

รูปแบบการพัฒนา การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัด
มหาสารคาม

วิทยานิพนธ์
ของ
วีระศักดิ์ เอนกศักดิ์

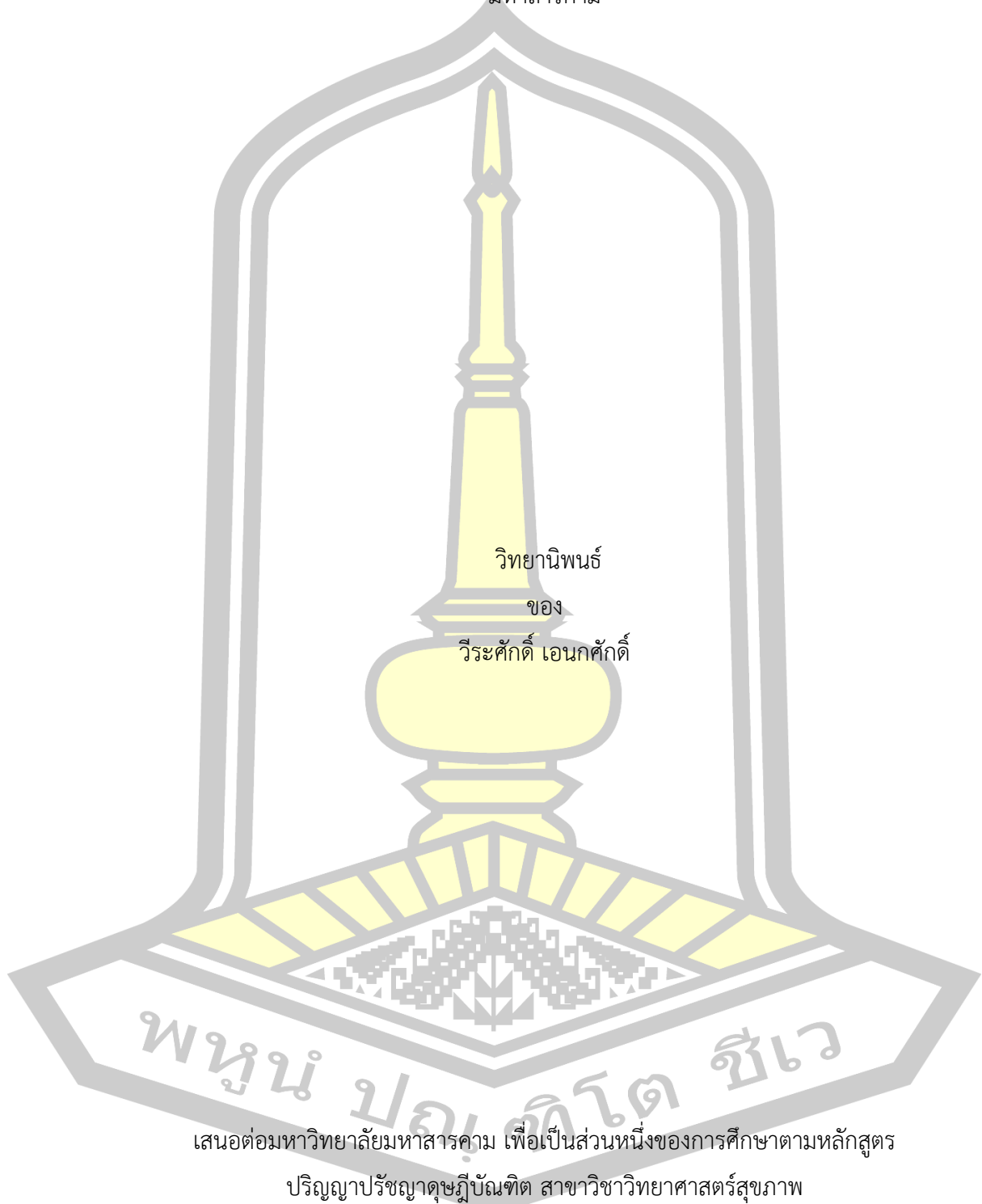
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

พฤษภาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการพัฒนา การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัด

มหาสารคาม



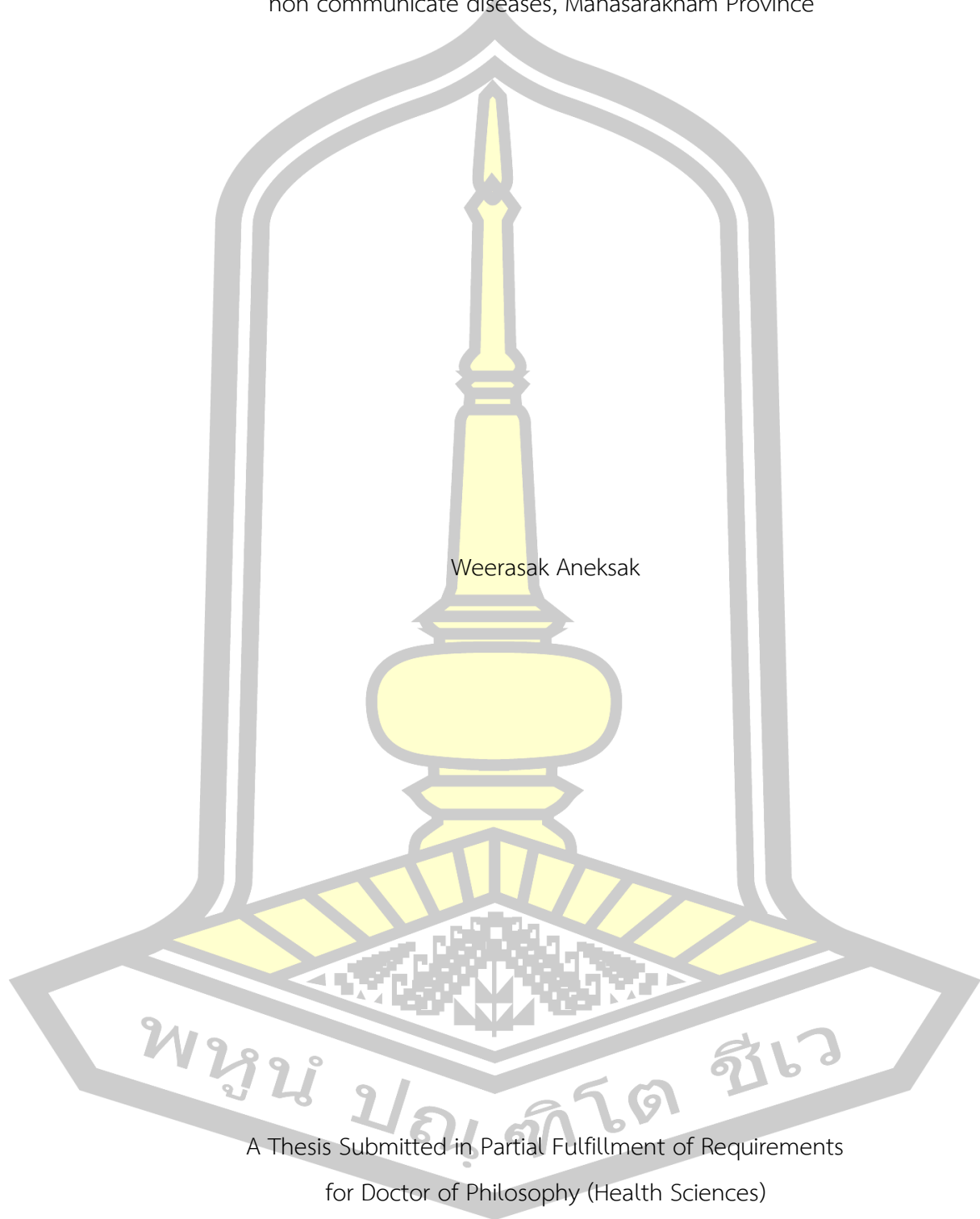
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

พฤษภาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The development model of integrated Long - term care for dependency elderly in
non communicate diseases, Mahasarakham Province



Weerasak Aneksak

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Philosophy (Health Sciences)

November 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายวีระศักดิ์ เอนกศักดิ์
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรณภา อธิติยะ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล)

.....กรรมการ

(ดร. จงกลณี ธนาไสย์)

.....กรรมการ

(ดร. ชัยรัตน์ อุทัยพิบูลย์)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. พิชรพรรณ สุขยานนท์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. นพ. เทพลักษณ์ ศิริธนะวุฒิชัย)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการพัฒนา การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม		
ผู้วิจัย	วีระศักดิ์ เอนกศักดิ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล		
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะในจังหวัดมหาสารคาม มีประชากรผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับภาวะพึ่งพิง ซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ภาวะพึ่งพิงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นภาระของครอบครัว และสังคม ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสาน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม และ 3) ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 300 คน ญาติผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และออกแบบรูปแบบการดูแล โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการดูแล โดยนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 100 คน เป็นระยะเวลา 6 เดือน และประเมินผลลัพธ์โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสังเกต ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3) การใช้เทคโนโลยี และ 4) การสร้างระบบสนับสนุน ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ภาวะพึ่งพิงลดลง ความพึงพอใจต่อการบริการสูง และครอบครัวมีความเครียดลดลง รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง และมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลดภาระของครอบครัว และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, รูปแบบการดูแล, จังหวัดมหาสารคาม



TITLE	The development model of integrated Long - term care for dependency elderly in non communicate diseases, Mahasarakham Province		
AUTHOR	Weerasak Aneksak		
ADVISORS	Assistant Professor Choosak Nithikathkul , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Philosophy	MAJOR	Health Sciences
UNIVERSITY	Mahasarakham University	YEAR	2024

ABSTRACT

Thailand is rapidly transitioning into an entirely aged society, with Maha Sarakham province witnessing a significant increase in its older adult population. Many of these older adults experience dependency due to various health issues, particularly non-communicable diseases (NCDs) such as diabetes, hypertension, and cardiovascular diseases. This dependency negatively impacts their quality of life, burdens families, and challenges the healthcare system.

As a result, developing a comprehensive care model for older adults with mixed dependency is essential. This research aims to 1) investigate the situation, problems, and needs of older adults with mixed dependency in the context of NCDs in Maha Sarakham province; 2) develop a care model for this population; and 3) evaluate the effectiveness of the developed model.

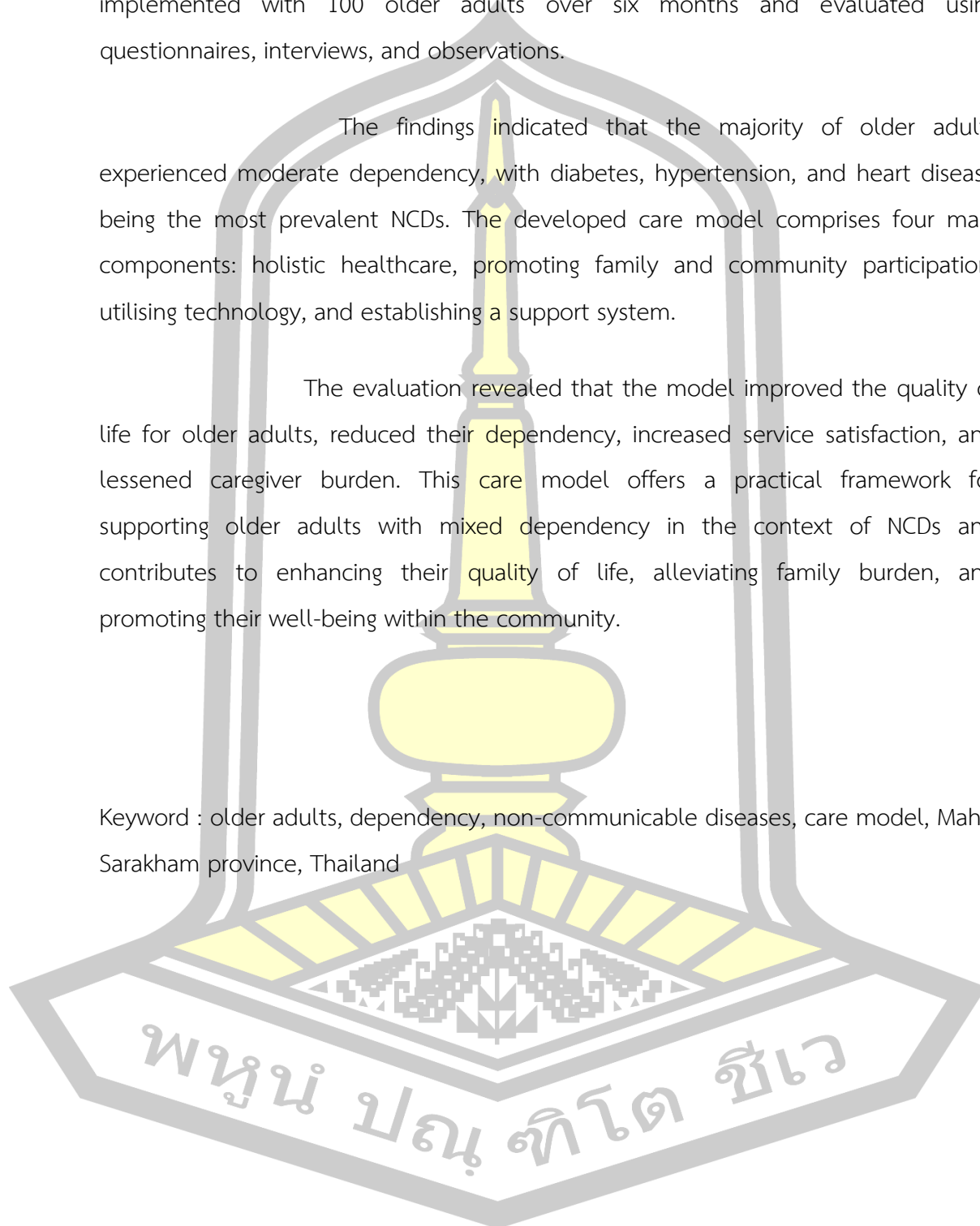
This mixed-methods research consisted of three phases. In Phase 1, the study investigated the situation, problems, and needs of 300 older adults with varying degrees of dependency in the context of non-communicable diseases (NCDs), along with their caregivers and healthcare professionals. Data was collected through questionnaires, interviews, and focus group discussions. Phase 2 focused on developing a care model by analysing and synthesising the data gathered in Phase 1. This phase involved designing the model with input from experts and stakeholders

through additional focus group discussions. In Phase 3, the care model was implemented with 100 older adults over six months and evaluated using questionnaires, interviews, and observations.

The findings indicated that the majority of older adults experienced moderate dependency, with diabetes, hypertension, and heart disease being the most prevalent NCDs. The developed care model comprises four main components: holistic healthcare, promoting family and community participation, utilising technology, and establishing a support system.

The evaluation revealed that the model improved the quality of life for older adults, reduced their dependency, increased service satisfaction, and lessened caregiver burden. This care model offers a practical framework for supporting older adults with mixed dependency in the context of NCDs and contributes to enhancing their quality of life, alleviating family burden, and promoting their well-being within the community.

Keyword : older adults, dependency, non-communicable diseases, care model, Maha Sarakham province, Thailand



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่คอยดูแลชี้แนะให้เกิดผลงานวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณท่าน รองศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย ที่มีส่วนช่วยในการตรวจสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์นี้ ขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ ท่านอาจารย์พิสมัย ศรีทำนา ที่อนุเคราะห์ข้อมูลในการทำวิจัยขอขอบพระคุณคุณกฤตยศ ไชยคำภา เจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษาศาสตร์ ที่ช่วยแนะนำขั้นตอนต่างๆในการส่งวิจัย และขอขอบพระคุณท่านคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อ.ดร.จกกลณี ธนาไสย์ ที่เป็นทั้งกรรมการสอบและอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน สาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย นายอำเภอกันทรวิชัย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสีนวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อำนวยความสะดวกให้การช่วยเหลือสนับสนุนการวิจัยในพื้นที่ ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคามตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ทุกหน่วยงานในมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ช่วยเหลือสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

วีระศักดิ์ เอนกศักดิ์

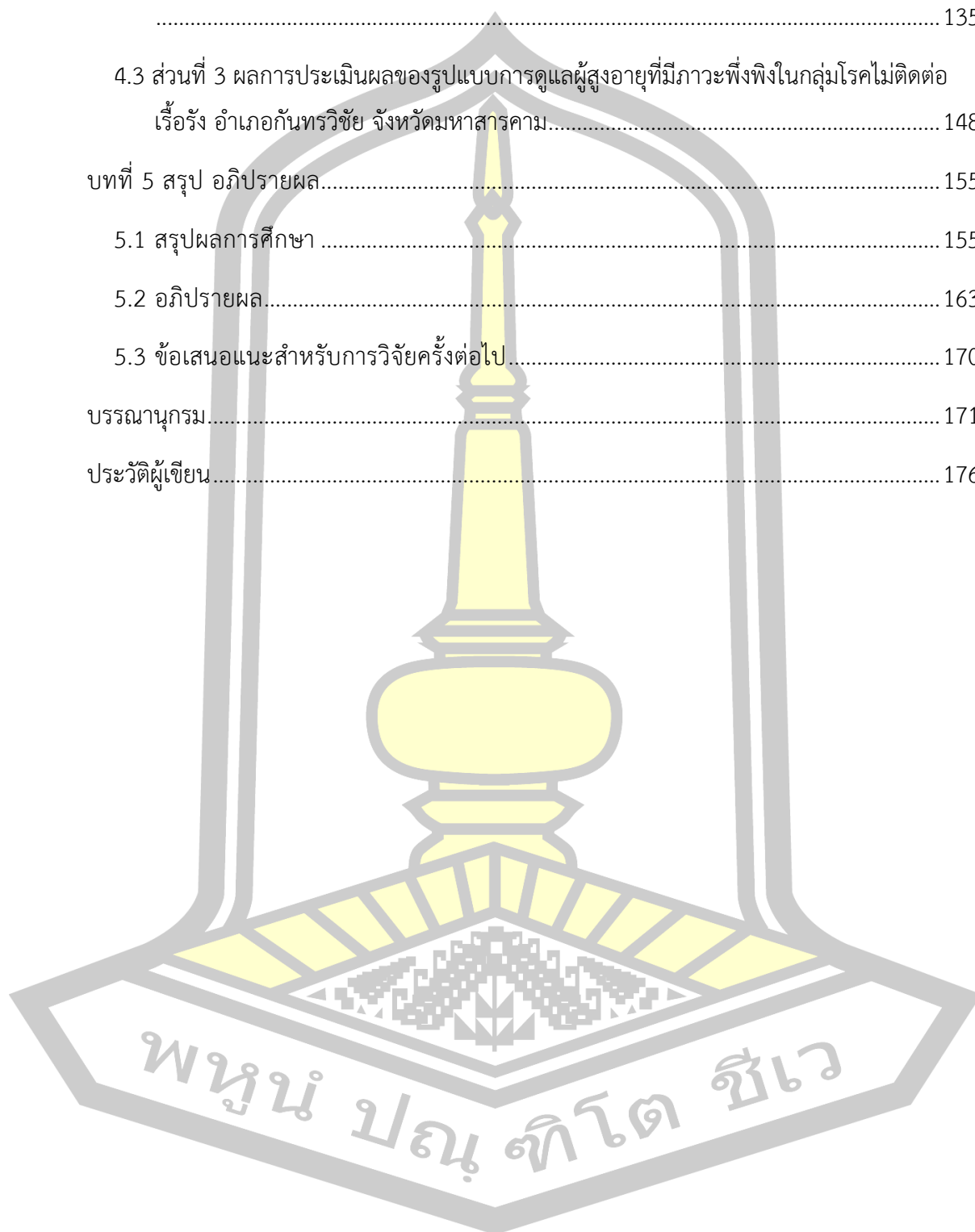


สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
1.4 ความสำคัญของการวิจัย.....	4
1.5 รูปแบบของการวิจัย.....	4
1.6 ขอบเขตการวิจัย	5
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 สถานการณ์ ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	7
2.2 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ	9
2.3 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	13
2.4 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน	19
2.5 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	24

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับระบบ GIS.....	29
2.7. แนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM).....	34
2.8 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson,1991).....	36
2.9 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	39
2.10 แนวคิด ทฤษฎีการมีส่วนร่วม	41
2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	53
2.12 กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ	64
2.13 การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ (CHRONIC ILLNESS CARE IN PRIMARY CARE)	79
2.14 การวิจัยแบบผสมผสาน	93
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	98
3.1 รูปแบบการวิจัย	98
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	107
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	109
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	111
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	111
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	112
3.7 ปฏิทินการดำเนินงานวิจัย	112
3.8 จริยธรรมการวิจัย.....	113
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	114
4.1 ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อมูลสถานการณ์และนโยบายตั้งแต่ระดับโลก ระดับชาติ และระดับพื้นที่ที่ศึกษา	114
4.2 ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม	

ตัวอย่าง ข้อมูลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	135
4.3 ส่วนที่ 3 ผลการประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	148
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล	155
5.1 สรุปผลการศึกษา	155
5.2 อภิปรายผล	163
5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	170
บรรณานุกรม	171
ประวัติผู้เขียน	176



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 โครงสร้างประชากรโลก	8
ตารางที่ 2 แนวโน้มโครงสร้างประชากรไทย	9
ตารางที่ 3 ผลการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) 41	
ตารางที่ 4 ความแตกต่างระหว่างโรคที่มีภาวะเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง	81
ตารางที่ 5 องค์ประกอบและตัวอย่างโปรแกรม/กิจกรรม ที่ดำเนินการ	84
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการสอนแบบดั้งเดิมและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง	89
ตารางที่ 7 ปฏิทินการดำเนินงานการวิจัย	112
ตารางที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากร	136
ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t และค่า P-value ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการทดสอบความรู้ก่อนและหลังอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ (n = 7)..	139
ตารางที่ 10 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ตามแผนปฏิบัติ (n = 95)	139
ตารางที่ 11 รูปแบบการดูแล “กันทรวิชัยโมเดล”	144
ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t และค่า P-value ของคะแนน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินงานดูแล (n = 95)	149
ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความพึงพอใจในการ จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 95)	150

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบที่ 1 แสดงแนวโน้มของร้อยละของประชากรของโลก	8
ภาพประกอบที่ 2 กราฟแนวโน้มประชากรของประเทศไทย	9
ภาพประกอบที่ 3 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	98
ภาพประกอบที่ 4 การคัดการณ์สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของโลก	116
ภาพประกอบที่ 5 การคาดการณ์สัดส่วนประชากรสูงอายุของทวีปเอเชีย	116
ภาพประกอบที่ 6 แผนที่จังหวัดมหาสารคาม (ที่มา: ที่ทำการปกครองจังหวัดมหาสารคาม)	118
ภาพประกอบที่ 7 พีระมิดประชากรจังหวัดมหาสารคามจำแนกตามเพศและอายุ ปี พ.ศ. 2566 (ข้อมูลทะเบียนราษฎร ณ 5 มกราคม พ.ศ. 2566)	119
ภาพประกอบที่ 8 โครงสร้างอายุประชากรจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2556 – 2566	120
ภาพประกอบที่ 9 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. 2556 – 2566	121
ภาพประกอบที่ 10 ดัชนีการสูงวัยจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2556 – 2566	121
ภาพประกอบที่ 11 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2566 (ที่มา: ที่ทำการปกครองจังหวัดมหาสารคาม)	122
ภาพประกอบที่ 12 จำนวนประชากรวัยแรงงาน และวัยสูงอายุที่อยู่ลำพัง ไม่มีอาชีพ ดูแลกันเอง และ การเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมของผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม (ที่มา: ที่ทำการปกครอง จังหวัดมหาสารคาม)	123
ภาพประกอบที่ 13 แสดงกระบวนการถ่ายทอดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุเป็นลำดับขั้นจากองค์การ สหประชาชาติสู่นโยบายระดับชาติ	126
ภาพประกอบที่ 14 Kantarawichai Model	148
ภาพประกอบที่ 15 Kantarawichai Model	160
ภาพประกอบที่ 16 แผนที่แสดงจุดที่ตั้งผู้สูงอายุในระบบ GIS	161

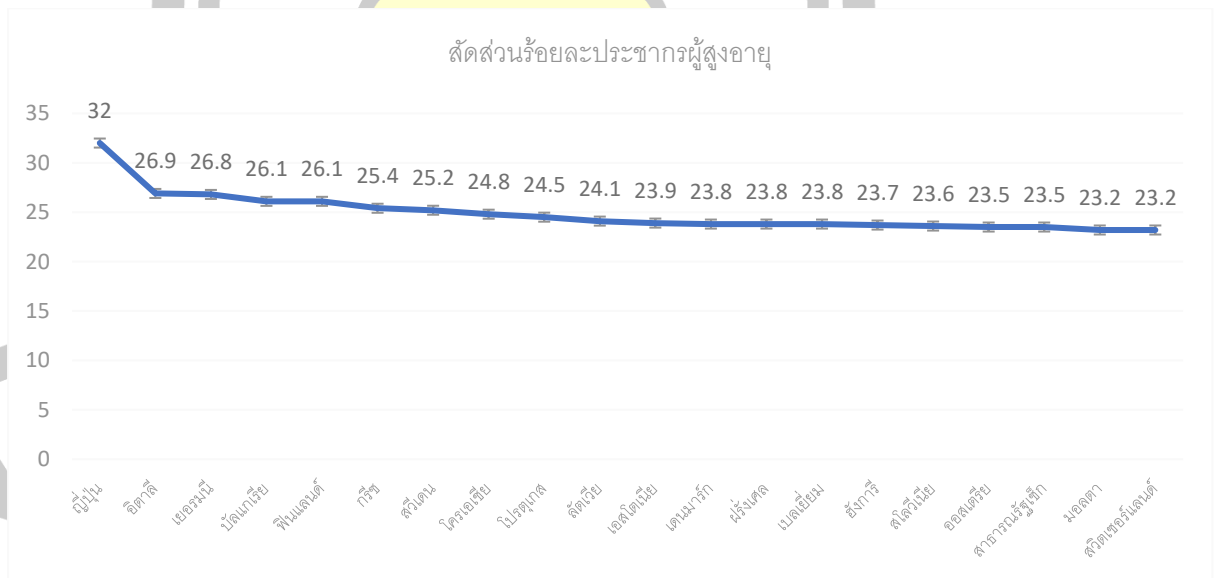
บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาโครงสร้างประชากรโลกมีการเพิ่มขึ้นและลดลงไม่เท่ากันตามกลุ่มวัย อาทิ ประเทศเกาหลีใต้ ประชากรวัยเด็กมีอัตราลดลง ทำให้รัฐบาลต้องมีรูปแบบการแก้ปัญหาเพื่อรองรับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาอย่างเหมาะสมในแต่ละกลุ่มวัยซึ่งแต่ละประเทศก็มีความแตกต่างกัน ในอีกมิติ ประเทศส่วนใหญ่ มีอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ เนื่องจากการบริการและการเข้าถึงด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีขึ้น ทำให้ประเทศดังกล่าวเข้าสู่ประชากรผู้สูงอายุ มากกว่าเนื่องจากมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ทันสมัยมากขึ้น มีเพียงแอฟริกาทวีปเดียวที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุน้อยกว่าร้อยละ 6 ของประชากรทั้งทวีป และยังไม่ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประเทศจีนและประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศในทวีปเอเชีย ที่มีสถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่โดดเด่น โดยประเทศจีนมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุดในโลกคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึง 265 ล้านคน และญี่ปุ่นมีอัตราผู้สูงอายุที่สูงมาก คือ มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 36 ของประชากรทั้งประเทศ 124 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

กราฟที่ 1 แสดงประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่า 20 อันดับแรก



ที่มา :World Population Aging (2013), United Nations

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในทวีปเอเชียมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีและมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.21 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 เป็น 10 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2557 หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด ผลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 – 2583 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุจะยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ.2583 ในขณะที่สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) และวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) มีแนวโน้มลดลงและในปี พ.ศ. 2560 จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรวัยเด็กเท่ากับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ (!!! INVALID CITATION !!! (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)) ผลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยยังแสดงให้เห็นว่าในอีก 30 ปีข้างหน้าอัตราการเพิ่มประชากรของประเทศไทยโดยรวมมีแนวโน้มลดลง (Assantachai, 2014) ในช่วงปี พ.ศ. 2578 -2583 ในขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุ แม้ว่าจะเพิ่มในอัตราที่ลดลงคือลดลงจากร้อยละ 4.2 ในช่วงปี พ.ศ. 2553 - 2558 เป็นร้อยละ 3.0 ในช่วงปี พ.ศ.2568-2573 จนลดลงเหลือร้อยละ 1.2 ในช่วงปี พ.ศ.2578-2583 แต่อัตราการเพิ่มของ ผู้สูงอายุก็ยังอยู่ในระดับที่สูงกว่า อัตราการเพิ่มประชากรรวมค่อนข้างมาก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565)

แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 เพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2564-2567 เท่ากับ 783,819 812,367 847,620 และ 875,717 คน ตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ 21.19, 21.98, 22.84 และ 23.79 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2567) สืบค้นวันที่ 31/08/67) และในปี 2567 จังหวัดมหาสารคาม มีประชากรทั้งหมด 664,651 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 167,528 คน คิดเป็นร้อยละ 25.20 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดมหาสารคามมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 17,017 คน เนื่องจากผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพที่รวดเร็ว ทั้งนี้ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยที่เป็นพื้นที่ศึกษาพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1,001 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 จากผลการประเมินโดยใช้เกณฑ์ ADL ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้ผู้สูงอายุไทยต้องมีสุขภาพดีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 โดยในกลุ่มนี้มีปัญหาการอาศัยอยู่เพียงลำพัง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต และการขาดผู้ดูแลที่มีทักษะและความสามารถในการดูแลที่เหมาะสมซึ่งจำเป็นจะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ที่ผ่านมามีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่มีเพียงการออกเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ผู้ดูแลหลักที่มีความรู้ในการดูแลเฉพาะกลุ่มโรค, กิจกรรมการดูแลเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง, ความถี่และความต่อเนื่องในการดูแลรวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มโรค เป็นต้น

จากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และจากการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หากไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างชัดเจนก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสเพิ่มสูงขึ้น เกิดความไม่สุขสบาย เป็นปัญหาแก่ครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายหลังการดูแลผู้สูงอายุและศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุหรือญาติ โดยอาศัยกระบวนการการดูแลที่เหมาะสมและมีบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พร้อมทั้งสามารถจัดการปัญหาการเจ็บป่วยและการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังให้เข้าถึงการรักษาได้อย่างถูกต้อง ครบคลุมทุกมิติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรงด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อลดปัญหาการเกิดอาการแทรกซ้อนจากการขาดผู้ดูแล เพื่อลดความพิการตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ปรากฏการณ์ของการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวกับชุมชนนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามได้มีการผสมผสานและการดำเนินการโดยใช้จีไอเอส เพื่อนำไปวางแผนหรือทำการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลเชิงระบบในอนาคตได้อีกด้วย

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังของกันทรวิชัยโมเดล สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นจริงหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อบูรณาการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สอดคล้องกับบริบทของอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

(1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดมหาสารคาม

(2) เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

(3) เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษานี้ทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบูรณาการดูแลระยะยาว โดยความร่วมมือในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่เป็นประโยชน์ทั้งทางวิชาการและทางปฏิบัติ ซึ่งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการศึกษานี้ มีดังนี้

1.4.1 สะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อวางแผนในการให้การดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพต่อไป

1.4.2 ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยความร่วมมือที่เหมาะสมและสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดโครงการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้อย่างเหมาะสม

1.4.3 ประโยชน์ทางด้านวิชาการได้ข้อค้นพบใหม่ของการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งได้รูปแบบใหม่ของการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะกลุ่มโรคโดยความร่วมมือของผู้มีส่วนได้เสียในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพดีต่อไป

1.4.4 ประโยชน์ด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน หรือใกล้เคียงกัน หรือนำไป ปรับและประยุกต์ใช้ในระดับประเทศได้อันจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความร่วมมือทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.5 รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) ซึ่งแบ่งระยะเวลาการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.5.1 ระยะที่ 1 การวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรูปแบบพรรณนา ทำการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากเอกสารงานวิจัยโดยทำการศึกษาค้นข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) จากฐานข้อมูลออนไลน์ในระบบอินเทอร์เน็ต การสัมภาษณ์ความต้องการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของชุมชน

1.5.2 ระยะที่ 2 การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยการวิจัยระยะนี้จะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาย้อนหลังมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเลือกเอารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

1.5.3 ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่ใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังและมีการพัฒนานวัตกรรมจากการบูรณาการกับเทคโนโลยีสารสนเทศ

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตการวิจัยในด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้บรรลุ ความมุ่งหมายและมีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.6.1 **ขอบเขตด้านเนื้อหา** การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนาซึ่งมีทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Analytical Research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) กรอบแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจกับสัน

1.6.2 **ขอบเขตด้านพื้นที่และประชากร** การศึกษานี้มุ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเขตพื้นที่ตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยผู้สูงอายุทั้งหมด 95 คน ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่ป่วยเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด

1.6.3 **ขอบเขตด้านระยะเวลา** การศึกษานี้ครอบคลุมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 เดือน จากวันที่ 1 กันยายน 2565 ถึง 31 สิงหาคม 2566 โดยแบ่ง การศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เดือนที่ 1-2) ระยะที่ 2 ศึกษาแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (เดือนที่ 3 ถึงเดือนที่ 9) และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เดือนที่ 10 ถึงเดือนที่ 12)

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.7.1 **รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง รูปแบบการดูแลระยะยาวซึ่งได้จากการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชน ในพื้นที่ตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

1.7.2 **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้สูงอายุความหมายตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสัญชาติไทยและอาศัยอยู่ในตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

1.7.3 **โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** หมายถึง โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหอบหืด โดยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ

1.7.4 **ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวของกรมอนามัยและมีภาวะพึ่งพิงโดยมีการคัดกรองจากค่าคะแนน ADL

1.7.5 **การดูแลแบบผสมผสาน** หมายถึง กระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความหลากหลาย ทั้งในรูปแบบการส่งเสริม การป้องกันและการฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.8.1 เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบยั่งยืนในชุมชน

1.8.2 หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุมีการทำงานร่วมกัน และมีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับผลประโยชน์อย่างสูงสุด

1.8.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

1.8.4 หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยนี้ไปใช้ในท้องถิ่นตนเอง และมีการขยายผลไปสู่ท้องถิ่นอื่น ๆ

พจนัน ปณฺ ทิโต ชีเว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคามครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้สำคัญและรวบรวมแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยประเด็นเนื้อหาที่สำคัญต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ
3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
5. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
6. แนวคิดเกี่ยวกับ GIS
7. แนวคิดแบบแผนความเชื่อ Health belief model
8. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson,1991)
9. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
10. แนวคิด ทฤษฎีการมีส่วนร่วม
- 11.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
12. กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ
13. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ
14. การวิจัยแบบผสมผสาน

2.1 สถานการณ์ ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

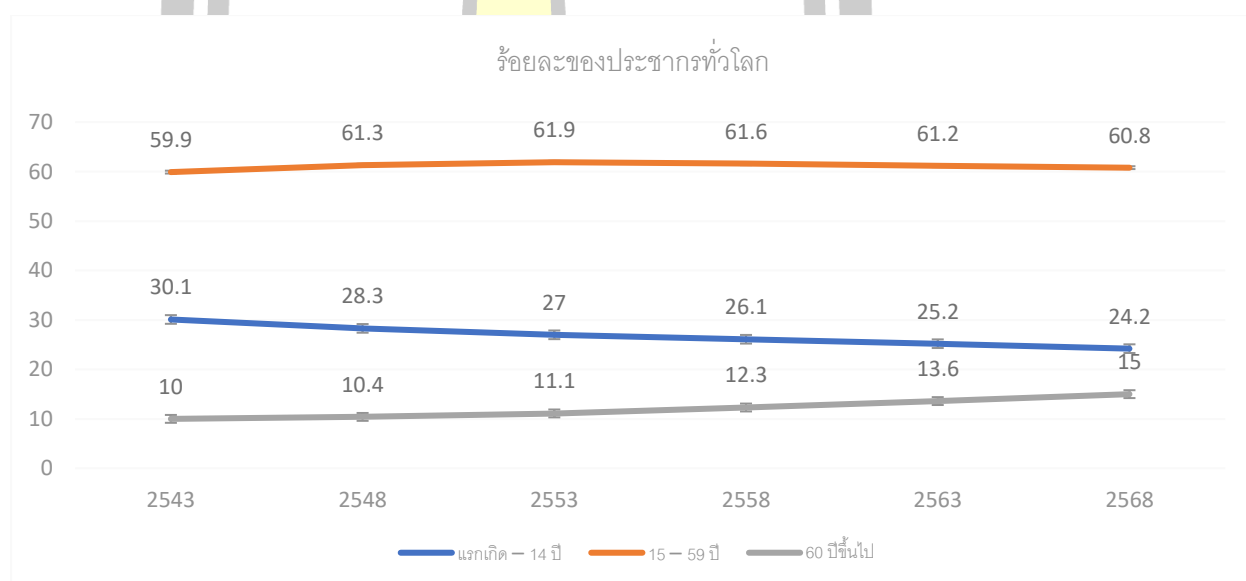
2.1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุระดับโลก

สถานการณ์ประชากรโลกปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นช้าลง ในปี 2565 โลกมีประชากร 8,000 ล้านคน กว่า 1,109 ล้านคน เป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) คาดว่าปี 2568 ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ขณะที่ประชากรวัยเด็ก (อายุ แรกเกิด – 14 ปี) แนวโน้มจำนวนจะลดลงจากร้อยละ 30.1 ในปี พ.ศ. 2543 จะเหลือร้อยละ 24.2 ในปี พ.ศ. 2568 แสดง

ให้เห็นว่าโครงสร้างประชากรโลกกำลังจะเปลี่ยนแปลงจากการคาดการณ์โครงสร้างประชากรวัยเด็กเป็นประชากรวัยสูงอายุหรือสังคมผู้สูงอายุ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 โครงสร้างประชากรโลก

พ.ศ.	ร้อยละประชากรโลก			
	จำนวนรวม	แรกเกิด – 14 ปี	15 – 59 ปี	60 ปีขึ้นไป
2543	6,070,578	30.1	59.9	10.0
2548	6,453,627	28.3	61.3	10.4
2553	6,830,282	27.0	61.9	11.1
2558	7,197,247	26.1	61.6	12.3
2563	7,540,238	25.2	61.2	13.6
2568	7,851,455	24.2	60.8	15



ภาพประกอบที่ 1 แสดงแนวโน้มของร้อยละของประชากรของโลก

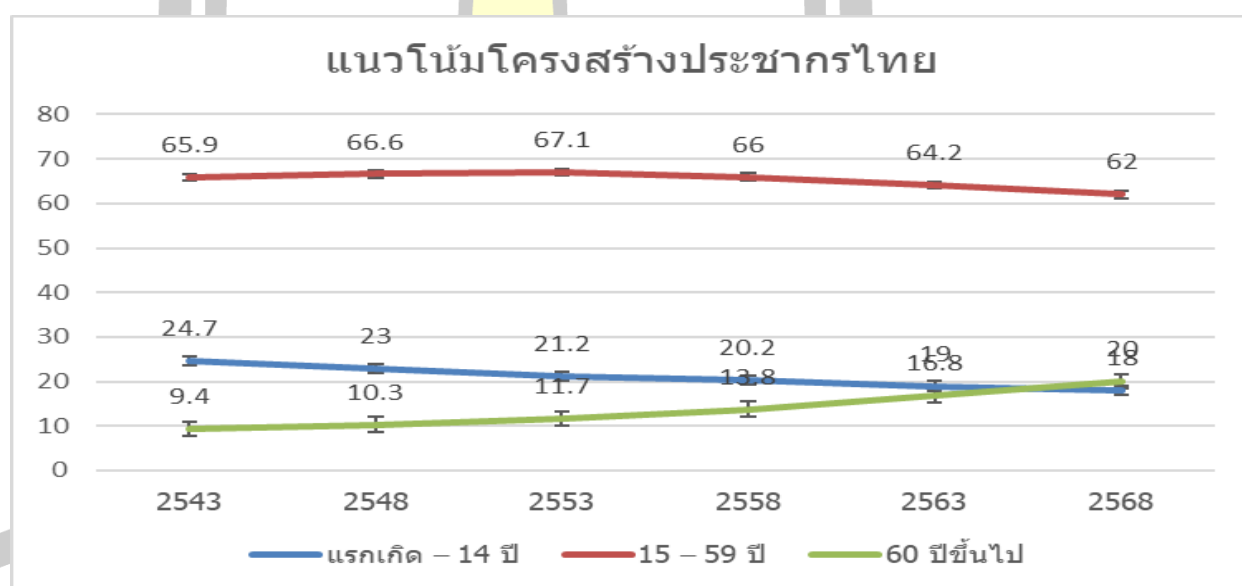
2.1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2568 ประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 72 ล้านคน และในจำนวนนี้จะมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ในระหว่างปี

พ.ศ. 2563 – 2564 ประเทศไทยจะมีประชากรเด็กเท่ากับผู้สูงอายุ แต่หลังจากปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นไป ประชากรผู้สูงอายุจะมากกว่าประชากรเด็กเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ปีพมา ว่าพัฒนางศ์และคณะ. 2550) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวโน้มโครงสร้างประชากรไทย

พ.ศ.	ร้อยละประชากรไทย			
	จำนวนรวม	แรกเกิด – 14 ปี	15 – 59 ปี	60 ปีขึ้นไป
2543	62,237	24.7	65.9	9.4
2548	64,765	23	66.6	10.3
2553	67,042	21.2	67.1	11.7
2558	69,056	20.2	66	13.8
2563	70,821	19	64.2	16.8
2568	72,288	18	62	20



ภาพประกอบที่ 2 กราฟแนวโน้มประชากรของประเทศไทย

2.2 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

2.2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2557) องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization: WHO) ใช้คำว่า “elderly” สำหรับเรียกผู้สูงอายุและให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และองค์การสหประชาชาติได้

แบ่งช่วงของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงด้วยกัน คือ ช่วงที่หนึ่ง เรียกว่า “The elderly” เป็นช่วงอายุระหว่าง 60 - 75 ปี ช่วงที่สอง เรียกว่า “The old” หมายถึง ช่วงอายุระหว่าง 76 - 90 ปี และช่วงสุดท้าย เรียกว่า “The very old” หมายถึง ช่วงอายุตั้งแต่ 90 ปี ขึ้นไป

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2561) ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) วัยสูงอายุหรือวัยชราหมายถึงวัยที่ต่อจากวัยกลางคนอายุเกิน 60 ปี

วัยสูงอายุ หรือวัยชรา หมายถึง มนุษย์ที่มีอายุอยู่ในช่วงปลายของชีวิต นิยามของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไปเมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่าง ๆ อาทิ ทางชีววิทยาประชากรศาสตร์การจ้างงาน ทางสังคมวิทยา ในทางสถิติถือว่า ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 - 65 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยกำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ 2 (ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560)

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

2.2.1.2 นโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติและระบบการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย ศูนย์ศตวรรษิกชนไทย (2559) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ระบุไว้ในมาตรา 54 และมาตรา 80 ถึงภารกิจที่ต้องมีต่อประชากรสูงอายุและปี พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้น อันเป็นภารกิจที่สังคมและรัฐต้องมีต่อผู้สูงอายุ การดำเนินการต่าง ๆ ต้องสอดคล้องตามเจตนารมณ์ ซึ่งแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ปรับปรุงจากแผนฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 - 2544) ปรับมุมมองโดยมองว่าผู้สูงอายุเป็น “บุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้นานที่สุด” แต่ในกรณีที่ต้องอยู่ในสถานะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่นานที่สุด ตามแผนนี้ได้แบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากร เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยมาตรการ หลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ การให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยมาตรการส่งเสริมความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้น ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้

ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยมาตรการคุ้มครองด้านรายได้ หลักประกันด้านสุขภาพ ด้านครอบครัวผู้ดูแลและการคุ้มครอง ระบบบริการ และเครือข่ายเกื้อหนุน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วยมาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผล

กล่าวโดยสรุป การดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วยมาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานดำเนินการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการ หรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนส่งเสริมการวิจัยด้านผู้สูงอายุเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย และพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

2.2.1.3 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย (2560) ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย เนื่องจากความสูงอายุ ซึ่งแต่ละคน จะมีการเปลี่ยนแปลงมากน้อยไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสุขภาพ และการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา ร่วมกับผู้สูงอายุบางคนมีโรคประจำตัว ซึ่งทำให้สมรรถภาพของร่างกายเสื่อมถอยลงไป จุดประสงค์ที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุคือ เพื่อให้ผู้สูงอายุทั้งหลายได้สามารถใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีความสุข มีอิสระที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ ถึงแม้สภาพร่างกายจะเสื่อมถอยไป และมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ อยู่ก็ตาม เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ดังกล่าวนี้ การดูแลผู้สูงอายุจะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุด ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจและเวลาเอื้ออำนวย โดยยึดหลัก 11 อ เพื่อสุขภาพกายใจที่ดี ดังนี้

2.2.1.3.1 อาหาร ความต้องการพลังงานลดลง แต่ความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ยังใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุควรลดอาหารประเภทไขมัน (น้ำมันจากสัตว์และพืช ไข่แดง เนย) ลดอาหารคาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้งและน้ำตาล) ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารโปรตีน หรือกลุ่มเนื้อสัตว์ ประมาณ 50 - 60 กรัมต่อวัน หรือประมาณมื้อละ 2 ช้อนโต๊ะ ควรเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อย

ง่าย พวกปลาจะดีที่สุด ผู้สูงอายุกินไข่ขาวได้ไม่จำกัด แต่ควรกินไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุควรกินผักมาก ๆ ทั้งผักที่ใช้ใบ หัวและถั่วต่าง ๆ ผลไม้รับประทานได้มากเช่นกัน แต่ควรเลือกผลไม้ที่ไม่หวานจัด ผลไม้ที่หวานจัด เช่น กัลยสุก มะม่วงสุก ทุเรียน ลำไย

2.2.1.3.2 ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายประมาณสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายมีความคล่องตัว แข็งแรง ซึ่งจะทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวดีขึ้น ไม่หกล้มง่าย

2.2.1.3.3 อนามัย การดูแลตนเองโดยเฉพาะให้พยายาม ลด ละ เลิก สิ่งที่เป็นอันตรายต่อ สุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้าและพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งสังเกตการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การขับถ่ายและควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่อายุประมาณ 60 ปี เป็นต้นไป

2.2.1.3.4 อัจฉริยะ ปัสสาวะ ต้องให้ความสนใจการขับถ่ายของผู้สูงอายุด้วยว่ามีปัญหาหรือไม่ บางรายอาจจะเกิดปัญหาถ่ายยาก ถ่ายลำบาก อีกส่วนหนึ่งอาจมีปัญหาเรื่องกลั้นการขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งแต่ละปัญหาจะต้องให้การดูแลแก้ไขไปตามสาเหตุ

2.2.1.3.5 อากาศ ผู้สูงอายุควรอยู่ในสถานที่ ๆ มีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่เหมาะสม อากาศบริสุทธิ์ เพราะจะช่วยให้ปอดนำออกซิเจนไปใช้ในการฟอกเลือดให้บริสุทธิ์ได้ดีขึ้น แล้วเลือดก็จะนำออกซิเจนไปส่งต่อกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานต่อไป

2.2.1.3.6 แสงอาทิตย์ การได้รับแสงแดดอ่อนๆ ในตอนเช้าอย่างน้อยวันละ 30 นาที จะทำให้ได้รับวิตามินดี ที่ช่วยในการดูดซึมแคลเซียมและฟอสฟอรัส สามารถชะลอการเกิดโรคกระดูกพรุนได้ นอกจากนั้นวิตามินดียังช่วยป้องกันโรคซึมเศร้า มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งเต้านม เบาหวาน ฯลฯ อีกด้วย

2.2.1.3.7 อารมณ์ สูงวัยมักจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดโมโหง่าย และขึ้นง่าย ทำให้ขาดสติในการพิจารณาไตร่ตรองเหตุผล เกิดความขัดแย้งง่าย ผู้สูงอายุจึงต้องหาวิธีช่วยควบคุมอารมณ์ ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การศึกษาธรรมะ เพื่อทำให้เกิดสารเอ็นดอร์ฟิน สารแห่งความสุข ทำให้ผ่อนคลายมีสติมากขึ้น

2.2.1.3.8 อบอุ่น ผู้สูงอายุที่ฝึกสมาธิภาวนา จะทำให้อารมณ์ดี ยิ้มแย้ม ไม่หงุดหงิดใจ เบาสบาย รักตนเองมากขึ้น ใส่ใจความรู้สึกคนรอบข้างมากขึ้น ทำให้เป็นที่รักใคร่ของลูกหลาน ลูกหลานจะได้แวะมาเยี่ยมเยียนบ่อย ๆ

2.2.1.3.9 อติเรก การวางแผนอนาคตของชีวิตหลังเกษียณเป็นเรื่องสำคัญ เช่น มีการออมทรัพย์กับหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ฝึกเรียนรู้เรื่องความตายอันจะช่วยปรับทัศนคติในการใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท ฝึกฝนจิตให้การสร้างบรรยากาศของความสงบและการเรียนรู้ที่จะปล่อยวางจากภาระที่คั่งค้างในใจ

2.1.3.10 อนาคต การวางแผนอนาคตของชีวิตหลังเกษียณเป็นเรื่องสำคัญ เช่น มีการออมทรัพย์กับหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ฝึกเรียนรู้เรื่องความตายอันจะช่วยปรับทัศนคติในการใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท ฝึกฝนจิตให้การสร้างบรรยากาศของความสงบและการเรียนรู้ที่จะปล่อยวางจากภาระที่คั่งค้างในใจ

2.1.3.11 อุบัติเหตุ เกิดขึ้นได้ทุกขณะและอาจทำให้เกิดความบาดเจ็บ ความพิการต่าง ๆ ได้ ควรพยายามดูแลสภาพบ้านเรือนให้ปลอดภัย มีแสงสว่างพอเหมาะ พื้นไม่ลื่น หรือควรมีราวจับในบางแห่งที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ๆ เช่น ห้องน้ำ

กล่าวโดยสรุปการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน ภาระเกื้อหนุนที่วัยแรงงานต้องแบกรับบริการสุขภาพและบริการด้านสังคมอื่น ๆ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของภาวะสูงวัยร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป เช่น ออกกำลังกายลดลง มีภาวะอ้วน ภาวะความเครียด การเสพสิ่งเสพติด รวมถึงการขยายตัวของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายถึงเกือบร้อยละ 2.00 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (Gross domestic product: GDP) นอกจากนี้ การสูงวัยยังควบคู่กับการถดถอยของสมรรถนะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ผสมกับผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพนำมาซึ่งความต้องการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care และการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) ต่อไป

2.3 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน หรือกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

2.3.1 การดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กล่าวว่า ประเทศไทยเข้าสู่ "สังคมสูงอายุ" มาแล้วตั้งแต่ปี 2548 โดยเกณฑ์ ที่สหประชาชาติกำหนดคือมีสัดส่วนของผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10.00 หรือมีผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 7.00 ถึงปี 2560 สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยเกินกว่าร้อยละ 17.00 กล่าวคือมีผู้สูงอายุมากกว่า 10 ล้านคน จากประชากรของประเทศ ราว 65 ล้านคนจากการสำรวจเป็นระยะ ๆ พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงราวร้อยละ 10.00 หรือราว 1 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงบางส่วน หรือเป็นประเภท "ติดบ้าน"

ออกไปไหนไม่ได้ ร้อยละ 85.00 หรือราว 8.5 แสนคน และต้องพึ่งพิงทั้งหมด หรือเป็นประเภท "ติดเตียง" ร้อยละ 15.00 หรือราว 1.5 แสนคน การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแบ่ง เป็น 4 ระดับ คือ 1) การดูแลรักษาในโรงพยาบาล (Hospital care) 2) การดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Institutional care) 3) การดูแลในชุมชน (Community - based care) และ 4) การดูแลที่บ้าน (Home - based care) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) การดูแลในชุมชนและที่บ้านจะต้องมีการจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุน ได้แก่ 1) การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลด้านการพยาบาล (Home - visit nursing) 2) การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทั่วไป (Home - visit care) 3) สถานดูแลกลางวัน (Day care) 4) การบริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient rehabilitation) และ 5) การดูแลระยะสั้น (Short term care) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ซึ่งกองการพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2561) ได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้นโดยเนื้อหาคู่มือประกอบด้วย การประเมินผู้สูงอายุด้านร่างกาย การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและโรคกระดูกพรุน การใช้ยา การจัดบริการในกลุ่มนี้ ต้องอาศัยแนวคิด “เชิงรุก ครอบคลุมและเข้าถึง” ในการให้บริการและเป็นบริการที่ผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ และบริการที่จัดให้ต้องมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังนี้ (กองการพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2561)

2.3.1.1 บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดยจัดบริการให้อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อสผ.) หรือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อนรวมถึงการประสานงานการดูแลกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ภายใต้การมอบหมายและติดตามของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยใช้ชุดบริการเยี่ยมบ้านโดย อสผ. หรือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ตามหลัก อ-ส-ย เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน เน้นการให้คำแนะนำ การช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ เป็นสำคัญ ดังนี้

(1) อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย (4อ)

อาหาร กินอาหารครบ 5 หมู่ หลากหลายประเภท ปริมาณเพียงพอ เน้นปลา ผัก ผลไม้ลดอาหารหวาน มัน เค็ม หมักดอง งดและหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ กินอาหารเฉพาะโรค ดื่มน้ำ วันละ 6 - 8 แก้ว กินอาหารเฉพาะโรค เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือด หรือตามปัญหาสุขภาพอาหารที่เคี้ยวและย่อยง่าย ประเภท ต้ม นึ่ง ตุ่น

อารมณ์ ปรับตัวกับความจำกัดด้านร่างกายและความเจ็บป่วย เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมชมรมผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ตามความสามารถปฏิบัติกิจทางศาสนาตามความเชื่อ เช่น สวดมนต์ ปฏิบัติธรรม ฟังเทศน์ ทำบุญตามความเหมาะสม หากกิจกรรมงานอดิเรกที่เพลิดเพลิน มีคุณค่าทางจิตใจช่วยเหลือเกื้อหนุนครอบครัวตามความเหมาะสม

ออกกำลังกาย พยายามทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนที่ตามความเหมาะสม ออกกำลังกาย หรือกายบริหารตามสภาพร่างกายและความสามารถตนเอง หรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

อนามัย ดูแลความสะอาดร่างกายเน้นช่องปาก ฟัน ผิวหนังที่อับชื้น ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ ดูแลเท้า เลือกรองเท้าที่เหมาะสม หมั่นตรวจสอบความผิดปกติหมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ล้างมือ กินร้อน ใช้ช้อนกลาง ดูแลการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด

(2) สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ (3 ส)

สมอง ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำตามความสนใจ เช่น วาดรูป ฟีกคำนวณ อ่านหนังสือพิมพ์ ฟังดนตรี ร้องเพลง เล่นดนตรี ปรับเปลี่ยนทำสิ่งใหม่ ๆ ไม่ทำซ้ำเดิม ทำกิจกรรมใหม่ที่เพิ่มพูนประสบการณ์และปลอดภัย จัดให้มีสิ่งกระตุ้นการรับรู้ เช่น การติดปฏิทิน แว่นนาฬิกา จัดบันทึกสิ่งที่ต้องทำ พาเข้าร่วมกิจกรรมด้านสังคม เช่น เข้าชมรมผู้สูงอายุ ไปวัดวันพระ

สิ่งแวดล้อม จัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบไม่เกะกะขวางให้เกิดอุบัติเหตุ จัดให้มีแสงสว่างภายในบ้านเพียงพอ โดยเฉพาะทางเดิน ดูแลพื้นในบ้าน ห้องน้ำไม่ให้เปียกชื้น จัดให้นอนเตียงที่ไม่สูงมากและสะดวกในการลุกขึ้น ปรับปรุงห้องน้ำให้สะดวกต่อการใช้ มีราวจับยึดเกาะ ไม่มีธรณีประตู ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุ

สิทธิ มีความรู้เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุรับรู้สิทธิในการรับบริการสุขภาพรับรู้สิทธิผู้พิการ

(3) ยา (1 ย) ใช้ยาถูกขนาด ถูกวิธีและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ไม่นำยาผู้อื่นมาใช้ ตรวจสอบวันหมดอายุของยาที่ใช้ เก็บรักษายาให้ถูกวิธี หลีกเลี่ยงการซื้อยาใช้เอง จัดเตรียมยาที่ใช้ประจำเป็นชุด ๆ (Unit dose) อาจใช้ภาชนะบรรจุที่สะดวกต่อการตรวจสอบการได้รับยาอย่างถูกต้อง สังเกตอาการผิดปกติโดยเฉพาะเมื่อได้รับยาชนิดใหม่ ตรวจสอบการใช้และการเหลือของยา

2.3.1.2 บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) จัดบริการโดยเจ้าหน้าที่ในรพ.สต. โดยผ่าน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ครอบคลุมการรักษาและควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรคใหม่ การเฝ้าระวัง เป็นต้น การให้บริการ

สามารถปรับให้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ ซึ่งกิจกรรมการดูแลครอบคลุมสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ การควบคุมโรคและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะหกล้ม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ปัญหาโภชนาการบกพร่อง ปัญหาการเคลื่อนที่ การขับถ่าย ปัญหาการนอนหลับและการใช้ยา การให้บริการดูแลรักษา ทำหัตถการตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้ความรู้ คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนตามปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิต ที่ช่วยให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม การให้คำปรึกษา การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ปลอดภัย

2.3.2 การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ (กลุ่มติดเตียง) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2559) ให้ความหมายกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่ต้องการผู้ดูแลสูงทั้งด้านสุขภาพและทางสังคม จึงต้องประสานการดูแลร่วมกับผู้ให้บริการภาคสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ครอบครัวทุกข์ยากเดือดร้อนการจัดบริการ เน้นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ตามที่เป็นอย่างอยู่ การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนการบำบัดฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในสังคม รวมทั้งการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสงบ ดังนั้นการจัดการบริการโดยรวมในกลุ่มนี้จึง “เน้นบริการเชิงรุกที่เข้าถึงที่บ้าน” เป็นบริการที่จัดให้รายบุคคล มีการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุและครอบครัว (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนี้

2.3.2.1 บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดยจัดบริการให้อาสาสมัครผู้สูงอายุติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อนรวมถึงการประสานงานการดูแลกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ภายใต้การติดตามของทีมสุขภาพ โดยใช้ชุดบริการเยี่ยมบ้านโดย อพส. ตามหลัก อ-ส-ย เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน

2.3.2.2 บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) จัดบริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.โดยผ่าน ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) รวมทั้งเชื่อมประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและองค์กรด้านสุขภาพอื่น ๆ การจัดบริการ ต้องเน้นการดูแลที่เฉพาะดังนี้ การควบคุมและจัดการอาการไม่สบายของผู้สูงอายุ (Symptom management) การควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการให้บริการดูแลรักษาและทำหัตถการการดูแลตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้การประเมินและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะหกล้ม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สมองเสื่อม ซึมเศร้า การบำบัดฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพ ที่มุ่งเน้นการ

ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาการส่งเสริม ภาวะสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตสังคมและการ พึ่งพาผู้อื่นการให้คำปรึกษา ซึ่ง พรทวิ ยอดมงคล (2556) ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคองสำหรับประชาชน ได้เสนอแนะแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ดังนี้

(1) การเตรียมสภาพแวดล้อมในบ้าน ห้องนอน ต้องมีขนาดใหญ่พอที่จะวางเตียงนอน เครื่องมืออุปกรณ์สำหรับการพยาบาล หรือสามารถนำรถเข็นเข้ามาได้ ควรมีปลั๊กไฟ สำหรับเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นบางชนิด พื้นที่สัดส่วนเหมาะสม มีพื้นที่จัดเก็บ อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้บ่อย ๆ ไว้ใกล้ ๆ เพื่อสะดวกในการหยิบจับห้องน้ำต้องมีการดูแลให้สะอาด อยู่เสมอ เพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถยืนได้ต้องมีเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำและมีราว เกาะ หากไม่มีส้วมชนิดนั่ง ควรใช้เก้าอี้เจาะรูตรงกลาง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนั่งถ่ายได้ ประตูกว้างพอสมควรควรมีการปรับระดับพื้นให้รถเข็นสามารถผ่านเข้าออกได้ทางเดิน ภายในบ้าน ควรมีแสงสว่างเพียงพอ

(2) การดูแลสุขภาพอนามัย การช่วยทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะช่องปาก อวัยวะขับถ่าย บริเวณอวัยวะรวมทั้งเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มให้สะอาดอยู่เสมอเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่น สบายตัว การแปรงฟันควรใช้แปรงชนิดอ่อนทำความสะอาดภายในปาก หรือใช้ไม้กดลิ้น ด้ามข้อัน ก้านตะเกียบพันด้วยผ้าก๊อซ ที่เปียกชื้นทำความสะอาดช่องปาก ควรบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก ทุก ๆ 2 - 4 ชั่วโมง และหลังจากรับประทานอาหารทุกครั้ง

(3) การลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค ต้องมีการควบคุมดูแลทั้งเครื่องมือและ อุปกรณ์ต้องสะอาด ไม่เก็บไว้ในที่อากาศไม่ร้อน อุปกรณ์ปราศจากเชื้อ ต้องปิดป้ายวันหมดอายุไว้ ด้วย ส่วนอุปกรณ์ที่ใช้เจาะเลือด หรือฉีดยา ต้องใช้ประเภทครั้งเดียวทิ้ง มีการทำลายและเก็บขยะ ติดเชื้อที่เหมาะสมและเก็บอุปกรณ์ในสถานที่สะอาดเพื่อพร้อมใช้งานอยู่เสมอญาติต้องล้างมือก่อน และหลังสัมผัสผู้ป่วย โดยต้องสวมถุงมือกรณีต้องสัมผัส น้ำมูก น้ำลาย เลือด หรือของเหลวจากตัว ผู้ป่วยและล้างมือด้วยสบู่ทันทีหลังเสร็จสิ้นภารกิจ

(4) การดูแลเรื่องอาหาร ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ผู้ป่วยชอบมีประโยชน์แต่ บ่อยครั้งและกำหนดการรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ผู้ป่วยที่รับอาหารทางสายยาง ผ่านจมูก หรือช่องท้อง ญาติต้องเตรียมอาหารตามสูตรและปริมาณที่ได้รับจากคำแนะนำจากแพทย์ ให้ อาหารตามเวลา รวมทั้งดูแลความสะอาดสายยาง กระจกบอกให้อาหาร ด้วยการล้างให้สะอาดและ เก็บไว้ให้มิดชิด

(5) การเคลื่อนไหวและผ่อนคลาย ควรจัดหาเครื่องช่วยการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า หรือไม้ค้ำยัน (Walker) หรือรถเข็น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก หากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ ญาติควรช่วยปรับเปลี่ยนอิริยาบถ โดยหมุนเวียนท่านอน

สลับทุก 2 ชั่วโมง หรือช่วยกายภาพจับยืด หรือออกกำลังกาย ป้องกันการยึดติดของกล้ามเนื้อและข้อ ผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง มีโอกาสผิวหนังถูกทำลายจากแรงกดทับ แรงดึงและแรงเสียดสี ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้น ถ้าหากไม่มีการดูแลที่ดีอาจทำให้แผลที่ถลอกกลายเป็นเนื่อตาย จนทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

(6) อาการเจ็บปวด เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บปวดรุนแรงแตกต่างกันไป การพูดคุยและการดูแลอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นและทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น หรือการใช้ยาเพื่อลดการเจ็บปวดตามสมควร ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีความเจ็บปวดจากอวัยวะภายใน บางครั้งจำเป็นต้องอาศัยยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟิน ซึ่งควรให้ตามคำสั่งแพทย์ ในระยะที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ ควรให้ในลักษณะรับประทาน หากไม่สามารถรับประทานได้ควรปรึกษาแพทย์ถึงการใช้ยาแก้ปวดชนิดอื่นอีกต่อไป นอกจากนี้ยังสามารถบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น แผ่นประคบร้อนเย็น การนวด หรือการรักษาทางจิตวิทยาอื่น ๆ เช่น การใช้กิจกรรมผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยรูปแบบต่าง ๆ

(7) อาการหายใจลำบาก การดูแลสามารถทำได้โดยการเปิดพัดลมเป่าเบา ๆ ให้เย็นและจัดสภาพห้องให้มีการระบายอากาศที่ดี การปรับท่าของผู้ป่วย เช่น การจัดท่าศีรษะสูง นอนตะแคงและเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ดูแลความสะอาดช่องปาก เนื่องจากอาการหอบเหนื่อยทำให้ปากแห้งและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย การดูแลแบบผสมผสาน เช่น การทำสมาธิโดยการฝึกหายใจ การใช้จินตนาการบำบัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายร่วมกับการให้ออกซิเจน หรือยาบางชนิดตามคำสั่งแพทย์เพื่อลดอาการกระวนกระวาย

(8) อาการท้องผูก เป็นอาการหนึ่งที่พบในผู้ป่วยเรื้อรัง มีสาเหตุทั้งจากโรค ภาวะจิตใจและยาที่ผู้ป่วยได้รับ อาจสังเกตจากอาการ เช่น ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือถ่ายไม่ออก สามารถดูแลได้โดยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ดูแลให้ได้ดื่มน้ำ รับประทานอาหารผักที่เพียงพอ ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา กรณีต้องใช้ยาระบายต้องปรึกษาแพทย์

(9) อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ผู้ป่วยที่ต้องนอนนาน ๆ ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว จะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ดังนั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้ตัวต้องสอนให้ผู้ป่วยรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบขับถ่าย ดูแลผิวหนังบริเวณระบบขับถ่ายให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ กรณีจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ควรชำระล้างด้วยน้ำสบู่อ่อน ๆ วันละ 2 ครั้งในช่วงเช้าและเย็น หรือทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระ เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

(10) กิจกรรมผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละรายมีภาวะของโรคที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่คล้ายกันคือความเบื่อหน่าย ต่อสภาวะร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ตั้งใจ เจ็บปวดทรมานจากอาการของโรค ทำให้เป็นทุกข์ หงุดหงิด เศร้าหมอง ฉะนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย

คลายความตึงเครียด จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยประคับประคองอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยให้สงบและเป็นการชักจูงให้ผู้ป่วยออกจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานได้ การเลือกกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความพร้อมกับความพร้อมและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นหลักและเหมาะสมกับปัจจัยด้าน อายุ เพศ ความสนใจ การรับรู้ ข้อจำกัดการรักษา ข้อจำกัดความเชื่อ ลัทธิ ศาสนา สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม กฎหมาย เศรษฐกิจและข้อจำกัดของผู้ป่วยด้วย

2.4 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.4.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน หมายถึง โรคเรื้อรังหรือโรคทางเมตาบอลิซึม ที่เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพอ หรือไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลานานจนส่งผลให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycaemia) (ADA, 2017; International Diabetes Federation, 2015; WHO, 2016; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชราชมารีย์ และคณะ, 2557)

2.4.2 ประเภทของโรคเบาหวาน ซึ่งจำแนกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

2.4.2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM) เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อน จากภูมิคุ้มกันของร่างกาย (autoimmune b-cell destruction) ส่งผลให้ร่างกายขาดอินซูลิน (insulin deficiency) (ADA, 2017; ธิติ สนับบุญ, 2556) เนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ ร่างกายจึงไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อ เพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2550) ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง (มักพบในวัยเด็ก) ซึ่งในบางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรค หรือมีการดำเนินโรคช้า ๆ จากระดับน้ำตาลที่สูงปานกลางแล้วเกิดภาวะ ketoacidosis เมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่น (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2550; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชราชมารีย์ และคณะ, 2557)

2.4.2.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T2DM) เกิดจากภาวะต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่ตับและกล้ามเนื้อ (Insulin resistance) และความผิดปกติการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ (Insulin secretory defect) ซึ่งมักมีความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคอ้วน ไม่ได้ออกกำลังกาย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาวะ insulin resistance เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนมากขึ้น เพื่อชดเชยการทำงานของอินซูลินที่ลดลงเพื่อรักษาระดับน้ำตาลให้ปกติ เมื่อภาวะนี้เกิดขึ้นในระยะเวลานานหรือมากขึ้น

เบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจะเริ่มทำหน้าที่ลดลง และในที่สุดไม่สามารถทำงานชดเชยได้เพียงพอ ระดับน้ำตาลในเลือด จึงเริ่มสูงขึ้น(สารัช สุทธโยธิน, 2556)

2.2.3 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (other specific types) โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมเช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือ กลุ่มอาการนั้น ๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน (ADA, 2017)

2.2.4 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) เกิดในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานมาก่อน สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อกันว่าจะเกิดจากการตั้งครรภ์ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเมแทบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตและมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง หลังคลอดจะกลับมาปกติ หรือเป็นเบาหวานตลอดไป (วิฑูรย์ โล่สุนทร และวิโรจน์เจียมจรัสรังษี, ม.ป.ป.)

2.4.3 อาการสำคัญของโรคเบาหวาน (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2550; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชราชมหารี และคณะ, 2560; WHO, 2016; IDF, 2015) อาการของโรคเบาหวานโดยทั่วไป มีอาการดังนี้

2.4.3.1 ปัสสาวะบ่อย มีปริมาณมากเนื่องจากกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกมาทางปัสสาวะโดยไตและเนื่องจากน้ำตาลในเลือดไม่สามารถผ่านไตไปยังปัสสาวะได้โดยลำพังจึงจำเป็นต้องดึงน้ำออกมาด้วย

2.4.3.2 คอแห้ง กระหายน้ำ และดื่มน้ำมาก เป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการปัสสาวะบ่อยและมากจนเกิดภาวะร่างกายขาดน้ำและต้องชดเชยด้วยการดื่มน้ำบ่อย ๆ

2.4.3.3 น้ำหนักลด ผอมลง จากภาวะขาดอินซูลินทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงจำเป็นต้องนำเอาโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้อ่อนเพลียและน้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

2.4.3.4 หิวบ่อยและรับประทานจุ เนื่องจากร่างกายขาดพลังงานจึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยและรับประทานจุ

2.4.3.5 อื่น ๆ ในกรณีที่กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในระยะเวลานาน จะส่งผลให้หลอดเลือดขนาดเล็กเสื่อมลง โดยเฉพาะที่ตา ทำให้กลุ่มเสี่ยงบางรายมีสายตาวัวมัว หรือบางรายเกิดแผลแล้วทำให้แผลหายช้า (IDF, 2016)

2.4.4 การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชราชกุมารี และคณะ, 2560; ADA, 2017)

2.4.4.1 อาการที่สำคัญ ได้แก่ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2.4.4.2 การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังงดน้ำและอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า > 126 มก./ดล.

2.4.4.2 การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g oral glucose tolerance test) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล > 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2.4.4.3 การตรวจวัดระดับ hemoglobin A1c (HbA1c) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้ในต่างประเทศ เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหารแต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการเท่านั้น (NGSP certified and standardized to DCCT assay)

2.4.5 การรักษาโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชราชกุมารี และคณะ, 2560)

2.4.5.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การรักษาโรคเบาหวานเริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การควบคุมอาหาร ร่วมกับการออกกำลังกายก่อน หลังจากนั้นถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายในระยะเวลา 1-3 เดือน จะเริ่มใช้ยาซึ่งเลือกยาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล แต่ในบางรายที่มีระดับน้ำตาลสูงมากกว่า 180 มก/ดล.ต้องเริ่มให้ยาลดระดับน้ำตาลได้ทันที โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.4.5.1.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารควรรับประทานอาหารให้หลากหลาย ตรงเวลา ไม่ปล่อยให้ตัวเองหิวมากจนทำให้รับประทานมากกว่าที่ควร หลีกเลี่ยงของหวาน หรืออาหารที่มีน้ำตาล ควรเลือกรับประทานอาหารจำพวกแป้งที่ใยอาหาร เช่น ข้าวโพด มัน เผือก ข้าวซ้อมมือ วุ้นเส้น เป็นต้น เพราะใยอาหารช่วยในการชะลอการย่อยและดูดซึมอาหารจากลำไส้ ช่วยลดระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดได้ (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2550)

2.4.5.1.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดน้ำหนักตัว และลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ เป็นต้น ใช้เวลา 150

นาฬิกา/สัปดาห์ โดยแบ่งวันละ 30-50 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ ในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้งได้ หรือออกกำลังกายระดับหนักมาก 75 นาที/สัปดาห์ กระจายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ และห้ามหยุดติดต่อกันเกิน 2 วัน รวมถึงออกกำลังกายแบบต้านแรง (resistance) เช่น การยกน้ำหนัก ออกกำลังกายยืด หรืออุปกรณ์จำเพาะ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อออกแรงกล้ามเนื้อของ ขา แขน หลังและท้อง ประกอบด้วย 8-10 ท่า (หนึ่งชุด) แต่ละท่าทำ 8-12 ครั้ง วันละ 2-4 ชุด การเดิน นับเป็นการออกกำลังกายปานกลางที่มีข้อจำกัดน้อย ทำได้ทุกวัย การเดิน 10 นาทีหลังอาหาร สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

2.4.5.1.3 การจัดการความเครียด

ความเครียดมีผลไปกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมน glucocorticoids ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (Loy, 2014) ซึ่งมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยตรงและทำให้ต้องใช้ยาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนอกจากจะหลีกเลี่ยงกับสิ่งก่อ

ความเครียดแล้ว จำเป็นต้องมีวิธีการจัดการความเครียดให้เหมาะสมกับบุคคลนั้น ๆ (อาภาพร เผ่าวัฒนา และสุรินทร์ กลัมพากร, 2556) เช่น การทำงานอดิเรกที่ชอบ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวด รวมถึงการฝึกสมาธิ (นงนุช โอบะ, 2555)

2.4.5.1.4 การลดพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

จากการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่ในปริมาณมากส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณของฮอร์โมนคอร์ติซอล และสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้การทำงานของอินซูลินลดลง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2014) สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นให้พลังงานสูงเกือบเท่าไขมันและบางชนิดมีส่วนประกอบของคาร์โบไฮเดรตสูง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นด้วย ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงไม่ควรดื่มสุรา(เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2550) จะเห็นว่าทั้งบุหรี่และสุรามีผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานควรหยุดหรือลดพฤติกรรมดังกล่าว รวมถึงผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ควรหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ด้วย (อาภาพร เผ่าวัฒนา และ สุรินทร์ กลัมพากร, 2556; ADA, 2017) สำหรับบุคคลที่ติดบุหรี่และสุรามาก จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เฉพาะควรส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการที่มีความพร้อมในการรักษาต่อไป (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และคณะ, 2560)

2.4.5.2 การรักษาโดยใช้ยา

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะใช้ยาเมื่อพบว่าบางรายที่เริ่มต้นการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแต่ยังพบว่าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีหรือกรณีที่บางรายจำเป็นต้องเริ่มการรักษาด้วยยา ซึ่งอาจเป็นยาเม็ดหรือยาฉีด ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความจำเป็นของ

ผู้ป่วยแต่ละราย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชราชมารี และคณะ, 2560) โดยแบ่งได้ดังนี้

2.4.5.2.1 การรักษาด้วยยาเม็ด ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่นิยมใช้แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ตามกลไกของการออกฤทธิ์ ได้แก่

1) กลุ่มที่กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น (insulin secretagogues) ได้แก่ ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylureas) เช่น glicazide, glipizide (5 มก./เม็ด) ขนาดยา 5-20 มก./วัน แบ่งให้วันละ 1-2 ครั้งก่อนอาหาร ผลข้างเคียงคือ หัวบอบ น้ำหนักเพิ่ม (ปณิศา ลิมปะวัฒน์, 2559) ยากลุ่มที่ไม่ใช่ซัลโฟนิลยูเรีย (non-sulfonylureas หรือ glinides) และยาที่ยับยั้งการทำลาย glucagon like peptide-1 (GLP-1) ได้แก่ ยากลุ่ม DPP-4 inhibitors (หรือ gliptins)

2) กลุ่มที่ลดภาวะดื้ออินซูลินคือ biguanides เช่น metformin (500, 850 มก./เม็ด) ขนาดยา 500-3,000 มก./วัน แบ่งให้ 1-3 ครั้งต่อวัน หลังอาหารหรือพร้อมอาหารทันที ผลข้างเคียง เบื่ออาหาร ท้องเสีย ปวดท้อง น้ำหนักลด (ปณิศา ลิมปะวัฒน์, 2559) และกลุ่ม thiazolidinediones หรือ glitazone

3) กลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์ alpha-glucosidase (alpha-glucosidase inhibitors) ที่เยื่อลำไส้ ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้

4) กลุ่มที่ยับยั้ง sodium-glucose co-transporter (SGLT-2) receptor ที่ไต ทำให้ขับกลูโคสทิ้งทางปัสสาวะ

2.4.5.2.2 การรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก ใช้ยาเม็ดรับประทาน 2-3 ชนิด ในขนาดสูงสุดแล้วควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อยู่ในภาวะผิดปกติ เช่น การติดเชื้อรุนแรง อุบัติเหตุรุนแรง และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง รวมทั้งภาวะขาดอาหาร (malnutrition) มีความผิดปกติของตับและไตที่มีผลต่อยา และแพทย์ได้รับประทานซึ่งอินซูลิน อาจจะให้ร่วมกับยาเม็ด หรือให้ร่วมกับอินซูลินก่อนมื้ออาหาร ชนิดที่นิยมให้ คือ basal insulin เช่น Intermediate acting insulin คือ NPH ควรฉีด เวลา 21.00-23.00 น. และ Long acting insulin analog (LAA) คือ insulin glargine และ insulin detemir สามารถฉีดตอนเย็นหรือก่อนนอนได้ สำหรับ insulin glargine อาจฉีดก่อนอาหารเช้าหากต้องการ อาจพิจารณาใช้ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อย ๆ จากการใช้ insulin NPH ส่วน insulin degludec สามารถฉีดเวลาใดก็ได้ โดยฉีดวันละ 1 ครั้ง แนะนำให้ฉีดเวลาเดิมทุกวัน ยกเว้นในกรณีไม่สามารถฉีดเวลาเดิมได้ ให้เลื่อนเวลาฉีดได้ไม่เกิน 8-16 ชม. อาจพิจารณาใช้ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อย ๆ จาก insulin glargine หรือ insulin detemir หรือผู้ป่วยที่ต้องการความสะดวกในการฉีด insulin

2.5 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.5.1 ความดันโลหิต(hypertension)

ความดันโลหิต หมายถึง การไหลของกระแสเลือดที่กระทบผ่านผนังหลอดเลือดแดงซึ่งมีการสูบฉีดโลหิตออกจากหัวใจเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงร่างกาย

2.5.2 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 mmHg และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 mmHg (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ตามสาเหตุ ได้แก่

1) Primary or essential or idiopathic hypertension คือ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) Secondary hypertension คือ โรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ พบประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บางโรคสามารถให้การรักษาให้หายขาดได้

2.5.3 ปัจจัยการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.5.3.1 ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีดังนี้

2.5.3.1.1 พันธุกรรม ประวัติครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดมีร้อยละ 20 - 40 และมีการศึกษาค้นคว้าในมนุษย์จำนวนมาก โดยมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมในบุคคลที่มีสายเลือดเดียวกัน (พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) นอกจากนี้ ในการศึกษาจาก Framingham Offspring Study ที่ศึกษาในกลุ่ม 973 ราย ที่มีประวัติพี่น้องเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (อายุเฉลี่ย 57 ปี) และ 4,506 ราย ที่ไม่มีประวัติพี่น้องเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (อายุเฉลี่ย 47 ปี) พบว่า ถ้ามีพี่น้องเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคในระบบหลอดเลือด

2.5.3.1.2 เพศ มีการศึกษาที่ทำในชาวฟินแลนด์ ทั้งหมด 14,786 ราย ในช่วงอายุตั้งแต่ 25 - 64 ปี ติดตามการศึกษาไป 12 ปี พบว่า เพศชายมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากกว่าเพศหญิง 3 เท่า และมีอัตราการเสียชีวิตในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 5 เท่า

2.5.3.1.3 อายุ โรคความดันโลหิตสูงมักพบในอายุ 40 ปีขึ้นไป อายุที่สูงขึ้นส่งผลให้ชายและหญิง มีความยืดหยุ่นของหลอดเลือดน้อยลง แข็งและเปราะได้ง่ายทำให้เกิดโรคหลอดเลือดได้ง่ายกว่าวัยอื่น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

2.5.3.1.4 เชื้อชาติ ผิวสีดำจะมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าผิวสีขาว และผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่จะพบในคนผิวสีดำ ทั้งนี้มาจากระดับเรตินต่ำลง เพิ่มความไวต่อระดับวาโซเพรสซิน(ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

2.5.3.2 ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีดังนี้

2.5.3.2.1 การรับประทานอาหารที่มีโซเดียม หรืออาหารรสเค็ม โดยอาหารรสเค็มจะมีปริมาณของโซเดียมสูงมากเมื่อเข้าสู่เซลล์หลอดเลือดทำให้เกิดการเพิ่มปริมาณของน้ำในเซลล์ส่งผลต่อการไหลเวียนของโลหิตเกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา

2.5.3.2.2 การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันในปริมาณที่สูงมากในหลอดเลือดทำให้เกิดการขัดขวางการไหลเวียนของเลือดต้องใช้แรงดันสูงทำให้เกิดความดันโลหิตสูง บางรายมีการตีบ ตัน และหลอดเลือดแตกเกิดอัมพฤกษ์อัมพาต ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

2.5.3.2.3 การรับประทานผักและผลไม้ น้อย ผักและผลไม้มีส่วนประกอบที่สำคัญคือ วิตามิน สารแอนต็อกซิแดน สารต้านอนุมูลอิสระ ล้วนแต่มีประโยชน์ต่อหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะวิตามินซีซึ่งละลายได้เองในน้ำ เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะจับกับคลอเรสเตอรอลทำให้คลอเรสเตอรอลสามารถละลายได้ในน้ำ จึงลดการเกิดไขมันอุดตันในหลอดเลือดในทางตรงข้ามหากไม่รับประทานผักและผลไม้ย่อมทำให้ร่างกายสะสมไขมัน เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา

2.5.3.2.4 การสูบบุหรี่และการดื่มสุราการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบตัน ในผู้ที่สูบบุหรี่วันละอย่างน้อย 20 มวนจะเพิ่มอัตราการเกิด กล้ามเนื้อหัวใจตาย 3 เท่า ในผู้ชาย และ 6 เท่าในผู้หญิงเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่รวมทั้งคนที่สูดควันบุหรี่ก็มีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นด้วยและการดื่มสุราทำให้เกิดการออกซิเดชันของไขมันเป็นการเพิ่มปริมาตรไขมันให้เซลล์ร่างกายเกิดความดันโลหิตสูงตามมา

2.5.3.2.5 การรับประทานคาเฟอีนและเครื่องดื่มชูกำลัง หลายการศึกษายังไม่แน่ชัดว่าการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงแต่พบว่ากาแฟ 3 แก้วทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิต 4/3 มิลลิเมตรปรอท หากดื่มชาและกาแฟในปริมาณที่เท่ากันจะพบว่าชาทำให้ระดับความดันโลหิตสูงกว่าการดื่มกาแฟ (พีระ บุรณะ-กิจเจริญ, 2553)

2.5.3.2.6 การขาดออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตภายในร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายยังมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตในร่างกาย ซึ่งการออกกำลังกายระดับปานกลางสามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ 10 มิลลิเมตรปรอท นอกจากการออกกำลังกายยังช่วยลดระดับความดันโลหิตแล้วจะช่วยชะลอการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

2.5.3.2.7 ความเครียด เป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อม บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ จะเป็นบุคคลเครียดง่าย ขาดความยืดหยุ่นในการใช้ชีวิต เมื่อมีภาวะเครียดจะทำ

ให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น กระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้มีการทำงานมากขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นตามมาด้วย ถ้ามีความเครียดเป็นระยะเวลายาวนานอาจมีต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะลดลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

2.5.4 อาการและอาการแสดง

อาการและการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจนจะพบเมื่ออาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนโรคนี้จึงเปรียบเสมือนภัยเงียบของประชาชนบางคนมีอาการปวดศีรษะ ปวดตึงท้ายทอยตอนเช้าหลังตื่นนอน บางรายอาการรุนแรง มึนงง สับสนเหนื่อยง่ายเลือดกำเดาไหล ทั้งนี้ควรตรวจวัดระดับความดันโลหิตเพื่อยืนยันอีกครั้ง ตรวจวัดประเมินระดับความดันโลหิตทุกปี

2.5.5 การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 4 ระดับได้ดังนี้

ระดับ 1 High normal blood pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาวเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและยังเป็นพื้นฐานการควบคุมความดันโลหิตไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม

2.5.6 ภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง

การที่ไม่ได้รับการรักษาและดูแลควบคุมระดับความดันโลหิตจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะในร่างกายได้แก่ หัวใจ สมอง ตา ไต หลอดเลือดส่วนปลาย ดังนี้ 1) ผลต่อสมอง หลอดเลือดบริเวณสมองตีบ แคบอุดตัน และแตก ทำให้เนื้อสมองบางส่วนไม่ได้รับเลือดไปเลี้ยงเกิดสมองขาดเลือดเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนมากในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2552) 2) ผลต่อหัวใจ โครงสร้างและหน้าที่การทำงานของหัวใจเปลี่ยนแปลง ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตผิดปกติ เลือดคั่งและเกิดภาวะน้ำท่วมปอดเสียชีวิตในที่สุด 3) ผลต่อไต โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือด

บริเวณไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง แรงดันในโกลเมอรูลัสสูงขึ้นหลอดเลือดแข็งตัวและเกิดไตวาย 4) ผลต่อตา เส้นเลือดบริเวณดวงตาหดตัวในระยะแรกเริ่ม แข็งตัวในเวลาต่อมา และเกิดเลือดออกที่จอประสาทตา ตาบอดได้ (พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2553 ; สุรเกียรติ อาชาานุภาพ, 2553) 5) ผลต่อหลอดเลือดส่วนปลาย เมื่อหลอดเลือดมีการตีบแข็งทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงส่วนปลายได้ ทำให้เกิดอาการชา ตามปลายมือปลายเท้าและ ทำให้อวัยวะขาดเลือดเกิดการเน่าตายได้

2.5.7 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เป็นการรักษาร่วมกันระหว่างการรักษาโดยไม่ใช้ยากับการรักษาโดยใช้ยา ซึ่งเป้าหมายของการรักษาคือ เพื่อลดการทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ สมอง ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้

2.5.7.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการรักษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (life style modification) ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

2.5.7.1.1 การลดน้ำหนัก (weight reduction) การเพิ่มของน้ำหนักประเมนได้จากดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) โดยพบว่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 27 ขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิตและระดับไขมันสะสมในร่างกาย ซึ่งจะมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การที่สามารถคงระดับดัชนีมวลกายให้อยู่ในช่วง 18.50-24.90 กิโลกรัม/ตารางเมตรจะสามารถลดความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) และช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิต

2.5.7.1.2 การจำกัดปริมาณโซเดียม (sodium restriction) ปริมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความไวต่อโซเดียม การควบคุมการนำเข้าของปริมาณโซเดียมในระดับปานกลาง คือ 2.30 กรัมของโซเดียมหรือเกลือ 6 กรัม โดยรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำกว่า 100 mmol ต่อวัน ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) ซึ่งจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Rhee et al., 2013)

2.5.7.1.3 การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารไขมัน (dietary fat modification) โดยการลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนจำพวกปลา ซึ่งจะส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง 2.50-3.00 มิลลิเมตรปรอท

2.5.7.1.4 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ต่อมใต้สมองหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน ส่งผลให้หลอดเลือดบีบตัวได้ดีขึ้น ความตึงตัวของหลอดเลือดลดลง มีการขยายตัวมากขึ้น ช่วยเพิ่มระดับ

ไขมันดี (HDL-C) ได้ร้อยละ 4.60 และสามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ร้อยละ 3.70 จึงสามารถลดอัตราตายได้

2.5.7.1.5 การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ (alcohol restriction)

2.5.7.1.6 การงดสูบบุหรี่ มีความสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยสารนิโคตินในบุหรี่จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแข็งมากขึ้น

2.5.7.1.7 การลดความเครียด รวมถึงการผ่อนคลายความเครียด และการลดความวิตกกังวล

2.5.8 การรักษาโดยใช้ยา แนวทางการรักษาโดยทั่วไป

แพทย์จะเลือกใช้ยาในกลุ่ม diuretics หรือ beta-blockers ก่อน เนื่องจากสามารถลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิต (morbidity and mortality) จากการใช้ยาในระยะยาวได้ ในการใช้ยาควรเริ่มจากขนาดต่ำ ๆ ก่อน แล้วค่อยๆ ปรับเพิ่มขนาดจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

2.5.8.1 diuretic ยาขับปัสสาวะที่มีการนำมาใช้เพื่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม thiazide diuretic และกลุ่ม thiazide-like diuretic เช่น hydrochlorothiazide (HCTZ), bendroilumethzide โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการขนส่งโซเดียมที่ท่อไตส่วนปลาย (distal convoluted tubule) ทำให้ลดการดูดกลับของโซเดียม

2.5.8.2 beta-blockers เช่น propranolol, atenolol, metoprolol ซึ่งยาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตที่ใกล้เคียงกัน

2.5.8.3 angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors) เช่น captopril, enalapril, perindopril ซึ่งยาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตที่ใกล้เคียงกัน โดยออกฤทธิ์ขัดขวางการเปลี่ยน angiotensin converting enzyme I เป็น angiotensin converting enzyme II ทำให้ระดับ angiotensin converting enzyme II ลดลง ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัว โดยกระตุ้น การหลั่งอัลโดสเตอโรน (aldosterone) และกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก

2.5.8.4 angiotensin-II receptor blocker (ARB) มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตและเพิ่มความดันโลหิตได้ในผู้ที่มีระดับเรนินต่ำกลไกการออกฤทธิ์คือ ARB จะแข่งกับ angiotensin II ในการจับกับ receptor ทำให้ฤทธิ์ของ angiotensin II หดไป ซึ่งมีผลต่อการเต้นของหัวใจและปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีน้อยมาก

2.5.8.5 calcium channel blocker (CCB) ยากลุ่มนี้เริ่มแรกใช้เป็นยารักษาอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งต่อมาใช้เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยออกฤทธิ์ปิดกั้นที่

ช่องทางผ่านแคลเซียม (voltage-sensitive calcium channel) ทำให้แคลเซียมจากภายนอกเข้าสู่เซลล์น้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงคลายตัว อัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจลดลง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) dihydropyridine derivatives เช่น nifedipine, nitrendipine, amlodipine 2) papaverine derivatives เช่น verapamil 3) benzothiazepine derivatives เช่น diltiazem

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับระบบ GIS

2.6.1 ความหมายของคำว่า "ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System) GIS" ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ หรือ Geographic Information System : GIS คือ กระบวนการทำงานเกี่ยวกับข้อมูลในเชิงพื้นที่ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ที่ใช้กำหนดข้อมูลและสารสนเทศ ที่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งในเชิงพื้นที่ เช่น ที่อยู่ บ้านเลขที่ สัมพันธ์กับตำแหน่งในแผนที่ ตำแหน่ง เส้นรุ้ง เส้นแวง ข้อมูลและแผนที่ใน GIS เป็นระบบข้อมูลสารสนเทศที่อยู่ในรูปของตารางข้อมูล และฐานข้อมูลที่มีส่วนสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial Data) ซึ่งรูปแบบและความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงพื้นที่ทั้งหลาย จะสามารถนำมาวิเคราะห์ด้วย GIS และทำให้สื่อความหมายในเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับเวลาได้ เช่น การแพร่ขยายของโรคระบาด การเคลื่อนย้าย ถิ่นฐาน การบุกรุกทำลาย การเปลี่ยนแปลงของการใช้พื้นที่ ฯลฯ ข้อมูลเหล่านี้ เมื่อปรากฏบนแผนที่ทำให้สามารถแปลและสื่อความหมาย ใช้งานได้ง่าย GIS เป็นระบบข้อมูลข่าวสารที่เก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ แต่สามารถแปลความหมายเชื่อมโยงกับสภาพภูมิศาสตร์อื่นๆ สภาพการทำงานของระบบสัมพันธ์กับสัดส่วนระยะทางและพื้นที่จริงบนแผนที่ ข้อแตกต่างระหว่าง GIS กับ MIS นั้นสามารถพิจารณาได้จากลักษณะของข้อมูล คือ ข้อมูลที่จัดเก็บใน GIS มีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial Data) ที่แสดงในรูปของภาพ (graphic) แผนที่ (map) ที่เชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงบรรยาย (Attribute Data) หรือฐานข้อมูล (Database) การเชื่อมโยงข้อมูลทั้งสองประเภทเข้าด้วยกัน จะทำให้ผู้ใช้สามารถที่จะแสดงข้อมูลทั้งสองประเภทได้พร้อมๆ กัน เช่นสามารถจะค้นหาตำแหน่งของจุดตรวจวัดควันดำ - ควันขาวได้โดยการระบุชื่อจุดตรวจ หรือในทางตรงกันข้าม สามารถที่จะสอบถามรายละเอียดของ จุดตรวจจากตำแหน่งที่เลือกขึ้นมา ซึ่งจะต่างจาก MIS ที่แสดง ภาพเพียงอย่างเดียว โดยจะขาดการเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกับรูปภาพนั้น เช่นใน CAD (Computer Aid Design) จะเป็นภาพเพียงอย่างเดียว แต่แผนที่ใน GIS จะมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งในเชิงพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ คือค่าพิกัดที่แน่นอน ข้อมูลใน GIS ทั้งข้อมูลเชิงพื้นที่และข้อมูลเชิงบรรยาย สามารถอ้างอิงถึงตำแหน่งที่มีอยู่จริงบนพื้นโลกได้โดยอาศัยระบบพิกัดทางภูมิศาสตร์ (Geocode) ซึ่งจะสามารถอ้างอิงได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ข้อมูลใน GIS ที่อ้างอิงกับพื้นผิวโลก

โดยตรง หมายถึง ข้อมูลที่มีค่าพิกัดหรือมีตำแหน่งจริงบนพื้นโลกหรือในแผนที่ เช่น ตำแหน่งอาคาร ถนน ฯลฯ สำหรับข้อมูล GIS ที่จะอ้างอิงกับข้อมูลบนพื้นโลกได้โดยทางอ้อมได้แก่ ข้อมูลของบ้าน (รวมถึงบ้านเลขที่ ซอย เขต แขวง จังหวัด และรหัสไปรษณีย์) โดยจากข้อมูลที่อยู่ เราสามารถทราบได้ว่าบ้านหลังนี้มีตำแหน่งอยู่ ณ ที่ใดบนพื้นโลก เนื่องจากบ้านทุกหลังจะมีที่อยู่ไม่ซ้ำกัน

2.6.2 องค์ประกอบของ GIS (Components of GIS) องค์ประกอบหลักของระบบ GIS จัดแบ่งออกเป็น 5 ส่วนใหญ่ ๆ คือ อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ (Hardware) โปรแกรม (Software) ขั้นตอนการทำงาน (Methods) ข้อมูล (Data) และบุคลากร (People) โดยมีรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบดังต่อไปนี้

2.6.2.1 อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ คือ เครื่องคอมพิวเตอร์รวมไปถึงอุปกรณ์ต่อพ่วงต่าง ๆ เช่น Digitizer, Scanner, Plotter, Printer หรืออื่น ๆ เพื่อใช้ในการนำเข้าข้อมูล ประมวลผล แสดงผล และผลิตผลลัพธ์ของการทำงาน

2.6.2.2 โปรแกรม คือชุดของคำสั่งสำเร็จรูป เช่น โปรแกรม Arc/Info, MapInfo ฯลฯ ซึ่งประกอบด้วยฟังก์ชัน การทำงานและเครื่องมือที่จำเป็นต่าง ๆ สำหรับนำเข้าและปรับแต่งข้อมูล, จัดการระบบฐานข้อมูล, เรียกค้น, วิเคราะห์ และ จำลองภาพ

2.6.2.3 ข้อมูล คือข้อมูลต่าง ๆ ที่จะใช้ในระบบ GIS และถูกจัดเก็บในรูปแบบของฐานข้อมูลโดยได้รับการดูแล จากระบบจัดการฐานข้อมูลหรือ DBMS ข้อมูลจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญรองลงมาจากบุคลากร

2.6.2.4 บุคลากร คือ ผู้ปฏิบัติงานซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ เช่น ผู้นำเข้าข้อมูล ช่างเทคนิค ผู้ดูแลระบบฐานข้อมูล ผู้เชี่ยวชาญสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ผู้บริหารซึ่งต้องใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ บุคลากรจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในระบบ GIS เนื่องจากถ้าขาดบุคลากร ข้อมูลที่มีอยู่มากมายมหาศาลนั้น ก็จะเป็นเพียงขยะไม่มีคุณค่าใดเลยเพราะไม่ได้ถูกนำไปใช้งาน อาจจะกล่าวได้ว่า ถ้าขาดบุคลากรก็จะมีระบบ GIS

2.6.2.5 วิธีการหรือขั้นตอนการทำงาน คือวิธีการที่องค์กรนั้น ๆ นำเอาระบบ GIS ไปใช้งานโดยแต่ละ ระบบแต่ละองค์กรย่อมมีความแตกต่างกันออกไป ฉะนั้นผู้ปฏิบัติงานต้องเลือกวิธีการในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับของหน่วยงานนั้น ๆ เอง

2.6.3 หน้าที่ของ GIS ภาระหน้าที่หลัก ๆ ของระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ควรจะมีอยู่ด้วยกัน 5 อย่างดังนี้

2.6.3.1 การนำเข้าข้อมูล (Input) ก่อนที่ข้อมูลทางภูมิศาสตร์จะถูกใช้งานได้ในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ข้อมูลจะต้องได้รับการแปลง ให้มาอยู่ในรูปแบบของข้อมูลเชิงตัวเลข (digital

format) เสียก่อน เช่น จากแผนที่กระดาษไปสู่ข้อมูลใน รูปแบบดิจิทัลหรือแฟ้มข้อมูลบนเครื่องคอมพิวเตอร์อุปกรณ์ที่ใช้ในการนำเข้าเช่น Digitizer Scanner หรือ Keyboard เป็นต้น

2.6.3.2 การปรับแต่งข้อมูล (Manipulation) ข้อมูลที่ได้รับเข้าสู่ระบบบางอย่าง จำเป็นต้องได้รับการปรับแต่งให้เหมาะสมกับงาน เช่น ข้อมูลบางอย่างมีขนาด หรือสเกล (scale) ที่แตกต่างกัน หรือใช้ระบบพิกัดแผนที่ที่แตกต่างกัน ข้อมูลเหล่านี้จะต้องได้รับการปรับให้อยู่ใน ระดับเดียวกันเสียก่อน

2.6.3.3 การบริหารข้อมูล (Management) ระบบจัดการฐานข้อมูลหรือ DBMS จะถูก นำมาใช้ในการบริหารข้อมูลเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพในระบบ GIS DBMS ที่ได้รับการเชื่อถือ และนิยมใช้กันอย่างกว้างขวางที่สุดคือ DBMS แบบ Relational หรือระบบจัดการฐานข้อมูลแบบ สัมพัทธ์ (DBMS) ซึ่งมีหลักการทำงานพื้นฐานดังนี้คือ ข้อมูลจะถูกจัดเก็บ ในรูปของตารางหลาย ๆ ตาราง

2.6.3.4 การเรียกค้นและวิเคราะห์ข้อมูล (Query and Analysis) เมื่อระบบ GIS มีความพร้อมในเรื่องของข้อมูลแล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ให้เกิด ประโยชน์ เช่น ใครคือเจ้าของกรรมสิทธิ์ในที่ดินผืนที่ติดกับโรงเรียน เมืองสองเมืองนี้มีระยะห่างกันกี่กิโลเมตร ดิน ชนิดใดบ้างที่เหมาะสมสำหรับปลูกอ้อย หรือ ต้องมีการสอบถามอย่างง่าย ๆ เช่น ชี้อาชีพไปในบริเวณที่ ต้องการแล้วเลือก (point and click) เพื่อสอบถามหรือเรียกค้นข้อมูล นอกจากนี้ระบบ GIS ยังมี เครื่องมือในการวิเคราะห์ เช่น การวิเคราะห์เชิงประมาณค่า (Proximity หรือ Buffer) การวิเคราะห์ เชิงซ้อน (Overlay Analysis) เป็นต้น หรือ ต้องมีการสอบถามอย่างง่าย ๆ เช่น ชี้อาชีพไปในบริเวณที่ ต้องการแล้วเลือก (point and click) เพื่อสอบถามหรือเรียกค้นข้อมูล นอกจากนี้ระบบ GIS ยังมี เครื่องมือในการวิเคราะห์ เช่น การวิเคราะห์เชิงประมาณค่า (Proximity หรือ Buffer) การวิเคราะห์ เชิงซ้อน (Overlay Analysis) เป็นต้น

2.6.3.5 การนำเสนอข้อมูล (Visualization) จากการดำเนินการเรียกค้นและวิเคราะห์ ข้อมูล ผลลัพธ์ที่ได้จะอยู่ในรูปของตัวเลขหรือตัวอักษร ซึ่งยากต่อการตีความหมายหรือทำความเข้าใจ การนำเสนอข้อมูลที่ดี เช่น การแสดงชาร์ต (chart) แบบ 2 มิติ หรือ 3 มิติ รูปภาพจากสถานที่จริง ภาพเคลื่อนไหว แผนที่ หรือแม้กระทั่งระบบมัลติมีเดียสื่อต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ใช้เข้าใจความหมาย และมองภาพของผลลัพธ์ที่กำลังนำเสนอได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นการดึงดูดความสนใจของผู้ฟังอีกด้วย

2.6.4 ลักษณะข้อมูลภูมิศาสตร์ (Gcographic Features) ปรากฏการณ์ หรือวัตถุต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวเรา สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ สภาพแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น แสดงลงบนแผนที่ ด้วย จุด (Point) เส้น (line) พื้นที่ (Area หรือ Polygon) ตัวอักษร (Text) อธิบายลักษณะสิ่งที่ ปรากฏ ด้วยสี (Color) สัญลักษณ์ (Symbol) ข้อความบรรยาย (Annotation) ที่ตั้ง (Location)

ลักษณะข้อมูลภูมิศาสตร์จะต้องแสดงถึงที่ตั้งทางภูมิศาสตร์และที่ตั้งสัมพันธ์ของสถานที่หรือสิ่งต่าง ๆ บนโลก

2.6.5 แผนที่ และ ข้อมูลเชิงพื้นที่

แผนที่ คือสิ่งที่แสดงลักษณะของผิวโลก ทั้งที่เป็นอยู่ตามธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้นโดยแสดงลงบนพื้นราบ อาศัยการย่อส่วนให้เล็กลงตามขนาดที่ต้องการและใช้เครื่องหมายหรือสัญลักษณ์แทนสิ่งที่ปรากฏอยู่บนผิวโลก

ข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial data) มีส่วนประกอบ 2 ส่วนดังนี้

ข้อมูลเชิงภาพ (Graphic data) สามารถแทนได้ด้วย 2 รูปแบบพื้นฐาน คือ ข้อมูลแบบเวกเตอร์ (Vector format) ข้อมูลแบบแรสเตอร์ (Raster format)

ข้อมูลอรรถธิบาย (Attribute data) เป็นข้อความอธิบายที่มีความสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงภาพเหล่านั้น เช่น ชื่อถนน, ลักษณะ พื้นผิว และจำนวนช่องทางวิ่งของเส้นถนนแต่ละเส้น เป็นต้น

2.6.6 ลักษณะข้อมูลในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์

1) โลกมีความสลับซับซ้อนมากเกินไปที่จะเก็บข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับโลกไว้ในรูปข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ จึงต้องเปลี่ยนปรากฏการณ์บน ผิวโลกจัดเก็บในรูปของตัวเลขเชิงรหัส (digital form) โดยแทนปรากฏการณ์เหล่านั้นด้วยลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่เรียกว่า Feature ซึ่งเป็นลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่เป็นตัวแทนของปรากฏการณ์ทางภูมิศาสตร์บนโลกแผนที่กระดาษบันทึกตำแหน่งทางภูมิศาสตร์และแทนสิ่งต่าง ๆ บนโลกที่เป็นลายเส้นและพื้นที่ด้วยสัญลักษณ์แบบ จุด เส้น พื้นที่และตัวอักษร ในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์จะใช้ feature ประเภทต่าง ๆ ในการแทนปรากฏการณ์โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) จุด (Point) จุด (Point) ลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่มีตำแหน่งที่ตั้งเฉพาะเจาะจง หรือมีเพียงอย่างเดียว สามารถแทนได้ด้วยจุด (Point Feature) หมุดหลักเขต บ่อน้ำ จุดชมวิว จุดความสูง อาคาร ตึก สิ่งก่อสร้าง ข้อพิจารณาเกี่ยวกับมาตราส่วนมาตราส่วนแผนที่จะเป็นตัวกำหนดว่าจะแทนปรากฏการณ์บนโลกด้วยจุด ลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่เป็นจุดตัวอย่างเช่น บนแผนที่โลก มาตราส่วนเล็กจะแทนค่าที่ตั้งของเมืองด้วยจุด แม้ว่าในความเป็นจริงเมืองนั้นจะครอบคลุมพื้นที่จำนวนหนึ่งก็ตาม ในขณะที่บนแผนที่มาตราส่วนที่ใหญ่ขึ้น เมืองดังกล่าวจะปรากฏเป็นพื้นที่และแต่ละอาคารจะถูกแทนค่าด้วยจุด ข้อมูลค่าพิกัดของจุดแทนด้วยค่าพิกัด x, y 1 คู่ ซึ่งจะแทนตำแหน่งของจุด จุดจะไม่มีแนวยาวหรือพื้นที่

2) เส้น (Arc) ลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่วางตัวไปตามทางระหว่างจุด 2 จุด จะแทนด้วยเส้น (Arc Feature) ตัวอย่างลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่เป็นเส้น ลำน้ำ ถนน โครงข่ายสาธารณูปโภค เส้นชั้นความสูง เส้นจะมีข้อจำกัดคือ 1 เส้นจะมี Vertex ได้ไม่เกิน 500 Vertex โดย vertex ลำดับที่ 500 จะเปลี่ยนเป็น node และเริ่มต้น เส้นใหม่ด้วยการ identifier ค่าใหม่โดยอัตโนมัติ สำหรับข้อ

มูลค่าพิกัดของ Arc ประกอบด้วย Vertex (ค่าพิกัด x, y คู่หนึ่งบน arc) เป็นตัวกำหนดรูปร่างของ arc และ arc หนึ่งเส้นเริ่มต้นและจบลงด้าน Node นอกจากนี้ arc ที่ตัดกันจะเชื่อมต่อกันที่ Node และระบบค่าพิกัดจะกำหนดโดยความยาวของ arc 3) พื้นที่ (Polygon) ลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่มีพื้นที่เดียวกันจะถูกล้อมรอบด้วยเส้นเพื่อแสดงขอบเขต ตัวอย่างข้อมูลที่เป็นพื้นที่ เขตตำบล อำเภอ จังหวัด ขอบเขตอุทยานแห่งชาติ เขตน้ำท่วม เป็นต้น พื้นที่ที่มีข้อพิจารณาเกี่ยวกับมาตราส่วนของแหล่งที่มาของข้อมูลจะเป็นตัวกำหนดการแทนปรากฏการณ์บนโลกแห่งความเป็นจริงด้วย point หรือ polygon ตัวอย่าง เช่น อาคารบนมาตราส่วนขนาดใหญ่ เช่น 1 : 4,000 เป็น polygon ที่ถูกกำหนดขึ้น โดยขอบเขตอาคาร บนแผนที่ 1 : 50,000 ที่มาตราส่วนเล็ก อาคารจะแสดงด้วยจุดและข้อมูลค่าพิกัดของ Polygon จะประกอบด้วย arc ตั้งแต่ 1 เส้นขึ้นไป แต่มี 1 Label point และ Label point 1 point จะอยู่ภายในพื้นที่ปิดและใช้ในการแยกแยะแต่ละ polygon ออกจากกัน

2.6.7 เทคนิคและวิธีการนำเข้าข้อมูล

การนำเข้าข้อมูล (Input data) เป็นกระบวนการบันทึกข้อมูลเข้าสู่คอมพิวเตอร์ การสร้างฐานข้อมูลที่จะเอียง ถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ซึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพข้อมูล ที่จะนำเข้าสู่ระบบในเรื่องแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการสำรวจข้อมูลมาตราส่วนของแผนที่ ความถูกต้อง ความละเอียด พื้นที่ที่ข้อมูลครอบคลุมถึงและปีที่จัดทำข้อมูล เพื่อประเมินคุณภาพ และคัดเลือกข้อมูลที่จะนำเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล

2.6.7.1 การนำเข้าข้อมูลเชิงพื้นที่ สำหรับขั้นตอนการนำเข้าข้อมูลเชิงพื้นที่ที่ทำได้หลายวิธี แต่ที่นิยมทำกันในปัจจุบันได้แก่ การดิจิไทซ์ (Digitize) และการกวาดตรวจ (Scan) ซึ่งทั้ง 2 วิธีต่างก็มีข้อดี และข้อด้อยต่างกันไปกล่าวคือการนำเข้าข้อมูลโดยวิธีกวาดตรวจจะมีความรวดเร็วและถูกต้องมากกว่าวิธีการนำเข้าข้อมูลแผนที่โดยดิจิไทซ์และเหมาะสำหรับงานที่มีปริมาณมาก แต่การนำเข้าข้อมูลโดยการดิจิไทซ์จะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและเหมาะสำหรับงานที่มีปริมาณน้อย การใช้เครื่องอ่านพิกัด (Digitizer) เป็นการแปลงข้อมูลเข้าสู่ระบบโดยนำแผนที่มาตวัดบนโต๊ะ และกำหนดจุดอ้างอิง (control point) อย่างน้อยจำนวน 4 จุด แล้วนำตัวชี้ตำแหน่ง (Cursor) ลากไปตามเส้นของรายละเอียดบนแผนที่ การใช้เครื่องกวาดภาพ (Scanner) เป็นเครื่องมือที่วัดความเข้มของแสงที่สะท้อนจากลายเส้นบนแผนที่ ผลลัพธ์เป็นข้อมูลในรูปแบบแรสเตอร์ (raster format) ซึ่งเก็บข้อมูลในรูปของตารางกริดสี่เหลี่ยม (pixel) ค่าความคมชัดหรือความละเอียดมีหน่วยวัดเป็น DPI : dot per inch แล้วทำการแปลงข้อมูลแรสเตอร์ เป็นข้อมูลเวกเตอร์ ที่เรียกว่า Raster to Vector conversion ด้วยโปรแกรม GEOVEC for Microstation หรือ R2V

2.6.7.2 การนำเข้าข้อมูลเชิงบรรยาย ข้อมูลเชิงบรรยายที่จำแนกและจัดหมวดหมู่แล้ว นำเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลด้วยแป้นพิมพ์ (Keyboard) สำหรับโปรแกรม PC ARC/Info จะจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบของ dBASE ด้วยคำสั่ง Tables ส่วนโปรแกรมจัดการฐานข้อมูลแบบ Relational data

base ทั่ว ๆ ไปบนเครื่อง PC เช่น Foxpro, Access หรือ Excel จำเป็นต้องแปลงข้อมูลให้เข้าอยู่ในรูปของ DBF file ก่อนการนำเข้าสู่ PC ARC/INFO (อ้างอิง <https://www.gisthai.org/about-gis/input-gis.html>)

2.7. แนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM)

2.7.1 นิยามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนแนวคิดที่ต้องการอธิบายถึงสาเหตุของ บุคคลในการแสดงออกถึงพฤติกรรมการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผน หรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม ซึ่งอธิบายการตัดสินใจของ บุคคลที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยสามารถนำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Pinkaw, 2019) ซึ่ง ประเภท เพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ(1983) ได้อธิบายถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมการปฏิบัติของ บุคคลนั้น เป็นความเชื่อของ บุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของ บุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่ต่างออกไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรควิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยมการได้รับความเอาใจใส่และอื่น ๆ สอดคล้องกับ เฉลิมพล ต้นสกุล (2007) อธิบายถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งเป็นโมเดลแรก ๆ ที่พัฒนามาจากพฤติกรรมศาสตร์เพื่อที่จะศึกษาปัญหาสุขภาพโดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึง ถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ (Rosenstock, Hochbaum, Kegeles and Leventheb. 1974) ได้ศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบาย ปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสถานะของ Lewin โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลว่าจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจ เพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของ บุคคลโดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของ บุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง Rosenstock. (1990) ได้อธิบายแนวความคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพ จะประกอบไปด้วยความเชื่อที่ว่า 1) การมองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล 2) การเกิดโรคอาจจะมีผลรุนแรงต่อชีวิตของ บุคคล ปานกลางหรือมากก็ได้ การ

ปฏิบัติตัวที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่าง ๆ หรือจะช่วยลดความรุนแรงของ โรคก็ได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า องค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ Becker and Maiman(1975) ได้ ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และปัจจัยอื่น ๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (Modifying and Enabling factor) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cue to Action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกัน (Khongboon, 2015) Becker (1974) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจในด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมใน ด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมจากที่Rosenstock ศึกษาไว้ หลังจากนั้นแล้วยังได้มีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัย แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และปัจจัยอื่น ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วม (Modifying factors) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) มาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) นอกจากปัจจัยที่กล่าวมานี้ ในปี ค.ศ. 1997 Bandura ได้เสนอว่า Self-efficacy (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) น่าจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพด้วย

2.7.2 องค์ประกอบสำคัญตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมของ บุคคล ในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค Becker and fairman(1975) ได้สรุปองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสเกิดโรค แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนไม่เชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงภาวะที่เกิดโรสดังกล่าว จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น ๆ ได้ ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคนี้อาจแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค Becker and Mairman(1975) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้วความเชื่อของ บุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งทำให้การคัดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคและภาวะแทรกซ้อนผิดไป

สำหรับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคัดค้านว่าตนเอง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้อีกและสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงขึ้นทำให้รู้สึกกว่าตนเอง มีโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น แสดงว่าบุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดีกว่าบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่าง ๆ มีความสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้ตัดสินใจว่าควรมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวได้ว่า แม้บุคคลมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจและสัมพันธภาพในครอบครัวความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมของเขาด้วย จึง จะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Wattanaprapijit & Glangkarn, 2018) จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วน ที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มน้าวที่จะหลีกเลี่ยง

3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วยังรวมถึง เวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วยบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามนั้น โดยการแสวงหาการป้องกัน หรือการรักษาโรค แต่ การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่เป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น

2.8 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1991)

กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวของกิบสัน เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่พ่อแม่เพื่อเพิ่มศักยภาพในการสอนเรื่องเพศแก่ลูกมี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering Reality) เป็นขั้นแรกของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริงโดยการตอบสนอง 3 ด้าน คือ (1) การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้ และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลจะเกิดความคับข้องใจ (Frustration) ในเรื่องที่เกิดขึ้น ความคับข้องใจจะเป็นแรงขับเคลื่อนให้บุคคลรู้สึก ว่า ตนเองทำได้ดีกว่านี้ หรือมีโอกาสที่จะมีอนาคตดีขึ้นทำให้บุคคลมีกำลังใจขึ้นและพยายามค้นหาสาเหตุที่

เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม (2) การตอบสนองทางสติปัญญา การรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้างโดยการหาข้อมูลให้ได้มากที่สุดไม่ว่าจะเป็นข้อมูลจาก บุคคลกรสุขภาพ หรือผู้ที่มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจใน สถานการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ที่ได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มาประกอบการตัดสินใจใน การแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ (3) การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioural responses) บุคคลจะตระหนักและรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของ ตนเอง บุคคลจะมองปัญหาในแง่บวกจะพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนต้องการแท้จริงคืออะไร เกิดความชัดเจนในการดูแลและตระหนักถึง ความสำคัญของการดูแลตนเองรวมกับการใช้ประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับ สถานการณ์ใหม่เมื่อบุคคลมีความคิดในแง่บวก ปัญหาทุกอย่างปัญหาจะสามารถแก้ไขได้ดีขึ้น บุคคล จะพยายามปรับตัว และคิดในแง่ดีและจะกระทำการเพื่อดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ความหมายและวิธีการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลนั้น ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องประเมิน ความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีพร้อมทั้ง ประเมินถึงทักษะในการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและผู้สูงอายุถึงการปฏิบัติตัว รวมทั้งความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหาร การบริโภคเครื่องดื่ม สุขนิสัย จารีตประเพณีที่ล้าตามบริบทของ สิ่งแวดล้อม, บริบทด้านบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่ง เป็นการประเมินสถานการณ์ในการรับรู้ ความเชื่อทัศนคติ ทักษะของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อลด พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรของผู้สูงอายุต่อไป

เทคนิคที่จะต้องนำออกมาใช้ในการสอนมีดังนี้

- Self-monitoring (การติดตามเฝ้าระวัง)
- Stimulus control (การควบคุมสิ่งยั่วยุ)
- Contingency management (การจัดการกับความไม่แน่นอน)
- Cognitive restructuring (การเปลี่ยนความคิด)
- Stress management (การจัดการกับความเครียด)

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นการให้ผู้สูงอายุ/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้พยายามทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจจะจัดการกับปัญหาได้อย่าง เหมาะสมเป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหาและแสวงหาทางเลือกการ พิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริงและ เกิดความคับข้องใจในแก้ไขปัญหและเข้าใจตนเองมากขึ้น จะส่งผลให้บุคคลพัฒนาตนเองขึ้นช่วยให้ กลับมามองปัญหาประเมินและพิจารณาถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมมองต่าง ๆ ทำให้เกิดความ

เข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ขั้นตอนนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเองจะคิดได้ว่าจากเดิมที่ตนเอง มีความคิดว่าตนเองไม่สามารถที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ ที่จริงแล้วตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ และสิ่งที่ตนเองได้กระทำนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ตนเองมีความมั่นใจมากขึ้น บุคคลจะตระหนักถึงความเข้มแข็งความสามารถในการดูแลตนเอง จะทำให้เกิดความมั่นใจในความรู้สึกความสามารถ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking Charge) บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนคิดว่าดีและเหมาะสมที่สุด จะพัฒนาความสามารถและมีความมั่นใจในการมีพลังอำนาจ ขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนโดยมีกระบวนการย่อยที่เกิดขึ้นดังนี้

1) การปกป้อง (Advocating for him/herself) โดยบุคคลคิดว่าการดูแลเป็นการปกป้องตนเอง เป็นหน้าที่ และความรับผิดชอบของตนไม่มีบุคคลอื่นที่จะสามารถทำการดูแลตนเองได้ดีเท่ากับตนเองกระทำ

2) การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the ropes) เป็นการเรียนรู้แก้ปัญหา มีการใช้ประสบการณ์เดิมของตน และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ

3) การเรียนรู้โดยคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Learning the persist) เป็นความตั้งใจพยายามในการดูแลตนเองและพยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในการดูแลตนเอง

4) การเจรจาต่อรองเพื่อทำการรักษา (Driving negotiation in health caring) เมื่อบุคคลคิดว่าตนเองมีความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาตนเอง จนเกิดการนำความเข้าใจของตนมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่เพื่อใช้ในการดูแล มีการนำปัญหาในการดูแลมาแลกเปลี่ยนความเห็นกับทีมสุขภาพ บุคคลจะสามารถต่อรองกับการปฏิบัติในการดูแลตนเองกับทีมสุขภาพ เพราะบุคคลเชื่อว่าตนเองเป็นผู้อยู่กับภาวะโรคย่อมมีความเข้าใจในการดูแลตนเองดี

5) การสร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วม (Establishing partnership) เป็นการที่บุคคลต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลรักษาละตัดสินใจในการดูแลรักษาจะทำให้บุคคลแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยมีส่วนร่วมในการอภิปรายปัญหากับทีมสุขภาพทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม ช่วยให้มีการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) เมื่อมีการพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางที่บุคคลได้เลือกไป ทีมสุขภาพและผู้ป่วยจะร่วมมือกันในการแก้ปัญหาเมื่อนำวิธีการแก้ปัญหาไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือเกิดความสำเร็จ

2.9 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (!!! INVALID CITATION !!! (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2561)) หมายถึง ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม และมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 หมายความว่า ผู้สูงอายุ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม (ติดบ้าน 2 กลุ่ม ติดเตียง 2 กลุ่ม) คือ 1) กลุ่มติดบ้าน หรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนและกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน ขับถ่าย 2) กลุ่มติดเตียง หรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต โดยมีการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมิน คือ ดัชนี บาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL Index) ดังนี้

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

0 คะแนน ผู้สูงอายุไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้

1 คะแนน ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า

2 คะแนน ผู้สูงอายุตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

0 คะแนน ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

1 คะแนน ผู้สูงอายุทำตัวเอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

0 คะแนน ผู้สูงอายุไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น

1 คะแนน ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2 คะแนน ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3 คะแนน ผู้สูงอายุทำได้เอง

4. การใช้ห้องน้ำ

0 คะแนน ผู้สูงอายุช่วยตัวเองไม่ได้

1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2 คะแนน ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจาก เสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือบ้าน

0 คะแนน ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

1 คะแนน ผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้

2 คะแนน ผู้สูงอายุสามารถเดิน หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

3 คะแนน ผู้สูงอายุเดิน หรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

0 คะแนน ผู้สูงอายุต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือได้น้อย

1 คะแนน ผู้สูงอายุช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50.00 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

2 คะแนน ผู้สูงอายุช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

0 คะแนน ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้

1 คะแนน ผู้สูงอายุต้องการคนช่วย

2 คะแนน ผู้สูงอายุขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้)

8. การอาบน้ำ

0 คะแนน ผู้สูงอายุต้องมีคนช่วย หรือทำให้

1 คะแนน ผู้สูงอายุอาบน้ำได้เอง

9. การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0 คะแนน ผู้สูงอายุกลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

1 คะแนน ผู้สูงอายุกลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

2 คะแนน ผู้สูงอายุกลั่นได้เป็นปกติ

10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0 คะแนน ผู้สูงอายุกลับไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้

1 คะแนน ผู้สูงอายุกลับไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)

2 คะแนน ผู้สูงอายุกลับได้เป็นปกติ

ตารางที่ 3 ผลการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

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

การแปลผลดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) มีคะแนนเต็ม 20 คะแนนดังนี้

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

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วงคะแนน 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักพิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วงคะแนน 0 - 4 คะแนน

ขวลิต สวัสดิ์ผล (2560) ได้ให้ความหมายของภาวะพึ่งพิง (Dependency) หมายถึง ภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในรายงานนี้ แปลคำว่า Dependency ว่าภาวะพึ่งพิง ตามศัพท์บัญญัติจากราชบัณฑิตยสถาน สาขาประชากรศาสตร์ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2559) ผู้สูงอายุภาวะทุพพลภาพเป็นกระบวนการเกิดที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ มีความสลับซับซ้อนและเป็นกระบวนการที่เกิดการพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากภาวะพร่องหน้าที่ (Functional limitation) ไปสู่การเกิดข้อจำกัด หรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำ ที่เรียกว่า ภาวะพึ่งพิง

2.10 แนวคิด ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

2.10.1 ความหมายการมีส่วนร่วม

สำหรับความหมายของการมีส่วนร่วม มีนักวิชาการทั้งชาวไทย และชาวต่างประเทศที่มีความรู้ ความสามารถ และทำวิจัย แต่งตำรา เกี่ยวกับเรื่องนี้มานาน ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม

ดังรายละเอียด ดังนี้

Arnstien (1969) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมโดยไม่มีบทบาทอะไรเลย ย่อมไม่ได้ผลการมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพนั้น ผู้เข้าร่วมจะต้องรู้จักใช้อำนาจและสามารถควบคุมกิจกรรมนั้นได้จึงจะทำให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

Berkley (1975) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้

William Erwin (1976) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

Cohen & Uphoff (1981) การมีส่วนร่วม หมายถึง สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

United Nations (1981) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ

Putti (1987) การมีส่วนร่วม หมายถึง พื้นฐานของกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการมีลักษณะกว้าง ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะทำให้การมีส่วนร่วมขยายไปสู่การปฏิบัติงานในระดับล่างขององค์กร

นิคม ผัดแสน (2540) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ให้ประชาชนได้คิดค้นแนวทางขึ้นเอง เป็นผู้กำหนดการตัดสินใจ คิดค้นปัญหา และการดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ เช่น แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ และสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ

อุทัย บุญประเสริฐ (2542) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในกิจกรรมใด ๆ ให้ความช่วยเหลือและมีอิทธิพลต่อการดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อประชาชน

พระพรหม (2544) การมีส่วนร่วม หมายถึง เป็นการกระจายอำนาจให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาปัญหาความต้องการร่วมกัน ในการตัดสินใจร่วมกัน วางแผนดำเนินงานหรือแก้ไขปัญหาร่วมกัน ดำเนินการหรือปฏิบัติงานร่วมกัน ตลอดจนรับรู้ผลดีเสีย จนเกิดความภาคภูมิใจร่วมกัน

สมยศ นาวิการ (2545) การมีส่วนร่วมหมายถึงกระบวนการของการให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ (Participative Management) เน้นการมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคล PM ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของพวกเขาในการแก้ปัญหาของการบริหาร

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจหรือเคยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค มิใช่เพียงมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยแท้จริงยิ่งขึ้น

จิราภรณ์ ศรีคำ (2547) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลที่มีความสนใจหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องเดียวกันเข้ามาร่วมกัน เพื่อปฏิบัติการกิจ ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การดำเนินงาน การรับทราบผลการดำเนินงาน การติดตามประเมินผล หรือร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตกลงกันไว้

จินตนา สุขจันทน์ (2549) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการดำเนินงานรวมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชนเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชน โดยให้สมาชิกเข้ามาร่วมวางแผน ปฏิบัติและประเมินงาน เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ (2550) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทร่วมในกิจกรรมทุกประการตามกำลังความสามารถของสมาชิกไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สัญญา เคนาภูมิ (2551) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิกได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติตามโครงการ ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องมาจากความสมัครใจ พึงพอใจ และได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากชุมชนโดยส่วนรวมร่วมกัน

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผล

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาคนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานเพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีความโปร่งใสและให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.10.2 กระบวนการมีส่วนร่วม

เมื่อกล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนแล้ว จะต้องนึกถึงกระบวนการที่จะให้ประชาชนได้เข้ามามีบทบาทในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม เพราะอย่างน้อยที่สุดประชาชนจะต้องได้รับรู้ขั้นตอนการดำเนินการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการตัดสินใจ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขั้นตอนในการประเมินผลงาน เพื่อให้รับรู้ถึงความเป็นไปในกิจกรรมสาธารณะต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน มีนักวิชาการที่ได้ทำการวิจัย ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมตามประเด็นสำคัญต่าง ๆ ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้ เช่น ถวิลวดี บุรีกุล (2543) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมที่นำมาประมวลเป็นระดับไว้ได้อย่างน่าสนใจ โดยถวิลวดี ได้ทำวิจัยเรื่องประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และได้ข้อสรุปถึงกระบวนการมีส่วนร่วม ควรจะมีลำดับขั้นประกอบไปด้วย การให้ข้อมูล การเปิดรับความคิดเห็นของประชาชน การปรึกษาหารือการวางแผนร่วมกัน การร่วมปฏิบัติและการควบคุมติดตามโดยประชาชน โดยเป็นการเริ่มจากการสื่อสารทางเดียว ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแต่เพียงอย่างเดียวไปจนถึงสื่อสารสองทางที่เป็นการปรึกษาหารือ ร่วมคิด ร่วมวางแผน และเมื่อสื่อสารกันเข้าใจตรงกันแล้ว จึงเป็นการร่วมทำ และในที่สุดเป็นการร่วมติดตามควบคุม ซึ่งนับเป็นขั้นตอนของการมีส่วนร่วมสูงสุด อภิญา กังสนารักษ์ (2544) ได้นำเสนอกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์วิธีการแนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยาการที่จะใช้ในโครงการ 3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วม

ช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวก็ได้ ประพันธ์ สร้อยเพชร (2547) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงน่าจะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การค้นหาปัญหา และสาเหตุ 2) การวางแผนดำเนินกิจกรรม 3) การลงทุนและการปฏิบัติงาน 4) การติดตามและประเมินผล ในขณะเดียวกัน สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (2548) ได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมที่มีความลึกลงไปอีก ได้แก่ 1) การตัดสินใจและผลกระทบที่สำคัญ 2) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อบางคนมากกว่าคนอื่น 3) การตัดสินใจจะมีผลกระทบต่อผลประโยชน์ของบางคนหรือกลุ่มคนที่มีอยู่เดิม 4) การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีความขัดแย้งอยู่ก่อนแล้ว 5) ความจำเป็นเพื่อให้มีการสนับสนุนต่อผลการตัดสินใจ ส่วน อคิน รพีพัฒน์ (2547) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน 4) การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา จากงานวิจัยของทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ (2550) ได้ทำวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ได้ใช้หลักการที่อิงไปในแนวทางของนโยบาย และได้พบว่า แท้จริงแล้วกระบวนการมีส่วนร่วมมีลักษณะที่คล้ายกับการกำหนดนโยบาย เพราะท้ายที่สุดของการกำหนดนโยบาย คือ การตัดสินใจและการตัดสินใจนี้เอง จึงเป็นเหตุเบื้องต้นของการกำหนดนโยบาย และเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามาแสดงความคิดเห็นเสมือนหนึ่งเป็นการขัดเกลา นโยบายให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชน ตามแนวคิดของ ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์แล้ว กระบวนการการมีส่วนร่วมน่าจะเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบการประเมินผล ในขณะที่ เมตต์ เมตต์การุณจิต(2553) ได้กล่าวถึงกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยที่มีความสอดคล้องกับ ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ แต่ได้เพิ่มบางประเด็นที่เห็นว่ายังมีข้อบกพร่องและอาจจะเสริมประเด็นดังกล่าวให้มีความชัดเจนขึ้น โดยเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ 2) มีส่วนร่วมในการวางแผน 3) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 5) มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล 6) มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิดของ ทรวงูฒิ เรื่องวาทศิลป์ และเมตต์ เมตต์การุญจิต ยังคงมีลักษณะในเชิงแคบ หากแต่ ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (อ้างใน จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ได้ให้ความเห็นในกระบวนการมีส่วนร่วมที่ลึก หรือเป็นการต่อเติมประเด็นสำคัญในกระบวนการมีส่วนร่วมมากกว่า ซึ่งยุวัฒน์ วุฒิเมธีนี้ได้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมไปในทางของการพัฒนาชุมชน โดยการบูรณาการแนวทางที่เป็นนโยบายเข้ากับการพัฒนา จึงสะท้อนแนวคิดในเชิงสังคมมากกว่า ตามแนวคิดของเขาแล้ว กระบวนการมีส่วนร่วมจะต้องเริ่มจาก 1) การมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การมีส่วนร่วมในการคิด 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล 6) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ สอดคล้องกับแนวคิดของวรรณศิลป์ พิรพันธุ์ (2553) ได้กล่าวถึง กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนของประชาชนประกอบไปด้วย 1)การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 2) การให้ความเห็น 3) การประชุมรับฟังความเห็น 4) การร่วมตัดสินใจ 5) การทำงานร่วมกัน

จากแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ทรรศนะไว้ในเบื้องต้นที่กล่าวมา มีความหลากหลายในประเด็นมากพอสมควร แต่อย่างไรก็ตาม หากนำมาประมวลให้เป็นลักษณะที่เป็นระบบตามแนวคิดของ Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1980) จะเห็นว่า ความเป็นระบบในเรื่องของประเด็นสำคัญ โดยเขาได้มีการนำเอากระบวนการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการทั้งหลายมาประมวลเป็นแนวคิดหลัก และได้จำแนก รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานโครงการนั้นได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงานและการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึง

การกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

โดยสรุป กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะมุ่งให้ความสนใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในประเด็น การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

2.10.3 ประเภทการมีส่วนร่วม นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวเกี่ยวกับประเภทของการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ได้สรุปตามการศึกษาประเภทการมีส่วนร่วมไว้เป็นรายบุคคลดังนี้

เจเลียว บุรีภักดี และคนอื่น ๆ (2545) สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่เท่าเทียมกันกล่าวคือ ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่า มีทรัพยากรหรือความรู้ด้อยกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น 2) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากการกำหนดนโยบายของรัฐ โดยไม่รัฐความต้องการของประชาชน ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียงประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนบางเรื่องเท่านั้น 3) การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาด้วยความเท่าเทียมกันทุกฝ่าย จัดเป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงของประชาชนตามแนวความคิดและหลักการพัฒนาชุมชน เมื่อนำมาใช้ในการเรียนรู้จะสนับสนุนและส่งเสริมให้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ จักร พิสุทธิ (2547) ศึกษาเรื่องชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านเหตุผล โดยการเปิดโอกาสให้สังคม องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ประชาชนมีบทบาทหลักตามสิทธิ หน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ วางแผน การร่วมปฏิบัติและการรับผิดชอบในผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนให้การดำเนินงานเกิดผลประโยชน์ต่อชุมชนตามจุดมุ่งหมายที่กำหนด

ด้วยความสมัครใจ 2) ลักษณะการมีส่วนร่วมจากความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้ง ค่านิยมของประชาชนเป็นเครื่องชี้นำตนเองให้เข้ามามีส่วนร่วม แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การกระทำที่บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อกิจกรรมที่ดำเนินงานด้วยความสมัครใจ จินตนา สุจิตานนท์ (2549) ได้แบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine Participation) เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบโครงการ เริ่มตั้งแต่ร่วมศึกษาปัญหาและความต้องการ ร่วมหาวิธีแก้ปัญหา ร่วมวางนโยบายและแผนงาน ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และร่วมปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ และร่วมประเมินผลโครงการ 2) การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง (No Genuine Participation) เป็นการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วน โดยเฉพาะเข้าร่วมในการปฏิบัติตามโครงการที่ได้มีการกำหนดไว้แล้ว เช่น การเข้าเป็นสมาชิก หรือการร่วมเสียสละแรงงาน นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (อ้างในสิริพัฒน์ ลากิจิตร, 2550) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้ 1) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรง (Direct Participation) โดยผ่านองค์กรที่จัดตั้งโดยประชาชน (Inclusive Organization) การรวมกลุ่มเยาวชนต่างๆ 2) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมทางอ้อม (Indirect Participation) โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน (Representative Organization) กรรมการของกลุ่มหรือชุมชน 3) การมีประชาชนมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ (Open Participation) โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน (Non-Representative Organization) เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อไรก็ได้ทุกเวลา เมตต์ เมตต์การุญจิต (2553) ได้กล่าวถึงประเภทของการมีส่วนร่วมโดยสามารถจำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมโดยตรง การมีส่วนร่วมในการบริหารเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการตัดสินใจเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมโดยตรง เช่น ผู้บริหาร หัวหน้าโครงการ มักจะเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในรูปของกรรมการที่ปรึกษาที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ เพราะกิจกรรมบางอย่างอาจมีอุปสรรค ไม่สามารถแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงจำเป็นต้องให้บุคคลอื่นเข้ามาช่วยในการตัดสินใจ เพื่อให้ผลการตัดสินใจเป็นที่ยอมรับแก่คนทั่วไปหรือเกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมโดยตรงจึงมีสาระสำคัญอยู่ที่ว่า เป็นการร่วมอย่างเป็นทางการและมักทำเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น คำสั่งแต่งตั้ง หนังสือเชิญประชุม บันทึกการประชุม เป็นต้น 2) การมีส่วนร่วมโดยอ้อม การมีส่วนร่วมโดยอ้อมเป็นเรื่องของการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้

บรรลุปเป้าหมายอย่างไม่เป็นทางการ โดยไม่ได้ร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการบริหาร แต่เป็นเรื่องของการให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้บรรลุปเป้าหมายเท่านั้น เช่น การบริจาคเงิน ทรัพย์สิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน เข้าช่วยสมทบ ไม่ได้เข้าร่วมประชุมแต่ยินดีร่วมมือ เป็นต้น

2.10.4 ลักษณะการมีส่วนร่วม

ลักษณะการมีส่วนร่วมนั้น จะพิจารณาได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่าจะสนใจศึกษาในประเด็นบ้าง ประเด็นที่น่าสนใจในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การเน้นลักษณะการมีส่วนร่วมในประเด็นที่เกิดจากกิจกรรม เช่น การเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในประโยชน์สาธารณะ การเข้าร่วมในการตัดสินใจ การวางแผน และร่วมตรวจสอบในลักษณะองค์กรชุมชน ฯลฯ และการเน้นการศึกษาในลักษณะของการบริหารที่เกิดจากการดำเนินงานในทางนโยบายและในทางปฏิบัติการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐร่วมกับชุมชน ดังมีนักวิชาการได้ให้ความเห็น เช่น Ornstein (อ้างใน ชูชาติ พวงสมจิตต์, 2540) เห็นว่า การมีส่วนร่วมจะมีลักษณะมากน้อยเพียงใด ให้พิจารณาว่าผู้นำเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปร่วมในการใช้อำนาจและมีบทบาทในการควบคุมได้เท่าใด ซึ่งเป็นข้อบ่งบอกถึงภาวะผู้นำที่เป็นประชาธิปไตย ว่า มีสูงหรือต่ำ โดย Ornstein ได้สรุปลักษณะการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมเทียม หรือไม่มีส่วนร่วม 2) การมีส่วนร่วมพอเป็นพิธีหรือร่วมเพียงบางส่วน 3) การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง คือ มีอำนาจและบทบาทมาก สอดคล้องกับ แนวคิดของ Campbell & Ramseyer (อ้างใน จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) ลักษณะที่ไม่มีส่วนร่วมเลย 2) ลักษณะที่มีส่วนร่วมน้อย 3) ลักษณะที่มีส่วนร่วมปานกลาง 4) ลักษณะที่มีส่วนร่วมมาก 5) ลักษณะที่มีส่วนร่วมมากที่สุด Huntington & Nelson (1975) เห็นว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนจะพิจารณาจาก กิจกรรม และการบริหาร ซึ่งจะต้องมีการศึกษาควบคู่กันไป ในระดับกิจกรรมนั้น จะเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการทำให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด ส่วนในด้านการบริหารนั้น จะเป็นลักษณะของผู้มีอำนาจหน้าที่ที่จะเปิดทางให้ประชาชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น หรือแสดงออกถึงเข้าร่วมในกิจกรรม โดย Huntington & Nelson ได้มีหลักในการพิจารณาถึงลักษณะการมีส่วนร่วมดังมีรายละเอียด ดังนี้ 1) กิจกรรมลักษณะของการมีส่วนร่วมประเภทนี้ให้ดูจากกิจกรรมที่เข้าร่วม เช่น ด้านการเมือง อาจพิจารณาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเลือกตั้ง การลงประชามติ การประท้วง กรณีที่รัฐมีโครงการที่มีผลกระทบต่อประชาชน เป็นต้นว่า สามารถกระทำได้เพียงใด 2) ระดับการบริหารโครงสร้างขององค์กรหนึ่งจะต้องมีสายการบังคับบัญชา ดังนั้น การมีส่วนร่วมจะพิจารณาได้จาก

การปฏิบัติหน้าที่ เช่น ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอกันในตำแหน่ง ดังนั้น การมีส่วนร่วมในแนวราบจึงเป็นไปอย่างหลวมๆ ไม่จริงจัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีสถานะหรือตำแหน่งเท่ากัน การพิจารณาแบบนี้จะเรียกว่าการพิจารณาในแนวราบและหากการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา เช่น มีหัวหน้าลูกน้อง มีฝ่าย แผนกต่าง ๆ ลดหลั่นกันไป เป็นต้น การทำงานจึงมีการตรวจสอบตามลำดับชั้น การแสวงหาผลประโยชน์เพื่อตนเองหรือผู้อื่นจะได้รับการตรวจสอบจากผู้บังคับบัญชา การพิจารณาแบบนี้จะเรียกว่าการพิจารณาในแนวดิ่ง ในบางครั้งจะต้องทำงานร่วมกันผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานในแผนกอื่น จึงต้องแสดงบทบาทตาสาถานภาพของแนวราบและแนวดิ่ง การพิจารณาการมีส่วนร่วมแบบนี้ เรียกว่า การมีส่วนร่วมทั้งแนวราบและแนวดิ่งนั้น ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม และพรพรณทิพย์ เพชรมาก (2551) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนไว้ใน เอกสารประกอบการสอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเมืองและชนบท โดยได้ข้อสรุปลักษณะการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่ 1) การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) การมีส่วนร่วมแบบนี้ ประชาชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ 2) การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังเป็นช่องทางการกระจายข่าวสารข้อมูลไปยังประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจ และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกการตัดสินใจ 3) การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายวิธีการ เช่น การประชุมระดับชุมชน (Community Meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นเชิงวิชาการ (Technical Meeting) 4) การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังของผู้ที่มีส่วนได้และส่วยของโครงการ การประชาคมและคณะกรรมการจัดประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และมีการแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบอย่างชัดเจน 5) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมาย

สูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้นๆ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการเลือกตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการที่มีอำนาจการตัดสินใจ

6) การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงการป้องกันและแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและการป้องกันสิทธิของตนเองอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองควรจะได้รับ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้หลักเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้หลายประการ และประชาชนสามารถใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปแบบของปัจเจกหรือในรูปแบบกลุ่ม องค์การตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

สรุปลักษณะการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในระดับกิจกรรม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น การปรึกษาหารือ การลงประชามติ และการมีส่วนร่วมในระดับการบริหาร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การใช้กลไกทางกฎหมาย ในประเด็นการมีส่วนร่วมในระดับการบริหารนี้ ยังจะต้องพิจารณาจาก ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอกันในตำแหน่ง และ ในแนวดิ่งเป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา

2.10.5 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดที่หลากหลายไว้ดังนี้

Koufman (1949) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในขณะที่ ประยูร ศรีประสาธน์ (2542) ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วม ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ 2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และความเป็นสมาชิกกลุ่ม 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล และมีความสอดคล้องกับ สุธี วรประดิษฐ์ (2553) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน และได้นำเสนอปัจจัยที่มีส่วนในการผลักดันให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยได้สรุป แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่าง ๆ 2) ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ 3) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร แต่ไม่สอดคล้องกับ Leeder (อ้างใน จิราภรณ์ ศรีคำ, 2547) ได้สรุปปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ไว้ว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด

ๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นสอดคล้องกับความเชื่อพื้นฐาน ทศนคติ และค่านิยมของตน มีคุณค่าสอดคล้องกับกับผลประโยชน์ของตน มีเป้าหมายที่จะส่งเสริมและปกป้องรักษาผลประโยชน์ของตน สอดคล้องกับสิ่งที่ตนได้มาหรือหวังเอาไว้ และบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะไม่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดก็ต่อเมื่อตนเองได้มีประสบการณ์ที่เป็นอดีตต่อเรื่องนั้น ๆ มาแล้ว และบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ย่อมขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของตนเป็นใหญ่ ขึ้นอยู่กับอุปนิสัยและจารีตประเพณี ขึ้นอยู่กับโอกาสที่จะอำนวยขึ้นอยู่ความสามารถรวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลและกลุ่มบุคคลจะกระทำโดยการบีบบังคับหาได้ไม่ นอกจากนี้บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุน กระตุ้นยั่วและจูงใจให้เกิดขึ้น ในขณะเดียวกัน ก็มีนักวิชาการกลุ่มหนึ่งที่ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เน้นที่ปัจจัยส่วนบุคคล องค์กรและชุมชน ซึ่งจะเป็ปัจจัยที่เหมาะสมกับการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ เช่น สิริพัฒน์ ลาภจิตร (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนการบริหารงาน องค์กรการบริหารส่วนตำบล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้ข้อสรุปประเด็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การเป็นหน้าที่ของประชาชน อาสาสมัครด้วยใจ มีความรู้ความสามารถ กล้าพูดกล้าแสดงความคิดเห็น เป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน มีทักษะและประสบการณ์ เป็นประโยชน์กับตัวเองและชุมชน 2) ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ชุมชนให้การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม เลือกลงให้เป็นตัวแทน ชุมชนมีความสามัคคี และมีกลุ่มต่าง ๆ ที่สนับสนุนผลักดันการมีส่วนร่วม 3) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ อบต. ดำเนินงานเป็นไปตามกฎระเบียบ เอาใจใส่กระตือรือร้นในการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพประชาชนคมหมู่บ้าน สอดคล้องกับ เนตรรุ้ง อยู่เจริญ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของครูสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จากการทำวิจัยครั้งนี้ เนตรรุ้ง อยู่เจริญ ได้พบตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ บรรยากาศองค์กร และการติดต่อสื่อสาร 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษา

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่าง ๆ 2) ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ชุมชนให้การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม เลือกลงให้เป็นตัวแทน ชุมชนมีความสามัคคี และมีกลุ่มต่าง ๆ ที่สนับสนุนผลักดันการมีส่วนร่วม 3) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ บรรยากาศองค์กร การติดต่อสื่อสาร

กฎระเบียบ การเอาใจใส่กระตือรือร้นในการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพ ประชาคม 4) ปัจจัยด้านทัศนคติ ได้แก่ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน

2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยสามารถแบ่งรูปแบบการดูแลออกเป็นหลายพื้นที่ที่แตกต่างกัน มีรายละเอียดของการศึกษาของแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยได้รวบรวมการศึกษาต่าง ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(!!! INVALID CITATION !!!) กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ จิตติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์ (2562)) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรีใช้รูปแบบวิจัยเชิงพัฒนา (research & development) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี (2) ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี (3) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี (4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ และ (5) วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก ดังนี้ (1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ การกำหนดบทบาทหน้าที่และชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ได้แก่ การประเมินปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุและวางแผนการดูแลรายบุคคล การประสานความร่วมมือในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม และการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาวแบบครบวงจรทุกมิติทั้งในด้านการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน การส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ การจัดระบบการส่งต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพและ

ป้องกันความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการจัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี (3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p=.001$) และ (2) ผลลัพธ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง องค์ประกอบของพื้นที่นำร่องต้นแบบจำนวน 4 ตำบล บรรลุเป้าหมายที่กำหนด คือ คะแนนมากกว่าร้อยละ 70 โดยตำบลที่มีคะแนนสูงสุดมีคะแนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม (ร้อยละ 90) และคะแนนต่ำสุดอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 78) ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรทบทวนกฎระเบียบหรือแนวปฏิบัติในการเบิกจ่ายงบประมาณที่ชัดเจน การสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ การประสานงานการดูแลอย่างเหมาะสมและการติดตามให้คำปรึกษาเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้การใช้ระบบฐานข้อมูลทางคลินิกให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อักษรศักดิ์ บัวศรี (2566) ศึกษาการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ : CHATU MODEL โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ) ACE Star Model) ประกอบด้วยการค้นหาความรู้ การสังเคราะห์งานวิจัย การแปลงสิ่งที่สังเคราะห์สู่การปฏิบัติ การนำความรู้สู่การปฏิบัติจริงและการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 30 คน พบว่ามีระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหากลุ่มเป้าหมาย 2) แพทย์ที่ดูแลส่ง Consult ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ) Care Manager : CM), 3) CM ให้การดูแลตามแนวทางให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติ หรือผู้ดูแล 4) ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) และ 5) ส่งต่อเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง และได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ 9 ข้อ ได้แก่ การประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ประเมินผู้ดูแล ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ความรู้ในการดูแลร่างกาย ทักษะการดูแลและการใช้อุปกรณ์ การจัดหาอุปกรณ์ การดูแลโดยสหวิชาชีพก่อนจำหน่าย การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุระยะยาว ขึ้น Pop up ใน Hos Xp และการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย

ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวันครบทุกคนไม่มีการกลับมารักษาซ้ำใน 48 ชั่วโมง อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน (Re-admitted) จำนวน 2 ราย จากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและปอดติดเชื้อ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการดูแลทุกคน หลังติดตามผลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุ 20 ราย มีอาการคงที่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นทำให้เปลี่ยนกลุ่มจากติดบ้าน ติดเตียงไปเป็นติดสังคม จำนวน 5 ราย และผู้สูงอายุติดเตียงเสียชีวิตจำนวน 5 ราย จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติเกิดความสะดวก ง่ายต่อการปฏิบัติ ใช้เวลาน้อยในการดูแลจากเวลา 1 ชั่วโมง ลดเหลือ 30 นาที และลดอุบัติเหตุการล้มเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

ทิพย์รัตน์ กันทะ (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวดอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่านเพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวดอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน และศึกษาความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสวด ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสวด ญาติผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด จำนวน 68 คน ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired sample t-test พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Do) ระยะที่ 3 ขั้นกำกับ ติดตามและประเมินผล (Check) และระยะที่ 4 ขั้นปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรค (Action) การทดสอบความรู้หลังจากการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยห่างไกลโรค สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลสูงกว่า ก่อนได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาพรวมในแต่ละด้าน) พบว่า อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.31 ผลที่ได้จากการศึกษานำไปใช้ในการ

ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และกำหนดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้ในแผนปฏิบัติของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ ฐิติมา โกศลวิตร และณฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2562) ศึกษา รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อวิเคราะห์ บทและสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกใน ครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ เป็นการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) การบริการเชิงรุก 4) การบริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และ 6) การรับข้อมูล/ให้คำปรึกษา

(!!! INVALID CITATION !!! วรจนา ศรีวงษ์ ชาญยุทธ ศรีวงษ์ และสุรศักดิ์ เทียบ ฤทธิ์ (2563)) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาว ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและติดเตียง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจงที่ยินดีเข้าร่วมจนสิ้นสุดการดำเนินงาน จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียง จำนวน 45 คน (2) ตัวแทนภาคีหลัก 3 ส่วน จำนวน 30 คน ได้แก่ care manager 5 คน, care giver 5 คน, อาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน ผู้นำชุมชน 3 คน, และเจ้าหน้าที่จาก เทศบาล 5 คน กระบวนการวิจัย มี 3 ระยะ คือ 1) เตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะปฏิบัติการพัฒนาด้วยวงจร PAOR ถอดบทเรียนและจัดกิจกรรม 2 รอบ และ 3) ระยะสรุป ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ แนวคำถามถึง โครงสร้าง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การเตรียมการ การตรวจคัดกรองและการจัดทำแผนการดูแล 2) การ ส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 3) กระบวนการจัดระบบบริการ 4) นโยบายและดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง 5) การช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ผลลัพธ์ภายหลังดำเนินกระบวนการพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และภาคีเครือข่าย

ชุมชนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด การศึกษาชี้ให้เห็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพ การดูแลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ของเครือข่ายชุมชน การมีศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประชุมหารือกันของ เครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ และการสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้อง

(!!! INVALID CITATION !!! สุนีย์ เกรานวล อนงค์ภัทร์ ประสิทธิ์ภัทรเวช อนงค์ ภิบาล และคณะ (2563)) ศึกษาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้ สังคมพหุวัฒนธรรมเทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เพื่อศึกษาระดับการได้รับการ ดูแลและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 286 คน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ผ่านการสอบตรงความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.7 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 53.8 อายุเฉลี่ย 71.4 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.8 ครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 55.9 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.9 รายได้จากเงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.3 รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 40.6 มี โรคประจำตัวร้อยละ 61.9 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 34.3 ต้องรับประทานยาเป็นประจำร้อยละ 50 สะดวกในการเข้าถึงสถานบริการร้อยละ 96.9 มีผู้ดูแล ร้อยละ 89.5 ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 52.5 การได้รับการดูแลในระดับมากด้าน ร่างกาย คือ การอยู่ในที่พักอาศัยที่ปลอดภัยและเหมาะสมค่าเฉลี่ย 4.06, ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.70 ด้านจิตใจ คือได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ค่าเฉลี่ย 4.01, ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.77 ด้านสังคม เศรษฐกิจ คือ มีเครือข่ายการดูแล การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุใน ชุมชน ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.52, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 ด้านจิตวิญญาณ คือ ได้รับการยอมรับ เคารพและเห็นคุณค่าจากครอบครัว ค่าเฉลี่ย 4.04, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 ส่วนระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ในด้านร่างกาย ต้องการได้รับการตรวจ สุขภาพประจำปี ค่าเฉลี่ย 3.70, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.93 ด้านจิตใจ ต้องการได้รับการดูแล เอาใจใส่จากลูกหลาน ค่าเฉลี่ย 3.68, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.12 ด้านสังคม เศรษฐกิจ ต้องการได้รับการสนับสนุนสวัสดิการด้านรายได้ต่อเดือน ค่าเฉลี่ย 3.58, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.99 ด้านจิตวิญญาณ คือ ต้องการใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข และมีความหวัง ค่าเฉลี่ย 3.72, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.02 ข้อเสนอแนะให้หน่วยงานผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมการมีเครือข่ายการดูแล การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุในชุมชน การตรวจสุขภาพ

ประจำปี การดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ส่งเสริมสนับสนุนสวัสดิการด้านรายได้การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีความหวัง

รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์ (2564) ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อศึกษาสถานการณ์ และพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยางใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ได้แก่ ผู้ให้บริการประกอบด้วย ทีมหมอครอบครัว 6 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly caregiver) 10 คน และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน ผู้รับบริการคือ ผู้สูงอายุหรือญาติผู้สูงอายุ 13 คน พบว่าก่อนการพัฒนาไม่มีระบบการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีแนวทางการทำงานที่เหมาะสมไม่เป็นที่รู้จักของชุมชนและขาดความมั่นใจในการทำงานในชุมชน หลังพัฒนาระบบได้กระบวนการจัดบริการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) การแต่งตั้งคณะทำงาน 2) การทำแผนปฏิบัติงานร่วมกัน 3) การคัดกรองขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุรายใหม่ 4) การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล 5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 6) การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือญาติและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

(!!! INVALID CITATION !!! เติมนภา ทองอินทร์ (2563)) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรืองจังหวัดหนองบัวลำภู การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มประชาชน กลุ่มภาคการเมือง และกลุ่มวิชาการด้านสาธารณสุข จำนวน 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า การพัฒนากระบวนการที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่มี 6 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ (2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ (3) กำหนดโครงการ 1 โครงการ คือ โครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ เขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางามของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหันนางาม อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู (4) ดำเนินงานตามโครงการ (5) ติดตาม นิเทศ สนับสนุนการปฏิบัติตามโครงการ (6) สรุปผลและประเมินผล ข้อเสนอแนะกลับไปสู่การพัฒนา ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากกองทุน และญาติ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

(!!! INVALID CITATION !!! ศิวพร ชุ่มเย็น (2565)) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดอุดรดิตถ์เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 265 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 63.32$, $S.D = 8.37$) ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. สามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 66 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.667$, $p < 0.001$) โดยทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มากที่สุด ($\beta = 0.304$, $p < 0.001$) รองลงมาคือ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta = 0.113$, $p = 0.010$) และการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ($\beta = 0.084$, $p = 0.029$)

ไกรสร สุขนา (2567) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตตำบลบรือ อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมและผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตตำบลบรือ อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม ผู้มีส่วนร่วมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 86 คน และกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยคัดเลือกแบบเจาะจง รวมจำนวน 65 คน แบ่งการวิจัยเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) วางแผน 2) ปฏิบัติ 3) สังเกตการณ์ และ 4) สะท้อนผล พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตตำบลบรือ อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย การจัดทำ

แผนงานโครงการแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันของหน่วยงานทุกภาคส่วนในพื้นที่ การสรุปประเด็นในการพัฒนาตามประเด็นปัญหาและบริบทของพื้นที่ การวางแผนในการแก้ไขปัญา การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลสูงอายุ เขียนแผนการเยี่ยมและติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง การทบทวนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปผลการดำเนินงานการถอดบทเรียนและการประเมินผลลัพธ์การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าหลังดำเนินงานแตกต่างจากก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลังการดำเนินการแตกต่างจากก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปผลรูปแบบที่ได้ คือ มีการวางแผนงานโครงการร่วมกันตามบริบทของพื้นที่ มีการทบทวนบทบาทหน้าที่ การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลร่วมกัน

(!!! INVALID CITATION !!! ทิพยาภา ดาหาร และ เจทสรียา ดาวราช (2561)) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคามการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็กอำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 74 คน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 54 คน แบ่งการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติ สังเกตการณ์และสะท้อนผลการปฏิบัติงาน พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน 2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน 3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5) ผู้ดูแลสูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง 6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) มีคณะกรรมการระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง 2) มี

การประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และ

3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ

ชุดิมา คงจันทร์ (2566) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากพื้นที่ของกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ดำเนินงานมาแล้วมากกว่า 3 ปี ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จำนวน 4 แห่ง กระจายตามพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care Manager) ผู้ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา รวม 44 คน พบว่า สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของจังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2564 มีผู้สูงอายุคัดกรอง ADL 148,177 คน คิดเป็นร้อยละ 72.43 เป็นกลุ่มติดสังคม(ADL 12 - 20) ร้อยละ 94.96 กลุ่มติดบ้าน (ADL 5 - 11) ร้อยละ 4.21 และกลุ่มติดเตียง (ADL 0 - 4) ร้อยละ 0.83 มีผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 360 คน ผู้ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1,516 คน มีกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขอรับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 59 แห่ง มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 2,284 คน ได้รับงบประมาณ 13,704,000 บาท ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan จำนวน 1,005 คน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหลักในการบริหารและจัดการกองทุน รวมทั้งประสานหาแหล่งงบประมาณอื่นในการดำเนินงานให้เพียงพอ 2) หน่วยจัดบริการที่เป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จะดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ดี มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ไม่ซับซ้อนเนื่องจากเป็นภาคประชาชน 3) ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care Manager) ประเมิน ADL และจัดทำ Care plan ร่วมกับผู้ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุ ญาติ และทีมสหวิชาชีพ ทำให้มีแผนการดูแลที่ละเอียดสอดคล้องกับความต้องการการรับบริการของผู้สูงอายุแต่ละราย 4) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) มีระบบพี่เลี้ยงและเครือข่ายในการดูแลภายใต้การกำกับและให้คำปรึกษาของ

ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ หลังการพัฒนาได้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ “3 CHANA Model” ได้แก่ Case Manager, Caregiver, Care Plan, Health Care Fund, Approach, Network และ ADL ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ สร้างกลไกการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นหน่วยจัดบริการ, แสวงหาความร่วมมือด้านงบประมาณกับกองทุนอื่น ๆ และผลักดันประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

(!!! INVALID CITATION !!! นันทิกานต์ หวังจิ และ อมรรัตน์ แสงสุวรรณ (2565))

ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ ดำเนินวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบและ 3) ผลลัพธ์พัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาศิเครือข่าย ผู้ดูแล จำนวน 50 คน และ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล จำนวน 60 คู่ ได้รูปแบบการพัฒนาโคกโพธิ์โมเดล เป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องของทีมงานแบบ PDCA ซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมกับเครือข่ายโคกโพธิ์ มีการปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย การติดตามนัด และการส่งต่อเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามถึงโครงสร้าง 2) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมพัฒนา 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่าสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี เนื่องจากขาดระบบการดูแลที่เชื่อมโยงต่อเนื่องกันทั้งในและนอกสถานบริการและ ญาติยังไม่มี ความมั่นใจหรือพร้อมความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน รูปแบบการพัฒนา 4 ประเด็นตาม KP-PHO Model ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ 2) แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย 3) แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อและ 4) คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมอยู่ในระดับพึงพอใจ ($M=3.56$, $SD=0.76$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับดี ($M=2.56$, $SD=0.52$) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.12$, $p<.05$) สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่งผลผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลที่บ้านได้เจ้าหน้าที่ใช้แบบฟอร์มได้ง่ายและมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบฟอร์มในการพัฒนา และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น

(!!! INVALID CITATION !!! พิระวัฒน์ แก้ววิกรณ์ และสุเพชร จิรขจรกุล (2557))

ศึกษาการประยุกต์ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการวิเคราะห์พื้นที่การให้บริการศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเลยเพื่อวิเคราะห์ขอบเขตพื้นที่การให้บริการจากศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานีนอมา้ย โดยพิจารณาปัจจัยด้านความสูงของพื้นที่ผิวจากแบบจำลองความสูงเชิงเลขและเปอร์เซ็นต์ความลาดชันโดยกำหนดเวลาการเข้าถึงบริการศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินภายใน 10 นาที ตามข้อกำหนดของสำนักสาธารณสุขฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข และจัดทำเป็นฐานข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ พบว่าพื้นที่ให้บริการจากโรงพยาบาลมีพื้นที่ให้บริการในระยะเวลา 10 นาที มีพื้นที่ 2,795 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 26.62 ของพื้นที่ทั้งหมดซึ่งพื้นที่การให้บริการของโรงพยาบาลเหมาะสมสำหรับใช้กับผู้ป่วยชั้นวิกฤตที่จะต้องนำส่งโรงพยาบาลโดยตรงเนื่องจากมีอุปกรณ์และเครื่องมือที่จะช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย และจากการวิเคราะห์ครวเรือนที่อยู่ในเขตนี้จำนวน 53,794 ครวเรือน คิดเป็นร้อยละ 64.88 ส่วนพื้นที่การให้บริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีพื้นที่ให้บริการในระยะเวลา 10 นาที เป็น 5,131 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 48.87 ของพื้นที่ทั้งหมด และจากการวิเคราะห์ครวเรือนที่อยู่ในเขตนี้จำนวน 78,656 ครวเรือน คิดเป็นร้อยละ 94.87 และผลจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือการเพิ่มสถานพยาบาลเพื่อให้มีพื้นที่ครอบคลุมพื้นที่จังหวัดเลยมากยิ่งขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์ในการให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง

(!!! INVALID CITATION !!! วัชรภรณ์ ตาบุรี ชิงชัย หุ้มทอง และ ณรงค์ฤทธิ์ (2563))

ศึกษาด้านแบบระบบภูมิสารสนเทศออนไลน์เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อสร้างและประเมินการใช้งานต้นแบบระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุบนแผนที่ออนไลน์ทำการสำรวจ วิเคราะห์ จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 384 ราย จากนั้นพัฒนาให้อยู่ในรูปแบบโปรแกรมแผนที่ออนไลน์โดยใช้โปรแกรมภูมิสารสนเทศรหัสเปิด (Open Sources) และประเมินความพึงพอใจและคุณภาพของระบบจากบุคคลากรทางสาธารณสุขจำนวน 30 ราย พบว่า จุดเด่นของระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นเป็นระบบที่สามารถค้นหาและแสดงข้อมูลสุขภาพพร้อมพิกัดและเส้นทางไปบ้านของผู้สูงอายุรายบุคคลในส่วนผู้ใช้มีความพึงพอใจมากที่สุดคือเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่องานบริการ เพราะช่วยให้การไปเยี่ยมบ้านบริบาล

ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นไปอย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น ต้นแบบระบบภูมิสารสนเทศออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นประโยชน์ต่องานเวชศาสตร์ครอบครัวเพราะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุทั้งแบบรายบุคคลและภาพรวมเชิงพื้นที่

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการศึกษารูปแบบการดูแลทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล กล่าวคือ มีทั้งการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่โรงพยาบาล รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในชุมชนและการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ที่บ้านพักผู้สูงอายุ หรือเนอร์สซิงโฮม โดยในแต่ละภาคส่วนจะมีส่วนร่วมหรือรับผิดชอบในการดูแลที่ต่างกันออกไปตามบริบทของพื้นที่การดูแล และในแต่ละพื้นที่การดูแลจะมีการศึกษาประสิทธิภาพประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลซึ่งการศึกษาขึ้นอยู่กับรูปแบบการดูแลเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแล การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดมหาสารคาม เป็นการศึกษาการศึกษารูปแบบการดูแลภายในชุมชนโดยศึกษาเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามเพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับพื้นที่และมีความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

2.12 กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษากฎหมาย นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้วิจัยสามารถสรุปเนื้อหาเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และ 2) นโยบายที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มีบทบัญญัติที่บรรจูลห้การ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 2 หมวด ดังนี้

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย

มาตรา 27 วรรคสาม การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะภาพของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะ

กระทำมิได้ วรรคสี่ มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริม ให้บุคคลสามารถใช้ สิทธิหรือเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็น การเลือกปฏิบัติ

มาตรา 48 วรรคสอง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การ ยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ ตามที่กฎหมาย บัญญัติ

หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ

มาตรา 71 วรรคสาม รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คน พิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีพได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครอง ป้องกัน มิ ให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้ง ให้การบำบัด ฟื้นฟู และเยียวยาผู้ถูกกระทำการดังกล่าว

1.2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 และ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2560

เหตุผลความจำเป็นในการตรากฎหมายฉบับนี้ เพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการ คุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนต่อสิทธิและประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพ และให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ โดยสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1) นิยามผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมี สัญชาติไทย

2) ให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (มาตรา 4) เป็นกลไกระดับชาติ เพื่อ กำหนดนโยบาย และแผนหลัก แนวทางปฏิบัติ ตลอดจนประสานงาน ติดตาม และประเมินผล เกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของ ผู้สูงอายุ

3) สิทธิผู้สูงอายุ (มาตรา 11) ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและ การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ (1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ด้วยความ สะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ (2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่ เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต (3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม (4) การพัฒนา ตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน (5)

การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม (7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ (8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกละเมิดกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง (9) การให้คำแนะนำปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางการแก้ไขปัญหาคอรัว (10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง (11) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี (13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

2. นโยบายที่เกี่ยวข้อง

2.1 แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้จัดให้มีการจัดการประชุมสมัชชา ระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 (the 2nd world Assembly on Ageing) ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน ในปี พ.ศ. 2545 ผลจากการประชุมคราวนั้นได้ก่อให้เกิดพันธกรณีระหว่างประเทศ ในเรื่องของผู้สูงอายุที่เรียกว่า แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) ที่ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการ พัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็นต่อไปนี้ คือ

1. ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older persons and development)
2. ส่งวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ (Advancing health and well-being into old age)
3. การสร้างความมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม (Ensuring enabling and supportive environment)

ซึ่งเป็นพันธกรณีที่ประเทศภาคีองค์การสหประชาชาติจะต้องร่วมยึดถือเป็น เป้าหมายการดำเนินงานผู้สูงอายุ และร่วมกำหนดทิศทางกลยุทธ์ของการพัฒนา เพื่อมุ่งไปสู่ เป้าหมายดังกล่าวร่วมกันประเด็นท้าทายในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

1) การสร้างหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ การเตรียมความพร้อมเพื่อความมั่นคงในวัยสูงอายุ ด้วยการส่งเสริมระบบการออมแห่งชาติให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่อยู่

ในวัยทำงาน และยังไม่มีหลักประกันด้านรายได้ใด ๆ จากรัฐให้มีบำนาญเพื่อการใช้จ่ายในวัยสูงอายุ

2) การส่งเสริมและขยายโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ความสามารถและประสบการณ์ของผู้สูงอายุมาเป็นส่วนหนึ่งของภาคการผลิตภาคบริการ ภาควิชาการ การให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนงานอาสาสมัครและการถ่ายทอดภูมิปัญญา อีกทั้งยังเป็นแนวปฏิบัติที่สามารถลดปัญหาการขาดแคลนแรงงานทั้งในปัจจุบันและในอนาคตของประเทศไทยได้

3) การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การสร้างและพัฒนาระบบเพื่อจัดบริการรองรับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมุ่งเน้นที่จะสร้างและพัฒนากลไกต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติทั้งในเขตเมืองและในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะด้านบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ร่วมกันทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งบุคลากรวิชาชีพ และอาสาสมัคร ด้วยการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะบริการด้านการดูแลและการฟื้นฟูสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงและมีข้อจำกัดในเรื่องการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมี การเร่งขยายการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้และพัฒนาทักษะเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ

4) การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัยในที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ โดยมุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจและความตระหนักแก่สาธารณชนและหน่วยงานทุกภาคส่วน ในเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อคนทุกวัยให้สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน

5) การเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุมทุกด้าน จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยการสนับสนุนทรัพยากร การสนับสนุนความรู้ การนิเทศงาน หรือการฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สถานการณ์ผู้สูงอายุและองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรและ ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุได้อย่างมืออาชีพ

2.2 นโยบายรัฐบาล

คณะรัฐมนตรีโดยนายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้แถลงนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557 ได้กำหนดนโยบายการบริหารราชการแผ่นดิน 11 ด้าน ประกอบด้วย (1) การปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์ (2) การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ (3) การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ (4) การศึกษาและการเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม (5) การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน (6) การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ (7) การส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาส ในประชาคมอาเซียน (8) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม (9) การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน (10) การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ (11) การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ นโยบายด้านที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ ดังนี้

ข้อที่ 3 ในระยะต่อไป จะพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสังคม ระบบการออมและระบบสวัสดิการชุมชนให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการดูแลให้มีระบบการกักขังที่เป็นธรรมและการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ตามอัตภาพ พัฒนาศักยภาพคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิจัดสวัสดิการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรี และเด็ก

ข้อที่ 4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นการร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

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

1 พ.ศ. 2552 เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในช่วง พ.ศ. 2545-2564 ซึ่งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้เห็นชอบแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯ ที่ได้รับการปรับปรุงครั้งที่ 1 และมอบหมายให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์นำเสนอคณะรัฐมนตรี และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ปรากฏในแผนฯ ดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด ซึ่ง

คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติ เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2553 โดยแผนดังกล่าวได้ให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” และความสำคัญของทุกคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

- **วิสัยทัศน์** : “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม”

- **ปรัชญา** : ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด

- **ประเด็นสำคัญ**

1) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ (1) มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต (2) ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทร อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย (3) มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม (4) อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคม และ (5) มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง

2) ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่มีความเข้มแข็ง สามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

3) ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน

4) ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในระบบสวัสดิการและบริการให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีการกำกับดูแลเพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค

5) ต้องมีการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างดีและต่อเนื่อง

- ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากร เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ (2) มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ (3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วยและดูแล

ตนเองเบื้องต้น (2) มาตรการส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ (3) มาตรการส่งเสริมด้านการงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ (4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (5) มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ และ (6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ (2) มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ (3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง และ (4) มาตรการระบบบริการ และเครือข่ายการเกื้อหนุน

4) ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และ (2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ (2) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และ (3) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

2.4 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยกระดับการพัฒนาให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” และ เป้าหมายการพัฒนาประเทศข้างต้น จึงจำเป็นต้องกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศระยะยาว จำนวน 6 ยุทธศาสตร์ โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับ การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมี ความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ดี รอบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มัธยัสถ์ อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ เป็นพลเมืองดีของชาติ มีหลักคิดที่ถูกต้อง มีทักษะที่จำเป็น ในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาที่สาม และอนุรักษ์ภาษาท้องถิ่น มีนิสัยรักการเรียนรู้ และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตสู่การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูง เป็นนวัตกร นักคิด ผู้ประกอบการ เกษตรกรยุคใหม่และอื่น ๆ โดยมีสัมมาชีพตามความถนัดของตนเอง

2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญให้ความสำคัญการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชน ท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุน การรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบ ไปสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดินในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติ สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ สามารถพึ่งตนเองและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้นานที่สุด โดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

2.5 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

หลักการพัฒนาประเทศที่สำคัญในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” ที่ต่อเนื่องจาก 2 แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 - 11 และยึดหลักการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ลดความเหลื่อมล้ำและขับเคลื่อนการเจริญเติบโตจากการเพิ่มผลิตภาพการผลิตบนฐานการใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรม ยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ซึ่งมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

แนวทางการพัฒนาสำคัญ ประกอบด้วย (1) ปรับเปลี่ยนค่านิยมคนไทยให้มีคุณธรรม จริยธรรม มีวินัย จิตสาธารณะ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (2) พัฒนาศักยภาพคนให้มีทักษะ ความรู้ และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า (3) ยกระดับคุณภาพการศึกษา

และการเรียนรู้ตลอดชีวิต (4) ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ (5) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาครัฐและปรับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ (6) พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย (7) ผลักดันให้สถาบันทางสังคมมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศอย่างเข้มแข็ง

2) ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

แนวทางการพัฒนาสำคัญ ประกอบด้วย (1) การเพิ่มโอกาสให้กับกลุ่มเปราะบาง ประชากรร้อยละ 40 ที่มีรายได้ต่ำสุดสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของรัฐและมีอาชีพ (2) การกระจายการให้บริการภาครัฐทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุข และสวัสดิการ ที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง (3) เสริมสร้างศักยภาพชุมชน การพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนและการสร้างความเข้มแข็งการเงินฐานราก ตามหลัก 13 ประชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีสิทธิในการจัดการทุนที่ดินและทรัพยากรภายในชุมชน

3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม

แนวทางการพัฒนาสำคัญ ประกอบด้วย (1) เร่งส่งเสริมการลงทุนวิจัยและพัฒนาและผลักดันสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์และเชิงสังคม (2) พัฒนาผู้ประกอบการให้เป็นผู้ประกอบการทางเทคโนโลยี (3) พัฒนาสภาวะแวดล้อมของการพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม ด้านบุคลากรวิจัย

2.6 ประชาคมอาเซียน 2025

ประกอบด้วย 3 เสาหลัก ได้แก่ (1) ประชาคมการเมืองและความมั่นคง อาเซียน (2) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (3) ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การสร้างประชาคมแห่งสังคมที่เอื้ออาทร การแก้ไขผลกระทบต่อสังคม อันเนื่องมาจากการรวมตัวทางเศรษฐกิจการส่งเสริมความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมและการจัดการดูแล สิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง และส่งเสริมความเข้าใจระหว่างประชาชนในระดับรากหญ้า การเรียนรู้ประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม รวมทั้งรับรู้ข่าวสารเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงเอกลักษณ์อาเซียน (ASEAN Identity) ซึ่งแผนงานการจัดตั้งประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน มีความร่วมมือ 6 ด้าน ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานด้านผู้สูงอายุ 3 ด้านดังนี้

1) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Development) ให้ความสำคัญกับการศึกษาการลงทุนในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ส่งเสริมการจ้างงานที่เหมาะสม ส่งเสริมเทคโนโลยีสารสนเทศการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเชิง

ประยุกต์ เสริมสร้างทักษะในการประกอบการสำหรับสตรี เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ พัฒนาสมรรถภาพของระบบราชการ

2) การคุ้มครองและสวัสดิการสังคม (Social Welfare and Protection) ได้แก่ การขจัดความยากจน เครือข่ายความปลอดภัยทางสังคมและความคุ้มครองจากผลกระทบด้านลบจากการรวมตัวอาเซียนและโลกาภิวัตน์ ส่งเสริมความมั่นคงและความปลอดภัยด้านอาหาร การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพ การเพิ่มศักยภาพในการควบคุมโรคติดต่อ รับประกันอาเซียนที่ปลอดภัยเสถียร การสร้างรัฐที่พร้อมรับกับภัยพิบัติและประชาคมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น

3) สิทธิและความยุติธรรมทางสังคม (Social Justice and Rights) ได้แก่ การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการสำหรับสตรี เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ การคุ้มครองและส่งเสริมแรงงานโยกย้ายถิ่นฐาน ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรธุรกิจ

แผนงานประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน 2025

- | | |
|--|--|
| A. มีปฏิสัมพันธ์และ เป็นประโยชน์ต่อประชาชน | A1. ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ของอาเซียน A2. ให้ประชาชนมีความเข้มแข็งและมีสถาบันที่มั่นคง |
| B. มีความครอบคลุม | B. มีความครอบคลุม B1. การลดอุปสรรค B2. การเข้าถึงอย่างเท่าเทียมสำหรับทุกคน B3. การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน |
| C. มีความยั่งยืน | C1. การอนุรักษ์และจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ และทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน C2. เมืองที่มีความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม C3. สภาพภูมิอากาศอย่างยั่งยืน C4. การผลิตและการบริโภคอย่างยั่งยืน |
| D. มีภูมิคุ้มกัน | D1. อาเซียนมีภูมิคุ้มกันต่อภัยพิบัติ โดยสามารถคาดการณ์ ตอบสนอง รับมือ ปรับตัว และฟื้นกลับที่ดีขึ้น ฉลาดขึ้น และเร็วขึ้น D2. อาเซียนที่ |

E. มีพลวัตร

ปลอดภัยขึ้น โดยสามารถตอบสนอง ต่อสุขภาพ
ทั้งมวลได้ทั้งอันตรายด้านชีวภาพ เคมี
กัมมันตรังสีและนิวเคลียร์ และภัยคุกคามที่เกิด
ขึ้นใหม่ D3. อาเซียนที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับ
ภูมิอากาศด้วยการ มีขีดความสามารถขององค์กร
และบุคลากรที่เพิ่มขึ้นใน การปรับตัวเข้ากับ
ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ
E1. การเป็นอาเซียนที่เปิดกว้างและปรับตัวมาก
ขึ้น
E2. การเป็นอาเซียนที่สร้างสรรค์ มินวัตกรรม
และ ตอบสนอง
E3. ทำให้เกิดวัฒนธรรมของการประกอบการใน
อาเซียน

2.7 ข้อเสนอของสถาปณัฐประเทศ

2.7.1) ระบบเพื่อรองรับผู้สูงวัยด้านเศรษฐกิจ เพื่อสร้างหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงวัย และประชากรรุ่นใหม่ มีข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป 2 ข้อเสนอ ดังนี้

- 1) พัฒนาระบบบำนาญแห่งชาติ
- 2) มาตรการขยายอายุการทำงาน และสร้างโอกาสในการทำงานของผู้สูงวัย

2.7.2) ระบบเพื่อรองรับผู้สูงวัยด้านการปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และบริการสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้ชีวิต มีข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป 5 ข้อเสนอ ดังนี้

- 1) สร้างชุมชนน่ายุสำหรับสังคมผู้สูงวัย
- 2) ส่งเสริม สนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ที่พักอาศัย
- 3) กำหนดที่อยู่อาศัยเพื่อสังคม (Social Housing)
- 4) ส่งเสริมอุตสาหกรรมและธุรกิจเพื่อรับสังคมผู้สูงวัย
- 5) ปรับแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้องและจัดทำข้อเสนอนโยบายเพื่อเร่งรัด และ

ติดตามผลการปฏิบัติงาน

2.7.3) ระบบเพื่อรองรับผู้สูงอายุด้านสุขภาพ พัฒนาระบบสุขภาพเพื่อรองรับ สังคมสูงอายุ มีข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป 3 ข้อเสนอ ดังนี้

- 1) สร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ
- 2) จัดตั้งระบบบริการสุขภาพที่ขาดหายไป
- 3) จัดระบบโครงสร้างที่รองรับและการสร้างระบบดูแลสุขภาพชุมชนเมือง (พัฒนากฎหมาย มาตรฐานการบริการ และกลไกกำกับ มาตรฐาน/มาตรการเพิ่มกำลังดูแลผู้สูงอายุ)

2.7.4) ระบบเพื่อรองรับผู้สูงอายุด้านสังคม การพัฒนาสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

- 1) มาตรการเตรียมความพร้อมสังคมไทย โดยการส่งเสริมการวางแผน ชีวิตครอบครัวแนวใหม่เพื่อส่งเสริมการมีครอบครัวเข้มแข็ง และเพิ่มอัตราการเกิดที่มีคุณภาพ
- 2) มาตรการพัฒนาศักยภาพชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ภาคเอกชนพัฒนา กฎระเบียบต่าง ๆ ที่เอื้อต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ
- 3) มาตรการเร่งรัดการดำเนินงานเชิงรุกของภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดการบูรณาการและการทำงานเชิงรุกเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ
- 4) การเพิ่มคุณค่าของผู้สูงอายุ
- 5) สื่อสารสังคมเพื่อสร้างความตระหนักในสถานการณ์ผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ
- 6) กลไกพิทักษ์ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

2.12.2.8 มติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยมาตรการหลัก 2 มาตรการ รายละเอียดดังนี้

- 1) มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2559

เห็นชอบมาตรการการจ้างงานผู้สูงอายุ และอนุมัติหลักการ ร่างพระราชบัญญัติออกตามความในประมวลรัษฎากร ว่าด้วยการยกเว้นรัษฎากร (ฉบับที่ ..) มีสาระสำคัญเป็นการยกเว้นภาษีเงินได้ให้แก่บริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคล สำหรับเงินได้ เป็นจำนวนร้อยละ 100 ของรายจ่ายที่ได้จ่ายเพื่อการจ้างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เข้าทำงาน

เห็นชอบมาตรการการสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Senior Complex) โดยให้กระทรวงการคลังหารือร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เห็นชอบมาตรการสินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Reverse Mortgage)

เห็นชอบในหลักการบูรณาการระบบบำนาญบำนาญ และอนุมัติหลักการ ร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายบำนาญบำนาญแห่งชาติ มีสาระสำคัญเป็นการกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายบำนาญบำนาญแห่งชาติทำหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางของระบบบำนาญบำนาญในภาพรวมให้สอดคล้องกัน และร่างพระราชบัญญัติกองทุนบำนาญบำนาญแห่งชาติ พ.ศ. มีสาระสำคัญเป็นการกำหนดให้มีกองทุนบำนาญบำนาญแห่งชาติ เพื่อให้มีระบบการออมเพื่อการดำรงชีพยามชราภาพ เพียงพอหลังเกษียณ ครอบคลุมลูกจ้างทั้งระบบ

2) เห็นชอบมาตรการให้เงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2560 มีนโยบายให้ดำเนินการ มาตรการให้เงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยตามโครงการลงทะเบียน เพื่อสวัสดิการแห่งรัฐโดยกำหนดแหล่งที่มาของเงินเป็น 2 ส่วน คือ เงินภาษีสรรพสามิตในส่วนของสินค้า สุรา และยาสูบ ในอัตราร้อยละ 2 แต่ไม่เกิน 4,000 ล้านบาทต่อปี และจากการบริจาคเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ โดยจะนำส่งเงินดังกล่าวเข้ากองทุนผู้สูงอายุ และส่งต่อให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐโดยผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

2.12.2.9 โมเดล Thailand 4.0

รัฐบาลได้กำหนดทิศทางการพัฒนาโมเดล Thailand 4.0 ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งประกอบไปด้วย 5 วาระ รายละเอียดดังนี้

วาระที่ 1 : การเตรียมคนไทย 4.0 ให้พร้อมก้าวสู่โลกที่หนึ่ง

วาระที่ 2 : การพัฒนาคลัสเตอร์เทคโนโลยีและอุตสาหกรรมแห่งอนาคต

วาระที่ 3 : การบ่มเพาะผู้ประกอบการและพัฒนาเครือข่ายวิสาหกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม

วาระที่ 4 : การเสริมความเข้มแข็งของเศรษฐกิจภายในประเทศผ่าน 18 กลุ่มจังหวัด และ 77 จังหวัด

วาระที่ 5 : การบูรณาการอาเซียน เชื่อมประเทศไทยสู่ประชาคมโลก

การเตรียมคนไทย 4.0 เปรียบเสมือนการตระเตรียมเมล็ดพันธุ์ใหม่ ด้วยการบ่มเพาะคนไทยให้เป็น “มนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21” ควบคู่ไปกับการพัฒนา “คนไทย 4.0 สู่โลกที่หนึ่ง” คนไทยเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 คือ คนไทยที่มีปัญญาที่เฉียบแหลม (Head) มีทักษะที่เห็นผล (Hand) มีสุขภาพที่แข็งแรง (Health) และมีจิตใจที่งดงาม (Heart)

2.10 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) SDGs

รายละเอียดดังนี้

เป้าหมายที่ 1 ขจัดความยากจนในทุกรูปแบบทุกที่

เป้าหมายที่ 2 ขจัดความหิวโหย บรรลุเป้าความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการที่ดีขึ้น และส่งเสริมเกษตรกรรมยั่งยืน

เป้าหมายที่ 3 ทำให้แน่ใจถึงการมีสุขภาพะในการดำรงชีวิต และส่งเสริม ความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงวัย

เป้าหมายที่ 4 ทำให้แน่ใจถึงการได้รับการศึกษาที่ได้คุณภาพอย่างเท่าเทียม และทั่วถึง และส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ทุกคน

เป้าหมายที่ 5 บรรลุถึงความเท่าเทียมทางเพศ และเสริมสร้างพลังให้แก่สตรี และเด็กหญิงทุกคน เป้าหมายที่ 6 ทำให้แน่ใจว่าเรื่องน้ำและการสุขาภิบาลได้รับการจัดการอย่างยั่งยืนและมีสภาพพร้อมใช้สำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ 7 ทำให้แน่ใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงพลังงานที่ทันสมัย ยั่งยืน เชื่อถือได้ตามกำลังซื้อของตน

เป้าหมายที่ 8 ส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนและทั่วถึง ให้เป็นไปอย่างยั่งยืน ส่งเสริมศักยภาพการมีงานทำและการ จ้างงานเต็มที่ และงานที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ 9 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริม การปรับตัวให้เป็นอุตสาหกรรมอย่างยั่งยืนและทั่วถึง และ สนับสนุนนวัตกรรม

เป้าหมายที่ 10 ลดความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างประเทศ

เป้าหมายที่ 11 ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ความปลอดภัยทั่วถึง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและยั่งยืน

เป้าหมายที่ 12 ทำให้แน่ใจถึงการมีแบบแผนการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน

เป้าหมายที่ 13 ดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และผลกระทบที่เกิดขึ้น

เป้าหมายที่ 14 อนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากมหาสมุทร ทะเล และทรัพยากร ทางทะเล
สำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืน ให้เป็นไปอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ 15 พืชพันธุ์ ธรรมชาติ และส่งเสริมการใช้ประโยชน์ที่ยั่งยืนของระบบ นิเวศบนบก
จัดการป่าไม้อย่างยั่งยืน ต่อสู้กับการแปรสภาพ เป็นทะเลทราย หยุดยั้งและฟื้นฟูความเสื่อมโทรมของ
ที่ดิน และหยุดยั้งการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ

เป้าหมายที่ 16 ส่งเสริมให้สังคมมีความเป็นปกติสุข ไม่แบ่งแยก เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน มีการ
เข้าถึงความยุติธรรมโดยถ้วนหน้า และสร้างให้เกิดสถาบันอันเป็นที่พึงของส่วนรวมมีประสิทธิผล และ
เป็นที่ยอมรับในทุกระดับ

เป้าหมายที่ 17 เสริมสร้างความเข้มแข็งในวิธีการปฏิบัติให้เกิดผล และสร้างพลังแห่งการเป็น
หุ้นส่วนความร่วมมือระดับสากลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

เป้าหมายที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ต้องนำมาพิจารณาในการ
แปลงเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนสู่การปฏิบัติ คือ ความมั่นคงทางรายได้ บริการสุขภาพการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติ และควรเน้นการมีส่วนร่วมของ
ผู้สูงอายุ รวมทั้งทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการสูงวัยซึ่งจะมีผลต่อการวิเคราะห์ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ
เกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุ ซึ่งจะสะท้อนแนวคิดที่จะไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง ของ SDGs ได้อย่างอย่าง
ชัดเจน

2.11 ยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2560 - 2564

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาคนและสังคม เพื่อความอยู่ดีมีสุข
อย่างยั่งยืน ค่านิยม

องค์กร : อกุทิศตน อาสางาน เอื้ออาทร อำนวยประโยชน์สุข

พันธกิจ : 1) พัฒนาคนและสังคมให้มีคุณภาพเต็มตามศักยภาพ และมีภูมิคุ้มกันต่อการ
เปลี่ยนแปลง

2) สร้างเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในการมีส่วนร่วมพัฒนาสังคม

3) พัฒนาองค์ความรู้ ขีดความสามารถ และระบบการบริหาร จัดการด้านการพัฒนา
สังคม

4) จัดระบบสวัสดิการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนมี
หลักประกันและมีความมั่นคงในชีวิต

ประเด็นยุทธศาสตร์ :

- 1) สร้างภูมิคุ้มกันและส่งเสริมโอกาสทางสังคมบนฐานแห่งความพอเพียง
- 2) เสริมประสิทธิภาพทางสังคมในลักษณะการพัฒนาศักยภาพ และการสร้าง

เครือข่าย

- 3) ผนึกกำลังทางสังคมจากทุกภาคส่วน และเสริมสร้างธรรมาภิบาล
- 4) จัดระบบสวัสดิการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

สรุปประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้แต่ละประเทศมีการเตรียมแผนยุทธศาสตร์และนโยบายเพื่อรองรับและสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคง ทั้งทางด้านร่างกาย เศรษฐกิจและสังคมที่ดี สอดรับกับมีการกระตุ้นให้สังคมเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุโดยเน้นความเสมอภาคและมีการกำหนดกฎหมายและนโยบายต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยในแต่ละประเทศมีเป้าหมายที่สอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุของระดับโลก

2.13 การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ (CHRONIC ILLNESS CARE IN PRIMARY CARE)

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ในปี ค.ศ. 2005 มีผู้เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ จำนวน 58 ล้านคน ซึ่งคาดว่าประชาชนในจำนวนนั้น ประมาณ 35 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง และเป็นสาเหตุการตาย 5 ใน 10 ของประเทศกำลังพัฒนา และคาดว่าในปีค.ศ. 2020 จะเพิ่มขึ้นเป็น 7 ใน 10 (World Health Organization, 2010) โดยโรคไม่ติดต่อ มักเกิดจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ (World Health Organization, 2013)

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปัจจุบันรวมถึงการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้ในการบริการปฐมภูมิ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ทั้งยังให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านกระบวนการดูแลแบบให้ความร่วมมือ (Collaborative care) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management) (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002) สอดคล้องกับคุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิในประเด็นความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ โดยการดูแลโรคเรื้อรังนั้น ต้องมีการดำเนินการทั้งระบบ ในส่วนของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ประเทศไทยมีความท้าทายในการ ดูแลโรคเรื้อรัง

อย่างไรก็ตามพบว่าประเทศไทย มีสิ่งสนับสนุนหลายประเด็นในการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีบทความนี้มีวัตถุประสงค์นำเสนอความหมายของโรคเรื้อรัง นโยบาย และแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังกับการนำไปปฏิบัติ บริการปฐมภูมิกับการดูแลโรคเรื้อรัง การ ดูแลโรคเรื้อรังทั้งระบบ และข้อเสนอแนะในการดูแลโรคเรื้อรัง

ความหมายของโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน ต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานและก้าวหน้าอย่างช้า ๆ ส่วนโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease) คือ โรคที่ไม่ติดต่อสาเหตุเกิดจาก พันธุกรรม วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้พบคำว่า ภาวะเรื้อรัง (Chronic conditions) เป็นปัญหา สุขภาพที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องยาวนานเป็นปีหรือสิบๆ ปี ซึ่งจะรวมโรคไม่ติดต่อ (หรือโรคเรื้อรัง) และโรคติดต่อที่ต้องการการดูแลยาวนานจากภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น HIN, ตับอักเสบชนิดซี ความผิดปกติทางจิต ระยะเวลา และภาวะที่ทำให้เกิดความพิการหลงเหลือ (Shara, 2013; World Health Organization, 2005)

โรคเรื้อรังเกิดจากสาเหตุที่หลายประการจากหลากหลายปัจจัยเสี่ยงโดยสาเหตุหลัก ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อย ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า นอกจากนี้อีกร้อยละ 10 เกิดจากพันธุกรรม ทั้งนี้หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้รับการดูแลรักษา ที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่พยาธิสภาพ ที่เกิดขึ้น (Hung, Ross, Boockvar, & Siu, 2012) ไม่สามารถกลับคือสู่ปกติได้ ซึ่งต้องการการฟื้นฟูสภาพ (Sharma, 2013) โรคเรื้อรัง มีชื่อเรียกอีกอย่าง คือ โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง ตับแข็ง มะเร็ง เป็นต้น

ผลกระทบจากโรคเรื้อรัง พบว่าส่งผลต่อ ค่าใช้จ่ายของบุคคลหรือระบบสุขภาพเพื่อวินิจฉัย ดูแลรักษา ทั้งในระดับบุคคล สังคม และเศรษฐกิจโดยในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจ และมะเร็ง สูญเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 25,225 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรครวม 18.25 ล้านคนต่อปีมารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 335,359 ล้านบาทต่อปีคิดเป็นร้อยละ 2.94 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ และพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเบาหวานหนึ่งคน คิดเป็นเงิน ประมาณ 28,207 บาทต่อปี (Chatterjee et al, 2011) และระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Sparring et al,

2013) เห็นได้ว่าส่งผลต่อสุขภาพประชาชนในระดับบุคคลและการพัฒนาประเทศการจัดบริการโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องเข้าใจความแตกต่างของลักษณะการดำเนินโรค (ตารางที่ 1) จากลักษณะของโรคที่ต้องการการดูแลระยะยาว การรักษาจึงไม่ใช่เป้าหมายของการดูแลโรคเรื้อรัง แต่เป็นการดูแลเพื่อมุ่งลดภาระโรค ลดการป่วยด้วยภาวะเรื้อรังหลายประเด็น (Multiple chronic conditions) รูปแบบการดูแลที่เน้นการรักษาทั่วไปตามอาการเจ็บป่วยเป็นครั้งๆ (Episode care) ด้วยการใช้มุมมองทางชีวการแพทย์ มุ่งให้การรักษากลายเป็นหลักเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับโรคติดเชื้อมีต้องได้รับการรักษาทันที มีประสิทธิภาพรวดเร็ว สามารถหยุดโรคและการแพร่กระจายเชื้อได้ทันต่อเหตุการณ์ แต่โรคเรื้อรังมีระยะเวลาในการเป็นโรคนาน การดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ต้องการการดูแลต่อเนื่อง มีความซับซ้อนหลายมิติทั้งทางกาย จิตและสังคม เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรม การดำเนินชีวิต (Sharma, 2013) ที่ต้องการการดูแลตนเองที่เหมาะสม การควบคุมโรคจึงขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และการจัดระบบบริการ (Kennedy, Roger, & Bower, 2007) ที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้รับบริการ มีแผนการรักษาระยะยาว เน้นบทบาทผู้ป่วยในการดูแลกับภาวะเรื้อรังโดยเฉพาะเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค และให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว (Coleman, Austin, Wagner, & Brach, 2009)

ตารางที่ 4 ความแตกต่างระหว่างโรคที่มีภาวะเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง

ลักษณะ	โรคที่มีภาวะเฉียบพลัน	โรคเรื้อรัง
ระยะเวลาการเกิดโรค	• ทันทีทันใด	• ค่อยเป็นค่อยไป
ระยะเวลาการดำเนินโรค	• จำกัด	• ยาวนานไม่สามารถบอกได้
สาเหตุการวินิจฉัยและพยากรณ์โรค	• มักเกิดจากสาเหตุ	• มักเกิดจากหลายสาเหตุและมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาเปลี่ยนไป
การใช้เทคโนโลยี	• มักถูกต้อง	• ไม่แน่นอน
รูปแบบการรักษา	• มีประสิทธิภาพ	• อาจมีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น
ผลการรักษา	• เน้นความสามารถเฉพาะตัวของแพทย์	• อาจจะมีหรือไม่มีประโยชน์
	• รักษาหายขาดได้	• เน้นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
	• น้อย	• ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
	• มาก	

ความไม่แน่นอน

ความรู้	• แพทย์มีความรู้และประสบ การณ์มากกว่าผู้ป่วย	• แพทย์และผู้ป่วยสามารถหา ความรู้ได้เท่าเทียมกัน
---------	---	---

ที่มา: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557;

หน้า 15

จากลักษณะของโรคเรื้อรัง และสถานการณ์ของโรคเรื้อรังของประเทศไทยที่พบว่ามีประชาชนป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากถึงร้อยละ 60 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรค หัวใจโรคมะเร็ง ปีละกว่า 97,900 คน (พินิตา วสุธาพิทักษ์, 2555) รัฐบาลให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพและกำหนดให้มียุทธศาสตร์และแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ระดับประเทศ ในการจัดบริการและให้การดูแลที่สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรของประเทศ

นโยบายและแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย รัฐบาลให้ความสำคัญกับการแก้ไข ปัญหาดังกล่าว โดยมีการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปัจจุบัน ได้แก่ 1) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 (Thailand lifestyle healthy strategic plan 2011-2020) มีเป้าหมายให้ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้ โดยมุ่งเน้นการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียง ใน 3 ด้าน ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย และการดูแลอารมณ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) 2) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 มีวิสัยทัศน์ให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพ พอเพียงเป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ แผนฯ 11 นี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน ท้องถิ่น ชุมชนสามารถนำไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนพัฒนาระดับต่าง ๆ ทั้งที่เป็นแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการประจำปี เช่นแผนยุทธศาสตร์การโครงสร้างประมาณแผ่นดิน แผนยุทธศาสตร์กระทรวงแผนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจประเทศไทยของหอการค้าไทย และแผนชุมชน เป็นต้น โดยมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ และหลอดเลือดสมอง มะเร็ง เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายในการพัฒนา (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี, 2555) 3) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ.2555-2559 (Service plan 2012-2016 จากแผน11 กระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการ

พัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทดียงภูมิ ตติยภูมิและศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย มีการกำหนดสาขาที่เร่งรัดให้มีการพัฒนาทั้งสิ้น 10 สาขา ทั้งนี้ มีสาขาที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 3 สาขา ได้แก่ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาโรคตาและไต แสดงให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558) 4) แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ. 2556 (8 Flagship project) กระทรวง-สาธารณสุข ได้กำหนดเป็นแผนงานตามกลุ่มวัย 8 แผนงาน แต่ละแผนงานเน้นการทำงานร่วมกันแบบเบ็ดเสร็จระหว่าง 4 กรม ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ มุ่งหวังให้เกิดการบูรณาการทั้งด้านการพัฒนา การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมโดย แผนงานที่ 6 คือ แผนงานการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) 5) แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (a multi-sectoral network for non-communicable diseases control; NCD network) โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ องค์การอนามัยโลกสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชน ชุมชน สังคมและประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี ทางการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) 6) ยุทธศาสตร์และเป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการบูรณาการยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขร่วมกันในยุทธศาสตร์แต่ละด้านตั้งแต่กระบวนการวางแผน การจัดทำรายละเอียดมาตรการ เป้าหมาย แผนงาน โครงการ งบประมาณ โดยยึดปัญหาประชาชนเป็นเป้าหมายหลัก ใน 15 ประเด็น โดยมุ่งพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังกับการนำไปปฏิบัติ

ในปีค.ศ. 2002 Edward Wagner ได้เสนอ รูปแบบการดูแลกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model; CCM) ซึ่งปรับจากการดูแลแบบระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเข้าถึงประชากรและการป้องกันมากขึ้น เป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ของการจัดการภาวะเรื้อรัง ที่มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ แต่รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย และ บุคลากรทางการแพทย์ บทบาทของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยมิใช่เพียงผู้รับการดูแลรักษาแต่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลรักษา (Wagner et al, 2001) โดย

CCM เป็นการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติซึ่งกรอบแนวคิดนี้สอดคล้องกับการดูแลในบริการปฐมภูมิ (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002) โดย CCM ประกอบด้วย 6องค์ประกอบได้แก่ 1) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) ระบบสารสนเทศทางคลินิก

จากการทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมกรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2557) พบว่าหลายประเทศมีการนำแนวคิด รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่หลากหลายในการนำไปปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับทรัพยากรและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ รูปแบบที่พบแพร่หลายและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบนั้นคือ รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง Wagner และคณะ (Lorig, Ritter, Pifer, & Werner, 2014) ซึ่งได้เสนอแนวทางในการจัดระบบการให้บริการเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกัน และการเชื่อมโยงการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นให้ผู้ปฏิบัติเปลี่ยนการให้บริการมาเป็นการสนับสนุนการดูแลตนเอง การเชื่อมโยงสู่ชุมชนด้วยการดูแลที่ทำงานประสานร่วมกับชุมชนในการส่งต่อผู้ป่วย การ พัฒนาแนวทางปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์การติดตามผู้ป่วย และการใช้สารสนเทศทางคลินิกเช่น ระบบลงทะเบียนโรค การปรับระบบใหม่นี้รวมถึงการใช้ผู้จัดการรายกรณี การเยี่ยมบ้านเป็นกลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ในปัจจุบันประเทศไทยดำเนินการโดยทีมหมอบรรพสุเคราะห์ (Family Care team; FCT) ในแต่ละระดับ (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยรวมการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ใช่แพทย์ด้วย เพื่อให้การดูแลครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชน ปัจจุบันหลายประเทศ มีการนำ CCM ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีตัวอย่างของการดำเนินการในแต่ละองค์ประกอบ (Denis et al, 2008) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 5 องค์ประกอบและตัวอย่างโปรแกรม/กิจกรรม ที่ดำเนินการ

องค์ประกอบของCCM	รายละเอียด	ตัวอย่างโปรแกรม/กิจกรรม ที่ดำเนินการ
1. นโยบายและทรัพยากรของชุมชน (Community resources and policy)	หน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีการประสานงานเพื่อเชื่อมโยงชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ตระหนักและสนับสนุนทรัพยากรเพื่อพัฒนาการดูแล	การสนับสนุนของท้องถิ่น เช่น การจัดสถานที่ออกกำลังกาย การจัดงบประมาณสนับสนุน การคัดกรองโรคเรื้อรังของชุมชน เป็นต้น

	สุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
2. หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Systems organization of health care) การให้สุขภาพศึกษาที่ สนับสนุนการดูแล	ระบบสุขภาพที่สนับสนุนจาก ผู้บริหาร โดยผู้บริหารกำหนด นโยบายและสนับสนุนให้สถาน บริการทุกระดับ ให้ความสำคัญใน การพัฒนากระบวนการบริการ ดูแล รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมี โครงสร้างการเบิกจ่ายหรือตอบ แทนการดูแลรักษาพยาบาลที่ ครอบคลุมต่อ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	• นโยบายของหน่วยบริการ • การกำหนดตัวชี้วัดในการ ประเมินกรอบ คุณภาพ (Quality Outcome Framework; OOR) เช่น ตัวชี้วัดด้านที่ 1 คุณภาพและ ผลงานการจัดบริการสร้างเสริม สุขภาพ และ ป้องกันโรค (ตัวชี้วัดพื้นที่) ประกอบด้วย ร้อยละของประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง เบาหวาน ร้อยละ ของ ประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดัน โลหิตสูง เป็นต้น
3. การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self- management support)	การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว มีความมั่นใจในการดูแลดูแลความ เจ็บป่วย จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ	• การให้สุขภาพ ศึกษาที่ สนับสนุนการดูแลตนเอง • การให้คำปรึกษาแบบสร้าง แรงจูงใจ • การสนับสนุนสื่อที่ใช้ในการ สอนเกี่ยวกับ
องค์ประกอบของCCM	รายละเอียด หรือวิธีที่ใช้ในการดูแลตนเอง สามารถประเมินปัญหาอุปสรรคและ ความสำเร็จในการดูแลตนเองเป็น ระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ	ตัวอย่างโปรแกรม/กิจกรรม ที่ ดำเนินการ • โรคเรื้อรัง • ผลของการศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรมสนับสนุนการดูแล ตนเอง มักพบในผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดัน โลหิต สูง พบบ้างในผู้ป่วยโรคข้อ

		อักเสบ หอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system Design)	ระบบบริการที่เชื่อมโยงตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการปรับระบบบริการ ที่สามารถเชื่อมโยงกันในสถานบริการทุกระดับอย่างมีคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะยาวรวมทั้งระบบการดูแลภาวะเฉียบพลัน	• การดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ • การส่งต่อระหว่างบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ • การดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างชุมชนและบริการปฐมภูมิของพื้นที่
5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)	มีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิง เชิงประจักษ์ เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับสถานบริการทุกระดับ รวมทั้ง การจัดทำมีระบบให้คำปรึกษา	• แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง • การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ • การสนับสนุนเอกสาร สื่อ ที่ใช้ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ • การบันทึกการดูแลผู้ป่วยเมื่อไปเยี่ยม บ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ
6. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information system)	มีระบบสารสนเทศทางคลินิก ที่ช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึงกันเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เป็นไปตามแนวทางดำเนินการ	• การบันทึกข้อมูล และเชื่อมโยงการใช้ข้อมูลของบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ที่มา ประยุกต์จากสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวง

จากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า มีความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบทั้ง ผู้ให้บริการวิชาชีพ (Professiona) ผู้ป่วย (Patient) และโครงสร้างของระบบบริการ (Structure) ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชนสอดคล้องกับ Kennedy, Rogers, & Bower, (2007) ที่ระบุว่า รูปแบบของการดำเนินการในการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีการดูแลทั้งระบบ เช่น การเปลี่ยนแปลงการส่งมอบบริการของเจ้าหน้าที่นั้นจะต้องมีการอบรมทักษะการให้บริการ การปรับการทำงานเป็นทีมที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่จะต้องได้รับการอบรมให้มีความรู้ ทักษะ กลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยเจ้าหน้าที่จะต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เพื่อให้มีการดูแลประสานความร่วมมือ (Collaborative care) ในส่วนของผู้ป่วยนั้นต้องพบกับความท้าทายของการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทั้งการรับประทานยา การควบคุมอาการ การเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติ โดยการดูแลโรคเรื้อรังนั้นเจ้าหน้าที่จะต้องคำนึงถึงสภาพเศรษฐกิจสังคม ประสบการณ์การเจ็บป่วย ครอบครัว ร่วมด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องมีข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อดูแลตนเองมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง

โครงสร้างของระบบบริการ จะต้องจัดให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ มีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการดูแลตนเองนั้น หมายถึง การพึ่งพา กันในครอบครัว ชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี เพื่อจัดการภาวะการเจ็บป่วย ความพิการ โดยได้รับการสนับสนุนหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่

บริการปฐมภูมิกับการดูแลโรคเรื้อรัง

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง จะทำให้เกิดความต่อเนื่องเชื่อมโยงของบริการ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนและเกิดความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ (Shi, 2012) ปัจจุบันพบว่าระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการได้ โดยหน่วยงานที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทในส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเฉียบพลันที่ไม่รุนแรง นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพและประสิทธิผล ทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ เป็นต้น รวมถึงการบริการด้านสังคมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ประกอบกับปัญหาสุขภาพปัจจุบันที่จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้

จากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีปริมาณมาก รูปแบบการเจ็บป่วยยาวนานในการปฏิบัติงานจริง จึงจำเป็นต้องทำงานเป็นทีม และปรับสภาพแวดล้อมการทำงานของระบบบริการสุขภาพให้เอื้อต่อความเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ บริการปฐมภูมิจึงมีคุณลักษณะที่สำคัญประกอบด้วย การเข้าถึงบริการด้านแรก บริการที่ครอบคลุมรอบด้าน บริการต่อเนื่อง การประสานงานส่งต่อ และความร่วมมือของประชาชน ด้วยการประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลนี้ให้สอดคล้อง กับสภาพความเป็นอยู่และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และเมื่อมีอาการที่เกินความสามารถหรือต้องการความช่วยเหลือด้านอื่นเพิ่มเติมทำการประสานงานกับหน่วยงานอื่น (Shi,2012) อีกทั้งยังสนับสนุนให้ประชาชนพึ่ง ตนเอง ด้านสุขภาพ จากลักษณะสำคัญข้างต้น เห็นได้ว่าบริการปฐมภูมิ มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ด้วยเหตุผลหลายประการ คือ 1)โรคเรื้อรังเป็นแล้วไม่หาย ต้องการการดูแลต่อเนื่อง2) โรคเรื้อรังส่วนใหญ่ ต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการอบรมทางด้านพฤติกรรม ละ 3) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มักจะป่วยอย่างน้อย2 โรค เช่น เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง และบางรายพบปัญหาเศรษฐกิจ สังคม ซึ่ง ต้องการการประสานงานในการดูแลจากหลายหน่วยงาน สอดคล้องกับ Macinko, Dourado, Guanais. (2011) กล่าวว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าบริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคในทุก ระยะ เช่น การป้องกันโรคระยะแรก (Primary prevention) ในการป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การณรงค์งดสูบบุหรี่ การคัดกรองโรคเบื้องต้น เป็นต้น การป้องกันโรคระยะที่สอง (Secondary prevention) เช่น การได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที และการป้องกันโรคในระยะที่สาม (Tertiary prevention) เช่น การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น อย่างไรก็ตามโรคเรื้อรังมีปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมที่ซับซ้อน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงมี ความท้าทายในการจัดการและการดูแลให้มีความยั่งยืนของพฤติกรรมและการดำรงชีวิตใน สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

การดูแลโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมินั้น Bodenheimer (2002) กล่าวว่า จะต้องใช้กระบวนการทัศนคติเป็นหุ้นส่วน ประกอบด้วย ความร่วมมือในการดูแล (Collaborative care) ที่เกิดจากความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และการสนับสนุนการดูแลตนเอง เป็นการวางแผนสุขศึกษาเพื่อสร้างทักษะการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยเป็นวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ยึด

หลักผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง (ตารางที่ 3) ซึ่งการสนับสนุนการดูแลตนเอง เป็นองค์ประกอบหนึ่งของ CCM สอดคล้อง กับการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการนำ CCMไปปฏิบัติ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเด็นของการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Davy et al., 2015)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการสอนแบบดั้งเดิมและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

ประเด็น	การสอนแบบดั้งเดิม	การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง
เนื้อหาการสอน	ข้อมูลและทักษะทางเทคนิคเกี่ยวกับโรค	ทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการป่วยเป็นโรค
ปัญหาได้มาอย่างไร	ปัญหาเกิดจากการควบคุมโรคไม่ดีเพียงพอ	ปัญหาเกิดจากประสบการณ์ของผู้ป่วยอาจจะเกี่ยวข้องกับโรคหรือปัจจัยอื่น
ความสัมพันธ์ระหว่างสุขศึกษากับโรค	การสอนให้สุขศึกษาเฉพาะโรคสอนและให้ข้อมูลทักษะทางเทคนิคภาวะโรคเกี่ยวกับโรค	การสอนให้ทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวข้องกับภาวะโรคเรื้อรัง
ทฤษฎีที่ใช้ในการดูแลให้ความรู้	ให้ความรู้เฉพาะโรค ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดี	สร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดี การเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพดี
เป้าหมาย	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพดี	ผู้ให้บริการสุขภาพ กลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ใครคือผู้สอน	ผู้ให้บริการสุขภาพ	

ที่มา Bodenheimer T., Lorig K., Holman H., & Grumbach K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA, 288(19), 2469-2475.

การดูแลโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีการนำแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ด้วยการสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนมีโครงการพัฒนาศูนย์ DPAC (Diet and Physical Activity Clinic) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีกระบวนการในการทำงาน ได้แก่ การให้การวินิจฉัยและลงทะเบียน ประเมินระยะของโรคความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ บริการป้องกันควบคุมโรค และการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับระยะของโรค โดย ทีมสหวิชาชีพ มีผู้ประสานงานโรคเรื้อรังในการบริหารจัดการดูแลในภาพรวม มีการเชื่อมโยง มุ่งเน้นคุณภาพผลลัพธ์ให้กับผู้มารับบริการทั้งกลุ่ม โรคและกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นศูนย์กลาง และมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิต และ สังคม มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคเรื้อรังของสถานบริการและเชื่อมโยงถึงชุมชนมีระบบส่งต่อ ทั้งไปและกลับที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการจัดบริการสุขภาพระดับอำเภอ ที่ซึ่งให้ความสำคัญกับระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการภาคีเน้นเป้าหมาย ผ่านกระบวนการชื่นชมและจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่ เนื่องจากปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน ไม่สามารถแก้ด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงด้านเดียว โดยโรคเรื้อรังเป็นหนึ่งในสิบเป้าหมายของการดูแลที่จำเป็น (Essential Cares) ของการดูแลในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (เดชา แซ่หลี่ และคณะ, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งได้มีการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมที่แตกต่างกัน และขาดระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้ความร่วมมือกับหน่วยบริการ มีการถ่ายทอดนโยบายการดูแลโรคเรื้อรังไปยังหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพแต่ยังไม่มีติดตามประเมินผล การสนับสนุนการดูแลตนเองเป็นการให้สุขศึกษาแบบดั้งเดิม การออกแบบระบบบริการเป็นการสร้างแรงจูงใจจากภายนอก การสนับสนุนการตัดสินใจด้วยการสร้าง ต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ยังไม่ชัดเจน ระบบข้อมูลโรคเรื้อรังขาดการเชื่อมโยงในทางปฏิบัติ (ภูติท เตชาดิวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์, ศันสนีย์ เมารุ่งเรืองวงศ์, สุพัฒน์ คำสอน, และจริญา แห่ง สันเทียะ, 2558) สอดคล้องกับสุพัตรา ศรีวิชชากร (2555) กล่าวถึงสถานการณ์การดูแลโรคเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ พบว่ามุ่งเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

มากถึงร้อยละ 80-90 แต่คัดกรองแล้วไม่มีการจัดการต่อในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการด้านการส่งเสริมป้องกันของกระทรวงสาธารณสุข ทำเป็นโครงการหรือกิจกรรม มากกว่าการเน้นกลุ่มประชากรที่ชัดเจน ทำการจัดกระจายหลายหน่วยงาน การช่วยสนับสนุน ปรับพฤติกรรมไม่มีความต่อเนื่อง หรือเข้มข้นมากเพียงพอ ทำให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันโรคไม่บรรลุผล

ข้อเสนอแนะในการดูแลโรคเรื้อรังของประเทศไทย

ความท้าทายของการดูแลโรคเรื้อรัง คือการไม่ได้มองการดูแลโรคเรื้อรังทั้งระบบ ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องอยู่ในภาวะที่ไม่พึงประสงค์ทางร่างกาย เช่น ความจำกัดในการเคลื่อนไหว เหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ทางอารมณ์เช่นหงุดหงิดจากการที่ไม่สามารถปฏิบัติ กิจกรรมหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ รวมถึงประเด็น ด้านความรู้ ทักษะ และความรอบรู้ ทางสุขภาพของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการ การสื่อสารระหว่าง ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เพื่อปรับตัว ให้เผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลโรคเรื้อรังจึงต้องมีการดำเนินการอย่างรอบด้าน ทั้งผู้ให้บริการวิชาชีพ ผู้ป่วย และโครงสร้างของระบบบริการ โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อการ พัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังตามองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ดังนี้ 1) นโยบายและ ทรัพยากรของชุมชน มีการ จัดตั้งทีมงานประกอบด้วยภาคสาธารณสุขจากสหสาขาวิชาชีพ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน สนับสนุนกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะ เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในพื้นที่ สื่อสารนโยบายแผนกลยุทธ์ และแผนงานให้กับทีมงานทราบ เป้าหมายและวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ ออกแบบการ ดูแล กลุ่มผู้ป่วยให้ชัดเจน เช่น ในรายที่ควบคุมโรค ไม่ได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพมาใช้ในการ จัดโครงการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ควรมีการติดตามประเมินผลการ กระบวนการดูแลผลลัพธ์ทางคลินิก เงินทุน และเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการพัฒนาระบบบริการที่มีองค์ประกอบทั้งผู้ป่วย ผู้ ให้บริการ และระบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ การ จัดการตนเองจำเป็นจะต้องพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งระบบ ดังนี้ ในส่วนของผู้ป่วยนั้น ผู้ให้บริการ ต้องมีการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อปรับทัศนคติ พัฒนาทักษะ ให้ความสำคัญกับ การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ในการจัดการตนเองการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยจากแรงจูงใจ ภายในตนเอง ผู้ให้บริการต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการสนับสนุนผู้ป่วย จากเดิมที่ผู้ ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจร่วมกันโดยยึดปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นหลัก การทำงาน

ต้องพัฒนาการทำงานเป็นทีมงานทำงานกับผู้ป่วยในการวางแผนกิจกรรม มีการติดตาม ประเมินผลเพื่อแก้ปัญหา และกำหนดเป้าหมายใหม่ รวมถึงการทำงานเป็นทีมงานกับผู้ ให้บริการด้านต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนโดยไม่เป็นหน้าที่ของภาค สาธารณสุขเพียงผู้เดียว และระบบสุขภาพต้องมีระบบการตอบสนองแก่ผู้ให้บริการที่สนับสนุน การจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เช่นสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เช่นการใช้ กลไกทางการเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านกลไกการประเมินตัวชี้วัดเกณฑ์ คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality Outcome Framework OO1) ที่สอดคล้องกับ บริบทของพื้นที่ เป็นต้นและหน่วยงานที่กำหนดนโยบายต้องมีการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอใน การสนับสนุนให้เกิดระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้ระบบสุขภาพที่สนับสนุน การดูแลโรคเรื้อรังจำเป็นต้องการ

ทีมสหสาขาวิชาชีพและความร่วมมือจากหลากหลายหน่วยงาน 4) การออกแบบระบบการ ให้บริการ ปัจจุบันระบบการให้บริการผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ การ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคด้วยการเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ควร ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผล ระดับทุติยภูมิ มีเป้าหมายในการ ค้นหา ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยและป้องกันชะลอระยะการดำเนินโรค การดำเนินงานในปัจจุบัน ควร ดำเนินการเชิงรุก ด้วยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการ จัดการตนเอง และดำเนินการติดตาม ประเมินผล ระดับตติยภูมิ ให้การบริการผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน ป้องกันความพิการจากโรค ควร จัดระบบการส่งต่อให้มีความเชื่อมโยง ด้วยการสร้างแนวปฏิบัติในเรื่องของการรับ/ส่งต่อ และการเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วย 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ ดำเนินการ พัฒนาความรู้ของผู้ ให้บริการอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินสมรรถนะการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อนำสร้างหลักสูตรหรือ โปรแกรมการอบรมที่สอดคล้องกับการดูแลโรคเรื้อรัง และพัฒนาความรู้ของอาสา-สมัคร สาธารณสุข (อสม.) เพื่อเชื่อมการดูแลระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชน ด้วยการจัดอบรมส่วน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของทีม ผู้ให้บริการและอสม. 6) ระบบสารสนเทศทางคลินิก ระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องทำงานประสานและบูรณาการกับหลายหน่วยงานมีการ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลชุมชน ในระดับอำเภอ รวมถึงการ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริการปฐมภูมิกับบริการทุติยภูมิ

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า การดูแลโรคเรื้อรังของประเทศไทย มี นโยบายและแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ชัดเจน บริการปฐมภูมิมีบทบาทมากขึ้นในการ

ดูแลโรคเรื้อรัง จากคุณลักษณะที่สำคัญ คือ บริการด้านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย บริการที่ครบถ้วน รอบด้าน ตั้งแต่การคัดกรอง รักษา ดูแล และฟื้นฟูสภาพการส่งต่อเมื่อเกินความสามารถในการรักษา การรับส่งมาดูแลต่อในชุมชน ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลระยะยาว และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนทรัพยากรในการดูแลโรคเรื้อรังตามบริบทของพื้นที่ อีกทั้งยังมีการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบ ที่เป็นการมองภาพทั้งระบบ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และโครงสร้างของระบบบริการทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน มาดำเนินการ อย่างไรก็ตามการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังเพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า

2.14 การวิจัยแบบผสมผสาน

ความเป็นมาของการวิจัยแบบผสมผสาน

การวิจัยหรือกระบวนการแสวงหาความรู้ ความจริงอย่างมีระบบแบบแผนโดยอาศัยกระบวนการทาง วิทยาศาสตร์สามารถแบ่งได้เป็น 3 ยุค คือ ยุคที่ 1 ยุคระเบียบวิธีเดียว หรือยุคนักวิจัยบริสุทธิ์ (Mono Method หรือ Purist Era) ยุคนี้ จะใช้กระบวนการวิจัยแบบใดแบบหนึ่งเท่านั้น ระหว่างการวิจัย เชิงปริมาณบริสุทธิ์หรือการวิจัยเชิงคุณภาพบริสุทธิ์ ยุคที่ 2 ยุคระเบียบวิธีแบบผสม (Emergence of Mixed Methods) จากข้อจำกัดของระเบียบวิธีเดียว จึงเกิดการนำวิธีเก็บข้อมูลแบบต่างๆ มาใช้ในการวิจัย และยุคที่ 3 ยุคการวิจัยรูปแบบผสม (Emergence of Mixed Model Studies) นอกจากนี้ยังอาจแบ่งนักวิจัยได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มนักวิจัยบริสุทธิ์ (Purist) ซึ่งมีความเห็นว่า ไม่สมเหตุผลที่จะนำ วิธีการแสวงหาความรู้ความจริงที่อยู่บน ฐานคิดหรือปรัชญาในการมองความจริงต่างกันมาใช้หาความจริง ด้วยกัน ดังนั้นนักวิจัยที่ยึดปรัชญาปฏิฐานนิยมก็ควรใช้การวิจัย เชิงปริมาณ และนักวิจัยที่ยึดปรัชญาปรากฏการณ์นิยมก็ควรใช้การ วิจัยเชิงคุณภาพ 2) กลุ่มยึดสถานการณ์ (Situationist) มีความเห็นว่า บางสถานการณ์อาจใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ หาคำตอบในลักษณะเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน แต่ไม่ควรหลอมรวม ปรัชญาปฏิฐานนิยมและปรากฏการณ์นิยมเข้าด้วยกันเพราะทั้งสองปรัชญายังจำ เป็นต่อการค้นหาความจริงที่ต่างกัน 3)กลุ่มปฏิบัตินิยม (Pragmatist) มีความเห็นว่า อาจจะผสมผสานทั้งปรัชญา และวิธีการที่เหมาะสมเพื่อใช้ข้อดีของแต่ละปรัชญาและวิธีการ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในงานวิจัยนั้น (รัตนะ บัวสนธ์, 2551) จุดเน้นของกลุ่มปฏิบัตินิยมคือ ผลของการกระทำ การยึดปัญหา เป็นสำคัญ การใช้พหุวิธีใน

การศึกษา และมุ่งที่การปฏิบัติในสภาพ ความเป็นจริง จากยุคต่างๆ ดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า รูปแบบหลักของ การวิจัยในปัจจุบันมี 3 รูปแบบ คือ การวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัย เชิงคุณภาพ และการวิจัยแบบผสมผสาน โดยการวิจัยแบบ ผสมผสานจัดอยู่ในยุคที่ 3 ของการเปลี่ยนแปลง วิธีวิทยาการวิจัย (Third Methodological Movement) การวิจัยแบบผสมผสานสามารถแบ่ง การผสมผสานเป็น 2 ลักษณะ คือ การผสมผสานวิธีรวบรวมข้อมูลหลายๆ วิธี ในการ วิจัย (Mixed Methods) และ การผสมผสานรูปแบบของการวิจัย เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Models) ซึ่งอาจผสมผสาน โดยให้น้ำหนักความสำคัญกับการวิจัยเชิงปริมาณและเชิง คุณภาพ เท่าเทียมกันหรือผสมผสานในลักษณะวิธีหลักวิธีรอง กล่าวคือ ให้น้ำหนักความสำคัญกับ การดำ เนินการวิจัยแบบใดแบบหนึ่ง มากกว่าอีกแบบหนึ่งทั้งในระยะเดียวกันหรือในระยะที่ ต่างกันของ การวิจัย สำ หรับการผสมผสานรูปแบบนี้ Creswell & Clark (2011) ได้เสนอปัจจัย ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบการวิจัยไว้ 4 ประการ คือ ระดับการเชื่อมโยงของ ผลการวิจัย เชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ (Integration) ระดับความสำคัญของผลการวิจัย เชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ (Priority) เวลาในการดำ เนินการวิจัย เชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ (Timing) และช่วงเวลาและวิธีการผสม ผสานการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixing) การ วิจัย แบบผสมผสานยึดปรัชญาปฏิบัตินิยม ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความเชื่อ พื้นฐานในการแสวงหา ความจริงที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มุ่งการ แก้ปัญหามากกว่าการยึดติดวิธีวิจัย ใช้วิธีเก็บ ข้อมูลหลากหลายวิธี และมุ่งที่การปฏิบัติในโลกแห่งความเป็นจริง การวิจัยแบบผสมผสานเกิดขึ้น ครั้งแรก ใน ค.ศ.1959 หรือ พ.ศ.2502 โดย Campbell และ Fiske เป็นผู้แนะนำ ให้ใช้วิธี เก็บ ข้อมูลเชิงปริมาณหลายๆ วิธี และเพิ่มวิธีเชิงคุณภาพเข้าไปในการ ศึกษาเชิงปริมาณด้วย ใน การศึกษาทางสังคมศาสตร์และ พฤติกรรมศาสตร์ หลังจากนั้นก็มีนักวิชาการอีกหลายคน แสดง ทัศนะเกี่ยวกับการผสมผสานวิธีเก็บข้อมูล เช่น Sieber Bryman, Reichardt & Rallis เป็นต้น จนกระทั่ง ค.ศ.2003 หรือ พ.ศ.2546 Creswell ได้เปรียบเทียบความเหมือนและความต่าง ระหว่าง รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัย แบบผสมผสาน ต่อมาใน ค.ศ.2005 หรือ พ.ศ.2548 การวิจัย แบบผสมผสานได้รับการยอมรับมากขึ้นจนมีการตีพิมพ์ วารสาร ชื่อ Journal of Mixed Methods Research จนถึงปัจจุบัน

ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน การวิจัยแบบผสมผสานมีชื่อที่ใช้เรียกแตกต่างกัน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น การวิจัยพหุวิธี (Multi-methods) การวิจัยพหุกลยุทธ์ (Multi-strategy) การวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา (Mixed Methodology) Mixed Research,

Methodological Pluralism, Combined Qualitative and Quantitative Design, Qualitative - Quantitative Methodology Design ในบรรดา ชื่อต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ชื่อที่ได้รับความนิยมมากที่สุดและนำมาใช้ในบทความนี้คือ การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research หรือ MMR) จากการที่มีชื่อเรียกต่างๆ กัน มีข้อสังเกตว่าการวิจัย แบบพหุวิธีและการวิจัยแบบผสมผสานมีความแตกต่างกันตรงที่ การวิจัยแบบพหุวิธีใช้วิธีรวบรวมข้อมูลมากกว่าหนึ่งวิธีแต่วิธีที่นำมาใช้นั้นมาจากกระบวนการทัศนการวิจัยแบบเดียวกัน เช่น วิธีเชิงปริมาณ อย่างเดียว หรือวิธีเชิงคุณภาพอย่างเดียว ขณะที่การวิจัยแบบ ผสมผสานใช้วิธีรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผสมผสานกัน แต่การจะเลือกวิธีรวบรวมข้อมูลแบบใดมาผสมผสานกันนั้นขึ้นกับแนวคิดเชิงปรัชญา (Philosophical Assumption) ซึ่งประกอบด้วย ภาววิทยาหรือธรรมชาติของความจริง (Ontology) และญาณวิทยาหรือวิธีค้นหาความรู้ความจริง (Epistemology) ซึ่งจะเป็นสิ่งที่กำหนดกรอบการคิด (Frame of Reference) ของนักวิจัย การผสมผสานวิธีรวบรวมข้อมูล ในกระบวนการวิจัยแบบผสมผสานมีความเกี่ยวข้องกับ 2 ประเด็น คือ แบบแผนการวิจัย (Research Design) ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงการ เลือกวิธีเก็บข้อมูล ซึ่งต้องสัมพันธ์กับลักษณะของคำถามวิจัย และ การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (Morse, 2003 ; cited in Brannen, 2005) ด้วยเหตุดังกล่าว การวิจัยแบบผสมผสานจึงมีความเชื่อว่า ข้อมูลที่ได้จากวิธีเดียวไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของสถานการณ์ หรือปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างลึกซึ้ง ดังนั้นการผสมผสาน วิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์สามารถให้คำตอบ ในปัญหาวิจัยได้อย่างดี

สำหรับการวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา (Mixed Methodology) เป็นการผสมผสานของวิธีวิทยาการวิจัยในระดับปรัชญาหรือ พื้นฐานของความเชื่อเกี่ยวกับความจริงและวิธีค้นหาความจริง โดยปรัชญาแรก คือ ปรัชยานิยมซึ่งเชื่อว่าความจริงมีลักษณะ ที่ตรวจวัดได้ (Objective) จำแนกนับเป็นตัวเลขได้ชัดเจน ปรัชญา ที่สองคือ ปรากฏการณ์นิยมซึ่งเชื่อว่า ความจริงมีลักษณะเป็น อัตวิสัย (Subjective) ขึ้นกับมุมมองของคน มีความหมายเปลี่ยนไป ตามบริบทไม่อาจวัดเป็นตัวเลขได้ ด้วยเหตุดังกล่าว นักวิจัยสำ นัก คิดบริสุทธิ์ (Purist) จึงมีความเห็นว่า ไม่สามารถนำสองปรัชญา ดังกล่าวมาใช้ร่วมกันเพื่อค้นหาความรู้ความจริงได้

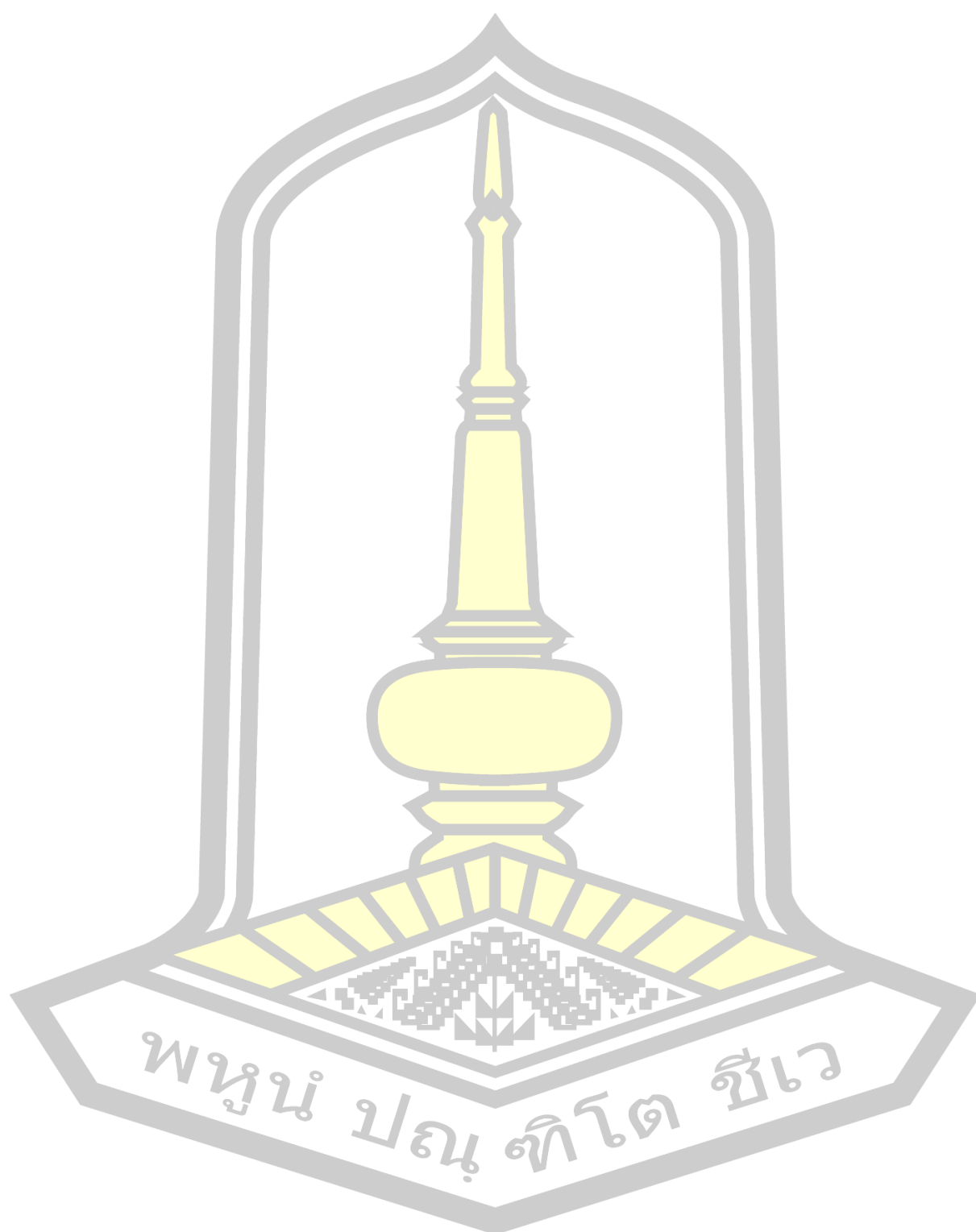
สรุป ได้ว่าการวิจัยแบบผสมผสาน หมายถึง การแสวงหาความรู้ความจริง ด้วยการใช่วิธีเชิงปริมาณและวิธี เชิงคุณภาพร่วมกัน ในระยะใด ระยะหนึ่งหรือใช้ต่อเนื่อง ในระยะที่ต่างกัน แล้วนำ ผลที่ได้ จากแต่ละวิธีมาสรุปร่วมกัน ซึ่งจะทํา ให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ในสิ่งที่ศึกษา

จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากการประมวลทัศนะของนักวิชาการ เช่น Creswell & Clark (2007) ; Creswell (2015) สามารถสรุปจุดมุ่งหมายของ การวิจัยแบบผสมผสานได้ดังนี้ 1) เพื่อแก้ไขจุดอ่อนและเสริมจุดแข็งของการวิจัย เชิงเดี่ยว (Mono Method Research) 2) เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในผลการวิจัยด้วยการใช้ วิธีต่างๆ ในการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) 3) เพื่อเสริมความสมบูรณ์หรือเติมเต็มประเด็นที่ แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา 4) เพื่อค้นหาประเด็นหรือข้อค้นพบที่ผิดปกติ ขัดแย้ง หรือเป็นทัศนะใหม่ 5) เพื่อนำผลการศึกษาในระยะหนึ่งไปใช้ให้เป็นประโยชน์ ในอีกระยะหนึ่งของการวิจัย 6) เพื่อขยายงานวิจัยให้มีขอบเขตกว้างขวาง กลุ่มเล็ก มาก ขึ้น

ลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน จากทัศนะของ Teddlie, C. & Tashakkori, A (2003) ; Johnson & Christensen (2014) สามารถสรุปลักษณะสำคัญ ของการวิจัยแบบผสมผสานได้ดังนี้ 1) ใช้วิธีเก็บรวบรวมและวิธีวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อตอบคำถามวิจัย 2) รวมหรือผสมผสานข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ 3) ใช้แนวคิดเชิงปรัชญาหรือกระบวนทัศน์หลากหลาย ร่วมกัน (Paradigm Pluralism) 4) เน้นความหลากหลายในทุกระดับของกระบวนการ วิจัย 5) ยึดคำถามหรือปัญหาวิจัยเป็นหลักในการกำหนด วิธีการที่จะนำ มาใช้ในการศึกษา 6) ใช้วิธีรวบรวมข้อมูลหลายๆ วิธี เพื่อเสริมซึ่งกันและกันลักษณะทั้ง 6 ข้อดังกล่าวข้างต้นเรียกรวมกันว่า “การผสมผสานวิธีวิทยา” (Methodological Eclecticism) ซึ่งหมายถึง การเลือกสรรและการบูรณาการวิธีวิทยาที่เหมาะสมที่สุด จากการ วิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาใช้เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจ

แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสาน Morse (2003) สามารถ สรุปแบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสานได้ 12 แบบแผน ซึ่งมี ทั้งแบบแผนที่ทำ การวิจัยระยะเดียวที่เรียกว่า แบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) แบบแผนที่ทำ การวิจัยสองระยะที่เรียกว่าแบบแผนลำดับขั้น (Sequential Design) และแบบแผนที่ทำวิจัยมากกว่าสองระยะที่เรียกว่าแบบแผนหลายระยะ (Multiphase or Multi-sequenced Design) แบบแผน ที่ให้ความสำคัญกับวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน (Equivalent Status Design) แบบแผนที่ใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเป็นวิธี หลักและอีกวิธีหนึ่งเป็นวิธีรอง (ไม่เท่าเทียมกัน) (Dominant-less Dominant Design) และแบบแผนรองรับภายใน (Embedded Design) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแบบแผนต่าง ๆ ง่ายขึ้น

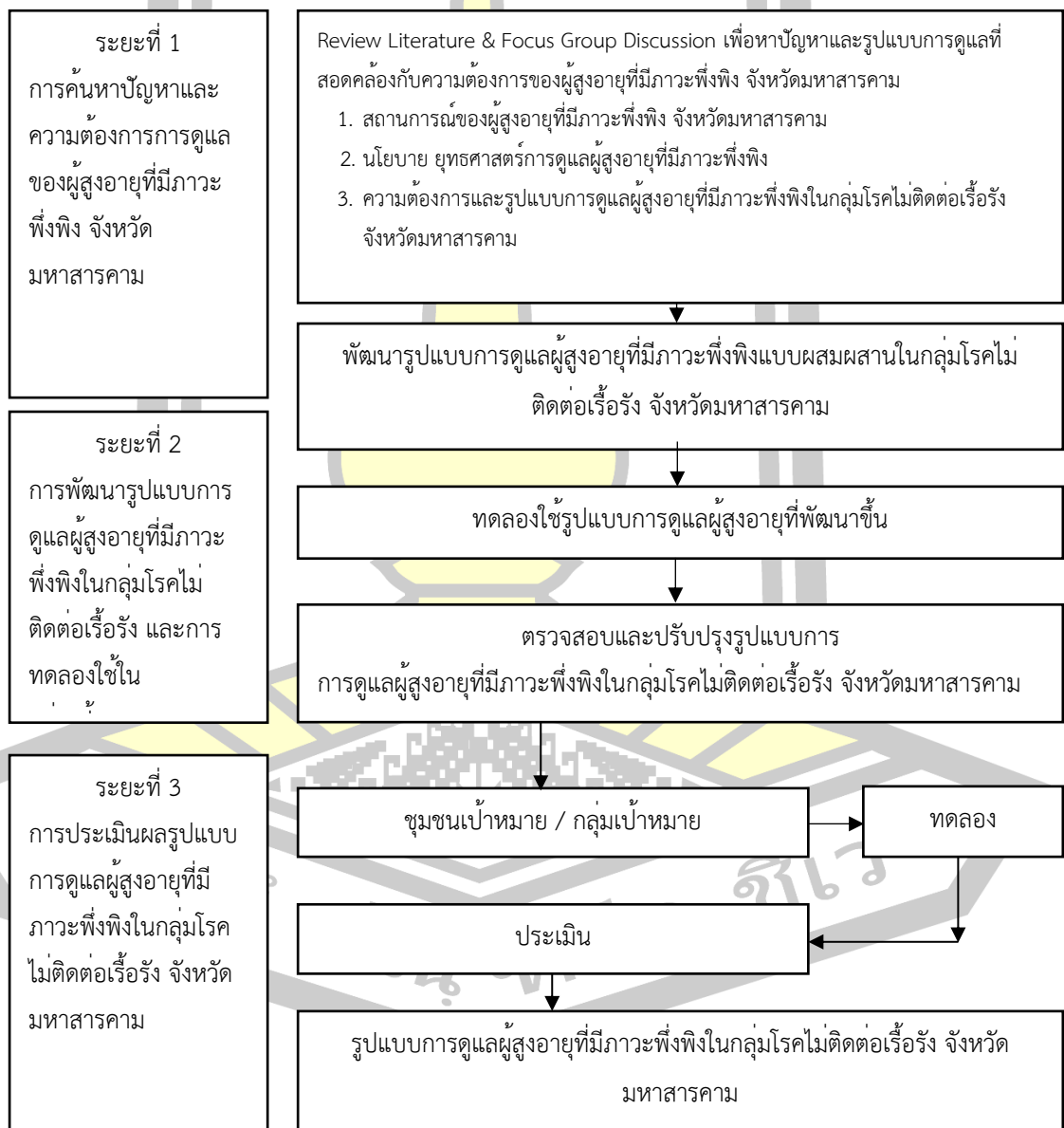


บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนา การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ใช้รูปแบบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน(Mixed Method) โดยใช้วิธีการของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีขั้นตอนการวิจัย ดังภาพประกอบที่ 16



ภาพประกอบที่ 3 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การวิจัยระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดมหาสารคาม

เป็นการศึกษาสถานการณ์ของผู้สูงอายุทั่วโลก และสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ทำการศึกษานโยบายการรองรับปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทั้งในระดับโลกและระดับประเทศที่พื้นที่มีการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการวิจัยปริมาณ (Quantitative research) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่ตอบสนองความต้องการและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระยะเวลาระหว่างเดือน กันยายน 2565 - ตุลาคม 2565

1.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ทั้งหมด 95 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการรักษาและการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 95 คน (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัยของพื้นที่ศึกษา)

1.3 ตัวแปรในการศึกษาและการวัดตัวแปร

(1) ตัวแปรต้น (Independent variable) ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(2) ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(ADL) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(กัณฑ์วิชัยโมเดล)

และแบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยส่วนของข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน ฯลฯ แบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของการวิจัยทั้งหมดไปปรึกษากับอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้นแล้วจึงนำเสนอเครื่องมือดังกล่าวต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ต่อไป เมื่อได้เครื่องมือที่มีคุณภาพเหมาะสมแล้ว จึงนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try-out) กับที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ที่เลือกในการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลจากมาปรับปรุงในด้านการใช้ ความสละสลวย ความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ตอบ ในส่วนที่เป็นการทดสอบความรู้ใช้ สูตรของ Kuder and Richardson (KR-20) วิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ซึ่งต้องมีค่า 0.7 ขึ้นไปจากนั้นจึงนำเครื่องมือทั้งฉบับไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง และปรับปรุงตามคำแนะนำจนได้ฉบับที่สมบูรณ์ที่สุดแล้วจึงจัดทำสำเนาเอกสารแล้วจึงนำไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

1.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.5.1 ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป ได้ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) พิจารณาให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ +1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อสอบถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ - 1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อสอบถามไม่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าวัดข้อสอบถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่

โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC รายข้อต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

1.5.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่จังหวัดอุบลราชธานี หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ วัฒนธรรม

กลุ่ม การรับรู้ความสามารถของตน และ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ในด้านความรู้ ค่าความเชื่อมั่นรายด้านต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

1.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและประมวลผล

มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดย

1.6.1 ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

1.6.2 ติดต่อประสานงานพบปะพูดคุยแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้บริหารเพื่อกำหนดวัน/เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยอธิบายวิธีการตอบให้ละเอียดจนเข้าใจดีและ

1.6.4 เก็บรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามแต่ละฉบับ โดยเมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณผู้บริหาร

1.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงคุณภาพ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลมีการกระจายมาก ทดสอบความโค้งไม่ปกติ ให้ใช้ค่ามัธยฐาน และค่าควอไทล์ที่ 1 และควอไทล์ที่ 3

2. การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

2.1 รูปแบบการวิจัย ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแม็กแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, 2002) ร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจรของ DEMMING CYCLE (PDCA) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวิจัยในเขตตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 7 เดือน

2.2 กิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

2.2.1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อหาความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

2.2.2 ประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ถึงศักยภาพ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและสอบถามความต้องการการดูแลโดยใช้แบบสัมภาษณ์

2.2.3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนํานโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัญหาความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงๆ ในการวิจัยระยะที่ 1 มาออกแบบพัฒนาเพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) เพื่อทราบถึงบริบทและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.3 กลุ่มเป้าหมาย

2.3.1 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการ ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ผู้ดูแล จำนวน 7 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 95 คน

2.3.2 กลุ่มเป้าหมายในการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 95 คน

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

2.4.1 แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์ตามแนวคำถามกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structure Interview Guide) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบไปด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายและบริบทและการประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแล นโยบาย แนวทางและมาตรการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.4.2 แบบคัดลอกข้อมูล ใช้เก็บข้อมูลมือสองที่มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรด้านข้อมูลพื้นฐาน

2.4.3 แบบสอบถาม ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภาคีเครือข่ายผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมถึงสถานการณ์ทั่วไป

2.5 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการวิจัย

2.5.1 แนวทางการสนทนาและประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มละ บันทึการสนทนากลุ่ม ด้วยเครื่องบันทึกเสียง และการจดบันทึกภาคสนาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยใช้แบบสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในหัวข้อลบริบทของชุมชน สถานการณ์โรคติดต่อเชื้อหนองพยาธิ บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แนวทางการจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเชื้อหนองพยาธิ การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แนวทางการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจสอบสถานการณ์การเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นโยบาย แนวทาง และมาตรการในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สิ่งสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ วัฒนธรรมกลุ่มและการรับรู้ความสามารถของตน ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้มีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ใครบ้าง และ ชุมชนมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไรบ้าง ได้รับการสนับสนุนขององค์กรในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง

2.5.2 แนวทางการสังเกต ติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินโครงการฯ ทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกตประกอบด้วย

1) การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็นความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่มการแสดงความคิดเห็นและการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการตามวัตถุประสงค์รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค

2) อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียงช่วยให้มีข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยทำการขออนุญาตผู้ร่วมวิจัยทุกครั้งก่อนการบันทึกและบันทึกในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา บริบทของเนื้อหา ทั้งนี้ในการดำเนินการเก็บรวบรวม

ข้อมูลผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมดผู้ศึกษาได้มีการเตรียมตัวก่อนเริ่มดำเนินการศึกษา โดยการอบรมเกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาหาความรู้ก่อนล่วงหน้าจากตำราเอกสารและบทความต่าง ๆ ที่เป็นความรู้เกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยเฉพาะการวิจัยเชิงปฏิบัติการและบทบาทของกระบวนการ พร้อมทั้งทักษะฝึกการตั้งคำถามเชิงวิเคราะห์ การฟัง การสรุปความ รวบรวม และเป็นผู้ช่างสังเกต ที่จะทำให้เกิดความไว้วางใจ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการ พัฒนางานการศึกษาอิสระและได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

2.5.3 สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม

- (1) หลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากคู่มือการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ
- (2) วัสดุทัศนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นแผล ได้แก่ การดูแลแผลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวาน
- (3) ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องการประเมินกิจวัตรประจำวัน

2.6 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

2.6.1 การพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับพัฒนารูปแบบการดูแล ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 7 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 95 คน โดยนำปัญหาและความต้องการจากระยะที่ 1 มาวางแผนร่วมกับชุมชนในการปฏิบัติการจริง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) และการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

- 1) ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ (PLAN) เป็นขั้นตอนของการทำความเข้าใจในกระบวนการ และการเตรียมความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายก่อนจะเริ่มการเรียนรู้
- 2) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ (DO) เป็นขั้นตอนของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในเนื้อหา เรื่อง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยแบ่งกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแล ผ่านกิจกรรม 4 กิจกรรม ดังนี้

D 1 การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพและมีความพร้อมในการดูแลตนเองและมีความรู้ในการจัดการกระบวนการเรียนรู้ให้แก่บุคคลในครอบครัวและชุมชน ใน 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 9 กิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมนั้นจะมีการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ครบทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 90 -120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นให้บุคลากรสาธารณสุข (ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน และเครือข่ายผู้สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้และเข้าใจกระบวนการในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว ชุมชน

D 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ระบบคัดกรองตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ ระบบรักษา ระบบส่งต่อและระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใน 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับภาคีเครือข่ายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมคิด ร่วมรับรู้ ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ และ ร่วมรับประโยชน์ พัฒนาความรู้และทักษะผ่านกระบวนการการบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบสื่อสุขศึกษา ซึ่งการจัดโปรแกรมสุขศึกษาแบ่งกิจกรรมการให้สุขศึกษา คือ กิจกรรม “สูงวัยใส่ใจสุขภาพ”

D 3 การพัฒนานวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การเยี่ยมบ้านกันเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบ้าน ซึ่งออกแบบให้มีความใกล้เคียงกับสังคม เศรษฐกิจของชุมชน

กิจกรรมที่ 4 การสร้างค่านิยมใหม่ที่ถูกต้อง (values) หมายถึง การสร้างรูปแบบที่ดีของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อยกย่อง เชิดชู เป็นแบบอย่าง โดยการปรับทัศนคติที่ดีต่อการมีจิตอาสา สร้างอุดมการณ์และความมุ่งมั่นในการทำ ความดี เสียสละ ทุ่เมเท และรักในอาชีพและวิชาชีพของตนเอง

3) ขั้นตอนที่ 3 O การประเมินการวัดการคงอยู่ของการปฏิบัติกิจกรรม (Observe) โดยผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิถีชีวิต และการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

4) ขั้นตอนที่ 4 R การสะท้อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม (Relaxion) เป็นการสะท้อนถึงผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด เกิดความไม่ครอบคลุม และสิ่งที่ต้องแก้ไขอย่างไรเพื่อนำสู่การพัฒนาในรอบ PAOR รอบต่อไป

2.7 วิธีเก็บข้อมูล

2.7.1 การเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.7.2 การลงพื้นที่เบื้องต้นเพื่อทำการศึกษาค้นคว้าเบื้องต้นของพื้นที่ เช่น ข้อมูลทางกายภาพ ข้อมูลทางสาธารณสุข ข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลทางเศรษฐกิจ เพื่อให้เห็นภาพรวมของพื้นที่อันเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและวางแผนวิจัยต่อไป

2.7.3 การเตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนา

2.7.4 การลงสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันตามที่วางแผนไว้ ผู้วิจัยใช้การเข้าสู่ภาคสนามโดยผ่านแกนนำเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลและเข้าไปสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล

2.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาระยะนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงปริมาณที่วิเคราะห์ได้โดย

2.8.1 ข้อมูลจากการสำรวจพื้นที่ บริบทของพื้นที่ ลักษณะทางกายภาพ แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ภายในของพื้นที่ ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมืองและสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ การนำเสนอด้วยรูปภาพ และการเขียนอธิบายประกอบความเรียง

2.8.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลจากการจดบันทึก การสังเกต และการถอดเทปบันทึกเสียง การนำข้อมูลที่ได้มาจัด เป็นหมวดหมู่ตามแนวทางของเครื่องมือที่ใช้และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในหมวดหมู่ของคำตอบที่ได้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อพิสูจน์ที่ถูกต้องและอยู่ในบริบทของพื้นที่ในการอธิบายปรากฏการณ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

3. การวิจัยในระยะที่ 3 ผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยทำการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและค่าคะแนนความพึงพอใจ วัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 การคัดเลือกพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยทำการเลือกแบบเจาะจงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 95 คน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน กันยายน 2565 ถึง สิงหาคม 2566

3.2.2 กลุ่มประชากรซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) กลุ่มเป้าหมาย มีดังต่อไปนี้

3.2.2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

- (1) ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปี ที่มีระดับคะแนน ADL <12 สิทธิ UC ทั้งหมดที่มีรายชื่อตาม ทะเบียนข้อมูลรายงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (2) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่เป้าหมายของการวิจัย ณ วันที่สำรวจ
- (3) ผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
- (4) ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงและมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

3.2.2.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาค้างนี้ เป็นการศึกษาจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงกับการดูแล ผู้สูงอายุของครอบครัว ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

- (1) เป็นผู้ดูแลหลักในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่กำลังทำหน้าที่ในปัจจุบันทุกคน

(2) ผู้สูงอายุที่ให้การดูแลมีสิทธิการรักษาภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(3) อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุที่ให้การดูแล ได้แก่ บุตร เขย/สะใภ้ คู่สมรส หลาน ญาติพี่น้อง หรือไม่มี ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ให้การดูแล

(4) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

(5) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

3.2.2.3 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ โดยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

(1) เป็นผู้ที่มิบทบาทหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุประจำสถานบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่จากหน่วยงาน

(2) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ

(3) ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล การติดตามประเมินผลภายใต้ โครงการวิจัย

(4) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

3.2.2.4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงกับการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่ใช่คนในครอบครัว โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) กลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

(1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่ได้รับการมอบหมายจากชุมชน หรือหน่วยงานในชุมชนได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ อาสาสมัครอื่น ๆ

(2) ผู้สูงอายุที่ให้การดูแลอยู่ในประสพภาวะความยากลำบาก มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากเครื่องมือ Barthel index ในระดับทุพพล 54 ภาพรุนแรง (ADL < 12 คะแนน) หรือมีภาวะบกพร่องทางเชาว์ปัญญา ที่เรียกว่า ภาวะสมองเสื่อม ซึ่ง ประเมินจาก เครื่องมือ MMSE - Thai ที่มีค่าคะแนนสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม

(3) ไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุที่ให้การดูแล หรือไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ให้การดูแล

(4) ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(5) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

(6) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

3.2.3 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

(1) ประชากร (Populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 95 คน

(2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) เลือกแบบเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างคือจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในระบบ LTC

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอบรมเชิงปฏิบัติการการสร้างพลังอำนาจ โดยการสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Empowerment management) หมายถึงการสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมกลุ่ม (Focus group) และจัดเวทีประชาคม การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน (Participation and transparency) หมายถึง การบริหารที่เปิดโอกาสให้ทุกคนมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการกิจหรือกิจกรรมของของการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ใช้ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลที่เกิดขึ้นทุกอย่างทั้งดีและไม่ดี ร่วมรับรู้ข้อมูลทุกอย่าง ทุกคนได้รับรู้ข้อมูลทุกอย่างอย่างโปร่งใส ไม่ซ่อนเร้นปิดบัง มีการจัดการบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาระบบบริการเชิงรุกและเชิงรับให้ได้มาตรฐาน (Community based excellent) ตามมาตรฐาน 3S (Service, Structure, Support) โดยการจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชนโดยใช้บริบทเป็นฐาน จัดทำแนวทางเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ, การจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุเพื่อลดการติดเชื่อ , การบริหารจัดการงบประมาณและการบริการเชื่อมต่อข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อระหว่างชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ (Seamless)

ขั้นตอนที่ 4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนานวัตกรรมใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Knowledge transformation & Sustainable) หมายถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึงพิงต้องมีการปรับเปลี่ยนเทคนิคหรือวิธีการใหม่ๆ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นโดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมที่ทำงานจะเกิดองค์ความรู้ใหม่เพื่อพัฒนาต่อยอดไปเรื่อย ๆ และเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพัฒนาแนวทางการดูแลที่สามารถแก้ปัญหาได้โดยทีมโดยใช้ทุนในชุมชนที่มี กิจกรรมการดำเนินงานนั้นจะมีความยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างค่านิยมใหม่ที่ถูกต้อง (values) หมายถึง การสร้างรูปแบบที่ดีของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อยกย่อง เชิดชูเป็นแบบอย่าง โดยการปรับทัศนคติที่ดีต่อการมีจิตอาสา สร้างอุดมการณ์และความมุ่งมั่นในการทำ ความดี เสียสละ พุ่มเท และรักในอาชีพและวิชาชีพของตนเอง โดยมอบประกาศเกียรติบัตร บุคคลตัวอย่าง ชุมชนงดปลาร้าดิบ

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.2.1 แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยได้มีการประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบด้วยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะของการพึ่งพิง ระยะเวลาในการเข้ารับการดูแลจากระบบ ผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนจากสังคม หน่วยบริการสาธารณสุขที่รับบริการ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจในการได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 7 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเป็น อย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
พึงพอใจอย่างยิ่ง	= 5 คะแนน	พึงพอใจอย่างยิ่ง	= 1 คะแนน
พึงพอใจ	= 4 คะแนน	พึงพอใจ	= 2
คะแนน		ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน
ไม่แน่ใจ	= 3 คะแนน	ไม่แน่ใจ	= 3
คะแนน		ไม่พึงพอใจ	= 2 คะแนน
ไม่พึงพอใจ	= 2 คะแนน	ไม่พึงพอใจ	= 4
คะแนน			

ไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่ง = 1 คะแนน ไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่ง = 5 คะแนน

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป ได้ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) พิจารณาให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ +1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อสอบถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ - 1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อสอบถามไม่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าวัดข้อสอบถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่

โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC รายข้อต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2) ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่จังหวัดอุบลราชธานี หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ วัฒนธรรมกลุ่ม การรับรู้ความสามารถของตน และ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ในด้านความรู้ ค่าความเชื่อมั่นรายด้านต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยได้เตรียมแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงเรียบร้อยแล้ว เพื่อนำไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ประชากรศึกษา

3.5.2 ขั้นตอนการดำเนินการ ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ลงไปในพื้นที่จริงในพื้นที่ก่อนได้รับความรู้

3.5.3 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3.5.4 ขั้นตอนดำเนินการการมีส่วนร่วม โดยการสัมมนาตามกระบวนการ AIC การประชุมเชิงปฏิบัติการ การเข้าร่วมกิจกรรมทำสมาธิ การสะท้อนข้อมูล

3.5.5 การค้นหาปัญหา / รับทราบปัญหา

3.5.6 การวิเคราะห์ปัญหา / กำหนดทางเลือก

3.5.7 ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ

3.5.8 ขั้นตอนการประเมินผล เก็บข้อมูลหลังการดำเนินงาน และติดตามผลอีก 1 ครั้ง
หลังจากดำเนินงาน 24 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

3.6.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

3.6.2 การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความพึงพอใจในการได้รับการดูแล โดยใช้สถิติ pair t-test นำเสนอด้วยค่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Un-adjusted mean difference) และช่วงเชื่อมั่น 95%

3.7 ปฏิทินการดำเนินงานวิจัย

ตารางที่ 7 ปฏิทินการดำเนินการวิจัย

กิจกรรมการดำเนินการวิจัย	ระยะเวลา
1.การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการสถานการณ์ผู้สูงอายุ	ก.ย. - ต.ค. 65
1.1 จัดตั้งทีมวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ก.ย. 65
1.2 ค้นหากลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายและกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนกิจกรรมงานวิจัย	ก.ย. 65
1.3.ดำเนินศึกษาสถานการณ์และปัญหาความต้องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ต.ค.65
1.4.เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์	ต.ค.65
1.5 จัดสนทนากลุ่มย่อย เพื่อค้นหาความต้องการของชุมชน	ต.ค.65
1.6.สรุปผลการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้สถิติและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและแนวทาง และกำหนดประเด็นการพัฒนากิจกรรมเพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ต.ค.65
2. พัฒนารูปแบบการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม	พ.ย.65-พ.ค.66

2.1 จัดกิจกรรมประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมสมองในการค้นหาปัญหาให้แก่ชุมชน และประเด็นในการดำเนินการกิจกรรม	พ.ย.63
2.2 จัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะความรู้ของบุคลากรและทีมผู้เข้าร่วมวิจัยในการพัฒนารูปแบบ	ธ.ค.63
2.2 จัดกิจกรรมการตามหลักสูตรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ม.ค.-ก.พ. 66
2.3 นำรูปแบบลงจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน	
2.4 ติดตามประเมินผลหลังรูปแบบได้จัดกระบวนการเรียนรู้	มี.ค.66
2.7 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “สูงวัย สุขภาพดี”	เม.ย.66
	พ.ค.66
3. ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ	มี.ย.66 – ส.ค.66
3.1. ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	มี.ย.66
3.2 ประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	ก.ค.66
3.3 สรุปบทเรียน	ส.ค.66
3.7. สรุปโครงการวิจัย	ส.ค.66

3.8 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2565 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พณฺณ ปณฺ จิตฺ ชีเว

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคามครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ซึ่งมีทั้งรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อบูรณาการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สอดคล้องกับบริบทของอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดมหาสารคาม 2) ศึกษาการพัฒนาูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และ 3) ประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีขั้นตอนการดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะการศึกษาศถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม 2) ระยะการศึกษากการพัฒนาูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และ 3) ระยะการศึกษากผลการประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม นำเสนอผลการศึกษาและผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์โดยแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย **ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** ประกอบด้วยข้อมูลสถานการณ์และนโยบายตั้งแต่ระดับโลก ระดับชาติ และระดับพื้นที่ที่ศึกษา **ส่วนที่ 2 ผลการศึกษากการพัฒนาูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ **ส่วนที่ 3 ผลการประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม รายละเอียด ดังนี้

4.1 ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อมูลสถานการณ์และนโยบายตั้งแต่ระดับโลก ระดับชาติ และระดับพื้นที่ที่ศึกษา

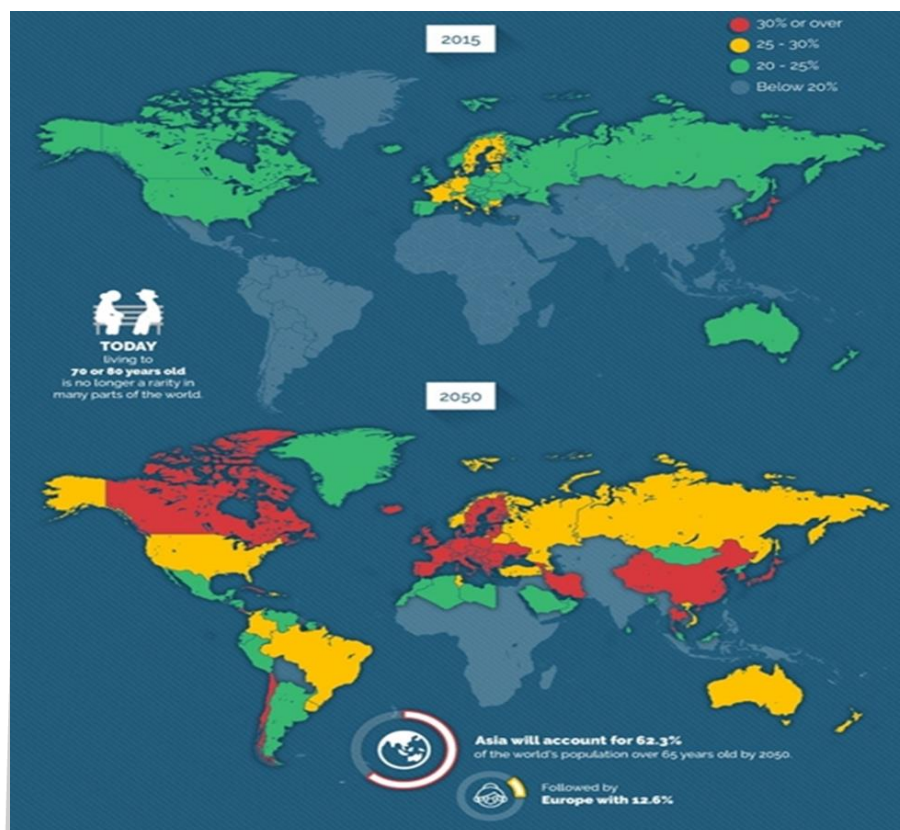
4.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก และจากการศึกษาพบว่า เป็นประเด็นที่รัฐบาลของประเทศต่าง ๆ กำลังให้ความสนใจในการเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะรูปแบบการดูแลที่จำเป็นต้องถูกออกแบบมาเพื่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรโลกที่กำลังเพิ่มช้าลง แต่จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี 2565 ทั่วทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากถึง 109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคน แอฟริกาเป็นทวีปเดียวที่ยังไม่เป็น "สังคมสูงอายุ" ซึ่งมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่ำสุด คือ มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 6 ของประชากรทั้งทวีป

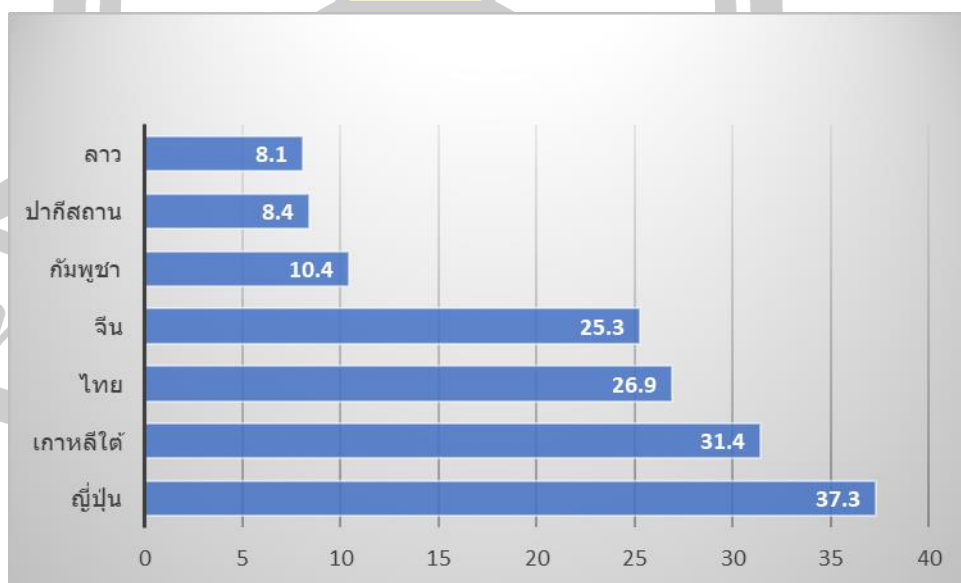
ประเทศในทวีปเอเชียมี 2 ประเทศ ที่มีสถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่โดดเด่น คือ 1) ประเทศจีน เป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากที่สุดในโลก คือ 265 ล้านคน และ 2) ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุที่สูงมาก คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละของประชากรทั้งหมด 124 ล้านคน

ประชากรในประเทศกลุ่มอาเซียนกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2565 มี 7 ใน 10 ประเทศสมาชิกอาเซียนได้เป็นสังคมสูงอายุที่มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 10 แล้ว มีเพียง 3 ประเทศ คือ ลาว กัมพูชาและฟิลิปปินส์เท่านั้นที่ยังไม่จัดว่าเป็นสังคมสูงอายุ สถิติในปี 2565 พบว่าประเทศสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดในอาเซียน ร้อยละ 23 รองลงมาคือ ประเทศไทย ร้อยละ 19 ส่วนประเทศอินโดนีเซีย เป็นประเทศที่มีประชากรมากที่สุด คือ 275 ล้านคน แต่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพียงร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด ส่วนประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่ำที่สุด เพียงร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด





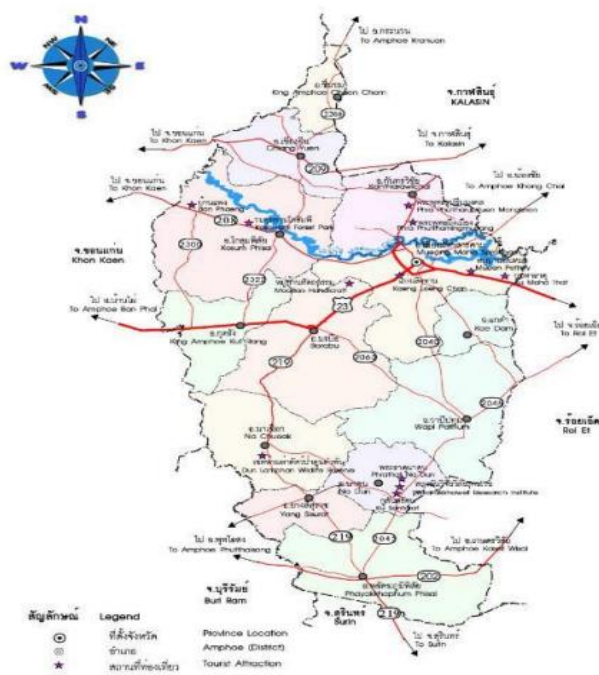
ภาพประกอบที่ 4 การคาดการณ์สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของโลก
(ที่มา : <https://www.brandage.com/article/718/The-Aging-World-2050>)



ภาพประกอบที่ 5 การคาดการณ์สัดส่วนประชากรสูงอายุของทวีปเอเชีย

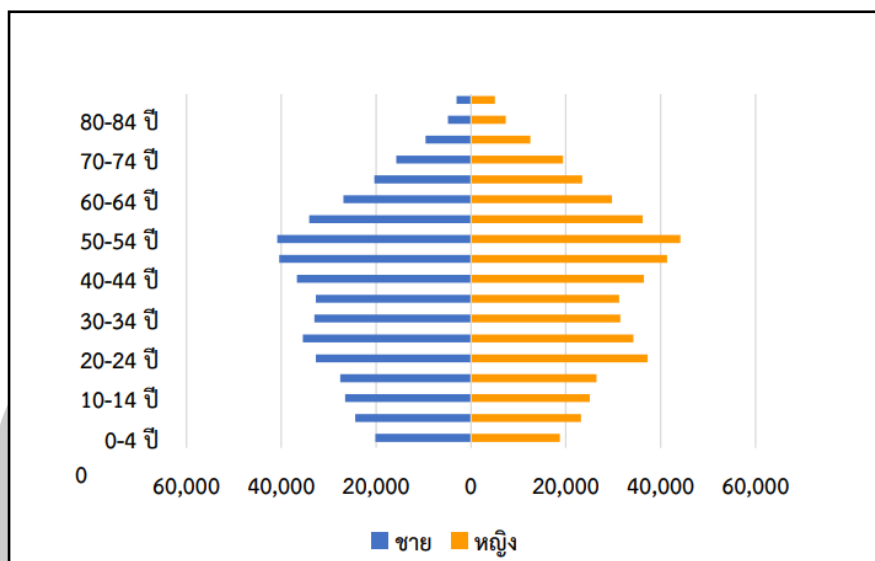
ข้อมูลบริบทพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม (เดิมชื่อ มหาสาลคาม) เป็นจังหวัดหนึ่งทางตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีอาณาเขตติดกับจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคามตั้งอยู่บริเวณตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีพื้นที่ประมาณ 5,300 ตารางกิโลเมตร (3,307,300 ไร่) ระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานคร 475 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้ ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดกาฬสินธุ์ ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดบุรีรัมย์ ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดร้อยเอ็ด ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดมหาสารคามมีฉายาเป็น "ดินแดนแห่งสะดืออีสาน" เนื่องจากตั้งอยู่ที่จุดกึ่งกลางของภาคอีสาน ซึ่งตั้งอยู่ที่บ้านบึงกุย หมู่ 13 ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย) โดยทั่วไป จังหวัดมหาสารคามมีพื้นที่ค่อนข้างราบเรียบถึงลูกคลื่นลอนลาด สูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 130 – 230 เมตร ทิศตะวันตกและทิศเหนือเป็นที่สูงในเขตอำเภอโกสุมพิสัย อำเภอเชียงยืน และอำเภอกันทรวิชัย ครอบคลุมพื้นที่ประมาณครึ่งหนึ่งของจังหวัด และค่อย ๆ เทลาดมาทางทิศตะวันออกและทิศใต้ สภาพพื้นที่แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ พื้นที่ราบเรียบถึงค่อนข้างราบเรียบ ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มริมน้ำ เช่น ที่ราบลุ่มริมแม่น้ำชี ในบริเวณอำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอโกสุมพิสัย และทางตอนใต้ของจังหวัดแถบชายทุ่งกุลาร้องไห้ พื้นที่ค่อนข้างราบเรียบสลับกับลูกคลื่นลอนลาด ตอนเหนือของอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย เป็นแนวยาวไปทางตะวันออก ถึงอำเภอเมืองมหาสารคาม พื้นที่ลูกคลื่นลอนลาดสลับกับพื้นที่ลูกคลื่นลอนชัน ตอนเหนือและตะวันตกของจังหวัด บริเวณนี้มีเนื้อที่ประมาณครึ่งหนึ่งของจังหวัด จังหวัดมหาสารคามแบ่งการปกครองออกเป็น 13 อำเภอ, 133 ตำบล, 1,944 หมู่บ้าน จังหวัดมหาสารคามมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 143 แห่ง เป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับล่างประกอบด้วย เทศบาล 47 แห่ง เป็นเทศบาลเมือง 1 แห่ง คือเทศบาลเมืองมหาสารคาม และเทศบาลตำบล 18 แห่ง ที่เหลือเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 123 แห่ง

พูน ปณ จิต ชีเว



ภาพประกอบที่ 6 แผนที่จังหวัดมหาสารคาม (ที่มา: ที่ทำการปกครองจังหวัดมหาสารคาม)

ข้อมูลประชากรจังหวัดมหาสารคาม โครงสร้างและคุณภาพของประชากรในวัยแรงงานและวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและเป็นสังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) โดยมีอัตราการลดลงของประชากรร้อยละ 1.00 ข้อมูลด้านประชากร จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ สำนักงานสถิติจังหวัดมหาสารคาม ณ 5 มกราคม พ.ศ. 2566 ข้อมูลประชากร จำแนกตามอายุ รวม 953,660 คน จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 467,497 คน ร้อยละ 49.02 เพศหญิง จำนวน 486,163 คน ร้อยละ 50.98 จำแนกตามกลุ่มอายุ แบ่งเป็น อายุ 0-14 ปี จำนวน 140,970 คน ร้อยละ 14.78 อายุ 15-59 ปี จำนวน 639,768 คน ร้อยละ 67.09 อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 170,968 คน ร้อยละ 17.93 และจำแนกไม่ได้ จำนวน 1,934 คน ร้อยละ 0.20 ปัญหาด้านสังคมพบว่ามีความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาสุขภาพะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 55.44 รองลงมาคือปัญหาการเข้าถึงการให้บริการขั้นพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 48.35 และปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 45.39 ตามลำดับ มีโครงสร้างประชากรในพื้นที่ศึกษา ดังนี้



ภาพประกอบที่ 7 ปิรามิดประชากรจังหวัดมหาสารคามจำแนกตามเพศและอายุ ปี พ.ศ. 2566

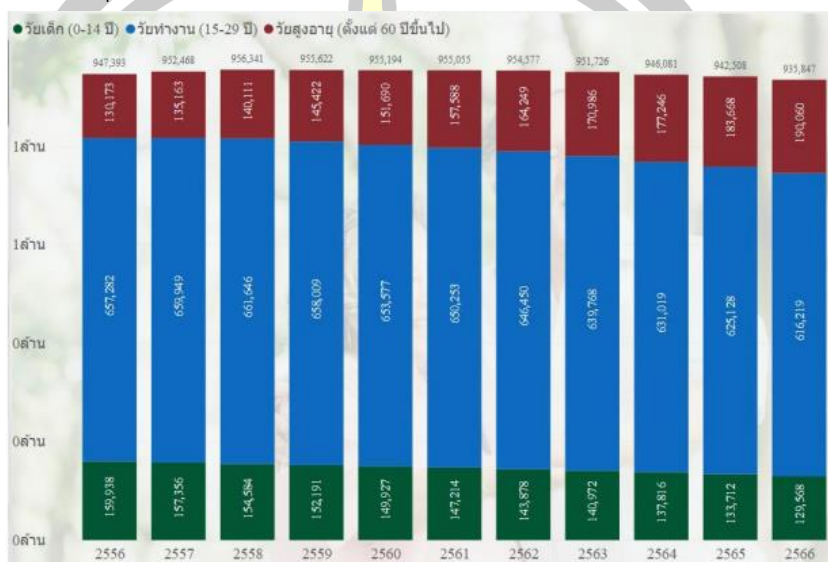
(ข้อมูลทะเบียนราษฎร ณ 5 มกราคม พ.ศ. 2566)

ที่มา: ที่ทำการปกครองจังหวัดมหาสารคาม)

จากแผนภาพปิรามิดประชากร จังหวัดมหาสารคาม มีลักษณะเป็นปิรามิดแบบหดตัว (Constrictive Pyramid) หรือปิรามิดทรงดอกบัวตูมเป็นปิรามิดประชากรที่มีรูปแบบของฐานปิรามิดแคบตรงกลางพองออกและยอดค่อย ๆ แคบเข้าคล้ายรูปดอกบัวตูม แสดงถึงโครงสร้างของประชากรที่มีอัตราลดลง จากจำนวนการเกิดที่ต่ำเช่นเดียวกับจำนวนการตาย

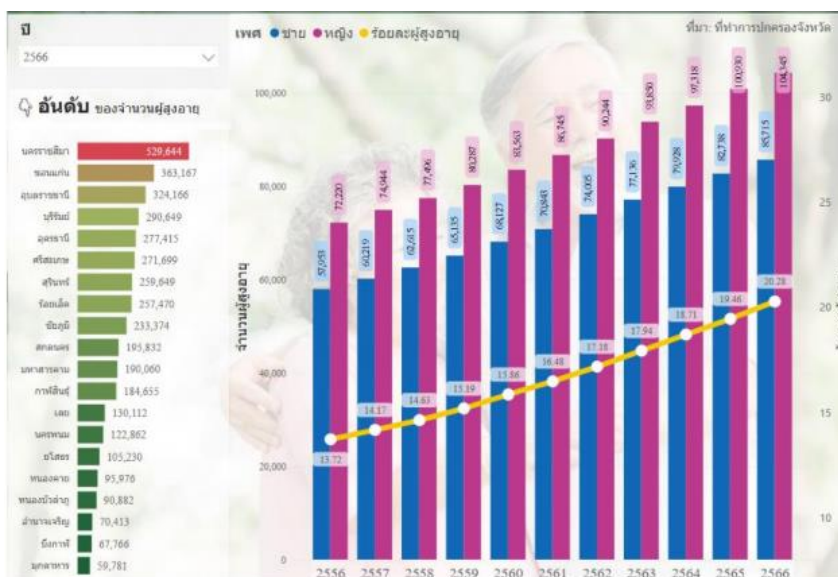
ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม ประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2564-2567 เท่ากับ 783,819 812,367 847,620 และ 875,717คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 21.19, 21.98, 22.84 และ 23.79 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดมหาสารคาม มีประชากรทั้งหมด 664,651 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 167,528 คน คิดเป็นร้อยละ 25.20 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 17,017 คน เนื่องจากผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพที่รวดเร็ว และในช่วงปี พ.ศ. 2556 – 2566 จังหวัดมหาสารคามพบว่า ประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ในทางกลับกันประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนประชากรวัยสูงอายุมีมากกว่าจำนวนประชากรในวัยเด็ก แสดงถึงโครงสร้างของประชากรที่ลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายที่ต่ำ ประกอบกับประชากรวัยแรงงานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2556 – 2558 แต่ลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา สะท้อนให้เห็นว่าอนาคตจังหวัดมหาสารคามจะประสบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น การขาดประชากรวัยแรงงานที่เป็นกำลังสำคัญในการผลิต และผลักดันการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การลงทุนและการออมลดลง

เนื่องจากวัยสูงอายุขาดรายได้หรือมีรายได้น้อยลงในขณะที่วัยทำงานต้องรับภาระมากขึ้นทำให้มีการใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้มีเงินออมน้อยลงและเงินลงทุนลดลงและเกิดภาวะการพึ่งพิง กล่าวคือ วัยแรงงานที่มีจำนวนน้อยจะต้องทำงานมากขึ้นและต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น สำหรับภาครัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการมากขึ้นเพื่อบริการสังคม ทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุทำให้การลงทุนและการออมของประเทศลดลงด้วยเช่นกัน ดังภาพที่ 6



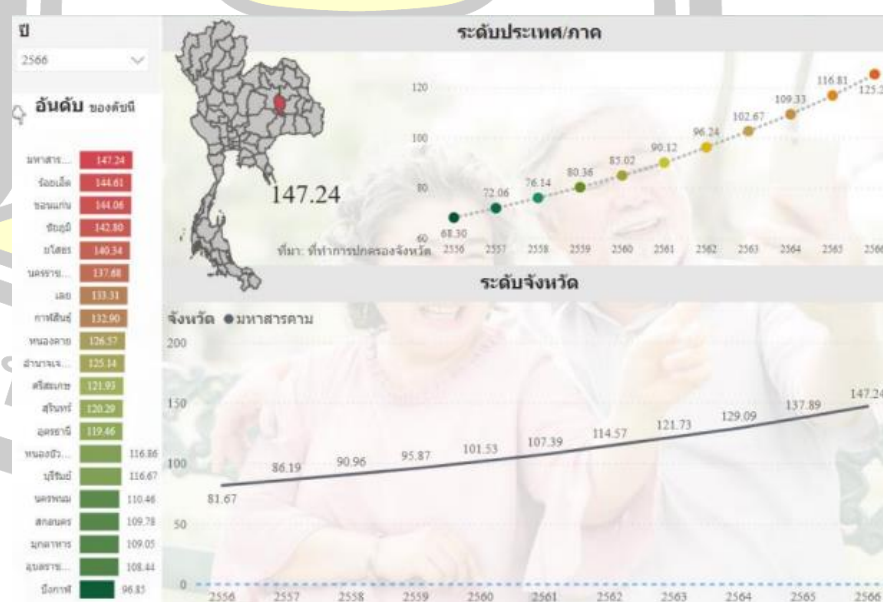
ภาพประกอบที่ 8 โครงสร้างอายุประชากรจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2556 – 2566
(ที่มา: ที่ทำการปกครองจังหวัดมหาสารคาม)

จากข้อมูลจำนวนและร้อยละผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. 2556 - 2566 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย และจังหวัดมหาสารคามมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.72 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 20.28 ในปี พ.ศ. 2566 แสดงให้เห็นว่าจังหวัดมหาสารคามก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) เมื่อพิจารณาจำนวนประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2566 พบว่าจังหวัดมหาสารคามมีผู้สูงอายุจำนวน 190,060 คน ซึ่งเป็นอันดับที่ 24 ของประเทศ และอันดับที่ 11 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังภาพที่ 7



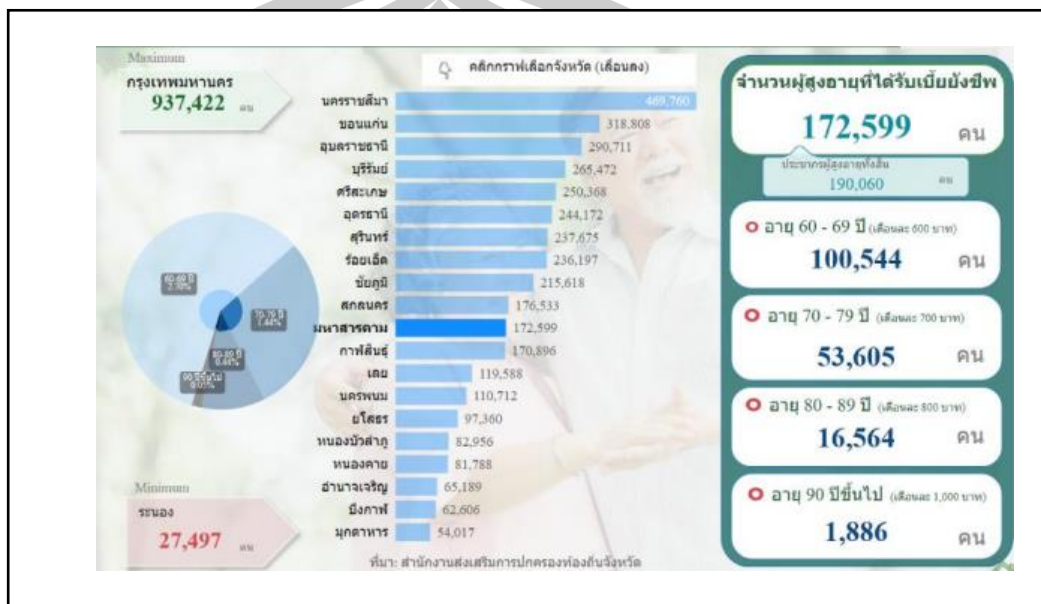
ภาพประกอบที่ 9 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. 2556 – 2566 (ที่มา: ที่ทำการปกครองจังหวัดมหาสารคาม)

ดัชนีการสูงวัยจังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี นั่นคือ ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นสวนทางกับประชากรวัยเด็กที่ลดลง โดยจังหวัดมหาสารคาม เข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ในปีพ.ศ. 2566 ซึ่งมีดัชนีการสูงวัย 147.24 เมื่อพิจารณาดัชนีการสูงวัยในปีพ.ศ. 2566 พบว่าจังหวัดมหาสารคาม มีดัชนีการสูงวัยเป็นอันดับที่ 26 ของประเทศ และอันดับที่ 1 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังภาพที่ 5



ภาพประกอบที่ 10 ดัชนีการสูงวัยจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2556 – 2566 (ที่มา: ที่ทำการปกครองจังหวัดมหาสารคาม)

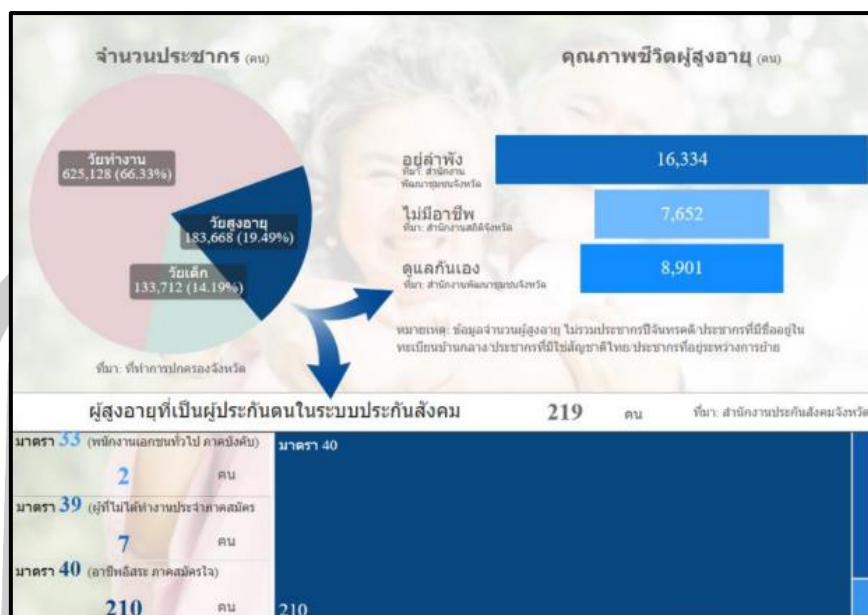
ปี พ.ศ. 2566 จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจำนวน 172,599 คน คิดเป็นร้อยละ 90.81 ของผู้สูงอายุทั้งสิ้น (190,060 คน) และจังหวัดมหาสารคามมีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพเป็นอันดับที่ 23 ของประเทศ และอันดับที่ 11 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังภาพที่ 6



ภาพประกอบที่ 11 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2566 (ที่มา: ที่ทำการปกครองจังหวัดมหาสารคาม)

หากพิจารณาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม พบว่าจากจำนวนผู้สูงอายุ 183,668 คน ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวจำนวน 16,334 คน คิดเป็นร้อยละ 8.89 ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลกันเองจำนวน 8,901 คน คิดเป็นร้อยละ 4.85 นอกจากนี้ พบว่ามีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ไม่มียาชีพ จำนวน 7,652 คน คิดเป็นร้อยละ 4.17 ขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบประกันสังคม (มาตรา 33 39 หรือ 40) มีเพียง 219 คน ดังภาพที่ 7

พูน ปณ ทิโต ชเว



ภาพประกอบที่ 12 จำนวนประชากรวัยแรงงาน และวัยสูงอายุที่อยู่ลำพัง ไม่มีอาชีพ ดูแลตนเอง และการเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมของผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม (ที่มา: ที่ทำการปกครองจังหวัดมหาสารคาม)

ประชากรพื้นที่ที่ศึกษา

สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ 1) **ด้านกายภาพ** (1) ที่ตั้งของหมู่บ้านหรือตำบลอยู่ห่างจากอำเภอกันทรวิชัยเป็นระยะทาง 12 กิโลเมตร (2) อาณาเขต มีพื้นที่ทั้งหมด 64 ตารางกิโลเมตร หรือ 40,000 ไร่ ทิศเหนือ ติดต่อกับตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ทิศใต้ ติดต่อกับตำบลขามเรียง ตำบลเขว้าใหญ่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ทิศตะวันออก ติดต่อกับตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ทิศตะวันตกติดต่อกับตำบลหนองซอน อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม (3) ลักษณะภูมิประเทศ ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบดินขาดความอุดมสมบูรณ์ ทิศเหนือติดกับ ตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ทิศตะวันออกติดกับ ตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ทิศใต้ติดกับ ตำบลขามเรียงกับตำบลเขว้าใหญ่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ทิศตะวันตกติดกับ ตำบลหนองซอน อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม (4) ลักษณะภูมิอากาศ มี 3 ฤดู ได้แก่ ฤดูร้อน ฤดูฝน และฤดูหนาว (5) ลักษณะของดินลักษณะของดินในพื้นที่เป็นดินร่วน ดินเหนียว พื้นราบเหมาะแก่การเพาะปลูกข้าว (6) ลักษณะของแหล่งน้ำแหล่งน้ำ บ่อบาดาล บ่อน้ำตื้น ห้วย ลำธาร สระน้ำ คลองส่งน้ำ (7) ลักษณะของไม้และป่าไม้ในพื้นที่มีป่าไม้ที่อุดมสมบูรณ์บางส่วน 2) **ด้านการเมืองการปกครอง** (1) เขตการปกครอง ตำบลนาสีนวนมีหมู่บ้านจำนวน 27 หมู่บ้าน (2)

การเลือกตั้งการเลือกตั้งผู้บริหารและสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึงปัจจุบัน มีจำนวน 28 หมู่บ้าน หากมีการเลือกตั้งในครั้งหน้าจะมีผู้บริหารท้องถิ่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน เลขานุการนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน จะมีเลือกตั้งสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล หมู่บ้านละ 2 คน (ปัจจุบัน พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2562 (ฉบับที่ 7) จำนวนสมาชิก อบต เหลือเพียงหมู่บ้านละ 1 คน

ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากร

1) ข้อมูลประชากร ตำบลนาสีนวน มีจำนวนครัวเรือน 2,870 ครัวเรือน มีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 10,565 คน เพศชาย จำนวน 5,212 คน คิดเป็นร้อยละ 49.33 เพศหญิง จำนวน 5,353 คน คิดเป็นร้อยละ 50.66 ประชากรแยกตามกลุ่มอายุ ดังนี้ อายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวนทั้งสิ้น 1,983 คน คิดเป็นร้อยละ 18.77 อายุ 18-59 ปี จำนวนทั้งสิ้น 6,907 คน คิดเป็นร้อยละ 65.38 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนทั้งสิ้น 1,675 คน คิดเป็นร้อยละ 15.85 มีความหนาแน่นเฉลี่ย 158.06/ตารางกิโลเมตร (ข้อมูล ณ วันที่ 19 กันยายน 2565)

2) ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ ตำบลนาสีนวนมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 1,675 คน คิดเป็นร้อยละ 15.85 แบ่งเป็น กลุ่มติดสังคม จำนวน 1,504 คน คิดเป็นร้อยละ 89.79 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 9.19 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 1.01 ตามลำดับ

3) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไปจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 34.74 ส่วนใหญ่ครอบครัวประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100 และสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 40 คนคิดเป็นร้อยละ 42.11 และโรคเบาหวานจำนวน 28 คนคิดเป็นร้อยละ 29.47 ผู้สูงอายุฯ ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 96.84 ผลจากการประเมินค่าคะแนน ADL พบว่า ไม่เป็นการพึ่งพาจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 54.74 และมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ร้อยละ 6.32

4.1.2 นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษาพบว่าองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้จัดให้มีการจัดการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 (the 2nd world Assembly on Ageing) ณ กรุงมาดริดประเทศสเปน ในปี พ.ศ. 2545 ผลจากการประชุมคราวนั้นได้ก่อให้เกิดพันธกรณีระหว่างประเทศ ในเรื่องของผู้สูงอายุที่เรียกว่า แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) ที่ได้กำหนด

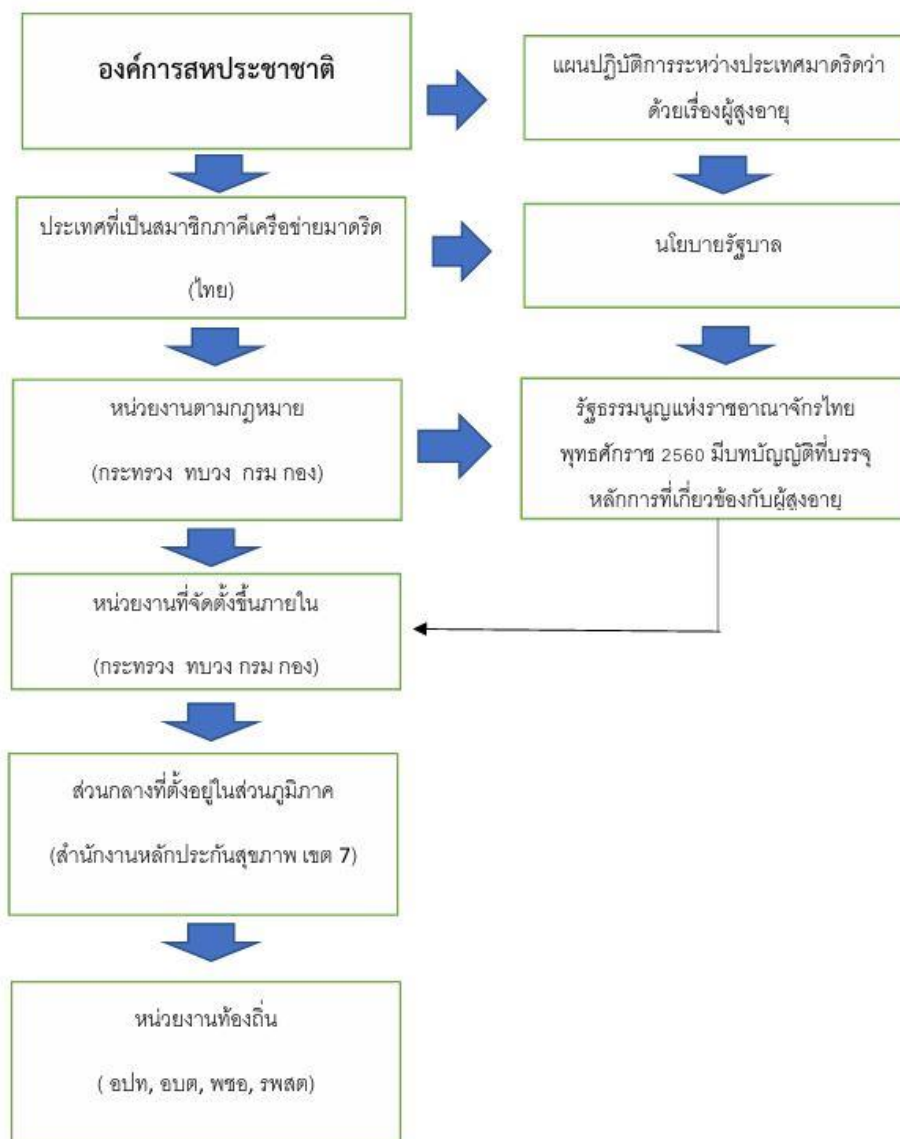
เป้าหมายหลักของการ พัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็น คือ 1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older persons and development) 2) สุขวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ (Advancing health and well-being into old age) และ 3) การสร้างความมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม (Ensuring enabling and supportive environment)

ซึ่งเป็นพันธกรณีที่ประเทศภาคีองค์การสหประชาชาติจะต้องร่วมยึดถือเป็นเป้าหมาย การดำเนินงานผู้สูงอายุ และร่วมกำหนดทิศทางกลยุทธ์ของการพัฒนา เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมาย ดังกล่าวร่วมกันประเด็นท้าทายในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่ไม่ได้จำกัดหรือแยกกว่าเป็น ผู้สูงอายุเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งจึงถือเป็นแนวปฏิบัติ

ประเทศไทยรัฐบาลได้มีการประกาศนโยบาย คณะรัฐมนตรีโดยนายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้แถลงนโยบาย ต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557 ได้กำหนดนโยบายการบริหาร ราชการแผ่นดิน 11 ด้าน ประกอบด้วย (1) การปกป้องและ เชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์ (2) การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ (3) การลด ความเหลื่อมล้ำของสังคมและการ สร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ (4) การศึกษาและการ เรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม (5) การยกระดับคุณภาพบริการด้าน สาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน (6) การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ (7) การ ส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาส ในประชาคมอาเซียน (8) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม (9) การรักษาความ มั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุล ระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน (10) การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดิน ที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการ ทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ (11) การปรับปรุง กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม แสดง รูปแบบนโยบายขององค์การสหประชาชาติสู่นโยบายระดับชาติพอสังเขปดังรูปภาพต่อไปนี้



แผนผังการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ



ภาพประกอบที่ 13 แสดงกระบวนการถ่ายทอดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุเป็นลำดับขั้นจากองค์การสหประชาชาติสู่นโยบายระดับชาติ

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ นโยบายด้านที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ ประกอบด้วยรายละเอียดย่อย 2 ข้อ คือ 1) ข้อที่ 3 ในระยะต่อไป จะพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสังคม ระบบการออมและระบบสวัสดิการชุมชนให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการดูแลให้มีระบบการกักขังที่เป็นธรรมและ

การสงเคราะห์ผู้ยากไร้ตามอัตภาพ พัฒนาศักยภาพกลุ่มครอบครัวและพิทักษ์สิทธิสวัสดิการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรี และเด็ก 2) ข้อที่ 4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นการร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในฐานข้อมูลออนไลน์ระดับนานาชาติ พบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ใช้บริบทการดูแลของแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน สามารถสรุปได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ใช้พื้นที่โรงพยาบาลเป็นฐาน ในรูปแบบการดูแลนี้ผู้ดูแลส่วนมากจะเป็นเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนช่วยในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะวิกฤตทางด้านร่างกาย เช่น เจ้าหน้าที่ พยาบาล แพทย์ เภสัชกรและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนดูแลตามการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในทวีปเอเชียมีรูปแบบการดูแลโดยใช้พื้นที่โรงพยาบาลเป็นฐาน หรือมีการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ร้อยละ 25 ประเทศไทยพบเพียงร้อยละ 6 เมื่อเทียบจากการทบทวนวรรณกรรม

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ใช้พื้นที่ชุมชนเป็นฐาน ในรูปแบบการดูแลนี้ ผู้ดูแลส่วนมากจะเป็นเจ้าหน้าที่จากภาครัฐและผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่อาสาสมัครในชุมชน และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนดูแล เช่น หน่วยงาน อปท อบต ปลัดผู้นำชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าร้อยละ 80 ของประเทศไทยมีรูปแบบการดูแลโดยใช้พื้นที่ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงที่ตำบลนาสินวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรูปแบบการใช้ชุมชนเป็นฐาน

3. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ใช้พื้นที่บ้าน บ้านพักหรือสถานดูแลผู้สูงอายุที่จัดขึ้นโดยภาคเอกชนที่เรียกว่า เนอร์สซิงโฮม เป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงท รูปแบบการดูแลนี้พบได้มากขึ้นในปัจจุบัน ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุส่วนมากจะเป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมมาให้ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยรูปแบบการดูแลนี้ส่วนมากเป็นรูปแบบการดูแลที่ภาคเอกชนนำมาพัฒนาเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นการดูแลเชิงธุรกิจ

4.1.3 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

เรื่องร้อง จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

4.1.3.1 นโยบายการดูแลผู้สูงอายุตามแผนยุทธศาสตร์แนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2567) มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นการดูแล 6 ประเด็น สรุปได้ ดังนี้

1) การเคลื่อนไหว พบว่ามีการดำเนินการ ดังนี้ (1) จัดการด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัยเอื้อต่อการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้โดยไม่เกิดอุบัติเหตุไม่พลัดตก หกล้มจัดบริเวณบ้าน ภายในบ้าน/นอกบ้านควรปลอดภัยเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (2) ผู้สูงอายุติดเตียง/ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ อาจมีการกลืนลำบาก หรือสำลักได้ง่าย และอาจจะดูแลสุขภาพช่องปากตัวเองไม่ได้ ในการดูแลรักษาความสะอาดช่องปากจะต้องให้ caregiver เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้ดีจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ดี ควรสนับสนุนอุปกรณ์ที่เหมาะสม (3) ผ่อนคลายความเครียด เพิ่มความสุขมั่นใจในสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย สาเหตุเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวไม่ดี ความกระฉับกระเฉงของร่างกายลดลงทำให้ความสุขลดลงสูญเสียความยืดหยุ่น ความแข็งแรงและทำให้เกิดการบาดเจ็บ ส่งผลให้มีความเครียด (4) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทให้ตื่นตัวการเคลื่อนไหวทำให้เลือดสูบฉีดเพิ่มขึ้น เลือดไปเลี้ยงสมองเพียงพอ คงประสิทธิภาพการทำงานของสมองช่วยให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น เนื่องจากหากสมองมีปริมาณออกซิเจนต่ำบ่อยครั้งอาจส่งผลให้เส้นเลือดในสมองตีบได้สารสื่อประสาทในสมองลดลง Dopamine ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการเคลื่อนไหว โรคพาร์กินสัน (สั่น เดินไม่ได้ เคลื่อนไหวไม่สะดวก) (5) เพิ่มระบบเผาผลาญของร่างกาย ช่วยให้ดูดซึมสารอาหารดีขึ้นเพิ่มการเคลื่อนไหวเพิ่มการทำงานของระบบย่อยอาหาร

2) สมองดี ภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ร่างกายของผู้สูงอายุได้รับสารอาหาร ขาด/เกินการได้สารพิษ/สารเสพติด ส่งผลต่อความเสี่ยงของสมองการควบคุมน้ำหนัก การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดกินอาหารที่อุดมด้วยโฟเลต วิตามินบี 6 และวิตามินบี 12 เพื่อควบคุมระดับโฮโมซิสเตอีน (homocysteine) กินอาหารให้หลากหลายครบ 5 หมู่ในสัดส่วนที่เหมาะสม เน้นกินข้าวกล้อง ปลา ไข่ ผัก อาหารทะเลต้มและผลิตภัณฑ์จากนมเป็นประจำเลี่ยงอาหารไขมันสูง อาหารทอด หวานจัด เต็มจัดเติมน้ำสะอาดให้เพียงพอ วันละ 8 แก้ว กินอาหารปลอดภัย ไม่ปนเปื้อนสารโลหะหนัก สารเคมีต่าง ๆ ยาฆ่าแมลงงดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่เสี่ยงอยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่

3) โภชนาการ เพิ่มระบบเผาผลาญของร่างกาย ช่วยให้ดูดซึมสารอาหารดีขึ้นเพิ่มการเคลื่อนไหวเพิ่มการทำงานของระบบย่อยอาหาร ร้านค้า/ตลาด สถานประกอบการ

จำหน่ายสินค้าไม่เหมาะสมต่อโภชนาการของผู้สูงอายุที่ควรจะได้รับอย่างเพียงพอในแต่ละวันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ ข้อมูลข่าวสารโภชนาการ การได้รับอิทธิพลจากสื่อในการเลือกบริโภค

4) สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สถานที่ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เอื้อในการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อฟันสะอาดเหงือกแข็งแรง เช่น ร้านค้ามีหรือไม่มี มาตรฐานหรือไม่มีที่บ้านมีอุปกรณ์แปรงฟันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น มีด้ามจับที่ถนัดมือ ขนแปรงนุ่ม สิ่งแวดล้อมปลอดภัยส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมดี/ปลอดภัย ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ (เพิ่ม Self-esteem ในตัว) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตทำให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างมีความสุข สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ และเคมีที่ปลอดภัยไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ส่งผลต่อสมองได้ เช่น ไม่ลื่น ไม่หกล้ม สารพิษ/สารเสพติด เป็นต้น ร้านค้า/ตลาด สถานประกอบการจำหน่ายสินค้าไม่เหมาะสมต่อโภชนาการของผู้สูงอายุที่ควรจะได้รับอย่างเพียงพอในแต่ละวันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ ข้อมูลข่าวสารโภชนาการการได้รับอิทธิพลจากสื่อในการเลือกบริโภค

5) สุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย สุขภาพช่องปากดี มีความมั่นใจทำให้มีการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ครอบครัว สังคมสามารถยิ้ม หัวเราะได้อย่างมีความสุขไม่เจ็บป่วยโรคในช่องปาก ไม่ปวดฟัน/เหงือก ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข เส้นประสาทสมองเส้นที่ 5 Trigeminal nerve มีหน้าที่รับความรู้สึกจากใบหน้าและสั่งการกล้ามเนื้อในการเคี้ยว ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาในด้านความจำ/ภาวะสมองเสื่อม จะมีการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ดี ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำ/สมองเสื่อมจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากลดลงหรือไม่ดูแลตนเองเลย การบดเคี้ยวที่ดีช่วยให้กระเพาะอาหารทำงานไม่หนักจนเกินไป การได้รับสารอาหารที่เพียงพอเหมาะสม ส่งผลให้สุขภาพเหงือกและฟันแข็งแรง การสะสมแคลเซียมที่กระดูกและฟันลดลงฟันสึกได้ง่าย บดเคี้ยวอาหารได้ไม่ดี ปัญหาการบดเคี้ยว การกลืนที่ยากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากกิน ส่งผลต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอของผู้สูงอายุ การรับกลืนรสอาหารลดลง ความเสื่อมของปุ่มรับรสที่ลิ้นและจำนวนปุ่มรับรสน้อยลง รับรู้ถึงรสชาติอาหารที่ได้น้อยลง เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุไม่อยากกินอาหาร รับประทานอาหารสัปดาห์มากขึ้น กระเพาะอาหารหลังกรดลดลง ลำไส้เคลื่อนไหว ลดลงแบบที่เรื้อรังเพิ่มขึ้น การย่อยอาหารแย่งการใช้ฟันบดเคี้ยวอาหารและเอนไซม์ในน้ำลายช่วยคลุกเคล้าอาหารจึงสำคัญ

6) มีความสุข สารสื่อประสาทในสมองต่ำ ได้แก่ (1) Norepinephrine was Serotonin มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า (2) Acetylcholine มีผลต่อความจำและการใช้เหตุผล สาเหตุทำให้เกิดอัลไซเมอร์ เมื่อร่างกายได้รับอาหารประเภทโปรตีนและคาร์โบไฮเดรต จะสร้างกรดอะมิโนชนิดหนึ่งที่ชื่อว่า Tryptophan จะสร้างเป็นซีโรโทนินมีผลต่อความอยากอาหาร (appetite) การนอนหลับ (sleep) และเมตาบอลิซึม (metabolism) อาหารที่ทำให้

ร่างกายหลังสารซีโรโตนินออกมาในสมอง เช่น ข้าว แป้ง และกล้วย ทำให้อารมณ์ของบุคคลรู้สึกสงบเยือกเย็น ลดภาวะวิตกกังวล ภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการกินอาหารไขมันสูง อาหารเค็มหรือหวานการรับประทานน้อยไม่เพียงพอ ก็มีผลต่อภาวะวิตกกังวลได้เช่นกัน ซึ่งแต่ละประเด็นมีความเชื่อมโยงกันรวมทั้งมีการสร้างความเข้าใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4.1.3.2 แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามปี 2566 พบว่ามีวิสัยทัศน์เน้นให้คนมหาสารคามมีสุขภาพดี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานองค์กรและบุคลากรด้านบริการสุขภาพมีคุณภาพ ภายใต้วิถีพอเพียง โดยมีพันธกิจประกอบด้วย 1) Move health care to health ลดการดูแลรักษา สู่การสนับสนุน ให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี 2) Move hospital to community ลดจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาล ให้กลับสู่ชุมชน 3) Move quality to value เพิ่มคุณภาพชีวิตสู่การมีคุณค่าในตนเองของประชาชน 4) การทำงานโดยมุ่งเน้น Core Business of MOPH : Disease Control (ก่อนป่วย/ป่วยไม่รุนแรง/ป่วยรุนแรง/หลังป่วย) 5) การพัฒนาองค์กรยกระดับเพิ่มผล (Leverage Organization) ในงานบริการสุขภาพ 6) การมุ่งดำเนินงานตามทิศทางนโยบาย (Policy Direction) คือ (1) Information Improvement (2) Value Management: Monitoring (3) Culture Change (4) Strategic Focus โดยมีเป้าประสงค์เร่งด่วนคือ 1) เพิ่มคนสุขภาพดี โดยการเน้นลดความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย มุ่งเน้นการจัดการปัญหาในกลุ่มวัย ในวัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุโดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) 2) ลดคนป่วย โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พร้อมทั้งการเข้าถึงบริการ/คุณภาพบริการ และมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเรื่องสำคัญ ได้แก่ (1) Food safety : Diarrhea, food poisoning (2) NCD (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, CKD) (3) โรคติดต่อ: Surveillance & Disease Control โควิด-19 โรคไข้เลือดออก วัณโรค ภัยสุขภาพ 3) ขยายการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน โดยใช้หลักการบริหารยุทธศาสตร์ร่วมกับ (1) ศูนย์เด็กเล็ก (อบจ./เทศบาล/อบต.) (2) โรงเรียน (กระทรวงศึกษาธิการและเทศบาล) (3) โรงงาน (กระทรวงแรงงานและภาคเอกชน) (4) ชุมชน (5) ภาครัฐทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง (6) ภาคท้องถิ่น และภาคเอกชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมของเครือข่ายให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ โดยมีตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) เป้าหมายในปี 2566 ดังนี้ 1) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า 77 ปี 2) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า 69.5 ปี 3) ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 4) ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 5) การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการ

แพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 6) ครอบคลุม (Coverage) ของแพทย์และเตียง โรงพยาบาลสังกัด สัดส่วนแพทย์ 1 คน ต่อ 3,000 ประชากร และ สัดส่วนเตียง 2.3 ต่อ 1,000 ประชากร 7) มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และ 8) มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ 92

ประเด็นยุทธศาสตร์/เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข ประกอบด้วย 2 เป้าประสงค์ 1) มีการยกระดับความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข 2) มีการยกระดับการพัฒนาระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบท

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข ประกอบด้วย 1 เป้าประสงค์ 1) มีการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชน เครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (Promotion & Prevention & Protection Excellence) ประกอบด้วย 5 เป้าประสงค์ 1) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี 2) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที 3) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ 4) มีระบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน 5) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ประกอบด้วย 5 เป้าประสงค์ ประกอบด้วย 1) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน 2) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน 3) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ 4) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย 5) มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง ประกอบด้วย 4 เป้าประสงค์ ประกอบด้วย 1) มีแผนอัตรากำลังที่สอดคล้องกับกรอบ

ความต้องการอัตรากำลังคนของจังหวัด 2) มีการกระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพให้มีความสมดุลกัน 3) มีการดำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ 4) มีการมุ่งพัฒนาบุคลากรเพื่อให้เป็น (1) Strategic Partner (2) Managerial Expert (3) Change Agent (4) Employee Champion: Performance ภายใต้วิถีพอเพียง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง ประกอบด้วย 6 เป้าประสงค์ ประกอบด้วย 1) มีการมุ่งพัฒนาองค์กรเพื่อให้เป็น (1) Learning & Teaching Organization ภายใต้วิถีพอเพียง (2) Good Governance 2) ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ 3) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ และระหว่างทุกหน่วยบริการทุกระดับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ 4) มีการสร้างและพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ 5) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ 6) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดอย่างเหมาะสม

นโยบายเร่งรัดการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี 2566 ดังนี้ 1) นโยบายการดำเนินงาน ปี 2566 What to do or not to do สิ่งที่ต้องทำหรือไม่ควรทำ Make sure you're making the most of your energy with high-leverage activities. 2) Policy Direction Information Improvement Value Management : Monitoring Culture Change Strategic Focus 3) นโยบาย ปี 2566 Health literacy in all services Strengthening Health care service Operation Efficiency with value network Governance with trust information services delivery seamless network SCC (Secondary care Cluster) PNC : Provincial network certification Acute IMC LTC 4) การรับรู้ถึงเป้าหมาย (Sense of Purpose) การทำงานที่เรียกสั้น ๆ ว่า ไปด้วยกัน (go along) ความสำเร็จพร้อมไปข้างหน้า (go ahead) แบบบ้าน ๆ เฮาเอ็นว่าดีไปหน้า (good to go ahead) 5) มหาสารคาม จุดหมาย “เมืองเปี่ยมสุข” Mahasarakham Full Healthy Destination (1) การประกาศเจตนารมณ์การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อคนมหาสารคาม สุขภาพดีสู่เมืองเปี่ยมสุข โดยผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายในปี 2565 และในปี 2566 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สรุปผลสถานะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและรายงานผู้ว่าราชการจังหวัด ทุก ๆ รอบ 6 เดือน (2) ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม โดย พชจ. บูรณาการ “การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อคนมหาสารคาม สุขภาพดีสู่เมืองเปี่ยมสุข” เข้าเป็นส่วนหนึ่งของประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด เพื่อ

ขับเคลื่อน สู่ พชอ. ในปี 2566 (3) กำหนดเนื้อหาและเร่งรัดสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ จำนวน 25 เนื้อหา (2) กลุ่มวิถีชีวิตและพฤติกรรม จำนวน 29 เนื้อหา และ (3) กลุ่มทักษะสุขภาพ จำนวน 12 เนื้อหา เป็นกลยุทธ์สำคัญของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ทั้ง 66 เนื้อหา 4) เป้าหมายการเพิ่มคนสุขภาพดี ด้วยกลยุทธ์การรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง (Health Status) ปี 2565 กลุ่มเป้าหมาย คือ (1) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขทุกคน และ อสม.ทุกคน (2) หัวหน้าหน่วยงานทุกระดับ ทุกหน่วยงานของจังหวัด ปี 2566 ขยายกลุ่ม (1) กลุ่มข้าราชการทุกคนในจังหวัด (2) กลุ่มประชาชนในก้าวเท้าใจ จำนวน 283,000 คน เน้นมหาสารคาม “เรามาถูกทาง” move forward “ดีไปหน้า” together

4.1.3.3 นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 มุ่งเน้น คนไทยสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่นคง (Health for Wealth) ประกอบด้วย 1) ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น เพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน โดย 3 หมอ และการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สร้างโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐ อย่างเป็นธรรม สะดวก และรวดเร็ว โรงพยาบาลของประชาชนบริการสุขภาพไร้รอยต่อดูแลองค์รวมทั้งกายและจิต เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล 2) ยกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง โดยปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัย ทันสมัย ชุมชนเข้มแข็งร่วมพลังสร้างสุขภาพดี สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ทั้งกายและใจ 3) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรง บูรณาการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ ภาวะสมองเสื่อมสนับสนุนโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น 4) นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สมุนไพรและภูมิปัญญาไทยการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือก ขยายสู่การเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคและประชาคมโลก 5) ข้อมูลสุขภาพเป็นของประชาชน และเพื่อประชาชนพัฒนาข้อมูลดิจิทัลสุขภาพของประชาชน ที่มีมาตรฐานและธรรมาภิบาล เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ของประเทศ ให้ประชาชนได้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ทุกที่อย่างต่อเนื่อง

4.1.3.4 นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2566-2568 สุขภาพคนไทย เพื่อสุขภาพประเทศไทย โดย 1) เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารยกระดับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็ว เพื่อพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัยให้สามารถดูแลสุขภาพกาย-ใจ ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้แข็งแรง 2) ยกระดับระบบบริการรองรับ

สังคมสูงวัย และลดอัตราการตายโรคสำคัญเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มศักยภาพสามหมอปรับโอนโรงพยาบาลทุกแห่งให้เป็น “โรงพยาบาลของประชาชน” เพิ่มขีดความสามารถระบบบริการและเครือข่ายโดย “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” 3) ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล โรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้เอื้อต่อการบริการอย่างไร้รอยต่อ และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเร่งพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ 4) ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ เตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศในอนาคต 5) ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ 6) พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น เสริมสร้างสมรรถนะองค์กร ด้วยแนวทาง 4T : Trust Teamwork & Talent Technology Target บุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น

สรุป นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีจุดเน้นเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานองค์กรและบุคลากรด้านบริการสุขภาพมีคุณภาพ ภายใต้วิสัยทัศน์เพียง ประกอบด้วย ลดการดูแลรักษา ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เพิ่มคุณภาพชีวิตสู่การมีคุณค่าในตนเองของประชาชน เพิ่มคนสุขภาพดี โดยการเน้นลดความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยมุ่งเน้นการจัดการปัญหากลุ่มวัย วัยสูงอายุโดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ลดคนป่วย โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พร้อมทั้งการเข้าถึงบริการ/คุณภาพบริการ และมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเรื่องสำคัญ NCD (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, CKD) และขยายการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชน เครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุขประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดีและสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดได้อย่างเหมาะสม

4.1.4 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในตำบลนาสีนวนที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางและภาวะพึ่งพิงรุนแรง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวนโดยส่งเจ้าหน้าที่มาดูแลอย่างสม่ำเสมอเดือนละ 2 ครั้ง และในระหว่างที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้มาเยี่ยมก็จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาดูแลตลอด ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ อยากให้เจ้าหน้าที่มา

เยี่ยมและดูแลบ่อยขึ้นกว่าเดิมและต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุน เครื่องอุปโภคบริโภค สำหรับใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผ้าอ้อม สำลีทำความสะอาด ถูมือ ถูขยะ ข้าวสาร อาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ภาพผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ดูแล และญาติให้มากกว่านี้ เพราะบุคคลเหล่านี้จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

4.2 ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่าประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2564-2567 เท่ากับ 783,819 812,367 847,620 และ 875,717 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 21.19, 21.98, 22.84 และ 23.79 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดมหาสารคาม มีประชากรทั้งหมด 664,651 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 167,528 คน คิดเป็นร้อยละ 25.20 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 17,017 คน เนื่องจากผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพที่รวดเร็ว ทั้งนี้ในพื้นที่ตำบลนาสีนวนซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 161 คน ผลจากการใช้แบบประเมินพบว่ามียกตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 59.01 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งตำบลนาสีนวน จากผลการประเมินโดยใช้เกณฑ์ ADL ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้ผู้สูงอายุไทยต้องมีสุขภาพดีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 โดยในกลุ่มนี้มีปัญหาการอาศัยอยู่เพียงลำพัง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต และการขาดผู้ดูแลที่มีทักษะและความสามารถในการดูแลที่เหมาะสมซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มีเพียงการออกเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ผู้ดูแลหลักที่มีความรู้ในการดูแลเฉพาะกลุ่มโรค, กิจกรรมการดูแลเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง, ความถี่และความต่อเนื่องในการดูแลรวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มโรค เป็นต้น จากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และจากการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หากไม่มี

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างชัดเจนก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสเพิ่มสูงขึ้น เกิดความไม่สุขสบาย เป็นปัญหาแก่ครอบครัว ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากร

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	40
หญิง	57	60
อายุ (ปี)		
60-64	25	26.32
65-69	21	22.11
70-74	16	16.84
มากกว่า 75 ปี ขึ้นไป	33	34.74
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	15	15.79
ประถมศึกษา	80	84.21
สูงกว่าระดับประถมศึกษา	0	0.00
อาชีพ		
เกษตรกร	95	100.00
รับจ้าง	0	0.00
ค้าขาย	0	0.00
อื่น ๆ	0	0.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3000 บาท	29	30.53
มากกว่า 3000 บาท ขึ้นไป	66	69.47
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	2	2.10
อยู่กับคู่สมรส	0	0.00

อยู่กับบุตร	64	67.37
อยู่กับญาติ	29	30.53
อื่น ๆ	0	0.00
การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	28	29.47
โรคความดันโลหิตสูง	40	42.11
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	19	20.00
อื่น ๆ	8	5.26
ดัชนีมวลกาย		
ปกติ	24	25.26
ผอม	64	67.37
อ้วน	7	7.37
ระยะเวลาที่ได้รับการดูแลจาก CG		
น้อยกว่า 2 ปี	28	29.47
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปีขึ้นไป	67	70.53
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน		
ไม่เป็นการพึ่งพา	52	54.74
พึ่งพาระดับปานกลาง	29	30.53
ภาวะพึ่งพารุนแรง	8	8.42
ภาวะพึ่งพาสมบูรณ์	6	6.32
(N=95)		

การศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ใช้วงจรการควบคุมคุณภาพ (ทฤษฎีวงล้อเดิมมี)
มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 คน ผู้วิจัยวิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยของคะแนน
(Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติ Paired sample T-test ได้
นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบายในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4
ขั้นตอน ดังนี้

1) **ขั้นการวางแผน (Plan)** วิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาสีนวน ปี 2563 ในการคัดกรองสุขภาพและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน ADL ออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 95 คน มีการประชุมวางแผนร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลนาสีนวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน ผู้นำในชุมชน เพื่อประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน

2) **ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Do)** มีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 7 คน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาสีนวน โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการดูแลที่สำคัญ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุการดูแลสุขภาพช่องปาก การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นและฝึกการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ การใช้ยาในผู้สูงอายุ สิทธิผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุการออกกำลังกาย และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ และฝึกปฏิบัติการดูแลแผลเบาหวาน แผลเจาะคอของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลนาสีนวนภายใต้งานโรงเรียนผู้สูงอายุ 1 แห่ง พร้อมแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลนาสีนวนและกำหนดหน้าที่ร่วมกัน จำนวน 9 คน และประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับคณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลนาสีนวน ผู้ดูแล (CG) และญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ดำเนินงานดูแลติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ ในพื้นที่ จากเป้าหมาย 95 คน โดยดำเนินงานตามผังงาน (Flowchart) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในขั้นตอนนี้ทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้พัฒนาทักษะการดูแลแผลเบาหวาน แผลเจาะคอการดูแลช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินจากการแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อ จำนวน 7 คน ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น โดยมีการวัดความรู้ก่อนและหลังอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าคะแนนของแบบทดสอบความรู้ก่อนการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 54.05 (S.D. = 8.351) และคะแนนของแบบทดสอบความรู้หลังการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 65.80 (S.D. = 2.587) แสดงว่า ผลการทดสอบความรู้หลังจากการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยทางไกลโรค สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = 0.00$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t และค่า P-value ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการทดสอบความรู้ก่อนและหลังอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 7)

เปรียบเทียบ กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	t	p-value
ก่อนอบรม	7	54.05	8.351		
หลังอบรม	7	65.80	2.587	6.244	.000**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องมากกว่าแผนปฏิบัติการตามมาตรฐานของกระทรวงที่ทุกคนกำหนดไว้จากเดิม กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนปฏิบัติ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนปฏิบัติ (n = 95)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนปฏิบัติ	95	100.0
ต่อเนื่องตามแผน	95	100.0
รวม		

3) ขั้นกำกับ ติดตามและประเมินผล (Check) มีการประชุมติดตามการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกเดือน ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยประเมินจากการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการส่งรูปภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ในวันที่ตามแผนปฏิบัติงาน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ได้รับ

การดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน ในการประชุมติดตามการดำเนินดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการประเมินผลกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการสังเกตและใช้แบบลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ดังนี้ การประชุมติดตามการดำเนินดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในช่วงไตรมาสแรก พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) มีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่ครบถ้วน จึงมีการปรับปรุงแบบบันทึกให้สะดวกต่อการใช้งานมากขึ้น และออกแบบการบันทึกการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) สามารถนำคำศัพท์ไปใช้ในการบันทึกข้อมูลได้ครบตามที่กำหนด ไตรมาสที่ 2 พบว่าการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครบถ้วน ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ต้องการเตียงปรับระดับได้ 2 คน ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์จากองค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงให้ญาติผู้สูงอายุจัดเตรียมเอกสารเพื่อยืมอุปกรณ์ และประสานรถขององค์การบริหารส่วนตำบลนาสีนวนในการขนเตียงปรับระดับให้แก่ผู้สูงอายุต่อไปและในไตรมาสที่ 3 มีการทบทวนความรู้ในการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และให้จับคูฝึกปฏิบัติจริง สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง และทางศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลนาสีนวนสนับสนุนงบประมาณในจัดซื้ออุปกรณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับฟื้นฟูกล้ามเนื้อมัดเล็กในส่วนข้อมือและข้อเท้า และในไตรมาสที่ 4 ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุหลังจากได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านครบ 1 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น จำนวน 16 คน และคะแนนเท่าเดิม จำนวน 79 คน เพราะผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่จะมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) คงที่ แต่มีสุขภาพที่ดีขึ้นหลังได้รับการดูแล เช่น ไม่มีบาดแผล สามารถหยิบจับของใช้และรับประทานอาหารได้เอง

4) ขั้นปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรค (Action) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ค้นข้อมูลผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินความพึงพอใจ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป, ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ตอนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะ ในส่วนปัญหาและข้อเสนอแนะ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบคำถามแสดงความคิดเห็น พบว่ามีปัญหาและมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

4.1) ปัญหา ได้แก่ (1) ขาดแคลนอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์กายภาพบำบัด (2) จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ ไม่เพียงพอ

4.2) ข้อเสนอแนะ ได้แก่ (1) ควรมีการดำเนินกิจกรรมแบบนี้ต่อเนื่อง (2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ ของใช้ ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น (3) ผู้นำชุมชน ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน (4) พัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (5) ส่งเสริมอาชีพญาติผู้ดูแล เพื่อสร้างรายได้ สามารถทำงานที่บ้านได้

5) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (Kantarawichai Model) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การเงิน การให้ข้อมูล วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและการประเมินตนเองซึ่งจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น และการจัดบริการทางสังคมเพื่อให้มีการจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่การระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งใช้ประเมินในการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นเน้นการการบำบัดรักษาการเจ็บป่วยตามความจำเป็นโดยบริบาล (Care Giver: ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนเอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันและการพิทักษ์สิทธิ์ การกำหนดแนวทางทางสังคมและบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของชุมชนแล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเด็นปัญหาที่แท้จริง เมื่อได้ปัญหาที่เกิดจากความต้องการของชุมชนแล้วนำมาบูรณาการและการสร้างการมีส่วนร่วม โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการกิจหรือกิจกรรมของการดูแลผู้สูงอายุ ใช้หลักการมีส่วนร่วม คือ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลที่เกิดขึ้นทุกอย่างทั้งดีและไม่ดี ร่วมรับรู้ข้อมูลทุกอย่าง มีการจัดการบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ให้คุณค่ากับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดบริการจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอย่างต่อเนื่องเพราะปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นมีหลากหลายจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติการดูแลและการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ อยู่เสมอ

2) การจัดบริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหอบหืด มีการประสานเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพเชิงรับและหน่วยบริการใน

ชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีข้อดี คือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนในครอบครัวในท้องถิ่นสามารถใช้อำนาจการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกในการจัดการและเป็นทีมในการดำเนินงานด้านสุขภาพพื้นที่ที่บทบาทในการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการประสานงานเชื่อมต่อในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการจัดการระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นระบบ และมีการจัดการดูแลพัฒนาการดูแลโดยการเพิ่มศักยภาพของญาติให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง

3) มีโครงสร้างและแนวนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจน มีการดำเนินงานเป็นขั้นตอน และกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจนจัดให้มี ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง (CG) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการดูแลความคุมของพยาบาล ผู้ดูแล ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลจัดให้มีการฝึกอบรม ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง (CG) และบริหารจัดการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อการจัดบริการเชิงรุกที่บ้านตามแผนการดูแลรายบุคคลและติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ละรายตามแผนการดูแลรายบุคคล โดยผู้จัดการระบบการดูแลด้านสาธารณสุข (CM) ร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง (CG) และมีการเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดเตียงโดยผู้สูงอายุที่ติดบ้านโดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง (CG) เป็นแกนนำในการพาออกเยี่ยม และรายงานผลต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4) การดูแลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยสังคมชุมชนต้องสนับสนุนองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง การเสริมพลังอำนาจให้มีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา การสนับสนุนบุคลากรที่อยู่ในชุมชนให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้จากหลักสูตรในการฝึกอบรม มีการเชื่อมต่อบริการแบบไร้รอยต่อระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีการสอดประสานกันตั้งแต่บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ งานด้านวิชาการ และงบประมาณสนับสนุน รวมถึงการชื่นชมและให้กำลังใจ (Appreciate) เห็นคุณค่า ชมเชย ชื่นชม ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความชื่นชมจากบุคคลรอบข้างหรือบุคลากรซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง

5) การออกแบบดำเนินงานร่วมกันโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นบริบทที่นำมาออกแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในชุมชนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังรู้สึกว่าจะอยู่ที่บ้าน อบอุ่นและมีความอิสระในการดำเนินชีวิต และการผลิตบุคลากรที่มีอยู่เดิมในชุมชนมาเข้าสู่ระบบการดูแลที่เป็นมืออาชีพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เข้าใจ มีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงทำให้ระบบนี้มีความยั่งยืนและมีต้นทุนน้อยในการใช้งบประมาณ ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังแบบองค์รวมเพื่อก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ยั่งยืนตลอดไป

6) การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแล (Geographic Information Systems: GIS) ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ เป็นกระบวนการทำงานโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งเกี่ยวกับข้อมูลเชิงพื้นที่โดยใช้ข้อมูลเชิงบรรยาย ที่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งในเชิงพื้นที่ ในรูปของตารางข้อมูล และฐานข้อมูล ปัจจุบันมีการใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาอธิบายความสัมพันธ์เชิงพื้นที่ในศาสตร์หลาย ๆ แขนง ทำให้ผู้ใช้งานสามารถเห็นข้อมูลตามสภาพความเป็นจริงในทางสาธารณสุข ได้แก่ 1) การนำเสนอแบบจุด (Point) ใช้แสดงตำแหน่งของพื้นที่นั้น ๆ เช่น ตำแหน่งบ้านของผู้ป่วย ตำแหน่งสถานที่สำคัญต่าง ๆ ในชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้เน้นการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์สำหรับการจัดการโรคไม่ติดต่อ และการส่งเสริมสุขภาพ (GIS Applications In Non-Communicable Disease Management and Health Promotion) การนำระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อวางแผนสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยการนำข้อมูลสถานะสุขภาพที่หน่วยบริการสาธารณสุขจัดเก็บไว้ เชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงพื้นที่ ช่วยให้ทีมดูแลสุขภาพตัดสินใจให้บริการด้านสุขภาพได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ สามารถจัดทำแผนที่โรคในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อสร้างแผนที่แสดงความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชน ให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเสริมสร้างการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนให้เข้มแข็งรวมทั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข ใช้ติดตามแนวโน้มข้อมูลสำหรับผู้บริหาร และสามารถนำเสนอข้อมูลต่างในรูปสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชากรรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นได้มีการผสมผสานเข้าไปในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ประกอบไปด้วย การศึกษาบริบทของการจัดบริการในผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ฟุ้งฟิง (Situation management) การบูรณาการและการสร้างการมีส่วนร่วม (Integration and Participatory) การมีคุณสมบัติของการเป็นผู้นำในการตัดสินใจ (Leadership and Teamwork) การชื่นชมและให้กำลังใจ (Appreciate) การเรียนรู้ผ่านกระบวนการลงมือปฏิบัติ (Learning by Doing) กระบวนการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับ กิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติที่หลากหลายรูปแบบ (Active Learning) และการพัฒนา (Development) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาบูรณาการจนเกิดเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (Kantarawichai Model) รายละเอียดดังนี้

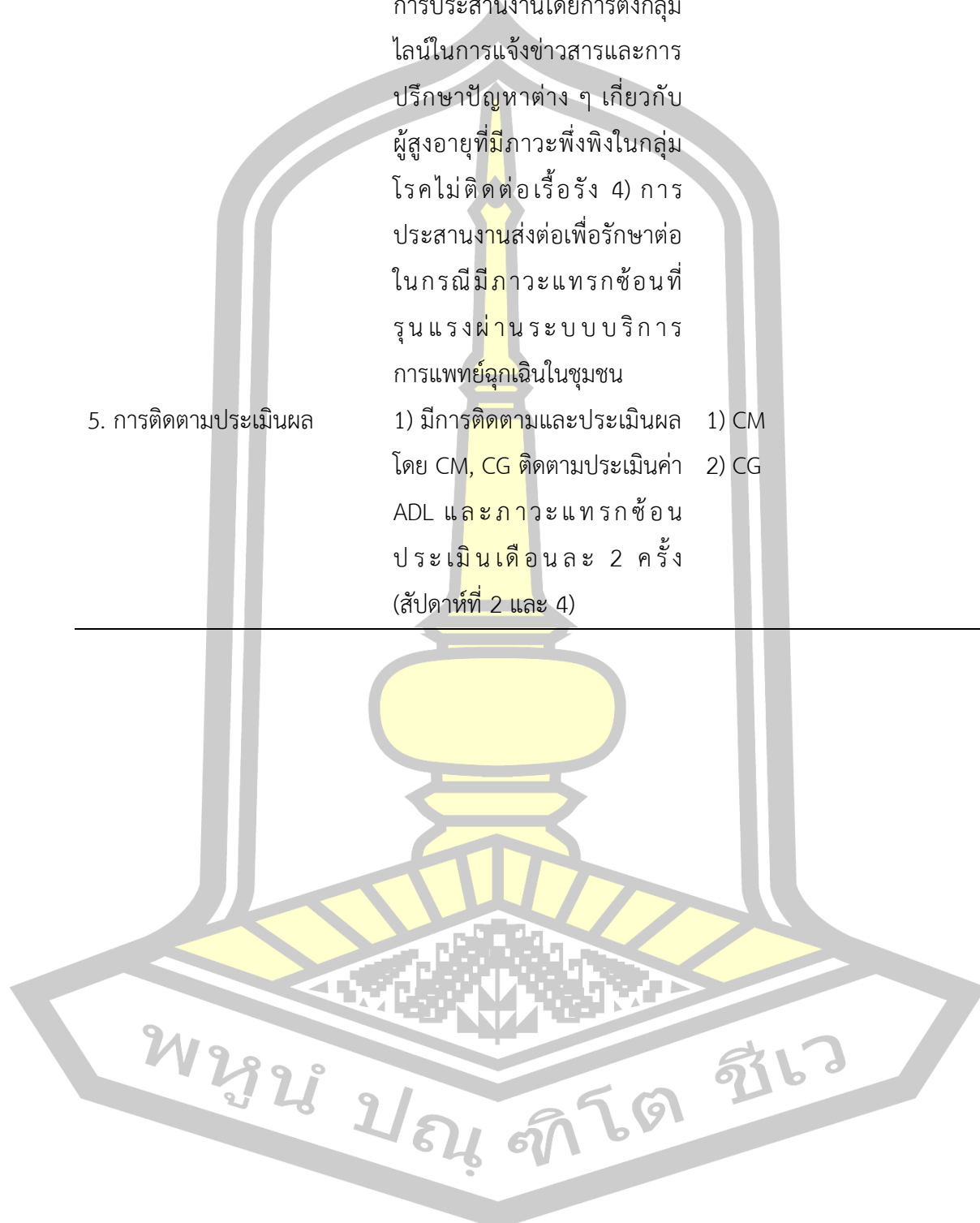
ตารางที่ 11 รูปแบบการดูแล “กันทรวิชัยโมเดล”

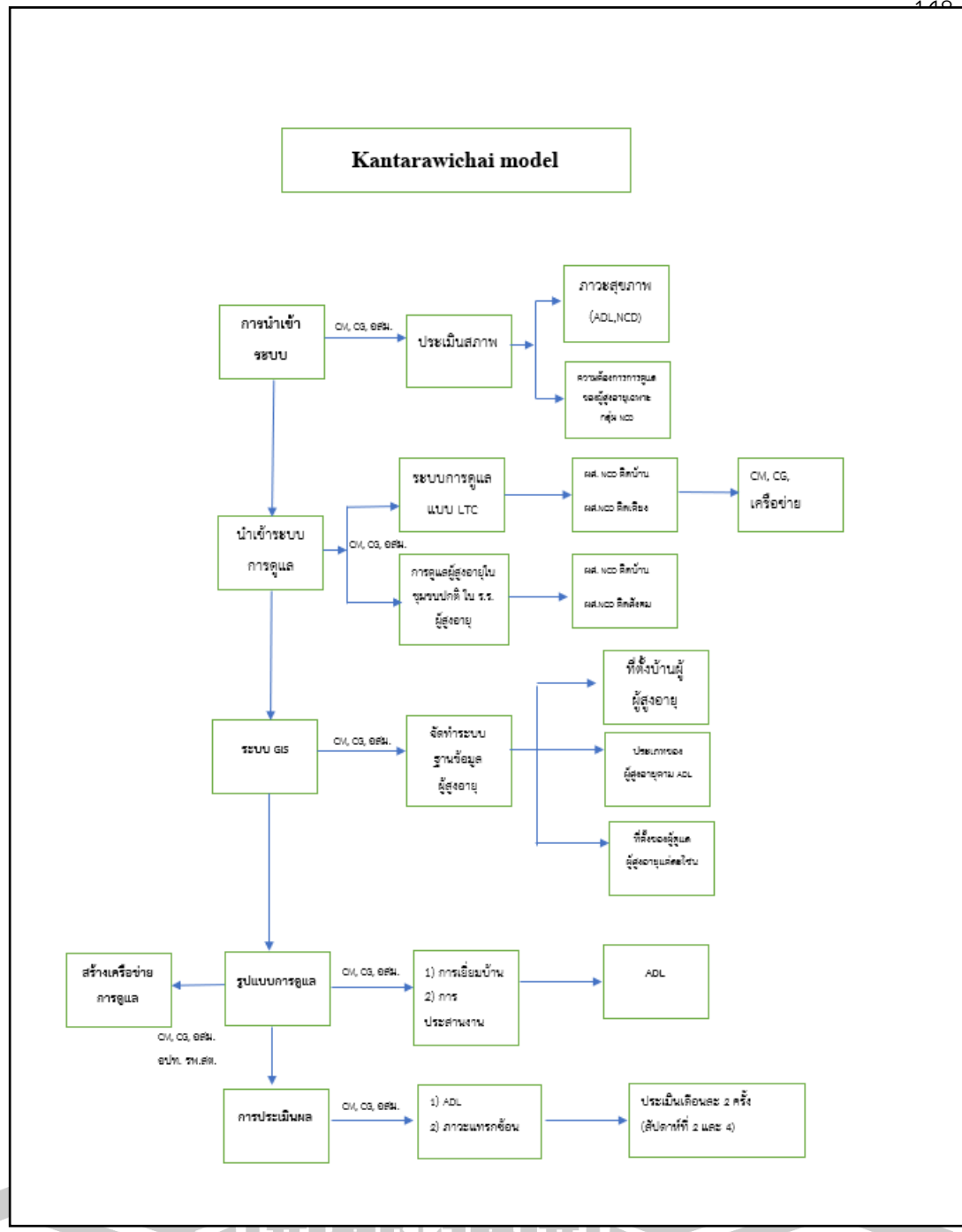
กระบวนการ	วิธีการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1. ระบบการนำเข้า (Access)	1) ระบบการคัดผู้สูงอายุที่มี ภาวะฟุ้งฟิงในกลุ่ม NCD โดย อสม. CG 2) ประเมินสภาพของ ผู้สูงอายุที่มี ภาวะฟุ้งฟิงในกลุ่ม NCD ประกอบด้วย การประเมิน ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน ได้แก่ แบบประเมิน กิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ ธेल เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL). การ ประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน และปัญหา ความต้องการการดูแลของ ผู้สูงอายุ ในกลุ่ม NCD 3) การนำข้อมูลเข้าสู่ระบบการ ดูแล โดยหลังจากการประเมิน แล้วนำเข้าสู่กระบวนการดูแล โดยจัดเป็นกลุ่ม (1) การดูแล ด้วยระบบ LTC ที่มี CM, CG,	1) อสม. 2) CG 3) CM

กระบวนการ	วิธีการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
2. ระบบ GIS	อสม เป็นเจ้าภาพหลักในการดูแล และ (2) กลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลจากระบบการดูแลผู้สูงอายุผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มบ้าน กลุ่มติดสังคม 4) การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ระบบ GIS การบันทึก ประกอบด้วย 1) ที่ตั้งของบ้านผู้สูงอายุ 2) CG 3) CM 4) นักบันทึกข้อมูล (1) ประเภทของผู้สูงอายุ ตามกลุ่มคะแนนโดยแสดงเป็นจุดสีฟ้า (กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว การกิน การขับถ่าย) จุดสีเขียว (กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหมือนกลุ่มสีฟ้าแต่มีภาวะสับสนทางสมองร่วมด้วย) จุดสีส้ม (กลุ่มที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้อาจมีปัญหาการเจ็บป่วยรุนแรง) จุดสีแดง (กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่เป็นกลุ่มสีส้มที่มีภาวะรุนแรงและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต) (2) จุดดาวสีเหลือง เป็นที่ตั้งของผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อช่วยในการวางแผนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะ	1) อสม. 2) CG 3) CM 4) นักบันทึกข้อมูล

กระบวนการ	วิธีการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
	ฟังฟังอย่างเหมาะสมในอนาคต	
3. การจัดเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	สร้างเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลเชิงระบบที่ยั่งยืน โดยมี อปท. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นาสี นวน CM, CG และญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง	1) อปท. 2) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นาสี นวน 3) CM 4) CG 5) ญาติของผู้สูงอายุ
4. รูปแบบการดูแล	1) ร่วมประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการดูแล 2) ร่วมวางแผนการจัดการดูแล 3) สนับสนุนงบประมาณ 4) มีการจัดรูปแบบการดูแลที่เพิ่มขึ้นและแตกต่างจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปกติ คือ กลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงเพิ่มความถี่ในการดูแล 2) การเยี่ยมยามถามข่าวกันเองของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดสังคม และกลุ่มติดบ้าน ติดสังคมไปเยี่ยมกลุ่มติดเตียง โดยมี CM, CG เป็นเจ้าภาพในการนำทีมเยี่ยมแต่ละครั้ง มีการดูแลแผลเบาหวานโดยญาติเป็นผู้ทำแผลเอง 3) การประสานงานระหว่างญาติผู้สูงอายุกับทีม CM, CG โดยมี	1) อสม. 2) CG 3) CM 4) กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมและกลุ่มติดสังคม

กระบวนการ	วิธีการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
5. การติดตามประเมินผล	การประสานงานโดยการตั้งกลุ่มไลน์ในการแจ้งข่าวสารและการปรึกษาปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) การประสานงานส่งต่อเพื่อรักษาต่อในกรณีมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน 1) มีการติดตามและประเมินผล โดย CM, CG ติดตามประเมินค่า ADL และภาวะแทรกซ้อน ประเมินเดือนละ 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 2 และ 4)	1) CM 2) CG





ภาพประกอบที่ 14 Kantarawichai Model

4.3 ส่วนที่ 3 ผลการประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

1. ผลการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL index) ความพึงพอใจในการ

ได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่า คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุก่อนได้รับการดูแล มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 6.56 (S.D. = 4.640) และคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแล มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 10.22 (S.D. = 8.197) แสดงให้เห็นว่า ผลของคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแล สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.026$) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t และค่า P-value ของคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินงานดูแล ($n = 95$)

กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย Mean	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน S.D.	t	P-value
ก่อน	95	6.56	4.640	2.668	.026*
หลัง	95	10.22	8.197		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการประเมินความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังจากใช้รูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการศึกษาความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ด้านเวลา) พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความถี่ของการออกให้บริการ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.18 ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ระยะเวลาเหมาะสมในการบริการ มีค่าเฉลี่ย 4.16 ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ด้านขั้นตอนการให้บริการ) พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การให้บริการ ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.49 ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ แจ้งข้อมูลผู้ให้บริการ/ขั้นตอนการดูแล/ระยะเวลาการให้บริการ มีค่าเฉลี่ย 4.25 ด้านบุคลากรที่ให้บริการพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่เช่น ไม่ลักขโมยของ, ให้บริการดูแลผู้สูงอายุเหมือนกันทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ และความเหมาะสมในการแต่งกายของผู้ให้บริการ โดยมี

ค่าเฉลี่ย 4.53, 4.50 และ 4.47 ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น การวัดสัญญาณชีพ, การทำกายบำบัด และการทำหัตถการ เช่น ทำแผล, การให้อาหารทางสายยาง มีค่าเฉลี่ย 4.25 ด้านการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ย 4.50 ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.สวด มีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, อบต.สวด มีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรม มีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.72, 4.60 และ 4.32 ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ย 3.06 และภาพรวมของความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ย 4.49 แสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 95)

คำถามความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	ระดับ
1.ด้านเวลา		
1.1ระยะเวลาเหมาะสมในการบริการ	4.16 .536	มาก
1.2ความถี่ของการออกให้บริการ	4.18 .690	มาก
2.ด้านขั้นตอนการให้บริการ		
2.1แจ้งข้อมูลผู้ให้บริการ/ขั้นตอนการดูแล/ระยะเวลาการให้บริการ	4.25 .608	มาก
2.2 การให้บริการ ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.49 .658	มาก
2.3 ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแผนปฏิบัติงาน	4.43 .654	มาก
3.ด้านบุคลากรที่ให้บริการ		
3.1 ความเหมาะสมในการแต่ง	4.47 .585	มาก

กายของผู้ให้บริการ

3.2 ความเต็มใจและความพร้อม 4.38 .599 มาก

ในการให้บริการอย่างสุภาพ

3.3 ความรู้ความสามารถในการ 4.25 .557 มาก

ให้บริการ เช่น การวัดสัญญาณ

ชีพ การทำกายบำบัด และการทำ

หัตถการ เช่น ทำแผล, การให้

อาหารทางสายยาง

3.4 ความซื่อสัตย์สุจริตในการ 4.53 .503 มากที่สุด

ปฏิบัติหน้าที่เช่น ไม่ลักขโมยของ

3.5 ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ 4.50 .611 มาก

เหมือนกันทุกรายโดยไม่เลือก

ปฏิบัติ

4.ด้านการเจ็บป่วย

อาการของผู้สูงอายุภาพรวม หลัง 4.25 .655 มาก

จัดบริการ

5.ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

5.1 เจ้าหน้าที่ รพ.สต.นาสีนวน มี 4.72 .542 มากที่สุด

ส่วนร่วมในการจัดบริการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5.2 ผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการ 4.60 .794 มากที่สุด

จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิง

5.3 เพื่อนบ้าน มีส่วนร่วมในการ 3.06 1.170 ปานกลาง

จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิง

5.4 อสม มีส่วนร่วมในการ 4.32 .679 มาก

จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิง

6. ภาพรวมของความพึงพอใจ

ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่

มีภาวะพึ่งพิง

ท่านมีความพึงพอใจ ต่อการ	4.49	.560	มาก
จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ			
พึ่งพิงฯ ภาพรวม อยู่ในระดับใด			

3. ด้านศักยภาพของผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าภายหลัง การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ดังนี้

1) มีความรู้เรื่องการดูแลแผลกดทับและการดูแลแผลเบาหวานขนาดใหญ่ การมี ทักษะในการดูแลแผล ตลอดจนการจัดหาวัสดุอุปกรณ์การดูแลแผลได้อย่างเหมาะสม มีทักษะใน การจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัยและลดแหล่งสะสมโรค กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ช่วย เหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแล แผล ถูกต้อง ดังนี้

“ก่อนหน้านี้บ่ฮู้ดอกว่า การทำแผลเห็ดจั่งไต่ บ่ค่อยมั่นใจ เห็ดไปตามความเข้าใจ เห็ด ตามที่หมอบอกเอาไว้ มื้อนี้ได้มาเรียนเข้าใจหลายขึ้นอ มั่นใจขึ้น” GD-ED-06-22-01-2564

ภาษากลาง : ก่อนหน้านี้อีกยังไม่รู้ว่าการทำแผลที่ถูกต้องทำอย่างไรทำตามความ เข้าใจและทำตามที่หมอบอกแต่พอได้มาเรียนแล้วทำให้เข้าใจมากขึ้น

“ ก่อนเข้ากลุ่ม บ่ฮู้เรื่องอียังเลย เดียวนี้ฮู้เรื่องขึ้นหลาย เข้าใจหลายขึ้น มั่นใจว่าสิ ปฏิบัติ โตได้และกะสิมีแนวบอกสอนลูกได้” GD-ED-08-22-01-2564

ภาษากลาง : ก่อนเข้ากลุ่ม ไม่รู้เรื่องอะไรเลย เดียวนี้รู้เรื่องการปฏิบัติตัวมากขึ้น คิด ว่าจะสามารถ ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง : ผู้สูงอายุ

2) ผู้สูงอายุ /ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/เครือข่ายในชุมชน มีความ ตระหนัก และมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการอบรม เชิงปฏิบัติการและกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ทำให้เรามีความรู้มากขึ้น

“แต่ก่อนมองว่าการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นเรื่องปกติ เพราะมันเป็นไปตามวัย แต่ พออายุเยอะขึ้นรู้สึกว่ เมื่อยหลายแอง ลูกยังกะลำบาก นับต่อนี้ไปสิดต้องปฏิบัติ โตให้มันถูก หลัก อนามัยเพิ่น มีอียังก็จะเข้าร่วมกับเพิ่น”GD-ผู้ช่วย เหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) -09-24-01-2564

ภาษากลาง : แต่ก่อนคิดว่าการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นเรื่องปกติ ไม่มีอันตราย แต่ พอ อายุเยอะขึ้นเหนื่อยมาก ต่อไปนี้จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง มีกิจกรรมอะไรก็จะเข้าร่วม : ผู้ช่วย

เหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/เครือข่ายในชุมชน มีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

“ พอเขาเริ่มเรียนรู้เรื่องการเจ็บป่วยของผู้เฒ่า คิดว่ามันเป็นปัญหาใกล้ตัวที่ทุกคนมองข้าม เขาแนมตาปัญหาใหญ่เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงว่ามันเป็นตาช้อน แต่นี่ไปสืได้พากันปลูกฝังความคิดที่ถูกต้องแก่ลูกหลาน ผู้เฒ่าว่าเรื่องสุขอนามัยทั่วไปก็เป็นเรื่องสำคัญ ผู้เฒ่าเขาจึงสุขภาพดี ” GD-SH-14-24-01-2564

ภาษากลาง : เมื่อเราเริ่มเรียนรู้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ถึงรู้ว่าเป็นปัญหาที่ทุกคนมองข้าม ทุกคนมองแต่

ปัญหาใหญ่เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ว่าเป็นโรคที่น่ากลัว ต่อไปนี้จะได้ปลูกฝังความคิดที่ถูกต้องแก่ลูกหลาน การดูแลผู้สูงอายุเรื่องสุขอนามัยผู้สูงอายุถึงจะสุขภาพดี: ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

“การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านในเรือนของตะเสาทุกคนก็มีความสำคัญคือกัน โดยเฉพาะผู้เฒ่าในเรือน และรอบๆเรือนอาจเกิดหกล้มได้ ต้องสอยกันจัดให้เป็นระเบียบ ” GD-SH-11-24-01-2564

ภาษากลาง : การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านของทุกคนก็มีความสำคัญสำหรับทุกคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เดิน รอบ ๆ บ้านอาจเกิดการหกล้มได้ ดังนั้นทุกคนจึงต้องช่วยกันจัดบ้านให้เป็นระเบียบ : ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

4) ได้ข้อคิดและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชน ได้แก่ เทคนิคการพลิกตะแคง ตัว การนวดกล้ามเนื้อ การฝึกสมองลดความเสี่ยง สุขอนามัยส่วนบุคคล เทคนิคการสร้างแรงจูงใจและ การเสริมพลัง

“ ดีใจมากค่ะ ได้มีโอกาสได้เรียนรู้การดูแลผู้เฒ่าในเรือนในชุมชน ซึ่งมีปัญหาหลากหลายตา ก่อนครอบครัวผู้เฒ่ามีคนเดียวมีคนมาสนใจ พอได้เข้าร่วมกับทีม เห็นทีมพากันเฮ็ดกิจกรรมทำให้มีกำลังใจ ในการดูแลพ่อแม่ในครอบครัวและใช้เวลาอีกส่วนหนึ่งได้ไปเบิ่งสอยผู้เฒ่าในบ้านใกล้ เฮ็ดให้เกิดความ ภาคภูมิใจและคิดว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์อหลี ” GD- (CG) - 11-22-01-2564

ภาษากลาง : ดีใจมากค่ะ ได้มีโอกาสได้เรียนรู้การดูแลผู้เฒ่าในบ้าน ในชุมชน ซึ่งมีปัญหา หลากหลาย แต่ก่อนครอบครัวต้องดูแลเดียวไม่มีคนมาสนใจ พอได้เข้าร่วมกับทีม เห็นทีมพากันทำ กิจกรรมทำให้มีกำลังใจในการดูแลพ่อแม่ในครอบครัวและใช้เวลาอีกส่วนหนึ่งได้ไปช่วยดูแลผู้สูงอายุใน บ้านใกล้กัน ให้เกิดความภาคภูมิใจและคิดว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์อหลี : ผู้ช่วย

เหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง

“ พ่อมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ มีกิจกรรมที่ดีเยี่ยมให้ชาวบ้าน รู้จัก อบต. รู้จักพ่อม่ายมากขึ้น ได้ใกล้ชิดพ่อแม่ซึ่งท่านเคยเป็นผู้มีบุญคุณในชุมชนเขา ถือว่าเป็น ประโยชน์หลาย อยากให้โครงการนี้ๆได้ดำเนินต่อไป มีอัยสให้พ่อสอยสนับสนุนกะแจ้งมาเลย ”GD-SH-01-22-01-2564

ภาษากลาง : พ่อมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ มีกิจกรรมที่ดีที่ทำให้ ชาวบ้านรู้จัก อบต. รู้จักพ่อม่ายมากขึ้น ได้ใกล้ชิดพ่อแม่ซึ่งท่านเคยเป็นผู้มีบุญคุณในชุมชนของเรา ถือว่ามีประโยชน์มาก อยากให้โครงการนี้ๆได้ดำเนินต่อไป มีอะไรจะให้พ่อช่วยสนับสนุนให้แจ้งมา: ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

5) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลด้านสุขภาพจากชุมชน จากการได้รับการดูแลจาก ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัวในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีและลดระดับการพึ่งพิงจากบุคคลรอบข้างได้มากยิ่งขึ้น

“ลูกๆมาเบ่งกะดีใจหลายกะสียายาปฏิบัติโตให้ได้ตามที่เพิ่นแนะนำ ”GD-ED-08-22-01-2564

ภาษากลาง : ลูกๆมาดูกะดีใจมาก จะพยายามปฏิบัติตัวให้ได้ตามที่ลูกๆผู้ดูแลผู้สูงอายุแนะนำ: ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

“ตะก่อนกะคิดว่ เจ้าของเป็นภาระกับผู้อื่น สร้างความลำบากกับผู้อื่น พอได้เข้ากลุ่มเฮ็ด กิจกรรมนำเพิ่น เฮ็ดให้เกิดความคุ้นเคย มีแรงในการดูแลเจ้าของหลายขึ้น สุขภาพช่วงหลังกะดีขึ้น หลงลืมน้อยลง อันล้างมือก่อนและหลังกินข้าว เข้าส่วมนี่ดีหลายเฮ็ดให้ปวดท้องบ่ถ่ายเหลว บ่มีตรค ภัย อีกอย่างช่วงนี้กะมีโรคโควิดมาอีกแม่กะเลยได้ประโยชน์ 2 อย่างเลย”GD-ED-05-24-01-2564 “อยากให้มิจิจกรรมแบบนี้ตลอด แม่กะอบอุ่นมีคนมาช่วยบ่เหงา เวลามีปัญหาสุขภาพกะได้ สอบถามและแก้ปัญหาคะทันที บางทีนอนบ่หลับ เพิ่นกะมาแนะนำ พาปฏิบัติโต ดีหลาย ให้ได้บุญ หลายๆเด้อ”GD-ED-03-24-01-2564

ภาษากลาง : แต่ก่อนก็คิดว่าเจ้าของเป็นภาระกับผู้อื่น สร้างความลำบากกับผู้อื่น พอได้เข้ากลุ่มทำกิจกรรมด้วย ทำให้เกิดความคุ้นเคย มีแรงในการดูแลเจ้าของหลายขึ้น สุขภาพช่วงหลังก็ดีขึ้น

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคามครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ซึ่งมีทั้งรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อบูรณาการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สอดคล้องกับบริบทของอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดมหาสารคาม 2) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และ 3) ประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีขั้นตอนการดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ระยะที่ 2 การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และ ระยะที่ 3 ศึกษาผลการประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไปจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 34.74 ส่วนใหญ่ครอบครัวประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100 และสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 40 คนคิดเป็นร้อยละ 42.11 และโรคเบาหวานจำนวน 28 คนคิดเป็นร้อยละ 29.47 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 96.84 ผลจากการประเมินค่าคะแนน ADL พบว่า ไม่เป็นการพึ่งพาจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 54.74 และมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ร้อยละ 6.32

2. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2564-2567 เท่ากับ 783,819 812,367 847,620 และ 875,717 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 21.19, 21.98, 22.84 และ 23.79 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดมหาสารคาม มีประชากรทั้งหมด 664,651 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 167,528 คน คิดเป็นร้อยละ 25.20 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 17,017 คน เนื่องจากผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพที่รวดเร็ว ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1,001 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 พื้นที่ตำบลนาสีนวนซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 161 คน ผลจากการใช้แบบประเมินพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 59.01 จากผลการประเมินโดยใช้เกณฑ์ ADL ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้ผู้สูงอายุไทยต้องมีสุขภาพดีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 โดยในกลุ่มนี้มีปัญหาการอาศัยอยู่เพียงลำพัง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต และการขาดผู้ดูแลที่มีทักษะและความสามารถในการดูแลที่เหมาะสมซึ่งจำเป็นจะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มีเพียงการออกเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ผู้ดูแลหลักที่มีความรู้ในการดูแลเฉพาะกลุ่มโรค, กิจกรรมการดูแลเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง, ความถี่และความต่อเนื่องในการดูแลรวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มโรค เป็นต้น จากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และจากการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หากไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างชัดเจนก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสเพิ่มสูงขึ้น เกิดความไม่สุขสบาย เป็นปัญหาแก่ครอบครัว

3. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวนโดยส่งเจ้าหน้าที่มาดูแลอย่างสม่ำเสมอเดือนละ 2 ครั้ง และในระหว่างที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้มาเยี่ยมก็จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาดูแลตลอด ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ อยากให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมและดูแลบ่อยขึ้นกว่าเดิมและต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุน เครื่องอุปโภคบริโภคสำหรับใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผ้าอ้อม สำลีทำความสะอาด ถูมือ ถูขยี้ ข้าวสาร

อาหาร เป็นต้นต้น นอกจากนี้ยังต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ดูแล และญาติให้มากกว่านี้ เพราะบุคคลเหล่านี้จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

4. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษา นโยบายการดูแลผู้สูงอายุตามแผนยุทธศาสตร์แนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นการดูแล 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว 2) สมอติ 3) โภชนาการ 4) สิ่งแวดล้อม 5) สุขภาพช่องปาก และ 6) มีความสุข ซึ่งแต่ละประเด็นมีความเชื่อมโยงกันรวมทั้งมีการสร้างความเข้าใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระยะที่ 2 การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีการพัฒนาโดย

1) วิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาสีนวน การคัดกรองสุขภาพและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน ADL โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 95 คน

2) การประชุมวางแผนร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลนาสีนวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน ผู้นำในชุมชน เพื่อประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน

3) การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาสีนวน โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการดูแลที่สำคัญ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุการดูแลสุขภาพช่องปาก การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นและฝึกการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ การใช้ยาในผู้สูงอายุ สิทธิผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุการออกกำลังกาย และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ และฝึกปฏิบัติการดูแลแผลเบาหวาน แผลเจาะคอของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4) จัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลนาสีนวน ภายใต้งานโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 1 แห่ง ประกอบด้วย 4.1) แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลนาสีนวนและกำหนดหน้าที่ร่วมกันจำนวน 9 คน 4.2) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับคณะกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ตำบลนาสีนวน ผู้ดูแล (CG) และญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

5) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ 5.1) ดำเนินงานดูแลติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จากเป้าหมาย 95 คน โดยดำเนินงานตามผังงาน (Flowchart) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5.2) อบรมพัฒนาทักษะการดูแลแผลเบาหวาน แผลเจาะคอการดูแลช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินจากอาการแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อจำนวน 7 คน ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น โดยมีการวัดความรู้ก่อนและหลังอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าคะแนนของแบบทดสอบความรู้ก่อนการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 54.05 (S.D. = 8.351) และคะแนนของแบบทดสอบความรู้หลังการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 65.80 (S.D. = 2.587) แสดงว่า ผลการทดสอบความรู้หลังจากการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยห่างไกลโรค สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = 0.00$) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องมากกว่าแผนปฏิบัติการตามมาตรฐานของกระทรวงที่ทุกคนกำหนดไว้จากเดิม กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนปฏิบัติ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 100

6) การประชุมติดตามการดำเนินดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจัดประชุมทุกเดือน ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยประเมินจาก (1) การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Aging Care Suad Model) และ (2) การส่งรูปภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ในวันที่ตามแผนปฏิบัติงาน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน ในการประชุมติดตามการดำเนินดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (3) การประเมินผลกระบวนการมีส่วนร่วมโดยการสังเกตและใช้แบบลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ดังนั้น การประชุมติดตามการดำเนินดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในช่วงไตรมาสแรก พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) มีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Aging Care Suad Model) ไม่ครบถ้วน จึงมีการปรับปรุงแบบบันทึกให้สะดวกต่อการใช้งานมากขึ้น และออกแบบการบันทึกการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) สามารถนำคำศัพท์ไปใช้ในการบันทึกข้อมูลได้ครบตามที่กำหนด ไตรมาสที่ 2 พบว่าการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Aging Care Suad Model) ครบถ้วน ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

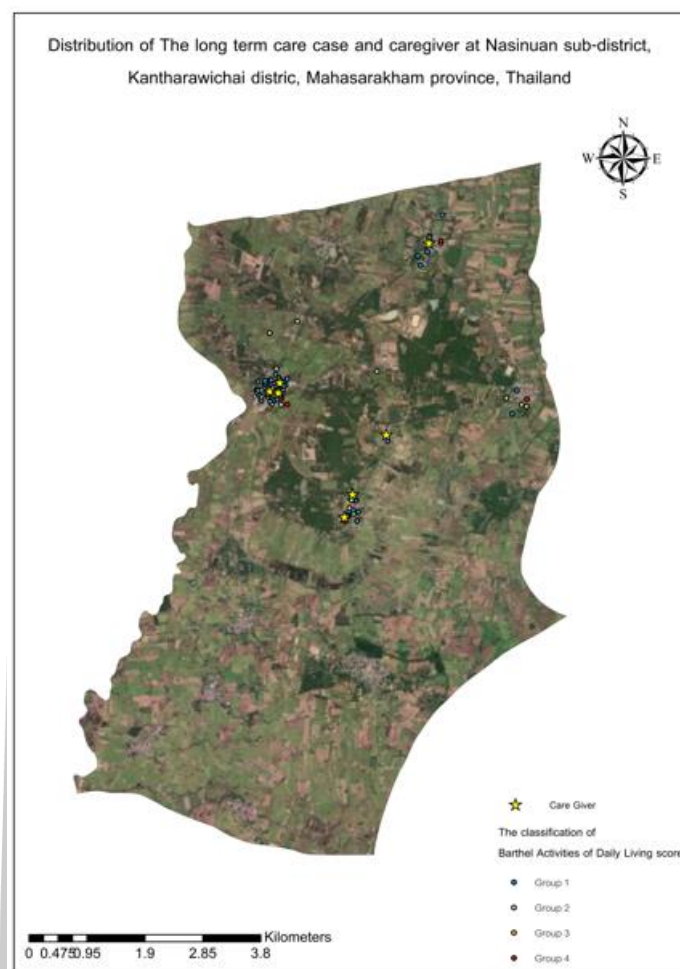
พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ต้องการเตียงปรับระดับได้ 2 คน ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์จากองค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงให้ญาติผู้สูงอายุจัดเตรียมเอกสารเพื่อยืมอุปกรณ์ และประสานรถขององค์การบริหารส่วนตำบลนาสีนวน ในการขนเตียงปรับระดับให้แก่ผู้สูงอายุต่อไปและในไตรมาสที่ 3 มีการทบทวนความรู้ในการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และให้จับคูฝึกปฏิบัติจริง สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง และทางศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลนาสีนวนสนับสนุนงบประมาณในจัดซื้ออุปกรณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับฟื้นฟูกล้ามเนื้อมัดเล็กในส่วนของมือและข้อมือ และในไตรมาสที่ 4 ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ หลังจากได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านครบ 1 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น จำนวน 16 คน และคะแนนเท่าเดิม จำนวน 79 คน เพราะผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่จะมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) คงที่ แต่มีสุขภาพที่ดีขึ้นหลังได้รับการดูแล เช่น ไม่มีบาดแผล สามารถหยิบจับของใช้และรับประทานอาหารได้เอง

7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ค้นข้อมูลผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม และวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินความพึงพอใจ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป, ตอนที่ 2 ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ตอนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะในส่วนปัญหาและข้อเสนอแนะ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบคำถามแสดงความคิดเห็น พบว่ามีปัญหาและมีข้อเสนอแนะ ปัญหา ได้แก่ (1) ขาดแคลนอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์กายภาพบำบัด (2) จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ ไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะ ได้แก่ (1) ควรมีการดำเนินกิจกรรมแบบนี้ต่อเนื่อง (2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ ของใช้ ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น (3) ผู้นำชุมชน ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน (4) พัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (5) ส่งเสริมอาชีพญาติผู้ดูแล เพื่อสร้างรายได้ สามารถทำงานที่บ้านได้

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม “กันทรวิชัยโมเดล” (Kantharawichai Model) ดังนี้



ภาพประกอบที่ 15 Kantarawichai Model



ภาพประกอบที่ 16 แผนที่แสดงจุดที่ตั้งผู้สูงอายุในระบบ GIS

จากแผนภาพแสดงข้อมูลประกอบด้วย 1) ที่ตั้งของบ้านผู้สูงอายุ แบ่งเป็น (1) ประเภทของผู้สูงอายุ ตามกลุ่มคะแนนโดยแสดงเป็นจุดสีฟ้า (กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว การกิน การขับถ่าย) จุดสีเขียว (กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหมือนกลุ่มสีฟ้าแต่มีภาวะสับสนทางสมองร่วมด้วย) จุดสีส้ม (กลุ่มที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้อาจมีปัญหาการเจ็บป่วยรุนแรง) จุดสีแดง (กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่เป็นกลุ่มสีส้มที่มีภาวะรุนแรงและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต) 2) จุดดาวสีเหลือง เป็นที่ตั้งของผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อช่วยในการวางแผนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสมในอนาคต

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบผสมผสานในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลนาสินวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม “กันทรวิชัยโมเดล” (Kantharawichai Model) ที่พัฒนาขึ้น

1) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามแผนปฏิบัติ (Care Plan) มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแล สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.026$)

2) **ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (1) ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ด้านเวลา)** ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านเวลาในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.17 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความถี่ของการออกให้บริการ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.18 ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ระยะเวลาเหมาะสมในการบริการ มีค่าเฉลี่ย 4.16 (2) **ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ด้านขั้นตอนการให้บริการ)** ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านขั้นตอนการให้บริการในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.38 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การให้บริการ ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.49 ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ แจ้งข้อมูลผู้ให้บริการ/ขั้นตอนการดูแล/ระยะเวลาการให้บริการ มีค่าเฉลี่ย 4.25 (3) **ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ด้านบุคลากรที่ให้ บริการ)** ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านบุคลากรที่ให้ บริการในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.42 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่เช่น ไม่ลักขโมยของ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.53 ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น การวัดสัญญาณชีพ, การทำกายบำบัด และการทำหัตถการ เช่น ทำแผล, การให้อาหารทางสายยาง มีค่าเฉลี่ย 4.25 (4) **ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ด้านการเจ็บป่วย)** ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการเจ็บป่วยในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.25 (5) **ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน)** ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.18 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.72 ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ผู้นำชุมชน มีส่วน

ร่วมในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ย 3.06 (6) **ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาพรวมของความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)** ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.49 (7) **ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาพรวมในแต่ละด้าน)** ระดับความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภาพรวมในแต่ละด้าน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.31 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ภาพรวมของความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.49 ส่วนด้านที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าเฉลี่ย 4.18

5.2 อภิปรายผล

1. การศึกษาสถานการณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไปจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 34.74 ส่วนใหญ่ครอบครัวประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100 และสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 40 คนคิดเป็นร้อยละ 42.11 และโรคเบาหวานจำนวน 28 คนคิดเป็นร้อยละ 29.47 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 96.84 ผลจากการประเมินค่าคะแนน ADL พบว่า ไม่เป็นการพึ่งพาจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 54.74 และมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ร้อยละ 6.32

2. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้นทุกปี ในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1,001 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 พื้นที่ตำบลนาสีนวนซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 161 คน ผลจากการใช้แบบประเมินพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 59.01 จากผลการประเมินโดยใช้เกณฑ์ ADL ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้ผู้สูงอายุไทยต้องมีสุขภาพดีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 โดยในกลุ่มนี้มีปัญหาการอาศัยอยู่เพียงลำพัง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต และการขาดผู้ดูแลที่มีทักษะและความสามารถในการดูแลที่เหมาะสมซึ่งจำเป็นจะต้องมีการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มีเพียงการออกเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เช่น ผู้ดูแลหลักที่มีความรู้ในการดูแลเฉพาะกลุ่มโรค, กิจกรรมการดูแลเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง, ความถี่และความต่อเนื่องในการดูแลรวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มโรค เป็นต้น จากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และจากการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หากไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างชัดเจนก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสเพิ่มสูงขึ้น เกิดความไม่สุขสบาย เป็นปัญหาแก่ครอบครัว

3. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสินวนโดยส่งเจ้าหน้าที่มาดูแลอย่างสม่ำเสมอเดือนละ 2 ครั้ง และในระหว่างที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้มาเยี่ยมก็จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาดูแลตลอด ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ อยากให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมและดูแลบ่อยขึ้นกว่าเดิมและต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุน เครื่องอุปโภคบริโภคสำหรับใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผ้าอ้อม สำลีทำความสะอาด ถูมือ ถูขยะ ข้าวสารอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงกับผู้ดูแล และญาติให้มากกว่านี้ เพราะบุคคลเหล่านี้จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

4. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุตามแผนยุทธศาสตร์แนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นการดูแล 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว 2) สมอติ 3) โภชนาการ 4) สิ่งแวดล้อม 5) สุขภาพช่องปาก และ 6) มีความสุข ซึ่งแต่ละประเด็นมีความเชื่อมโยงกันรวมทั้งมีการสร้างความเข้าใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5. จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาสินวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ในระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Do) มีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 7 คน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาสินวน พบว่า ผลการทดสอบความรู้หลังจากการอบรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = 0.00$) สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามในครั้งนี้ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ วรางคณา ศรีภูวงษ์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม ปี 2560-2562 พบว่า การพัฒนารูปแบบจากการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุและเครือข่าย การตรวจคัดกรอง,โครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ เยี่ยม บ้านด้วยกลุ่มทีมบูรณาการสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย สามารถแก้ไขปัญหากลุ่มติดบ้านเป็นติด สังคมจำนวน 12 คน (ร้อยละ 26.67) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการ ดูแลที่เหมาะสม มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 88.89 ผู้ที่ใช้รูปแบบมีความพึงพอใจ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 93.33 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก และ นิกร รวีวรรณ (2563) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เน้นการดูแลแบบองค์ รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดชัยภูมิ พบว่ารูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริงผู้สูงอายุได้รับ การเยี่ยมบ้านมีความรู้เพิ่มมากขึ้นและมีการทำงานเป็นเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

6. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กันทรวิชัยโมเดล ประกอบด้วย 1) ระบบการนำเข้า (Access) โดยการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย (1) ระบบการ คัดผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่ม NCD โดย อสม. CG (2) ประเมินสภาพของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในกลุ่ม NCD ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ ธेलเอ็ดแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL). การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน และปัญหาความต้องการการดูแลของ ผู้สูงอายุ ในกลุ่ม NCD (3) การนำข้อมูลเข้าสู่ระบบการดูแล โดยหลังจากการประเมินแล้วนำเข้า สู่กระบวนการดูแลโดยจัดเป็นกลุ่ม (3.1) การดูแลด้วยระบบ LTC ที่มี CM, CG, อสม เป็น เจ้าภาพหลักในการดูแล และ (3.2) กลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลจากระบบการดูแลผู้สูงอายุผ่าน โรงเรียนผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มบ้าน กลุ่มติดสังคม (4) การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ระบบ GIS 2) ระบบ GIS การบันทึก ประกอบด้วย (1) ที่ตั้งของบ้านผู้สูงอายุ แบ่งเป็น (1.1) ประเภทของผู้สูงอายุ ตามกลุ่มคะแนนโดยแสดงเป็นจุดสี ฟ้ำ (กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว การกิน การขับถ่าย) จุดสีเขียว (กลุ่มผู้สูงอายุที่มี ปัญหาเหมือนกลุ่มสีฟ้าแต่มีภาวะสับสนทางสมองร่วมด้วย) จุดสีส้ม (กลุ่มที่มีปัญหาด้านการ เคลื่อนไหวไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้อาจมีปัญหาการเจ็บป่วยรุนแรง) จุดสีแดง (กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่เป็นกลุ่มสีส้มที่มีภาวะรุนแรงและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต) (2) จุดดาวสีเหลือง เป็นที่ตั้ง ของผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อช่วยในการวางแผนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างเหมาะสมในอนาคต 3) การจัดเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง เพื่อให้เกิดการดูแลเชิงระบบที่ยั่งยืน โดยมี อปท. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.นาสีนวน CM, CG และญาติของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ได้รับการอบรมการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) รูปแบบการดูแล ดำเนินการดังนี้ (1) มีการจัดรูปแบบการดูแลที่เพิ่มขึ้นและแตกต่างจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปกติคือ กลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงเพิ่มความถี่ในการดูแล (2) การเยี่ยมยามถามข่าวกันเองของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดสังคมและกลุ่มติดบ้าน ติดสังคมไปเยี่ยมกลุ่มติดเตียงโดยมี CM, CG เป็นเจ้าภาพในการนำทีมเยี่ยมแต่ละครั้ง มีการดูแลแผลเบาหวานโดยญาติเป็นผู้ทำแผลเอง (3) การประสานงานระหว่างญาติผู้สูงอายุกับทีม CM, CG โดยมีการประสานงานโดยการตั้งกลุ่มไลน์ในการแจ้งข่าวสารและการปรึกษาปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง (4) การประสานงานส่งต่อเพื่อรักษาต่อในกรณีมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน 5) การติดตามประเมินผล มีการติดตามและประเมินผลโดย CM, CG ติดตามประเมินค่า ADL และภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับสรุปผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยโดยคณะกรรมการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชนและสตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา การประชุมวุฒิสภาครั้งที่ 20 พ.ศ. 2566 ที่ว่าให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนควรเน้นการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Community Based Care) เป็นหลักเนื่องจากมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมไทย ที่มีความเกื้อกูลระหว่างกันสามารถช่วยเหลือดูแลกันได้มีต้นทุนการดูแลที่ไม่สูงมากและผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยจุดพลังในตำบล ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ องค์กรชุมชน ภาคประชาสังคม องค์กรสาธารณประโยชน์ ภาคเอกชน และ หน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ โดยการสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข กรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมกันสนับสนุนการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในลักษณะพหุภาคีให้มากขึ้น เน้นศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยที่มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและวิถีชีวิตของประชาชนในปัจจุบัน เช่น จัดทำชุดสิทธิประโยชน์และบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และตามสภาพปัญหาและความจำเป็นด้านบริการสาธารณสุขและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคน (Care Model) และการให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ เช่น การออกแบบเวลาการทำงานให้มีความชัดเจนเพื่อให้บุตรหลานได้มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบและแนวทางการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไปเพื่อชะลอการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการพัฒนาระบบการกำกับดูแลการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีเอกภาพและสร้างความร่วมมือการกำกับดูแลร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคีเครือข่าย ให้ความสำคัญกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุม กำกับ

ดูแลสถานพยาบาลผู้สูงอายุ ที่ให้บริการดูแล รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานมีคุณภาพและมาตรฐาน เป็นการคุ้มครองประชาชนและดำเนินการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเข้ามาร่วมรับผิดชอบรวมทั้งให้ความสำคัญกับระบบอุปสงค์ (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และอุปทาน (ผู้ดูแล) (Demand and Supply) การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Healthy Aging) และการสนับสนุนอาชีพผู้ดูแล (Caretaker) โดยปราศจากข้อจำกัดใด ๆ การสนับสนุนระบบเศรษฐกิจทั้งด้านงบประมาณ สิทธิประโยชน์ และสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ การตระหนักรู้ถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาที่ครอบคลุม (Inclusive Development) อย่างเหมาะสม และการใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อแก้ไขปัญหาจากสภาพที่แท้จริงของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนำไปสู่การผลักดันระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุดต่อไป

7. การนำระบบ GIS มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุพบว่าทำให้ทำให้ผู้ใช้งานสามารถเห็นข้อมูลตามสภาพความเป็นจริงในทางสาธารณสุข ได้แก่ 1) การนำเสนอแบบจุด (Point) ใช้แสดงตำแหน่งของพื้นที่นั้น ๆ เช่น ตำแหน่งบ้านของผู้ป่วย ตำแหน่งสถานที่สำคัญต่าง ๆ ในชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้เน้นการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์สำหรับการจัดการโรคไม่ติดต่อ และ การส่งเสริมสุขภาพ (GIS Applications InNon-Communicable Disease Managementand Health Promotion) การนำระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์มาจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อวางแผนสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยการนำข้อมูลสถานะสุขภาพที่หน่วยบริการสาธารณสุขจัดเก็บไว้ เชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงพื้นที่ ช่วยให้ทีมดูแลสุขภาพตัดสินใจให้บริการด้านสุขภาพได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ สามารถจัดทำแผนที่โรคในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อสร้างแผนที่แสดงความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชน ให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเสริมสร้างการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนให้เข้มแข็งรวมทั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้านนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข ใช้ติดตามแนวโน้มข้อมูลสำหรับผู้บริหาร และสามารถนำเสนอข้อมูลต่างในรูปสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชากร สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรภรณ์ ตาบุรีและคณะ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับต้นแบบระบบภูมิสารสนเทศออนไลน์เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า จุดเด่นของระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นเป็นระบบที่สามารถค้นหาและแสดงข้อมูลสุขภาพพร้อมพิกัดและเส้นทางไปบ้านของผู้สูงอายุรายบุคคลในส่วนผู้ที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่องานบริการ เพราะช่วยให้การไปเยี่ยมบ้านบริบาลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นไปอย่าง

สะดวกมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิระวัฒน์ แก้ววิการณ และสุเพชร จิระจกรกุล (2557) ที่ศึกษา การประยุกต์ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการวิเคราะห์พื้นที่การให้บริการศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเลย พบว่า พื้นที่ให้บริการจากโรงพยาบาลมีพื้นที่ให้บริการในระยะเวลา 10 นาที มีพื้นที่ 2,795 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 26.62 ของพื้นที่ทั้งหมด ซึ่งพื้นที่การให้บริการของโรงพยาบาลเหมาะสมสำหรับใช้กับผู้ป่วยขั้นวิกฤตที่จะต้องนำส่งโรงพยาบาลโดยตรงเนื่องจากมีอุปกรณ์และเครื่องมือที่จะช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย และจากการวิเคราะห์ครัวเรือนที่อยู่ในเขตนี้จำนวน 53,794 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 64.88 ส่วนพื้นที่การให้บริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีพื้นที่ให้บริการในระยะเวลา 10 นาที เป็น 5,131 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 48.87 ของพื้นที่ทั้งหมด และจากการวิเคราะห์ครัวเรือนที่อยู่ในเขตนี้จำนวน 78,656 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 94.87 และผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือการเพิ่มสถานพยาบาลเพื่อให้มีพื้นที่ครอบคลุมพื้นที่จังหวัดเลยมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง

7. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จากการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนปฏิบัติร้อยละ 100 จึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสวาท ฉิมพาลี (2553) ศึกษาการพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พบว่า หลังพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการปฏิบัติงานระบบส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยผลการปฏิบัติงานด้านโครงสร้างการดำเนินงาน ด้านการสนับสนุนทรัพยากร ด้านการประสานงาน ด้านการปฏิบัติ ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ และผลการปฏิบัติงานโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามในครั้งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน

8. การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า 1) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

หลังได้รับการดูแลสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.026$) จึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตหรา เดชบุรัมย์ (2556) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตำบลเมืองฝ้าย อำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าหลังการดำเนินการ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง มีพัฒนาการด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องพึ่งพาคนอื่นลดลง จากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 5 ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ที่สามารถดูแลตัวเองได้แต่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ลดลง จากร้อยละ 90 เป็นร้อยละ 22.5 และผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และติดสังคม พบว่า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.50 เป็นร้อยละ 72.50 ($p = 0.323$) สรุปได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม แล้วนั้น ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีสุขภาพที่ดีขึ้น ผลคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแล สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.026$)

2) ความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลนาสีนวน หลังจากดำเนินงานแล้วอยู่ในระดับมากจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลนาสีนวนภาพรวม ซึ่งประกอบด้วย ด้านเวลา ด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ ด้านการเจ็บป่วย ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาพรวมของความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก จึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี เยี่ยมสมัย (2555) ศึกษาแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพุกสร้าง อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($X = 4.36$ และ $S.D. = 0.63$) และสอดคล้องกับวิราพรณ วิโรจน์รัตน์ (2557) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น พบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลนาสีนวนภาพรวมในแต่ละด้าน หลังจากดำเนินงานแล้วอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.31 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีขั้นตอนในการดำเนินงานทั้งหมด 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นไปตามวงจรการควบคุมคุณภาพ (ทฤษฎีวงล้อเดมมิง PDCA)

5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นสถานบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนองค์ความรู้ในการดูแลตนเองให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยวิธีการและเทคนิคที่มีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีพลังอำนาจ เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมและหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ควรให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ๆ การดูแลผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ดูแลและส่งเสริมกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงการปรับเปลี่ยนและแสดงพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีบทบาท มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

2. ควรศึกษาผลหรือประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เทียบกับรูปแบบอื่นเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3. ควรศึกษารูปแบบอื่นในการพัฒนาในด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีความหลากหลาย และยั่งยืน

4. ควรทำการศึกษาหาแนวทางนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มโรคอื่น ๆ เพื่อควบคุมโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ได้แนวทางวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ต่อไป



บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2556). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์คอปอเรชั่น จำกัด(มหาชน), 2566. ;128, ISBN : 978-616-331-150-4.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *มติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี 2564 “สังคมสูงวัย คนไทยอายุยืน”*. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน).
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2558). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข 5 ปี (2555-2559)*. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2558]. จาก [http://plan.hss.moph.go.th/upload Files/document/D00000000637_24336.pdf](http://plan.hss.moph.go.th/upload%20Files/document/D00000000637_24336.pdf)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ยุทธศาสตร์เป้าหมาย และตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2558*. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2558]. จาก [http://www.pho.in.th/images/doc/yuth/Strategy Kpi58/strategy_and_kpi_2558_pof](http://www.pho.in.th/images/doc/yuth/Strategy%20Kpi58/strategy_and_kpi_2558_pof)
- กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ ฐิติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2562). *รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี*. *มนุษยสังคมสาร (มสส.)*, 17(1); 1-19.
- ไกรสร สุขุณา. (2567). *การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตตำบลบรือ อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม*. *วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 4(1); 54-65.
- ชลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. (2560). *การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.
- ชุติมา คงจันทร์. (2566). *การพัฒนาแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา*. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*. 7(13);53-67.
- เดชา แซ่หลี และคณะ. (2557). *เสริมคุณค่าด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ*. นนทบุรี: โครงการพัฒนาองค์ความรู้ แนวคิดและ จัดพิมพ์ผลงานการพัฒนากลไกสนับสนุนระบบสุขภาพระดับ

- อำเภอ มูลนิธิแพทย์ชนบท ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).ชุมชน (สพช.)และสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เด่นนภา ทองอินทร์. (2563). *การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู*. ปริญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2567 จาก, <http://202.28.34.124/dspace/bitstream/123456789/882/1/61031480001.pdf>.
- ทิพย์รัตน์ กันทะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวดอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 30(3); 451-459.
- ทิพย์ภา ดาหาร และ เจทสรียา ดาวราช. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.
- นันทิกานต์ หวังจิ และ อมรรัตน์ แสงสุวรรณ. (2565). พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 9(1); 241-256.
- พนิดา วสุธาพิทักษ์. (2555). *การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*
- พีระวัฒน์ แก้ววิการณ และสุเพชร จิรัชจรกุล. (2557). การประยุกต์ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการวิเคราะห์พื้นที่การให้บริการศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเลย. *Thai Journal of Science and Technology*. 3(3); 137-147.
- เมย์รุ่งเรืองวงศ์, สุพัฒนา คำสอน และจริญา แห่งสันติเยม. (2558). การจัดการโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 41-49.
- รัตน์ะ บัวสนธ์. (2551). *ปรัชญาการวิจัย*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2559). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2559*.
- รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์. (2564). การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37); 250-261.
- วรางคณา ศรีภูวงษ์ ชาญยุทธ ศรีภูวงษ์ และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแล

- สุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6(2); 13-28.
- วัชรารักษ์ ตาบุรี ชิงชัย หุ้มห้อง และ ณรงค์ฤทธิ์. (2563). *ต้นแบบระบบภูมิสารสนเทศออนไลน์เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน*. ศรีนครินทร์เวชสาร; 35(1); 59-65.
- ศิวพร ชุ่มเย็น. (2565). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2567, จาก, [https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5160/3/61062311 .pdf](https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5160/3/61062311.pdf).
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมกรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*, นนทบุรี:บริษัทอาร์ตควอลิตี้ จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2558]. จาก* <http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/p11/plan11.pdf> Chatterjee S., Riewpaiboon A., Piyathakit P., Riewpaiboon W., Boupajit K..
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *รายงานของผู้สูงในประเทศไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2567). *ฐานข้อมูล HDC มหาสารคาม*. สืบค้นจาก <http://mkho-web.moph.go.th/web2023/frontend/web/> วันที่ 20 พ.ค. 2567.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2561). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ.
- สุนีย์ เครานวล อนงค์ภัทร ประสิทธิ์ภัทรเวช อนงค์ ภิบาล และคณะ. (2563). *รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรมเทศบาลตำบลยุโป อำเภอมือง จังหวัดยะลา*. รายงานวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. ค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2567 จาก, <https://wb.yru.ac.th/xmlui/handle/yrui/4202>.
- อักษรศักดิ์ บัวศรี. (2566). *การพัฒนาแบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ : CHATU*

MODEL โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(2); 512-521.

Assantachai, P. (2014). Strategic research on community-based health promotion for Thai elderly.

Creswell, J. W. & Clark, V. P. (2011). Designing and conducting mixed methods research (2nd ed.). London : Sage Publications.

Creswell, J. W. & Clark, V.P. (2007). Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks, C.A. : Sage Publications.

Creswell, J. W. (2015). A concise introduction to mixed methods research. Thousand Oaks, C.A. : Sage Publications.

Grumbach, K. (2002). *Improving primary care for patients with chronic illness- The chronic care model, part 2. JAMA*, 288.

Ihantola, E.M. & Kihn, L.A. (2011). Threats to Validity and Reliability in Mixed Methods Accounting Research. Retrieved June 2024, from www.emeraldinsight.com/journals.htm?issn=1176-6093&volume=8&issue=1

Johnson, R.B. & Christensen, L.B. (2014). Educational research methods: quantitative, qualitative, and mixed approaches (5th ed.). Los Angeles, C.A : Sage

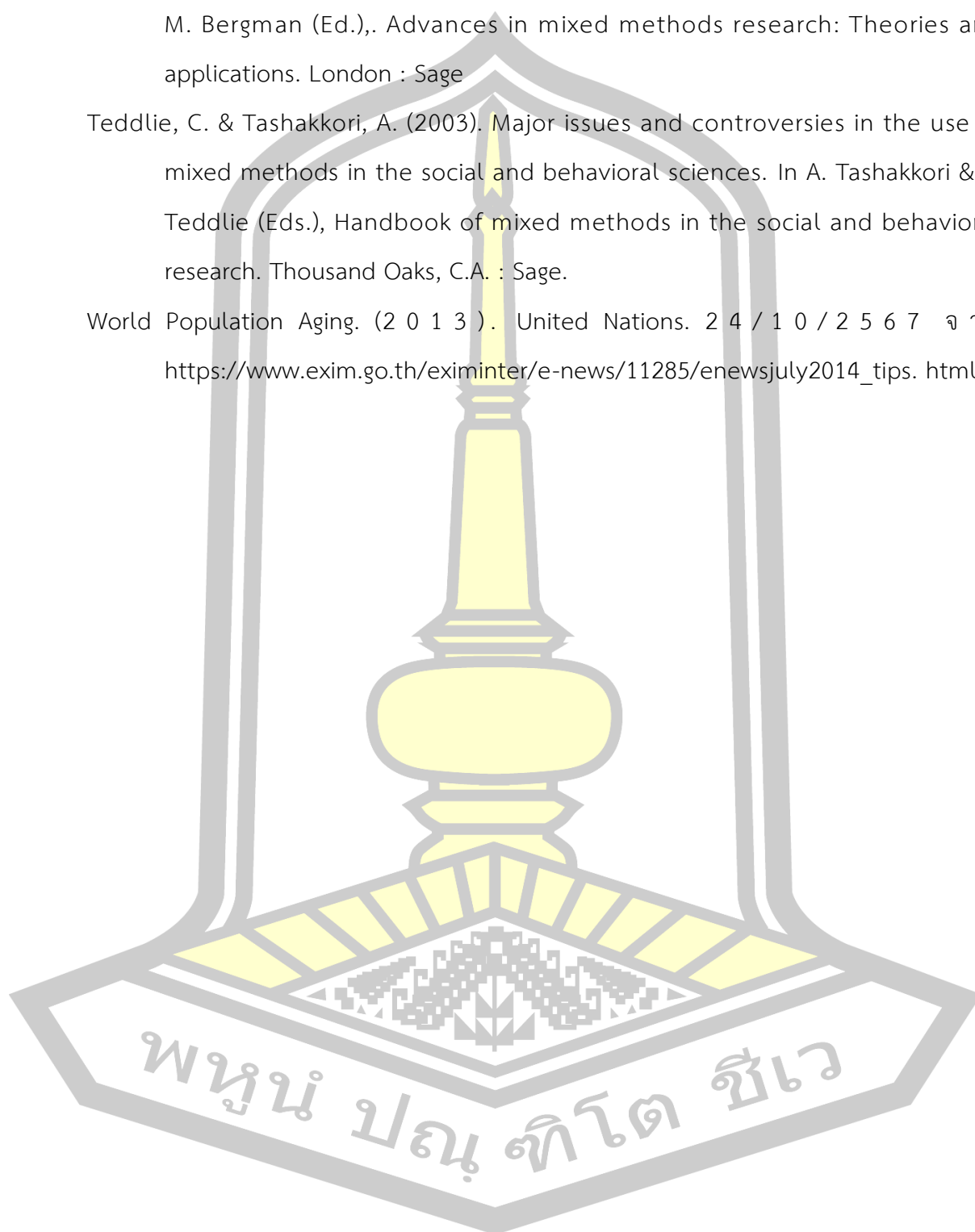
Kennedy A., Roger A., & Bower P. (2007). *Support for self care for patients with chronic disease. BMJ*, 335-337. Davy C., Bleasel J., Liu H., Tchan M.,

Morse, J.M. (2003). Principles of mixed method and multi-method research design. In C. Teddlie and A. Tashakkori (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. London : Sage.

Panpuwong N., et al. (2011). *Cost of diabetes and its complications in Thailand: a complete picture of economic burden. Health Soc Care Community*, 19(3), 289-298. Bodenheimer, T., Wagner, E. H., &

Ponniah S., & Brown A. E. (2015). *Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review.. BMC Health Services Research*, 15(1), 1-11.

- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2008). Quality inferences in mixed methods research. In M. Bergman (Ed.), *Advances in mixed methods research: Theories and applications*. London : Sage
- Teddlie, C. & Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in the social and behavioral research*. Thousand Oaks, C.A. : Sage.
- World Population Aging. (2013). United Nations. 24 / 10 / 2567 จ ำ ก
https://www.exim.go.th/eximinter/e-news/11285/enewsJuly2014_tips.html.



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	วีระศักดิ์ เอนกศักดิ์
วันเกิด	21 พฤษภาคม 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	318/17 เมธาพานโมม2 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	รพ.สต.บ้านนาสีนวน ต.นาสีนวน อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2548 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนปทุมรัตน์พิทยาคม อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ.2552 ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม พ.ศ.2561 ปริญญาโท พยาบาลมหาบัณฑิต(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2563 กำลังศึกษา ปริญญาเอก ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

พูน ปณ ภิโต ชีเว