011480013 นิสิตระดับปริญญาโท สาขา การส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.สุมีทนา กลางคร และ อาจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.สังัด เชื้อล้นฟ้า ตำแหน่ง นักวิเคราะห์ นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุตตรณ เทรินโบล์)

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๔.ท.)/ ร ๒๘๔

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

• อำเภอกันทรวิชัย

จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอแกลง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เค้าโครงวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสุกัญญา วัฒนประไพจิตร รหัสประจำตัว 58011480013 นิสิตระดับปริญญาโท สาขา การส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแวงนาง อำเภอมือจ่าง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.สุภัททา กลางคาร และ อาจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นายมาวิน ทับแสง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์)

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วิทยาเขตบึงกาฬ
ศูนย์บริการการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘.๑๖.๓) / ๖๒๖๕

คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดำ

| | |
|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ | จำนวน ๑ เล่ม |
| ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล (PH๒) | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วยนางสุกัญญา วัฒนประไพจิตร รหัสประจำตัว 58011480013 นิสิตระดับปริญญาโท สาขา การส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ (เรื่อง) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเล็ง ตำบลแวงนาง อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร และ อาจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นางนworรัตน์ บุญนาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

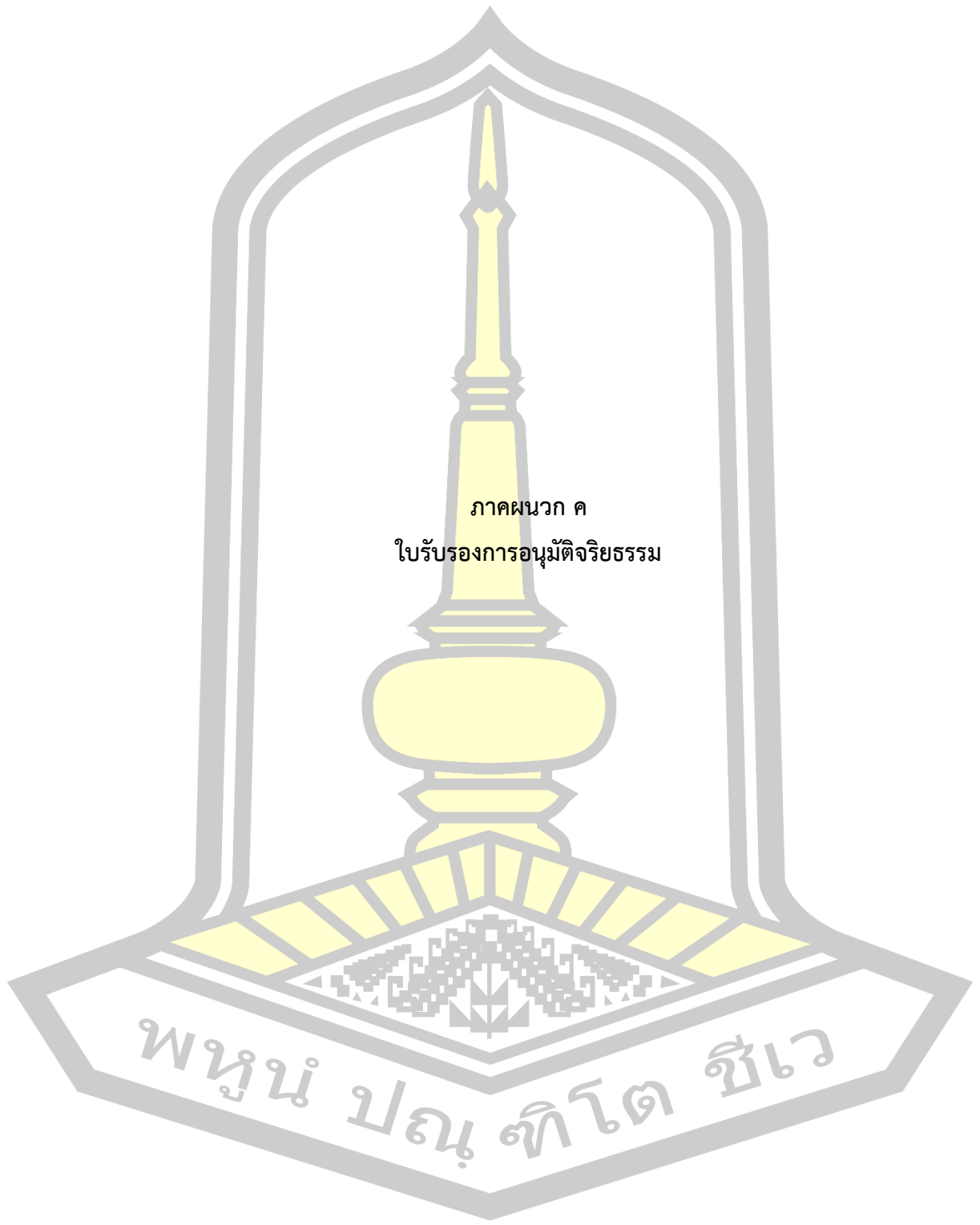
ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์)

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ องค์คณะบดีฝ่ายบริหารการศึกษา ปฏิบัติราชการแทน

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



ภาคผนวก ค
ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรม

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : PH 047 / 2560

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแวงนาง อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ผู้วิจัย : นางสาวศุภัญญา วัฒนประไพจิตร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดมหาสารคาม

วันที่รับรอง : 18 ธันวาคม 2560

วันหมดอายุ : 17 ธันวาคม 2561

ข้อเสนอการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

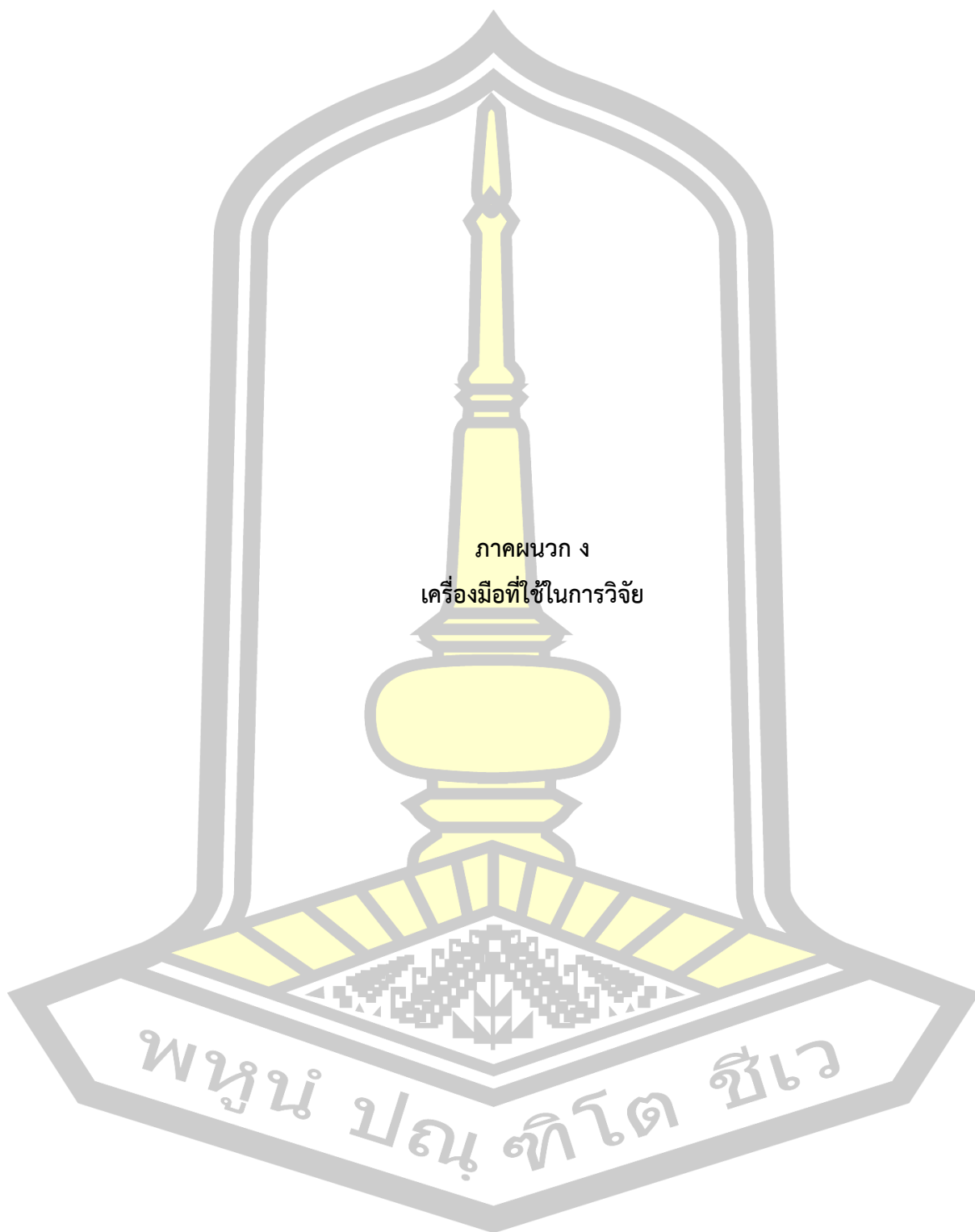
(รองศาสตราจารย์สงครามชัย ลีทองดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

รับรองการอนุมัติจริยธรรม

รับรองเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2560

วันหมดอายุ 17 ธันวาคม 2561



ภาควิชา วิทยาศาสตร์
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ลำดับที่

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 1 (เชิงปริมาณ)

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
บ้านหนองเส็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับการสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

| | | |
|-----------|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | จำนวน 9 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 | แบบสอบถามข้อมูลสภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | จำนวน 37 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 | แบบสอบถามข้อมูลสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | จำนวน 11 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 | แบบสอบถามข้อมูลสภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | จำนวน 11 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 | แบบสอบถามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | จำนวน 22 ข้อ |
| ส่วนที่ 6 | แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา) | จำนวน 17 ข้อ |

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลเสียหายต่อตัวท่านแต่อย่างใด คำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยเป็นภาพรวม ซึ่งเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการ เพื่อนำไปวางแผนพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วน

นางสุกัญญา วัฒนประไพจิตร

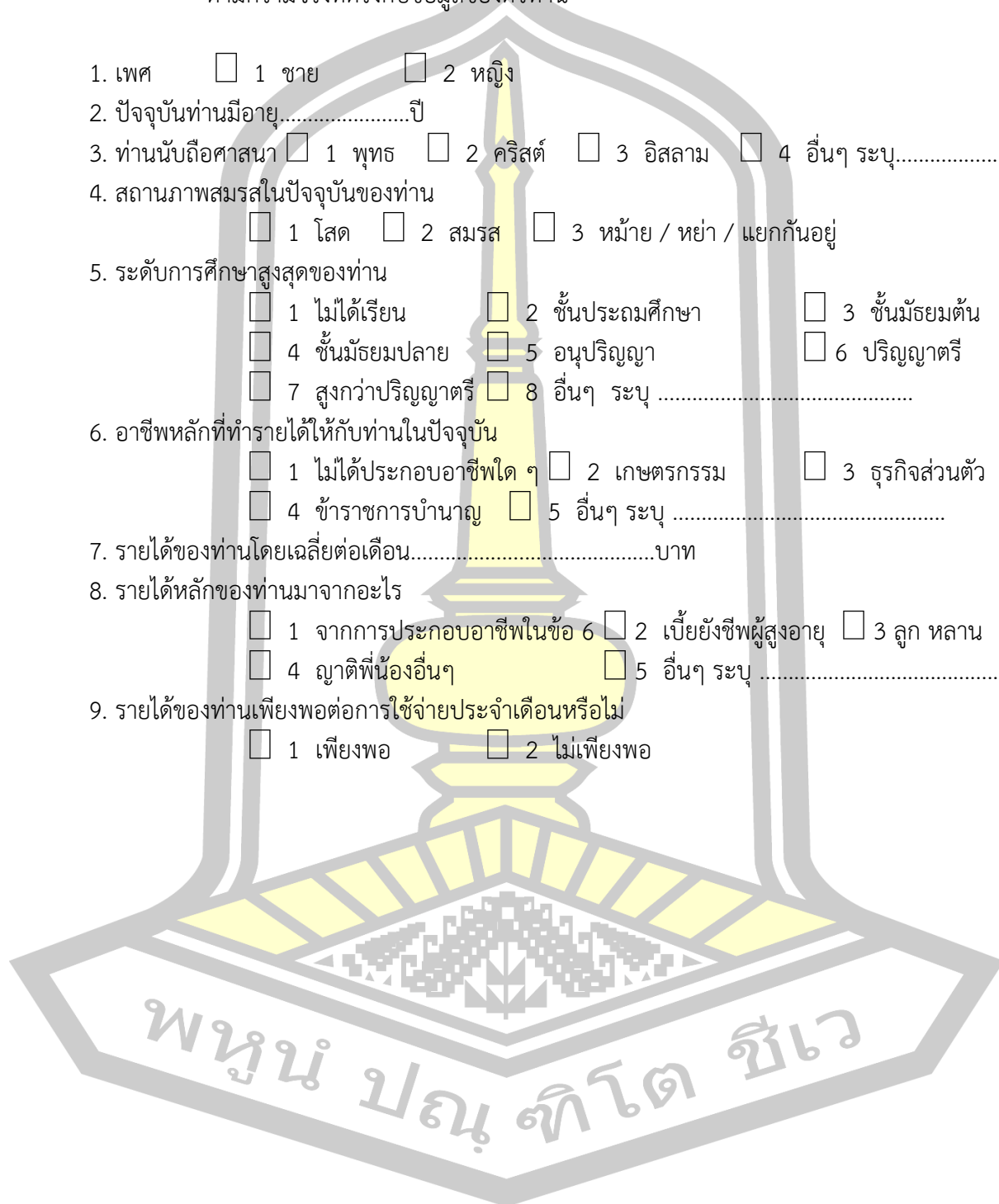
ผู้วิจัย

พูน ปรณ ทิโต ชเว

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความ หรือเติมตัวเลข หรือข้อมูลลงใน
ตามความจริงที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
3. ท่านนับถือศาสนา 1 พุทธ 2 คริสต์ 3 อิสลาม 4 อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรสในปัจจุบันของท่าน
 1 โสด 2 สมรส 3 หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 1 ไม่ได้เรียน 2 ชั้นประถมศึกษา 3 ชั้นมัธยมต้น
 4 ชั้นมัธยมปลาย 5 อนุปริญญา 6 ปริญญาตรี
 7 สูงกว่าปริญญาตรี 8 อื่นๆ ระบุ
6. อาชีพหลักที่ทำรายได้ให้กับท่านในปัจจุบัน
 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ 2 เกษตรกรรม 3 ธุรกิจส่วนตัว
 4 ข้าราชการบำนาญ 5 อื่นๆ ระบุ
7. รายได้ของท่านโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
8. รายได้หลักของท่านมาจากอะไร
 1 จากการประกอบอาชีพในข้อ 6 2 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 3 ลูก หลาน
 4 ญาติพี่น้องอื่นๆ 5 อื่นๆ ระบุ
9. รายได้ของท่านเพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือนหรือไม่
 1 เพียงพอ 2 ไม่เพียงพอ



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความ หรือเติมตัวเลข หรือข้อมูลลงใน
ตามความจริงที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. ข้อมูลสภาวะสุขภาพทั่วไป

- 1.1 น้ำหนักของท่าน กิโลกรัม
- 1.2 ส่วนสูงของท่าน เซนติเมตร
- 1.3 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = (ผู้วิจัยเป็นผู้คำนวณ).
- 1.4 ระดับน้ำตาลในเลือดของท่านจากการเจาะปลายนิ้ว (DTX) mg/dl
- 1.5 ระดับความดันโลหิตของท่าน (BP) mm.Hg.

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

- 2.1 ในปัจจุบันสุขภาพโดยทั่วไปของท่าน เป็นอย่างไร
 1 ดีมาก 2 ดี 3 ปานกลาง 4 แย่ 5 แย่มาก
- 2.2 เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุใกล้เคียงกับท่าน ถือว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
 1 ดีกว่า 2 เท่ากัน 3 ต่ำกว่า ระบุ.....
- 2.3 เมื่อเกิดความเจ็บป่วยท่านรับบริการที่ใด
 1 ซักยากินเอง 2 รพ.สต. / รพ.มค. 3 คลินิก
 4 อื่นๆ
- 2.4 ภายอุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือที่ท่านใช้ประจำ เช่น ไม้เท้า ฟันปลอม รถนั่งเข็น อุปกรณ์ช่วยเดิน แว่นตา เครื่องช่วยฟัง อื่นๆ
 1 ไม่มี 2 มี ระบุ

3. ปัญหาสุขภาพทางกาย / โรค / การเจ็บป่วยในปัจจุบันของท่าน

| ปัญหาสุขภาพ / โรค / การเจ็บป่วย | มี/เป็น | ไม่มี/ไม่เป็น | ไม่ทราบ |
|--|---------|---------------|---------|
| 3.1 โรคเบาหวาน | | | |
| 3.2 โรคความดันโลหิตสูง | | | |
| 3.3 โรคหลอดเลือดหัวใจ | | | |
| 3.4 โรคหลอดเลือดสมอง | | | |
| 3.5 โรคปวดข้อ ข้อเสื่อม โรคเก๊าต์ โรครูมาตอยด์ | | | |
| 3.6 โรคต่อกระจาก โรคต่อหีน | | | |
| 3.7 โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด | | | |

| ปัญหาสุขภาพ / โรค / การเจ็บป่วย | มี/เป็น | ไม่มี/ไม่เป็น | ไม่ทราบ |
|---|---------|---------------|---------|
| 3.8 โรคเมเร็ง (ระบุ.....) | | | |
| 3.9 โรคไต (ระยะ | | | |
| 3.11 มีปัญหาเรื่องการมองเห็นไม่ดีเหมือนเดิม | | | |
| 3.12 มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ที่ไม่ปกติเหมือนเดิม | | | |
| 3.13 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ | | | |
| 3.14 การเดินหกล้ม | | | |
| 3.15 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ | | | |
| 3.16 มีปัญหาเรื่องการปวดตามข้อ | | | |
| 3.17 มีปัญหาเรื่องการได้ยินไม่ดีเหมือนเดิม | | | |
| 3.18 โรคอื่น (ระบุ.....) | | | |

4. แบบประเมินตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้

ล่วงหน้า

2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

0. ต้องการความช่วยเหลือ
1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

- 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วยเช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิปหรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

3.1 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ ตามความเป็นจริงของท่าน โดยใช้ภาษาอีสานและสำเนียงอีสาน

- สำหรับสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุกคน

| ลำดับคำถาม | ภาษาอีสาน | มี | ปมี |
|------------|--|----|-----|
| 1. | ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมนี้นี้ เจ้ามีอาการมูนี้บ่ : อูกอั้ง หงอยเปืออ เซ็ง หนหวย บ่เป็นตาอยู่ มีแต่อยากไฮ้ | | |
| 2. | ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมนี้นี้ เจ้ามีอาการมูนี้บ่ : บ่สนใจหยั่ง บ่อยากเฮ็ดหยั่ง บ่ม่วนบ่ขึ้น | | |

3.2 แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ ตามความเป็นจริงของท่าน โดยใช้ภาษาอีสานและสำเนียงอีสาน

- สำหรับสอบถามผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีอาการ 1 ใน 2 หรือมีอาการ ทั้ง 2 ข้อ จากการคัดกรอง 2Q

| ลำดับคำถาม | ภาษาอีสานใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมนี้นี้เจ้ามีอาการมูนี้ดูซ้ำได้ | ไม่มีเลย (บ่เคยมี บ่เคยเป็น) | เป็นบางวัน 1-7 วัน (เป็นกลาง เทื่อ) | เป็นบ่อย > 7 วัน (เป็นดู) | เป็นทุกวัน (เป็นซุ่ม) |
|------------|--|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 1. | บ่อยากเฮ็ดหยั่ง บ่สนใจเฮ็ดหยั่ง | | | | |
| 2. | บ่ม่วนบ่ขึ้น เซ็ง หงอย | | | | |
| 3. | นอนบ่หลับ หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือนอนบ่อยากลุก | | | | |
| 4. | เมื่อย ปมีเฮง | | | | |
| 5. | บ่อยากเช่า บ่อยากนวม หรือกินหลายโพด | | | | |
| 6. | คิดว่เจ้าของบ่ดี | | | | |
| 7. | คิดหยั่งกะบ่อก เฮ็ดหยั่งกะลิม | | | | |
| 8. | เว่่ากะซ่า เฮ็ดหยั่งกะซ่า หรือหนหวย บ่เป็นตาอยู่ | | | | |
| 9. | คิดอยากตาย บ่อยากอยู่ | | | | |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลสภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

1. ข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน
 - 1.1 คู่สมรส 1 ถึงแก่กรรม 2 ยังมีชีวิตอยู่
 - 1.2 บุตร/หลาน 1 มีอยู่บ้านด้วยกัน 2 มี แต่แยกครอบครัวอยู่ต่างหาก
 3 มี แต่ไม่อยู่ในหมู่บ้านนี้ 4 ไม่มี
2. แหล่งสนับสนุนด้านการเงินและค่าใช้จ่ายของท่าน
 - 2.1 แหล่งเงิน หรือ ผู้ช่วยด้านการเงินท่านคือใคร (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)
 1 คู่สมรส 2 บุตร 3 หลาน 4 บำเหน็จบำนาญ
 4 เบี้ยยังชีพจากรัฐบาล 5 ญาติ 6 เพื่อนบ้าน
 7 อื่น ๆ ระบุ
 - 2.2 สิทธิในการรักษาพยาบาลของท่าน
 1 บัตรทอง 2 สวัสดิการรัฐ/รัฐวิสาหกิจ 3 อื่น ระบุ.....
 - 2.3 ในยามเจ็บป่วย ท่านสามารถจ่ายหรือจัดการกับค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ได้
 1 ใช่ 2 ไม่ใช่
3. แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล
 - 3.1 เมื่อเวลาท่านเจ็บป่วยใครคือผู้ดูแลหลักสำหรับท่าน (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)
 1 ไม่มี 2 คู่สมรส 3 บุตร 4 หลาน 5 เพื่อนบ้าน
 6 อื่นๆ ระบุ.....
 - 3.2 ผู้ดูแลหลักของท่าน ตามข้อ 3.1 มีงานทำหรือไม่
 1 ไม่มีงานทำ 2 ทำงานในหมู่บ้าน 3 ทำงานนอกหมู่บ้าน
 4 อื่นๆ ระบุ.....
4. แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม
 - 4.1 ท่านมีบุคคลที่ท่านไว้วางใจหรือไม่
 1 ไม่มี 2 มี ระบุ..... (เป็นใคร)
 - 4.2 ท่านมีบุคคลที่คอยดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลด้านจิตใจเมื่อท่านต้องการหรือไม่
 1 ไม่มี 2 มี ระบุ..... (เป็นใคร)
 - 4.3 ท่านมีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วย เมื่อท่านเกิดความกังวลใจหรือไม่
 1 ไม่มี 2 มี ระบุ..... (เป็นใคร)
 - 4.4 ท่านไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญบ่อยหรือไม่
 1 ไม่ไป 2 ไปบางครั้ง 3 ไปทุกครั้ง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ท่านคิดว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้องตามความรู้ของท่าน

| ข้อ | ข้อคำถาม | คำตอบ | |
|---|--|-------|--------|
| | | ใช่ | ไม่ใช่ |
| ด้านโภชนาการ (อ.อาหาร) | | | |
| 1 | การกินอาหารที่มีรสเค็มจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง | | |
| 2 | การกินอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน | | |
| 3 | การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกวันช่วยให้ระบบขับถ่ายดีป้องกันโรคมะเร็งและช่วยป้องกันโรคภาวะไขมันในเลือดสูง | | |
| 4 | การกินอาหารจำพวกแป้งอย่างใหม่ที่เกรียมทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง | | |
| 5 | การกินอาหารจำพวกเนื้อวัว หมู ปลา สุกๆ ดิบๆ ทำให้เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคหนองพยาธิ | | |
| 6 | การเลือกอาหารแปรรูป เช่น อาหารกระป๋อง นม ควบคู่สัญลักษณ์ อย. ทุกครั้ง | | |
| 7 | การกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในหนึ่งวัน ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน | | |
| 8 | การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น | | |
| ด้านการออกกำลังกาย (อ.ออกกำลังกาย) | | | |
| 1 | การออกกำลังกายทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง | | |
| 2 | ระยะเวลาของการออกกำลังกายให้มีสุขภาพดีคือ ครั้งละ 15 - 30 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ ละ 3 วัน | | |
| 3 | ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเพราะจะทำให้สุขภาพทรุดโทรม | | |
| 4 | ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องปรึกษาแพทย์ก่อนการออกกำลังกาย | | |
| 5 | การออกกำลังกายทำให้เกิดก๊าซออกซิเจน และเผาผลาญอาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น | | |
| 6 | ผู้ที่มีโรคประจำตัวต้องออกกำลังกายมากกว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรง | | |
| 7 | การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนเลือดและกล้ามเนื้อ แข็งแรงขึ้น | | |
| 8 | การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น เดินวิ่ง และการยืดเหยียด | | |
| ด้านสุขภาพจิต (อ.อารมณ์) | | | |
| 1 | การนั่งสมาธิ ฝึกกำหนดลมหายใจ สามารถลดความเครียดได้ | | |
| 2 | การหัวเราะและยิ้มช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตได้ | | |
| 3 | การทำงานอดิเรกสามารถลดความเครียดได้ | | |
| ด้านสุขอนามัย (อ.อนามัยส่วนบุคคล) | | | |
| 1 | การดูแลสุขภาพสะอาดของร่างกายอยู่เสมอจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง | | |
| 2 | การเข้านอน และตื่นนอน เป็นเวลา ทำให้มีชีวิตยืนยาว | | |
| 3 | ผู้สูงอายุต้องได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | | |

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุติดบ้าน (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ท่านคิดว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้อง

ตามการปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด

ประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง (ตั้งแต่ 4 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป)

บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ตั้งแต่ 1 – 3 วัน/สัปดาห์)

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

| การปฏิบัติตัวของท่าน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา | การปฏิบัติตัวของท่าน | | |
|--|----------------------|----------|-------|
| | ไม่เคย | บางครั้ง | ประจำ |
| 1. ในแต่ละวันท่านได้รับประทานอาหาร ครบ 5 หมู่ เพียงพอกับความต้องการ | | | |
| 2. การออกกำลังกาย | | | |
| 3. ท่านรับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ | | | |
| 4. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว | | | |
| 5. ท่านสูบบุหรี่ /สูบบุหรี่ | | | |
| 6. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาแดง เหล้า ไวน์ | | | |
| 7. ท่านตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี | | | |
| 8. ท่านทำงานอดิเรก เช่น เลี้ยงสัตว์ จักสาน ทำสวน เย็บปักถักร้อยหรือไม่ | | | |
| 9. เมื่อท่านมีอาการมึน โกรธ จะต้องระงับ สิ่งนั้นก่อน เสมอ | | | |
| 10. ท่านไปวัด ทำบุญ ตักบาตร ในวันสำคัญทางศาสนา ทำให้ชีวิตเป็นสุข | | | |
| 11. ท่านพยายามหลีกเลี่ยงที่จะ ขัดแย้ง กับคนในครอบครัว | | | |
| 12. ท่านดูแลความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอ | | | |
| 13. ท่านเข้านอน และตื่นนอน ตรงเวลา | | | |
| 14. ท่านแปรงฟัน อย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อวัน | | | |
| 15. ท่านรับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ | | | |
| 16. ท่านระมัดระวังตัว มิให้เกิดการ หกล้ม | | | |
| 17. การถ่ายอุจจาระทุกวัน เป็นเวลา แสดงว่าสุขภาพแข็งแรง | | | |

ลำดับที่

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 2 (เชิงปริมาณ)

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
บ้านหนองเล็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับการสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเล็ง ตำบลแวงน่าง
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้าน จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน จำนวน 16 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 14 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 27 ข้อ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลเสียหายต่อตัวท่านแต่
อย่างไรก็ตาม คำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการ
ตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยเป็นภาพรวม ซึ่งเป็น
ประโยชน์ในเชิงวิชาการ เพื่อนำไปวางแผนพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มี
ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วน

นางสุกัญญา วัฒนประไพจิตร
ผู้วิจัย

พูน ปลูก ปลูก

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อมูลลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริง ของตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
3. ท่านนับถือศาสนา 1 พุทธ 2 คริสต์ 3 อิสลาม 3 อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรสในปัจจุบันของท่าน
 1 โสด 2 สมรส 3 หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 1 ไม่ได้เรียน 2 ชั้นประถมศึกษา 3 ชั้นมัธยมต้น
 4 ชั้นมัธยมปลาย 5 อนุปริญญา 6 ปริญญาตรี
 7 สูงกว่าปริญญาตรี 8 อื่นๆ ระบุ
6. อาชีพหลักที่ทำรายได้ให้กับท่านในปัจจุบัน
 1 รับจ้าง 2 เกษตรกรรม 3 ธุรกิจส่วนตัว
 4 รับราชการ 5 อื่นๆ ระบุ
7. รายได้ของท่านโดยเฉลี่ยต่อเดือน บาท
8. รายได้หลักๆ ของท่านมาจากอะไร
 1 จากการประกอบอาชีพในข้อ 6 2 บำนาญ 3 ลูก หลาน
 4 ญาติพี่น้องอื่นๆ 5 อื่นๆ ระบุ
9. รายได้ของท่านเพียงพอต่อการใช้จ่ายประจำเดือนหรือไม่
 1 เพียงพอ 2 ไม่เพียงพอ
10. สถานะทางสังคม
 1 ผู้นำชุมชน 2 อาสาสมัคร 3 ครอบครัวผู้ดูแลใกล้ชิด
 4 สมาชิกสภาท้องถิ่น (เทศบาล) 5 อื่นๆ ระบุ

พูน ปรน ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องทางขวามือที่ท่านคิดว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้อง ตามความรู้
ของท่าน

| ลำดับ | ข้อความคำถาม | คำตอบ | |
|-------|---|-------|--------|
| | | ใช่ | ไม่ใช่ |
| 1 | การออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ | | |
| 2 | การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเช่นการเดินวิ่งและการยืดเหยียด ที่สร้างเสริมสุขภาพต้องทำเป็นประจำอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ นาน 15 – 30 นาทีต่อครั้ง | | |
| 3 | ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง | | |
| 4 | ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคข้อเสื่อม | | |
| 5 | การดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก ต้องแปรงฟันอย่างถูกวิธี | | |
| 6 | ผู้สูงอายุควรอยู่เฉยไม่ต้องทำงานจะได้ไม่เหนื่อย | | |
| 7 | การจัดที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างลดการเกิดอุบัติเหตุ | | |
| 8 | การจัดที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและใช้ส้วมชักโครก เป็นการป้องกันอุบัติเหตุ | | |
| 9 | การหางานอดิเรกทำสามารถชะลอความแก่ได้ | | |
| 10 | การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้สุขภาพจิตดีได้ | | |
| 11 | ผู้สูงอายุมักจะซึมเศร้าเป็นบางครั้งเมื่อหว่าเหว | | |
| 12 | ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำในปริมาณน้อย เพื่อป้องกันปัสสาวะเล็ด | | |
| 13 | การกินอาหารที่มีไขมันสูงทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ | | |
| 14 | การกินอาหารที่มีรสเค็มจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง | | |
| 15 | การกินอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน | | |
| 16 | ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการโดยเฉพาะผักและผลไม้ | | |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ท่านคิดว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้องตามการปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด

ทำทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง (ตั้งแต่ 4 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป)

ทำบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ตั้งแต่ 1 - 3 วัน/สัปดาห์)

ไม่เคยทำ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

| ลำดับ | ข้อความคำถาม (3ส. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิและ 1ย. ยา) | การปฏิบัติตัว | | |
|-------|--|---------------|------------|----------|
| | | ทำทุกครั้ง | ทำบางครั้ง | ไม่เคยทำ |
| 1 | เมื่อมีอาการนิโคธ ท่านจะระงับความโกรธก่อนให้การดูแลผู้สูงอายุเสมอ | | | |
| 2 | ท่านจะให้ผู้สูงอายุเข้านอนและตื่นนอน ตรงเวลา | | | |
| 3 | ท่านจะให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่แสดงต่อโรค | | | |
| 4 | หลังการตื่นนอนตอนเช้าของผู้สูงอายุ ท่านจะให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำทันที | | | |
| 5 | ท่านให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย โดยการยืดเหยียด และแกว่งแขน | | | |
| 6 | ท่านแนะนำให้ผู้สูงอายุถ่ายอุจจาระทุกวันเป็นเวลา | | | |
| 7 | ท่านซื้อยาหรืออาหารเสริมสำหรับบำรุงร่างกายมาให้ผู้สูงอายุรับประทาน | | | |
| 8 | ท่านให้บุตรหลานมาเล่นและพูดคุยด้วยกับผู้สูงอายุ | | | |
| 9 | ท่านให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรก เมื่อมีเวลาว่าง | | | |
| 10 | ท่านให้ผู้สูงอายุแปรงฟัน อย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน | | | |
| 11 | ท่านให้ผู้สูงอายุกินยาหรือปฏิบัติตัวตามตามคำแนะนำของแพทย์ | | | |
| 12 | ท่านจะระมัดระวังมิให้ผู้สูงอายุ เกิดการหกล้มเวลาเดิน | | | |
| 13 | ท่านให้ผู้สูงอายุไปวัด ทำบุญ ตักบาตร ในวันสำคัญทางศาสนา | | | |
| 14 | ท่านพยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง กับคนในครอบครัว | | | |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ท่านคิดว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้อง ตามระดับของการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของท่าน

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำทุกครั้ง (ตั้งแต่ 6 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป)

มาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำ (ตั้งแต่ 4 - 5 วัน/สัปดาห์)

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำ (เพียง 3 วัน/สัปดาห์)

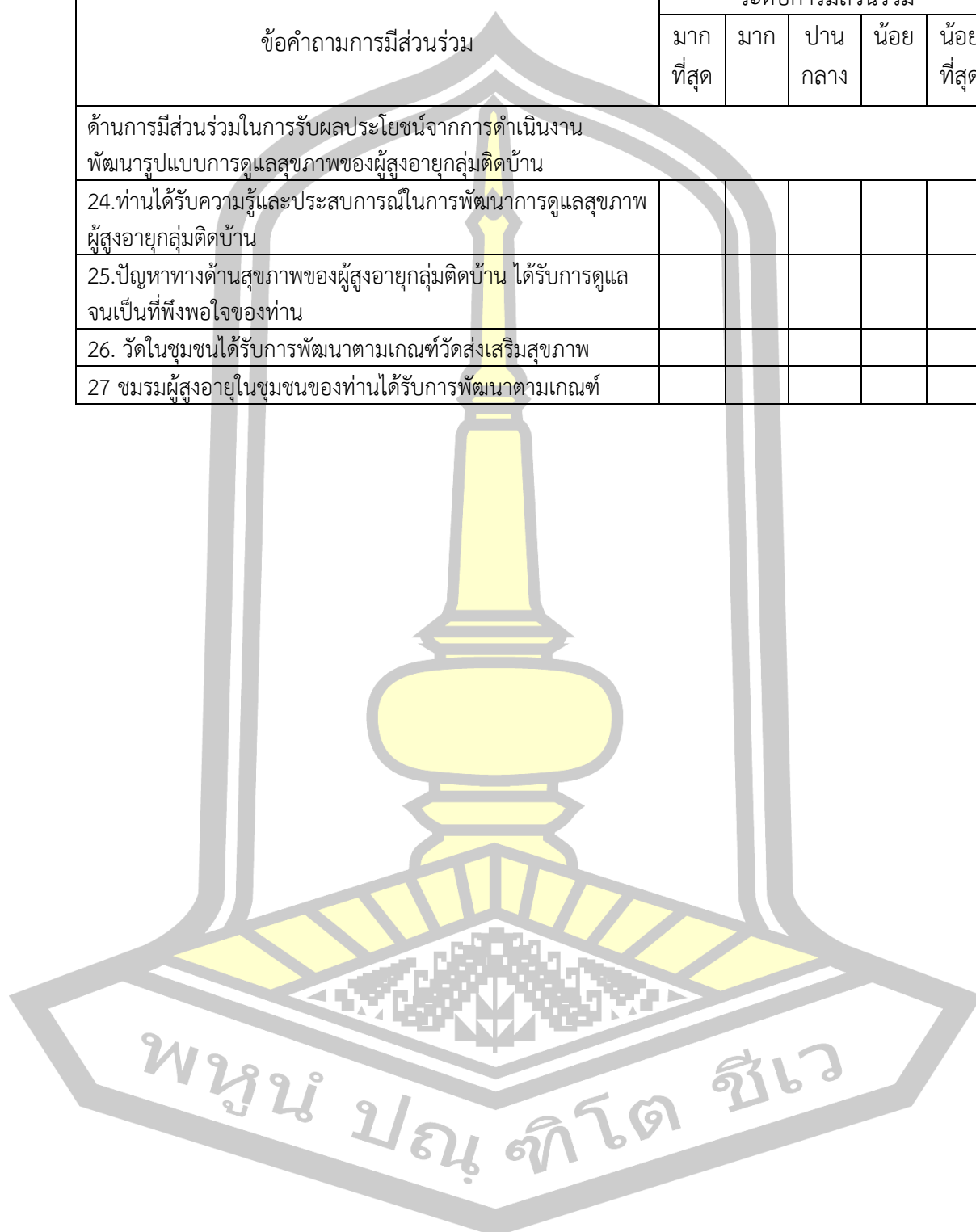
น้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำ (ตั้งแต่ 1 - 2 วัน/สัปดาห์)

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมหลายๆ ครั้ง (มากกว่า 1 สัปดาห์/ครั้ง)

| ข้อความการมีส่วนร่วม | ระดับการมีส่วนร่วม | | | | |
|---|--------------------|-----|---------|------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| ด้านการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 1. ท่านเข้าร่วมประชุมเพื่อค้นหา และระบุปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 2. ท่านร่วมอภิปราย เสนอรายละเอียดสภาพปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบเห็นในชุมชน | | | | | |
| 3. ท่านได้เข้าร่วมค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อนำมากำหนดแนวทางการแก้ไข | | | | | |
| 4. ท่านร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน | | | | | |
| 5. ท่านมีส่วนสำคัญในการคัดเลือก และตัดสินใจแก้ไขปัญหาเพื่อสนองตอบความต้องการผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 6. ท่านได้รับทราบและแสดงความคิดเห็นในการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 7. ท่านได้ร่วมเสนอปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อนำมาวางแผนจัดทำแผนงานโครงการ หรือกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา | | | | | |
| 8. ท่านร่วมตัดสินใจเสนอของบประมาณหรือประสานงานเพื่อให้ได้มาซึ่งงบประมาณในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 9. ท่านได้ร่วมกำหนดวิธีหรือแนวทางในการดำเนินงานในแผนงาน/โครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 10. ท่านได้ร่วมกำหนดการใช้เงินหรืองบประมาณในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของตำบล | | | | | |

| ข้อคำถามการมีส่วนร่วม | ระดับการมีส่วนร่วม | | | | |
|--|--------------------|-----|---------|------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 11. ท่านได้เข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามแผนงานโครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ทุกครั้ง ด้วยความสมัครใจ | | | | | |
| 12. ท่านได้ร่วมบริจาค ทุน แรงงาน ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และชมรมผู้สูงอายุ | | | | | |
| 13. ท่านเข้าร่วมการจัดเวทีสุขภาพ และพบปะสนทนากลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 14. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินกิจวัตรประจำวันและ ประเมินทัศนสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 15. ท่านมีส่วนร่วมในพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในชุมชน | | | | | |
| 16. ท่านมีส่วนสำคัญที่ทำให้วัดในชุมชน เป็นวัดที่ผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพ | | | | | |
| การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 17. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของท่าน ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง | | | | | |
| 18. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของท่าน ได้รับการดูแลทางด้านทัศนสุขภาพ | | | | | |
| 19. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของท่าน ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ | | | | | |
| 20. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินวัดในชุมชนของท่าน ให้ผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพ | | | | | |
| 21. ท่านนำปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานของการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาแก้ไขปัญหาต่อเนื่อง | | | | | |
| 22. ท่านเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 23. ท่านมีความรู้สึกเป็น เจ้าของกับผลงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน | | | | | |

| ข้อความการมีส่วนร่วม | ระดับการมีส่วนร่วม | | | | |
|---|--------------------|-----|---------|------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 24. ท่านได้รับความรู้และประสบการณ์ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | | | | | |
| 25. ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้รับการดูแลจนเป็นที่พึงพอใจของท่าน | | | | | |
| 26. วัดในชุมชนได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพ | | | | | |
| 27. ชมรมผู้สูงอายุในชุมชนของท่านได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ | | | | | |



ลำดับที่

เครื่องมือการวิจัย ชุดที่ 3 (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
บ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. สภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ที่สำคัญ คือ

- 1.1.....
1.2.....
1.3.....

2. ความต้องการ หรือความคาดหวัง ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะเวลาเร่งด่วน และระยะยาว คือ

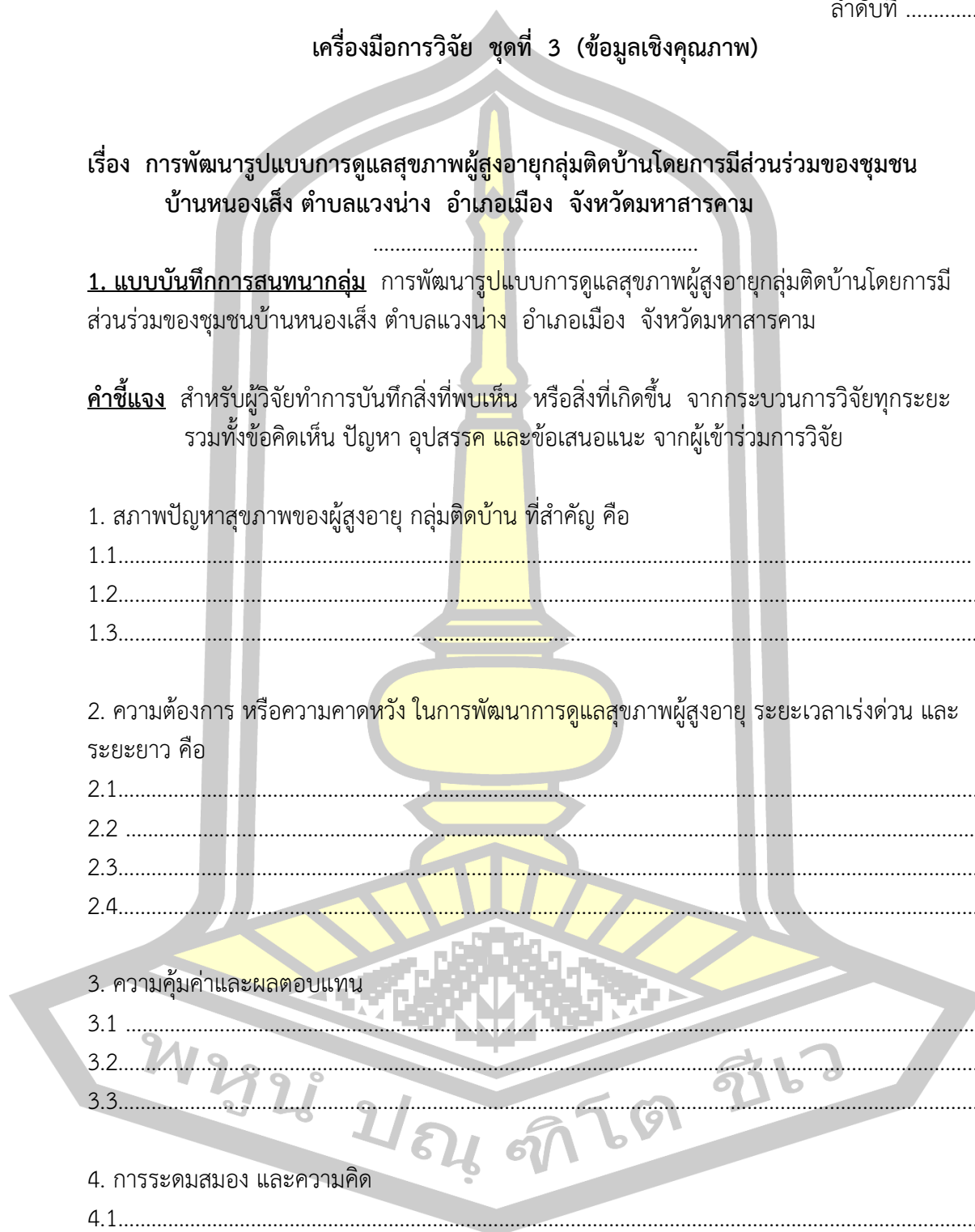
- 2.1.....
2.2.....
2.3.....
2.4.....

3. ความคุ้มค่าและผลตอบแทน

- 3.1.....
3.2.....
3.3.....

4. การระดมสมอง และความคิด

- 4.1.....
4.2.....
4.3.....



5. การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ

- 5.1.....
- 5.2.....
- 5.3.....

6. การประสานงาน

- 6.1.....
- 6.2.....
- 6.3.....

7. การประชาสัมพันธ์ การสร้างกระแส และมีส่วนร่วม

- 7.1.....
- 7.2.....
- 7.3.....

8. การตรวจสอบประเมินผล

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลเวียงนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่ได้จากการสนทนากลุ่ม หรือที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ข้อมูล สภาพชุมชน ปัญหา

2. ความคาดหวังและความต้องการ ต่อการพัฒนา

3. แนวทาง วิธีการ การดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

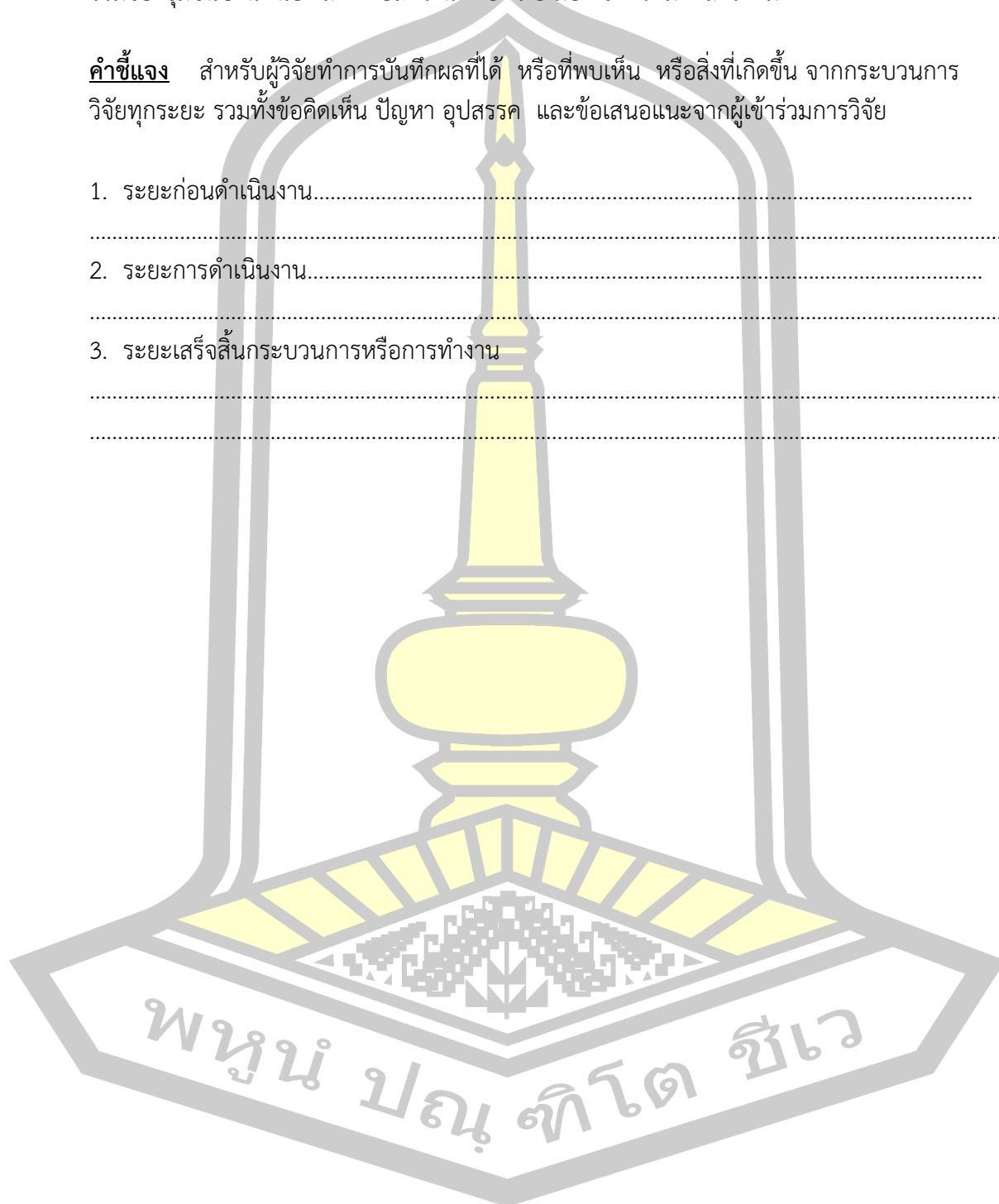
.....

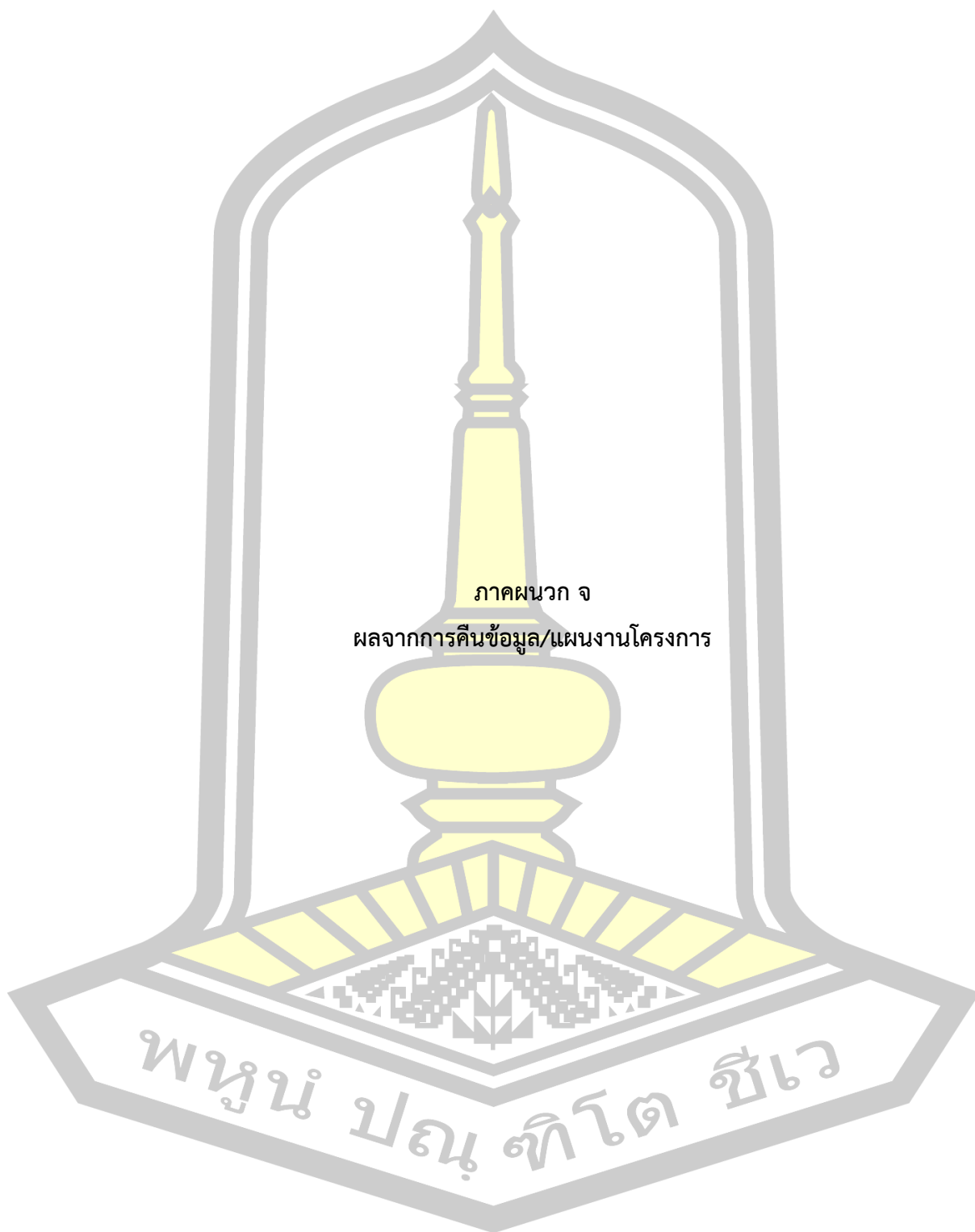


3. แบบบันทึกการประเมินผล การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองเส็ง ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกผลที่ได้ หรือที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ระยะก่อนดำเนินงาน.....
.....
2. ระยะการดำเนินงาน.....
.....
3. ระยะเสร็จสิ้นกระบวนการหรือการทำงาน.....
.....
.....





ภาคผนวก จ

ผลจากการคืนข้อมูล/แผนงานโครงการ

พหุ ประจักษ์ ชัยเว

ตาราง 30 ผลจากการคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาประเด็นสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

| ปัญหา | สาเหตุ | ภาพฝัน | ทำอย่างไร | ใครทำ |
|-------------|---|---------------------------------|--|----------------------------|
| ด้านร่างกาย | -ค่าดัชนีมวลกาย ระดับ2,3 | มีดัชนีมวลกายปกติ | 4อ3ส1ย | บุตรหลาน/ ครอบครัว/อสม. |
| ด้านร่างกาย | -เบาหวาน -ความดันโลหิตสูง -ปวดข้อเข่า -เดินหกล้ม | ลดภาวะแทรกซ้อนจา การเจ็บป่วย | -ตรวจสุขภาพเป็น ประจำ -4อ3ส1ย | -จนท.สาธารณสุข -อสม. |
| ด้านจิตใจ | -ภาวะซึมเศร้า -นอนไม่หลับ | สุขภาพจิตดี นอนหลับสบาย | -ตรวจสุขภาพ -ฝึกกิจกรรมทางกาย 4อ3ส1ย | -จนท.สาธารณสุข |
| ด้านสังคม | -ไม่ไปร่วม กิจกรรม | เข้าร่วมงานบุญ | -ร่วมทำบุญตักบาตร ทุกวันพระ | บุตรหลาน/ ครอบครัว |

ตาราง 31 ผลจากการคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาประเด็นจากการวิเคราะห์และค้นหา
ปัญหาที่ผ่านมา

| ปัญหา | สาเหตุ | ภาพฝัน | ทำอย่างไร | ใครทำ |
|---|------------------------------------|---|--|---------------------------|
| การดำเนินงานใน การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ | ด้านบุคลากร | -มี Care Manager -มี Care Giver -มี ทีมสหสาขาวิชาชีพ -มี อสม./อผส. มีกองทุน LTC | อบรม Care Manager / Care Giver | รพ.สต.บ้าน หนองแวง |
| | ด้านงบประมาณ | มีเพียงพอต่อความ ต้องการ | สมัครเข้าร่วมโครงการ LTC | ทต.แวงนาง |
| | ด้านวัสดุอุปกรณ์ใน การดำเนินงาน | มีคนมาช่วยเหลือดูแล และแบ่งเบาภาระ | จัดหา /ระดมทุน | ชุมชน |
| | ด้านการดำเนินงาน | | จัดผู้ดูแลผู้สูงอายุและ ญาติในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | ญาติ/ชุมชน/ Care Giver |

ตาราง 32 แผนที่ 1 แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

| กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน | กลุ่มเป้าหมาย | สถานที่ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ | ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน | เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล |
|---|---|---|---|---|----------|--------------|---|--|
| โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 1. เพื่อทราบข้อมูลข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง | 1. ประสานผู้นำชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 2. นัดวันตรวจร่างกายและคัดกรอง/ประเมิน | ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จำนวน 31 คน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน | -ศาลา SML บ้านหนองเส็ง ตำบลแวงนาง อำเภอมือง จังหวัด มหาสารคาม | 1 วัน | ผู้วิจัย | มีข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง | แบบคัดกรอง/ประเมิน แบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพ |
| กิจกรรมที่ 1 การคัดกรอง/ประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองตีบ/แตกและโรคสมองเสื่อม ADL, 2Q, 9Q | กิจกรรมที่ 2 ตรวจสุขภาพเบื้องต้นประจำปี | | | | | | | |

ตาราง 32 (ต่อ)

| กิจกรรม | ขั้นตอนและ | | | | ผู้รับผิดชอบ | ตัวชี้วัดหรือ วิธีการประเมิน | เครื่องมือเก็บ รวบรวมข้อมูล |
|---|--|--|--|---|--------------|---|--|
| | วัตถุประสงค์ | วิธีการ ดำเนินงาน | กลุ่ม เป้าหมาย | สถานที่ | | | |
| โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายเป็นประจำมากขึ้น | 1. ประสานผู้นำชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ 2. นัดวันอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ | ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จำนวน 31 คน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ จำนวน 20 คน | -ศาลา SML บ้านหนองเต็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมทสจ | 1 วัน | มีความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางกายของผู้สูงอายุเป็น ประจำมากขึ้น | เครื่องมือชุดการส่งเสริมสุขภาพ ตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) ความรู้เรื่อง ไม่ดื่ม ไม่สูบบุหรี่ กินข้าว อร่อย อีกด้วย |
| กิจกรรมที่ 3 อบรมให้ความรู้เรื่อง 4อ.ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และอนามัย 3 ส.ได้แก่ สมอ่ง สด แด ล้อม และสิทธิ 1ย. ได้แก่ ยา อ-ส-ย(4อ-3ส-1ย) | 3. เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ ให้ความรู้ และมีส่วน ร่วมเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มมากขึ้น | | | | | ความรู้ การปฏิบัติ และมีส่วนร่วม เกี่ยวกับการ พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มมากขึ้น | |
| กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะ กิจกรรมทางกายให้กับผู้สูงอายุ เพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และการนอนหลับ | | | | | | | |

ตาราง 33 แผนที่ 2 แผนงานสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

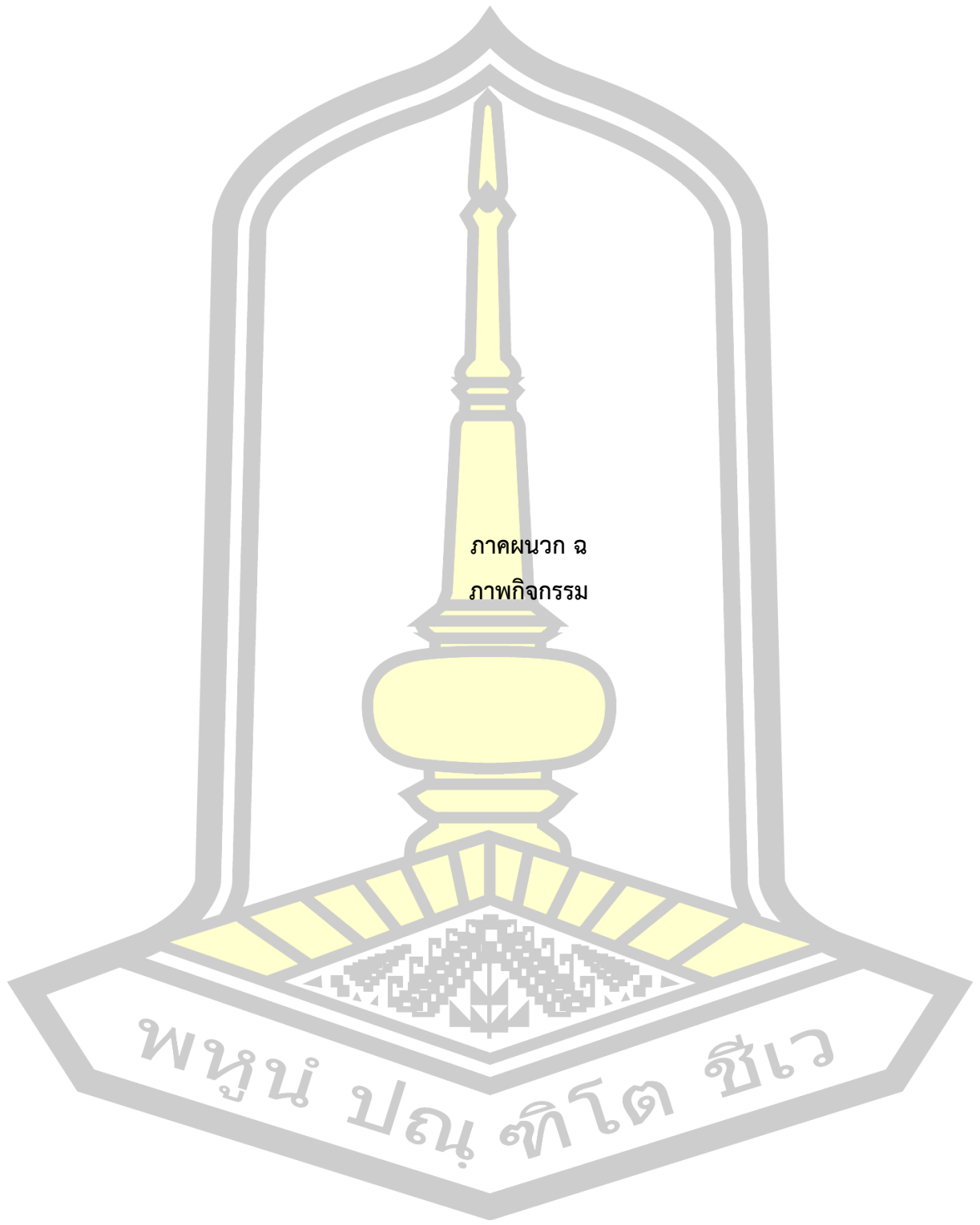
| กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน | กลุ่มเป้าหมาย | สถานที่ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ | ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน | เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล |
|---|---|--|---|---|--|------------------------|--|----------------------------|
| โครงการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 1. เพื่อให้ร่างกายผู้สูงอายุมีความแข็งแรงขึ้น | 1. ประสานผู้นำชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 2. นัดวันออกกกำลังกาย | ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงจำนวน 31 คน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน | - ศาลา SML บ้านหนองเส็ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม | ทุกเย็นวันศุกร์ เวลา 16.00น. เป็นต้นไป | อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ | - ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน | - ดัมเบล |
| กิจกรรมที่ 2 สวดมนต์เย็นและนั่งสมาธิ | 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสมาธิจิตใจสบาย | 1. ประสานเจ้าอาวาสวัดและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 2. นัดวันสวดมนต์ | | - วัดบ้านหนองเส็ง | ทุกเย็นวันอาทิตย์ เวลา 17.00น. เป็นต้นไป | พระ เจ้าอาวาส | - มีสมาธิ | - หนังสือสวดมนต์ |

ตาราง 34 แผนงานปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

| กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน | กลุ่มเป้าหมาย | สถานที่ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ | ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน | เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล |
|---|---|--|---|--|----------|-----------------------|-----------------------------|----------------------------|
| โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กิจกรรมที่ 1 สสำรวจสภาพแวดล้อม | 1. เพื่อให้สิ่งแวดล้อมภายในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จัดสภาพแวดล้อมในบ้าน/นอกบ้านให้มีความเหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะทางเดินห้องน้ำ | 1. ประสานผู้นำชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 2. นัดวันออกสำรวจ - จัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ รกรุงรัง กีดขวาง ทางเดิน | ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จำนวน 31 คน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน | บ้านของ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 31 หลัง | 1-5 วัน | ผู้วิจัยและผู้นำชุมชน | บ้านปลอดภัย | แบบบันทึก กล้องถ่ายรูป |
| กิจกรรมที่ 2 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านได้แก่ ทางลาด ห้องน้ำราวจับ | | | | | | | | |

ตาราง 35 แผนที่ 4 แผนงานฝึกปลอดสารอาหารปลอดภัย ในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

| กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน | กลุ่มเป้าหมาย | สถานที่ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ | ตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมิน | เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล |
|--|--|---|---|---|----------|---------------------------|---|----------------------------|
| โครงการฝึกปลอดสารอาหารปลอดภัยในครัวเรือนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน | 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีฝึกปลอดสารพิษ รับประทานอาหาร ปลอดภัย หวาน มัน เค็ม และหมัก ดอง 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีงานอดิเรกทำด้วยกรรมตนเอง ฝึกในกระถาง | 1. ประสานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 2. นัดวันปลูกผัก | ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง จำนวน 31 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน | บ้านของ ผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านจำนวน 31 หลัง | 1-7 วัน | ผู้วิจัยและ ผู้นำชุมชน | -มีฝึกปลอดสารพิษ รับประทานทุกวัน -ครัวเรือน ผู้สูงอายุมีการปลูกผัก | แบบบันทึก กล้อง ถ่ายรูป |



ภาคผนวก ฉ
ภาพกิจกรรม

พหุ ประทีป ชัยเว



ภาพประกอบ 4 การประชุมกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน





ภาพประกอบ 5 การประชุม สนทนา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง





ภาพประกอบ 6 การวางแผนแบบมีส่วนร่วม

พหุชนูปถัมภ์ โท โท ชีเว



ภาพประกอบ 7 ปฏิบัติตามแผนงานกิจกรรมให้ความรู้ ตามหลัก อสย.





ภาพประกอบ 8 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน





ภาพประกอบ 9 กิจกรรมอาหารปลอดภัย ปลูกผักสวนครัว



ภาพประกอบ 10 กิจกรรม Caregiver Junior ออกเยี่ยมผู้สูงอายุพาทออกกำลังกายที่บ้าน

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาพประกอบ 11 กิจกรรม Caregiver Junior ออกเยี่ยมผู้สูงอายุ ติดตามการกินยา

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ติดบ้าน ADL11 คะแนน



ติดสังคม ADL 15 คะแนน



ติดบ้าน ADL 11 คะแนน

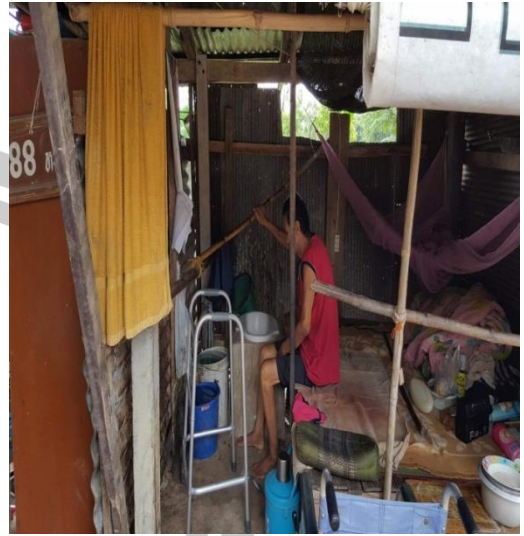


ติดสังคม ADL 14 คะแนน



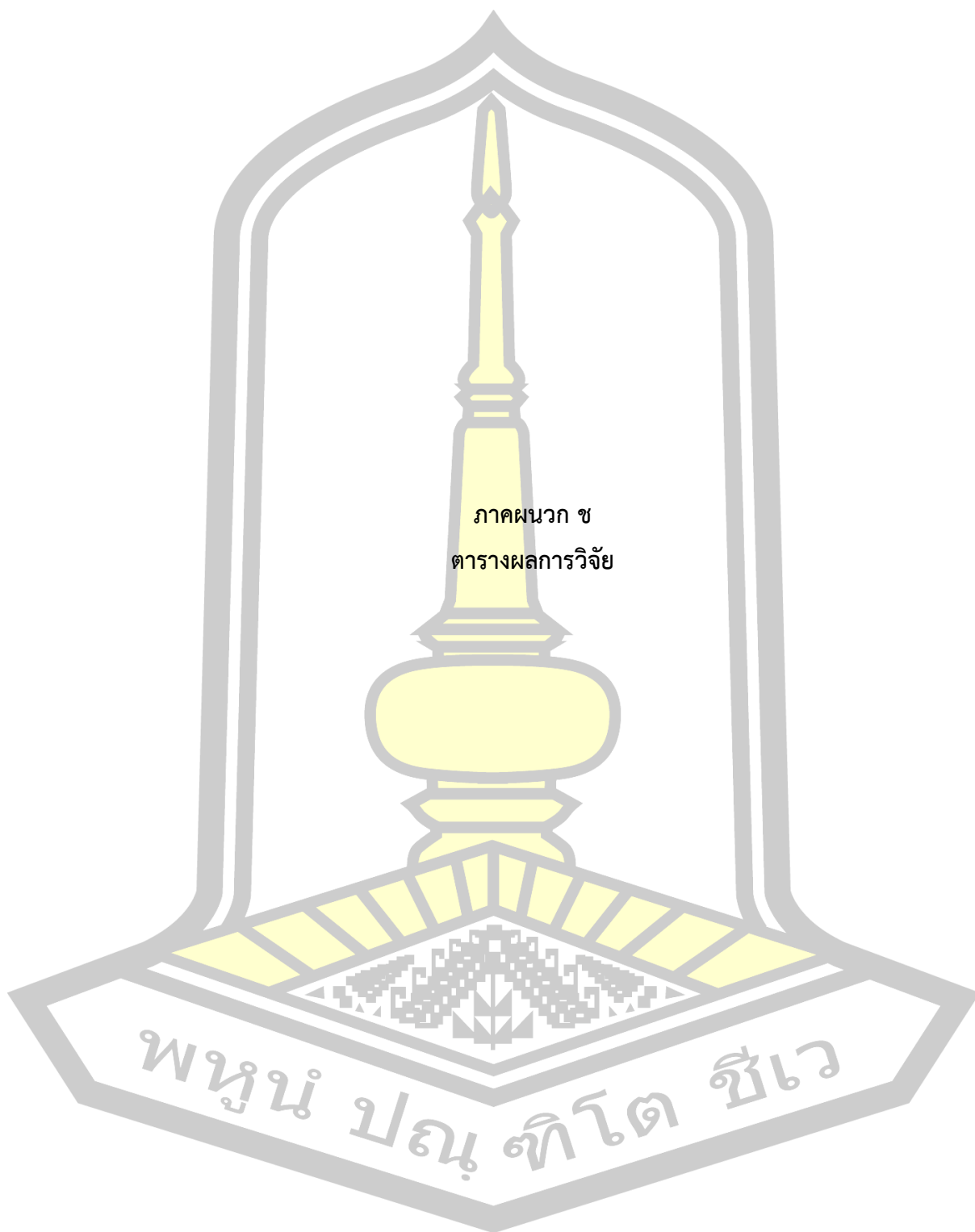
ภาพประกอบ 12 ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีขึ้น ADL เพิ่มขึ้น

พหุบัณฑิต ชีวะ



ภาพประกอบ 13 ผู้สูงอายุติดบ้าน ADL 5 เปลี่ยนเป็น ติดบ้าน ADL 10

พหุ มณู ที โด ที เว



ภาคผนวก ช
ตารางผลการวิจัย

พหุ ประถมศึกษา ชีว

ตาราง 36 ความรู้รายข้อของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ก่อนร่วมกิจกรรม (n=20)

| ข้อ | ข้อความ | ตอบถูก | |
|-----|--|--------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ |
| 1 | การออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ | 12 | 60.0 |
| 2 | การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเช่นการเดินวิ่งและการยืดเหยียด ที่สร้างเสริมสุขภาพต้องทำเป็นประจำอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ นาน 15-30 นาทีต่อครั้ง | 20 | 100 |
| 3 | ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง | 10 | 50.0 |
| 4 | ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคข้อเสื่อม | 10 | 50.0 |
| 5 | การดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก ต้องแปรงฟันอย่างถูกวิธี | 10 | 50.0 |
| 6 | ผู้สูงอายุควรอยู่เฉยไม่ต้องทำงานจะได้ไม่เหนื่อย | 10 | 50.0 |
| 7 | การจัดที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างลดการเกิดอุบัติเหตุ | 10 | 50.0 |
| 8 | การจัดที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุและใช้ส้วมชักโครก เป็นการป้องกันอุบัติเหตุ | 10 | 50.0 |
| 9 | การหางานอดิเรกที่สามารถชะลอความแก่ได้ | 8 | 40.0 |
| 10 | การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้สุขภาพจิตดีได้ | 10 | 50.0 |
| 11 | ผู้สูงอายุมักจะซึมเศร้าเป็นบางครั้งเมื่อหว่าเหว | 11 | 55.0 |
| 12 | ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำในปริมาณน้อย เพื่อป้องกันปัสสาวะเล็ด | 15 | 75.0 |
| 13 | การกินอาหารที่มีไขมันสูงทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ | 20 | 100 |
| 14 | การกินอาหารที่มีรสเค็มจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 20 | 100 |
| 15 | การกินอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน | 14 | 70.0 |
| 16 | ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการโดยเฉพาะผักและผลไม้ | 20 | 100 |

ตาราง 37 การปฏิบัติตัวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน
ก่อนร่วมกิจกรรม (n=20)

| ข้อคำถาม | การปฏิบัติ | | | \bar{x} | SD | ระดับปฏิบัติ |
|--|-------------------|---------------|---------------|-----------|------|--------------|
| | ประจำ | บางครั้ง | ไม่เคย | | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน(ร้อยละ) | จำนวน(ร้อยละ) | | | |
| 1.จะให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารที่แสดงต่อโรค | 1 (5.0) | 19 (95.0) | 0 (0) | 2.95 | 0.22 | ดี |
| 2.ให้ผู้สูงอายุกินยาหรือปฏิบัติตัว ตามตามคำแนะนำของแพทย์ | 9 (45.0) | 9 (45.0) | 2 (10.0) | 2.35 | 0.67 | ดี |
| 3.เมื่อมีอาการผิโกรธ จะระงับ ความ | 3 (15.0) | 15 (75.0) | 2 (10.0) | 2.05 | 0.51 | ปานกลาง |
| โกรธก่อนให้การดูแลผู้สูงอายุเสมอ | | | | | | |
| 4.จะให้ผู้สูงอายุเข้านอนและตื่น นอน ตรงเวลา | 0 (0) | 18 (90.0) | 2 (10.0) | 1.90 | 0.30 | ปานกลาง |
| 5.ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย โดย การยืดเหยียด และแกว่งแขน | 3 (15.0) | 15 (75.0) | 2 (10.0) | 2.05 | 0.51 | ปานกลาง |
| 6.ให้ผู้สูงอายุไปวัด ทำบุญ ตัก บาตร ในวันสำคัญทางศาสนา | 3 (15.0) | 15 (75.0) | 2 (10.0) | 2.05 | 0.51 | ปานกลาง |
| 7.แนะนำให้ผู้สูงอายุถ่ายอุจจาระ ทุกวัน เป็นเวลา | 0 (0) | 18 (90.0) | 2 (10.0) | 1.90 | 0.30 | ปานกลาง |
| 8.ซื้อยาหรืออาหารเสริมสำหรับ บำรุงร่างกาย มาให้ผู้สูงอายุ | 3 (15.0) | 15 (75.0) | 2 (10.0) | 2.05 | 0.51 | ปานกลาง |
| รับประทาน | | | | | | |
| 9.ให้บุตรหลานมาเล่นและพูดคุย ด้วยกับผู้สูงอายุ | 0 (0) | 18 (90.0) | 2 (10.0) | 1.90 | 0.30 | ปานกลาง |
| 10.ให้ผู้สูงอายุแปร่งฟัน อย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน | 0 (0) | 18 (90.0) | 2 (10.0) | 1.90 | 0.30 | ปานกลาง |
| 11.จะระมัดระวังมิให้ผู้สูงอายุ เกิด การหกล้มเวลาเดิน | 0 (0) | 18 (90.0) | 2 (10.0) | 1.90 | 0.30 | ปานกลาง |
| 12.พยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง กับคนในครอบครัว | 3 (15.0) | 15 (75.0) | 2 (10.0) | 2.05 | 0.51 | ปานกลาง |
| 13.ให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรก เมื่อมี เวลาว่าง | 3 (15.0) | 1 (5.0) | 16 (80.0) | 1.35 | 0.74 | ไม่ดี |
| 14.หลังการตื่นนอนตอนเช้าของ ผู้สูงอายุจะให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำทันที | 0 (0) | 4 (20.0) | 16 (80.0) | 1.20 | 0.41 | ไม่ดี |

ประวัติผู้เขียน

| | |
|----------------------|---|
| ชื่อ | นางสุกัญญา วัฒนประไพจิตร |
| วันเกิด | วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2513 |
| สถานที่เกิด | อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน | บ้านเลขที่ 15 ถนนเทศบาลอาชา ซอย 5 อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000 |
| ตำแหน่งหน้าที่การงาน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| สถานที่ทำงานปัจจุบัน | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000 |
| ประวัติการศึกษา | พ.ศ. 2526 มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนนาเชือกพิทยาสรรค์ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2529 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนนาเชือกพิทยาสรรค์ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2547 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ย.บ.) วิทยาลัยพยาบาล ศรีมหาสารคาม พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |

พูนุ ปณุกิตโต ชีเว