

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
และภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

นายประพันธ์ มังสระคู

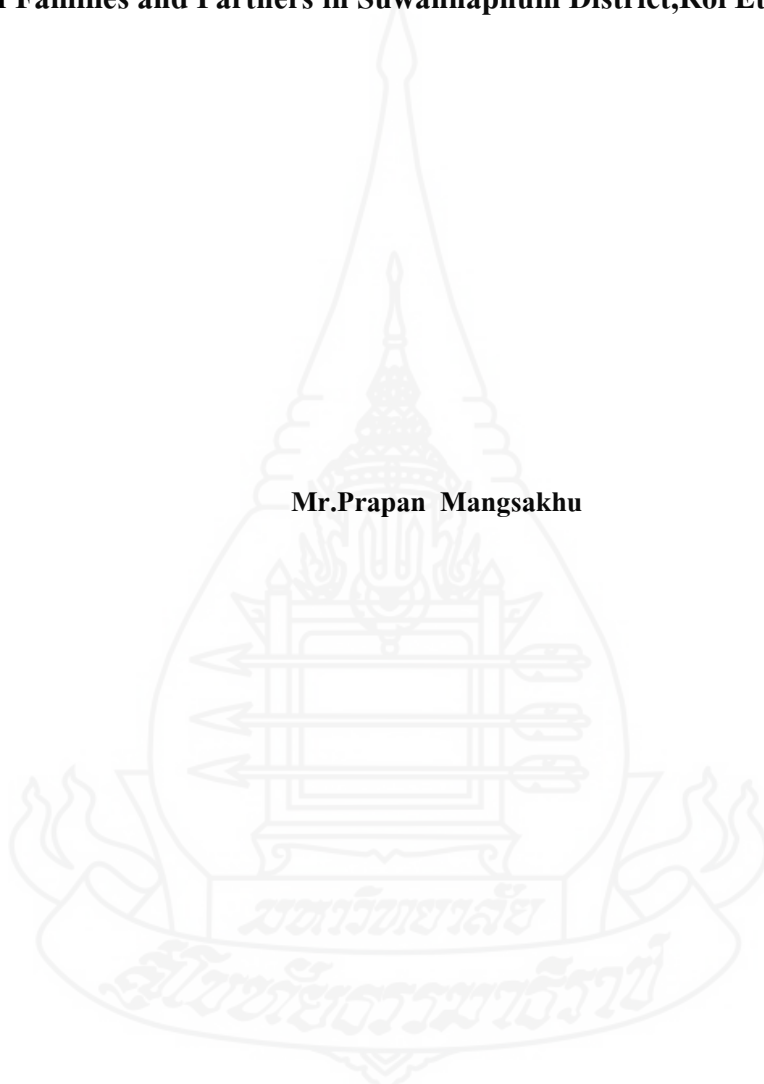


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2560

**Development of Elderly Health-Care Model for the Elderly through Participation
of Families and Partners in Suwannaphum District, Roi Et Province**

Mr. Prapan Mangsakhu



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Science
Sukhothai Thammathirat Open University

2017

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
และภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ชื่อและนามสกุล นายประพันธ์ มังสระคู

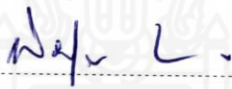
วิชาเอก บริหารสาธารณสุข

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร
2. รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย

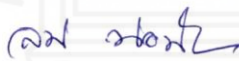
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2561

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์)



..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร)



..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)



..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วิเศษ)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย

อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัย นายประพันธ์ มั่งสระคู รหัสนักศึกษา 2575000217 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร (2) รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย

ปีการศึกษา 2560

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุ และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ศึกษา 2 ระยะ ระยะแรกศึกษาเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี อำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 12,438 คน กลุ่มตัวอย่าง 410 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือที่ใช้ คือ ข้อมูลทุติยภูมิ และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย ระยะที่ 2 ศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง 50 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้เป็นการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) สถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2561 อำเภอสุวรรณภูมิ มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรร้อยละ 20.54 เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัตราป่วยตายด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น 2) ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต ส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.49) ภาวะสุขภาพจิต อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 43.17) ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน โดยรวมระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.78) สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ (ร้อยละ 97.56) ไม่มีอุปสรรคอำนวยความสะดวกปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ หรือมีแต่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 40.48) และ 3) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (1) ด้านหน่วยบริการสุขภาพสำรวจขึ้นทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่าย เสนอข้อมูลแก่ชุมชนและภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุกให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ประสานการทำงานร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายทุกระดับ (2) ด้านครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมจัดทำสำรวจขึ้นทะเบียน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สนับสนุนบทบาทของผูสูงอายุ (3) ด้านภาคีเครือข่าย ร่วมพัฒนาระบบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล บูรณาการงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการดำเนินงานในรูปของชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ และ (4) เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม การดูแลสุขภาพ ครอบครัว และภาคีเครือข่าย

Thesis title: Development of Elderly Health-Care Model for the Elderly through Participation of Families and Partners in Suwannaphum District, Roi Et Province

Researcher: Mr.Prapan Mangsakhu; **ID:** 2575000217;

Degree: Master of Public Health; **Thesis advisors:** (1) Dr.Somphoch Rationan, Associate Professor; (2) Dr.Araya Prasertchai, Associate Professor;

Academic year: 2017

Abstract

The objectives of this mixed method research were: 1) to survey situation and basic elderly information; 2) to identify study health information, family and community participation, and elderly life assurance; and 3) to design an elderly health-care model based on family and network participation for the elderly in Roi Et's Suwannaphum district.

The study was divided into two phases. The first one involved quantitative data collection from a sample of 410 selected out of 12,438 self-assisted elderly persons in Suwannaphum district, using the purposive sampling as per the sample inclusion criteria. Data were collected from secondary sources and interviews using a questionnaire, and then analyzed to determine percentages, means, standard deviations, and ranges. The second one for qualitative data collection from 50 respondents who were elderly representatives, their family members, village health volunteers, community leaders, elderly volunteer caregivers, and health personnel in the district. The instrument used was focus group discussion and a content analysis was undertaken on such data.

The findings showed that: (1) according to the district's 2018 situation of the elderly, 20.5% of the population are elderly persons – a complete-aged society with a rising trend of elder persons becoming home-bound, bed-bound, at risk of suffering from diabetes and hypertension, and dying of non-communicable diseases; (2) of all respondents, most of them, 50.5%, perceived their physical status as moderate, 43.1% had mental status as good, 48.8% had overall participation in family and community activities as moderate, 97.6% had access to medical services, and 40.5% had no or inadequate equipment or facilities for elderly persons; (3) regarding the elderly health-care model in the district: (a) health service units conducted a survey on elderly persons registration as well as their family members and partners, informed the community and partners of such information, developed an active and passive health-care system to cover all elders groups, and coordinated the model implementation with all families and partners at all levels; (b) family members took part in the activities related to the survey and registration, knowledge sharing, elder-care skill development, and supporting the roles of elder persons; (c) the partners participated in developing the information system, data analysis, integrating the work with all relevant parties, supporting the implementation through elders clubs or groups in the community, and specifying joint actions together with other agencies; and (d) the model's target was to cover all elderly persons or groups with regard to health care, family and community activities, and livelihood security.

Keywords: Elderly Person, Participation, Health Care, Family, Network

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์ ความเมตตา ความมีน้ำใจ และเสียสละจากบุคคลหลายฝ่าย ตลอดจนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำในการจัดทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร และ รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย ที่ได้ให้คำแนะนำ ปรีกษา ข้อเสนอแนะ แนวคิด และตรวจแก้ไขรูปเล่มวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ดร.สมหมาย ชชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ ดร.สมหมาย ชชนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พลเอก สืบสำราญ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และคุณชาติ ะวร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชื่นชม ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้ให้คำแนะนำ ปรีกษาเกี่ยวกับการสร้างแบบสัมภาษณ์ และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในงานวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิทุกแห่ง เพื่อนร่วมงาน ภาควิชาเครือข่ายทุกหน่วยงาน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ให้ความอนุเคราะห์ และเสียสละเวลาในการจัดเก็บข้อมูล รวมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกระบวนการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ขอคุณความดีและกุศลที่พึงบังเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ซึ่งเป็นผลมาจากความรัก เมตตา กรุณาของบิดา-มารดา ครู-อาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทุกท่าน ผู้บริหารหน่วยงาน ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาท วิชาความรู้ ให้คำแนะนำปรีกษา และให้กำลังใจตลอดมา จึงขอขอบคุณความดีเหล่านั้น เป็นเครื่องบูชา พระคุณ ด้วยความเคารพและสักการะอย่างยิ่ง

ประพันธ์ มังสระคู

กันยายน 2561

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	11
แนวคิดการพัฒนารูปแบบ	31
รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	37
แนวคิดการมีส่วนร่วม	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	54
ประชากร	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
วิธีดำเนินการวิจัย	64
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	67

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
สถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วม ในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	69
ผลการศึกษาระยะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัว และภาคีเครือข่าย โดยใช้กิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) (ระยะที่ 2)	91
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	106
สรุปการวิจัย	106
อภิปรายผล	109
ข้อเสนอแนะ	112
ข้อจำกัดการวิจัย	113
บรรณานุกรม	115
ภาคผนวก	126
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	127
ข แบบสัมภาษณ์	129
ค เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	140
ประวัติผู้วิจัย	143

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 รายชื่อหน่วยบริการสุขภาพ จำนวนประชากร และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหน่วยบริการสุขภาพ	57
ตารางที่ 4.1 สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากร อำเภอสุวรรณภูมิ พ.ศ. 2559-2561	70
ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จำแนกกลุ่มตามความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พ.ศ. 2559-2561	70
ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตาม ผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2559-2561	71
ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตาม ผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน พ.ศ. 2559-2561	71
ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตาม ผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด พ.ศ. 2559-2561	72
ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตาม ผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม พ.ศ. 2559-2561	72
ตารางที่ 4.7 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตาม ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q พ.ศ. 2559-2561	73
ตารางที่ 4.8 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตาม ผลการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2559-2561	73
ตารางที่ 4.9 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตาม ผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม พ.ศ. 2559-2561	74
ตารางที่ 4.10 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตาม ดัชนีมวลกาย พ.ศ. 2559-2561	74
ตารางที่ 4.11 อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของระบบหัวใจ และหลอดเลือดในผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ พ.ศ. 2559-2561	75
ตารางที่ 4.12 อัตราป่วยตายด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของระบบหัวใจ และหลอดเลือดในผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ พ.ศ. 2559-2561	76
ตารางที่ 4.13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 410)	78

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.14 จำนวน ร้อยละ ภาวะสุขภาพทางกายผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	81
ตารางที่ 4.15 จำนวน และร้อยละ ภาวะสุขภาพทางจิตผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	84
ตารางที่ 4.16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน	86
ตารางที่ 4.18 จำนวน และร้อยละ การการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	89



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ภาพที่ 3.1 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย	56
ภาพที่ 4.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.....	105



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นอิสระ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้และมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต เป็นเป้าหมายที่สำคัญยิ่งกว่าการมีอายุยืนยาว องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวคิดภาวะพดพพลัง (active ageing) ที่แสดงถึงภาวะสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายของภาวะหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) การมีสุขภาพที่ดี (Healthy) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ 3) ความมั่นคงปลอดภัยหรือการมีหลักประกัน (Security) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข รู้สึกมีคุณค่า พึ่งพาตนเองได้ ทำประโยชน์แก่ ครอบครัวและชุมชนได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดนี้แก่ประเทศต่างๆ ทั่วโลก เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาประชากรผู้สูงอายุ (World Health Organization 2002) เป้าหมายการจัดการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดดังกล่าว คือ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันภาวะทุพพลภาพ (prevent disability) และการส่งเสริมความเป็นอิสระให้มากที่สุด (enhance independence) การจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีจุดเน้นที่เฉพาะในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบคลุมความเป็นองค์รวม บูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ซึ่งต้องพิจารณามิติความสามารถในการทำหน้าที่ และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ร่วมกับโรคและความเจ็บป่วยที่มีอยู่ด้วยเสมอ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553) ปัญหาหลักของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพ การถูกลดบทบาททางสังคม ลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถูกมองว่าเป็นวัยพึ่งพิง และเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการกลายเป็นผู้รับบริการ ปัญหาความต้องการสวัสดิการจากรัฐ การแบกรับภาระด้านการรักษาพยาบาล การขาดพื้นที่ทางสังคมของผู้สูงอายุจะทวีสูงขึ้นเป็นลำดับในอนาคต (พรชัย ตระกูล วรานนท์ และคณะ 2555) การพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุนั้นใหม่ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการใช้ความสามารถร่วมกับการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างทางสังคม ภายใต้การโต้เถียงเชิงคุณค่าระหว่างค่านิยมทางสังคมและคุณค่าของผู้สูงอายุนั้นใหม่ (มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง 2558) การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันมีหลายแนวคิด เช่น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การดูแลต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแล

แบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ 2552) ด้านการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แม้ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และศาสนาที่จะช่วยแบ่งเบาภาระที่เกินความสามารถของครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังมีความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากครอบครัวโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (เล็ก สมบัติ 2550) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาด้านผู้สูงอายุในอนาคตจึงต้องเปลี่ยนจากการมองผู้สูงอายุว่าเป็นเพียงผู้รับประโยชน์ทางสังคม ไปให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลับมา มีบทบาทในฐานะผู้กระทำการพึ่งพาตนเอง สร้างประโยชน์ในฐานะทรัพยากรสำคัญทางสังคม (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 2555) การส่งเสริมความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุ เป็นการตระหนักถึงศักยภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความเป็นอยู่ การมีส่วนร่วมในสังคม ไม่เป็นเพียงการใช้งานทางร่างกายหรือมีส่วนร่วมในการใช้กำลังแรงงานเท่านั้น แต่รวมถึงบริบทในฐานะของเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้านและสมาชิกครอบครัว การพึ่งพาซึ่งกันและกัน เมื่อผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ช่วยให้เกิดความเป็นอิสระในการใช้ชีวิตและมีอิสรภาพในการกำหนดวิถีชีวิตในแบบของตนเองได้ (World Health Organization 2014)

การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ให้ผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมในการให้/รับข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิด วางแผน หารูปแบบ แนวทาง วิธีการ/กิจกรรม ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตาม ในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยหลักการสร้างการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การรับฟังความคิดเห็น 3) การเกี่ยวข้อง 4) ความร่วมมือ และการเสริมอำนาจแก่ประชาชน ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย ต้องเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการของกลุ่มคนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของชุมชน โดยคำนึงถึงวิถีชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากความแตกต่างกันในลักษณะส่วนบุคคล เศรษฐกิจ และการได้รับข้อมูล (กองสุศึกษา 2556)

ปัจจุบัน โครงสร้างอายุประชากรโลกกำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากอัตราเกิดของประชากรทั่วโลกลดต่ำลง ขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น การสูงวัยของประชากรย่อมมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ ใน พ.ศ. 2558 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือประชากรผู้สูงอายุประมาณ 901 ล้านคน หรือร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั้งโลกได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกได้ว่าเป็น “สังคมสูงวัย” แล้ว อย่างไรก็ตาม ในแต่ละภูมิภาคมีระดับการสูงวัยของประชากร

ไม่เท่ากัน ทวีปยุโรปมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงสุด ขณะที่ทวีปแอฟริกา มีสัดส่วนต่ำสุด ทวีปเอเชียมีประชากรราวหนึ่งในสามของประชากรโลก มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 508 ล้านคน หรือร้อยละ 56 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีประชากร 65.1 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 11 ล้านคน หรือร้อยละ 16.89 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 คือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 10 และมีอัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก คือ สูงกว่าร้อยละ 4.00 ต่อปี ขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นเพียงอัตราร้อยละ 0.50 ต่อปี เท่านั้น คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ กล่าวว่า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ใน พ.ศ. 2564 คือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของประชากรไทย และจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ใน พ.ศ. 2574 คือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุ สูงถึงร้อยละ 28 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2559) ปัญหาที่ตามมาจากการมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น คือ ปัญหาภาระพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ (Social dependency) ซึ่งเกิดจากประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกด้าน (ระวี สัจจโสภณ 2556) เมื่อผนวกกับสถานการณ์การอยู่อาศัยในครัวเรือนของผู้สูงอายุไทย พบว่า สถานการณ์ที่จัดว่าเป็นความเสี่ยงทางสังคมต่อผู้สูงอายุ คือ การที่ต้องอยู่คนเดียวและอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา พบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น มีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลจากการสำมะโนประชากร พ.ศ. 2513 มีกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 4.00 อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ร้อยละ 5.00 ทั้งสองกลุ่มนี้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามลำดับ จนถึง พ.ศ. 2557 จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พบว่า มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 7.90 และ 17.60 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มความต้องการผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2559) ด้านข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ด้วยตนเองได้ตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไป หรือไม่สามารถกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระอย่างหนึ่งอย่างใดได้ มีแนวโน้มความชุกเพิ่มขึ้น จากรายงานการสำรวจร่างกายประชาชนไทย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2) พบความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.50 พบในเพศชาย ร้อยละ 12.70 และเพศหญิง ร้อยละ 17.80 (วิชัย เอกพลากร (บก.) 2553) และจากรายงานการสำรวจ ครั้งที่ 5 (2556-7) เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20.70 พบในเพศชาย ร้อยละ 16.60 และเพศหญิง ร้อยละ 24.10 และพบว่าความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น จากการสำรวจ ครั้งที่ 5 พบว่าความชุกเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 16.0 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เพิ่มเป็นร้อยละ 24.90 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และเป็นร้อยละ 31.20 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีแนวโน้มเช่นเดียวกันกับการสำรวจ ครั้งที่ 4 (วิชัย เอกพลากร (บก.) 2559)

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม จำเป็นต้องเข้าใจลักษณะของผู้สูงอายุ และตระหนักในเป้าหมายของการบริการผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม จะช่วยให้สามารถจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี (well elder) 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และ 3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553) การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไปและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน (ชญาธิศ เขียวสด 2554) การศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค (เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชา 2555) การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (ไพบลีย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย 2557) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและความสามารถผู้สูงอายุในชุมชน (รัชฎา พงษ์ธนกิจ 2558) การศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย (สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสน่ห์ แสงเงิน 2559) โดยส่วนใหญ่จะศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง เช่น ศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (วิราพรธรรม วิโรจน์รัตน์ และคณะ 2557) ขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม ยังมีน้อย และจากสถานการณ์ปัจจุบันที่สัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ขณะที่สัดส่วนกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมักถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังหรือต้องดูแลกันเองมากขึ้น เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในช่วงระยะเวลาที่เร็วขึ้น ขาดผู้ดูแลมากขึ้น ในอนาคต ดังนั้นถ้าหากมีการดำเนินการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนได้มากขึ้น มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตมากขึ้น จนถึงบั้นปลายของชีวิต เหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพิงตนเองได้อย่างมีคุณภาพ และลดระยะเวลาของการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคตต่อไป

พ.ศ. 2559 จังหวัดร้อยเอ็ดมีประชากรทั้งหมด 990,259 คน มีผู้สูงอายุ 185,644 คน หรือ ร้อยละ 18.74 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การเป็นสังคมผู้สูงอายุ และใกล้เข้าสู่การเป็นสังคมอายุอย่างสมบูรณ์ จากข้อมูลผลการดำเนินการสำรวจข้อมูลภาวะพึ่งพิงจากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 165,648 คน หรือ ร้อยละ 89.23 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมากที่สุด คือ ร้อยละ

97.10 รองลงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.40 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.50 ตามลำดับ พ.ศ. 2559 อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 18.62 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีถึงร้อยละ 98.07 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559) ขณะที่การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งมีการดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย หน่วยงานอื่นที่มีความสำคัญในการดำเนินงานดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการจัดการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ การจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมีการดำเนินงานดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care) แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ด้านการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ในปัจจุบันเริ่มมีการจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการจัดให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน การให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในบางพื้นที่แต่ยังเป็นส่วนน้อย การดำเนินงานไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ขาดการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวยังมีส่วนร่วมน้อย และยังไม่พบมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ ผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตามแนวคิดภาวะพหุพลัง ซึ่งมีปัจจัยที่ศึกษา 3 ประการ คือ 1) การมีสุขภาพที่ดี (Healthy) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ 3) การมีหลักประกันการดำเนินชีวิต (Security) เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย เพื่อเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นอิสระ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ และมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต ลดระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในอนาคต

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2.2 เพื่อศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2.3 เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

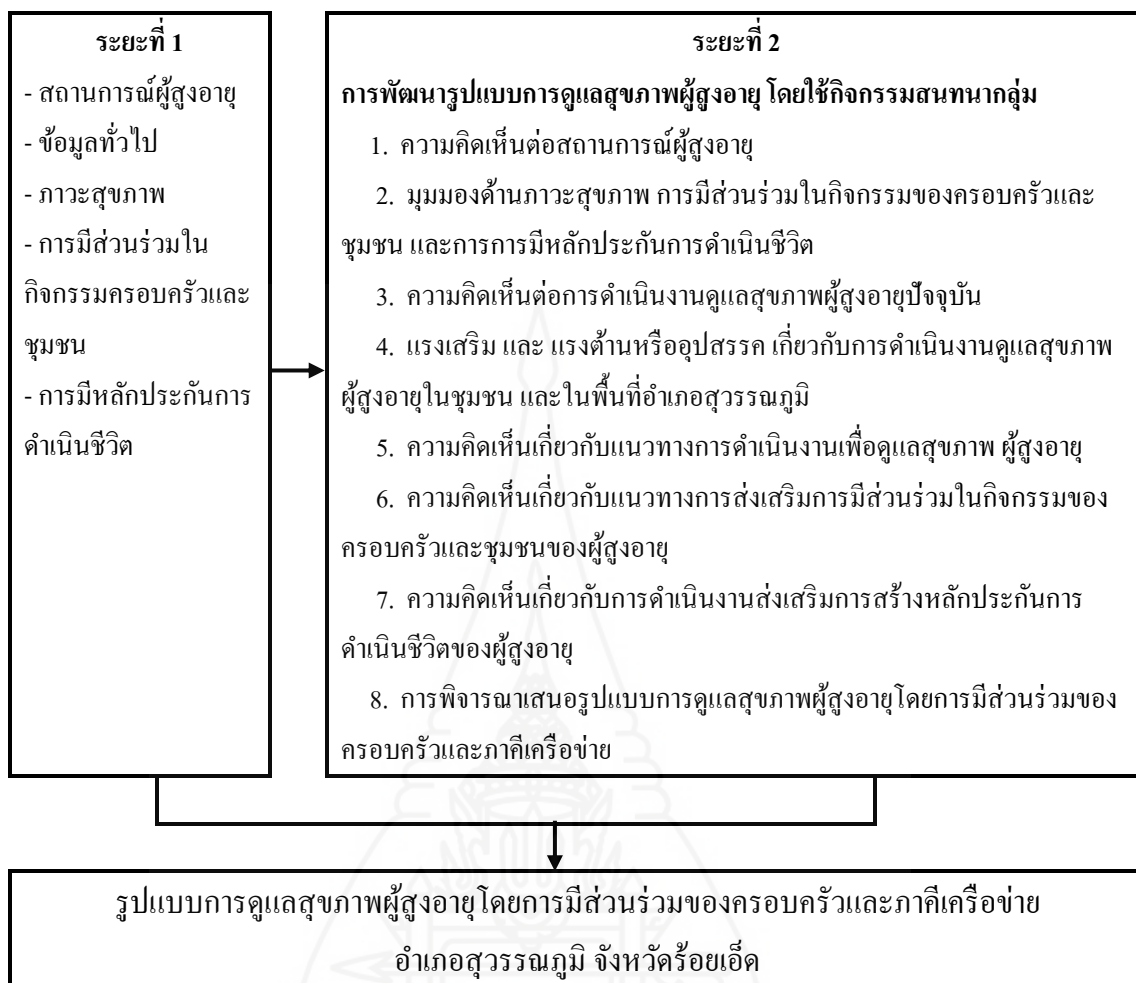
การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์และกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

3.1 สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ประกอบด้วย สถานการณ์ผู้สูงอายุในอำเภอสุวรรณภูมิ การดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้

3.2 เป้าหมายของการพัฒนารูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒพลังตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World health organization 2002) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ การมีสุขภาพดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต

3.3 ออกแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตการวิจัย

4.1 ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก ผสมผสานกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและครอบครัว อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้กิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิต

4.2 ขอบเขตประชากร แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ และข้อมูลทั่วไปกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว และชุมชน และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต

1.1 ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเรียกว่ากลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มดีดสังคม จากการประเมินของบุคลากรสาธารณสุขหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 18 แห่ง ในงบประมาณ 2559 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทั้งที่มีและไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งหมด 12,438 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากร เพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จำนวน 410 คน โดยแบ่งโควตาตามสัดส่วนจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 18 แห่ง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแทนเข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ตัวแทนสมาชิกครอบครัว 10 คน ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข 10 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 5 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข 7 คน และตัวแทน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 8 เลือกกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม แบ่งตามกลุ่มที่เป็นตัวแทน จำนวน 3 กลุ่ม และนำกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมารวมกันแล้วแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน

4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

4.3.1 ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูลทั่วไป เดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2561

4.3.2 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ สรุปรวสอบ ปรับปรุงแก้ไข และนำเสนอผลการพัฒนารูปแบบ เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2561

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 ตำแหน่ง/บทบาททางสังคมในปัจจุบัน หมายถึง ตำแหน่งทางสังคมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้รับและมีบทบาทร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามบทบาทที่ได้รับจนถึงวันสัมภาษณ์ เช่น เป็นสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สมาชิกสภาเทศบาล (สท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน คณะกรรมการวัด ผู้นำทางศาสนา ผู้นำทางพิธีกรรม พิธีกรในงานต่างๆ เป็นต้น

5.2 แหล่งข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ได้รับ หมายถึง ช่องทางหรือแหล่งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ผู้นำชุมชน นักการเมืองท้องถิ่น บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สมาชิกในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอื่นๆ

5.3 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว หมายถึง รายได้ที่ได้รับประจำของสมาชิกในครอบครัว เช่น เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ เงินจากการประกอบอาชีพ เงินเดือนของสมาชิกในครอบครัว เงินที่ได้รับจากบุตรหลานที่ส่งมาให้ประจำ นำมารวมกันเฉลี่ยต่อเดือน

5.4 ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายครอบครัว หมายถึง รายได้ประจำของครอบครัวที่ได้รับเทียบกับรายจ่ายที่จำเป็นและเป็นรายจ่ายประจำของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น เพียงพอและเหลือเก็บ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ และไม่เพียงพอ

5.5 การออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน ที่เกิดจากความตั้งใจปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ เช่น การเดินเร็ว เดินแอโรบิก วิ่ง รำไม้พลอง เป็นต้น

5.6 การผ่อนคลายความเครียด หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียด ไม่พอใจ โกรธ เช่น การทำสมาธิ ดูหนัง ฟังเพลง พูดคุยกับเพื่อนบ้าน หางานอดิเรกทำ ฟังธรรมะ เป็นต้น

5.7 ความต้องการช่วยเหลือ หมายถึง ความต้องการได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกครอบครัว องค์กร ญาติเครือญาติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

5.8 ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาวะที่เกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยง ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพเกี่ยวกับน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด การเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการนอนหลับ ภาวะทางอารมณ์ จากการประเมินภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ความต้องการช่วยเหลือด้านภาวะสุขภาพ

5.9 ภาวะสุขภาพทางจิต หมายถึง ภาวะที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทำให้มีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิด ทำให้เกิดภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า การหลีกเลี่ยงและแก้ไขภาวะที่กระทบต่อจิตใจ ของกลุ่มตัวอย่าง

5.10 การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในปัจจุบัน

5.11 การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัว และชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลจากการปฏิบัติ

5.12 การมีหลักประกันการดำเนินชีวิต หมายถึง การมีเงินเก็บสำรองไว้ใช้จ่ายเมื่อยามเจ็บป่วย หรือเมื่อไม่สามารถทำงานหารายได้ การมีสิทธิรักษาพยาบาล การทำประกันชีวิต ประกันการเจ็บป่วย การมีสิ่งสนับสนุน/ช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงปลอดภัย การมีบุตรหลานคอยช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย และความต้องการด้านหลักประกันในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

5.13 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง แนวทางการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบที่สามารถนำไปศึกษา และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นแนวทางเดียวกันเป็นระบบ และสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และมีหลักประกันความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 มีการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปเผยแพร่/ดำเนินการและพัฒนาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

6.2 ครอบครัวและภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญและมีการบูรณาการความร่วมมือให้การสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

6.3 ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ ได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมีคุณภาพ เป็นผู้สูงอายุที่มีพลังหรือมีภาวะพุดพั้ง

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และภาคีเครือข่าย อำเภอสวรรคภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางประกอบการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูงอายุ
 - 1.2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับพฤฒพลัง (Active ageing)
2. ภาวะสุขภาพ สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุ
3. แนวคิดการพัฒนา รูปแบบ
4. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
5. แนวคิดการมีส่วนร่วม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรที่เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ มีผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งในระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross domestic product: GDP) รายได้ต่อหัวประชากร งบประมาณของรัฐบาล การจ้างงานและผลิตภาพของแรงงาน การออม และการลงทุน และระดับจุลภาค ได้แก่ ผลต่อผลิตภัณฑ์ตลาด และบริการด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการเงินและสุขภาพ การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนสำคัญที่ต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ และเริ่มดำเนินการล่วงหน้า เนื่องจากการดำเนินงานดังกล่าวต้องใช้เวลาอันยาวนานในการดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเป็นรูปธรรม (ชมพูนุท พรหมภักดี 2556) กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เป็นความจริงทางชีวภาพ มีความเป็นพลวัตอยู่นอกเหนือการควบคุมของมนุษย์ แต่ยังคงอยู่ภายใต้เงื่อนไขเชิงโครงสร้างของแต่ละสังคมที่กำหนด

ความหมายหรือตีความการรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ การกำหนดอายุเริ่มต้น การให้นิยามหรือระบุถึงการเข้าสู่ความสูงอายุของบุคคลที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยทั่วไปมักพิจารณาจากองค์ประกอบด้านต่างๆ เช่น การสูงอายุตามวัยหรืออายุตามปีปฏิทินที่ผ่านไป การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาของสภาพร่างกายและความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิต การเปลี่ยนแปลงของสภาพและบทบาททางสังคมของบุคคล แต่โดยทั่วไปมักกำหนดนิยามผู้สูงอายุโดยใช้อายุตามปีปฏิทินของบุคคล ซึ่งเชื่อว่าสามารถแสดงถึงช่วงวัยของบุคคลที่มีลักษณะของความสูงอายุ และแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม (Uotinen 2005; Orimo et al. 2006; Anthony 2010; สุชาดา ทวีสิทธิ์ 2553) อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปมักถือว่าผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี หรือ 65 ปีขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน นิยามของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไปเมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่างๆ อาทิ ด้านชีววิทยา ด้านประชากรศาสตร์ (เงื่อนไขการเสียชีวิตและการเจ็บป่วย) การจ้างงาน การเกษียณอายุราชการ และด้านสังคมวิทยา (The Editors of Encyclopaedia Britannica, n.a; สุนีย์ อังศุภาสกร 2554) องค์การสหประชาชาติ (อ้างถึงใน ชมพูนุท พรหมภักดี 2556) ได้ให้นิยาม ของผู้สูงอายุ ไว้ คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่อายุเกิด สำหรับประเทศไทย ได้กำหนดนิยามของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ชมพูนุท พรหมภักดี 2556) และกำหนดให้เป็นนิยามที่ใช้เป็นอายุที่เริ่มได้รับสิทธิต่างๆ จากทางราชการด้วย เช่น การเกษียณอายุของราชการหรืออายุที่เริ่มได้รับเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2553)

สรุป ผู้สูงอายุ ตามความหมายขององค์การสหประชาชาติ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่อายุเกิด และประเทศไทยได้กำหนดให้ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

1.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูงอายุ

การศึกษาศาสตร์ที่เกี่ยวกับการสูงอายุทำให้เชื่อได้ว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของมนุษย์มีอยู่ 2 ระยะ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ซึ่งมีลักษณะเป็นไปในทางที่เจริญงอกงาม (Growth) และการเปลี่ยนแปลง หลังอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมโทรมและไม่ปรากฏความเจริญงอกงาม (degenerative change) (ภาณุอดกถัน 2551) ผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ได้สรุปสาเหตุของความชราไว้ 2 ประการ ได้แก่ พันธุกรรม (Genetic Etiology) และสิ่งแวดล้อม (Environment Etiology) โดยพิจารณาจากปัจจัยภายในและภายนอกของสิ่งมีชีวิต และพยายามศึกษามนุษย์ให้ครอบคลุมแบบองค์รวม นักทฤษฎีทั้ง 3 สาขาดังกล่าวข้างต้น ต่างยอมรับว่า ความรู้จากศาสตร์สาขาใดสาขาหนึ่ง

ยังไม่สามารถอธิบายกระบวนการแก่ชราได้อย่างสมบูรณ์ จึงได้เสนอแนวคิดเพื่อนำมาใช้อธิบายกระบวนการชราของมนุษย์ให้ชัดเจนที่สุด ประกอบด้วยทฤษฎี 3 กลุ่ม (ภาณุ อดกลั่น 2551) ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) และทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) มีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายมนุษย์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ทฤษฎีด้านพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะ และทฤษฎีสรีรวิทยา

1) **ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory)** ประกอบด้วย ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) หรือทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) เป็นทฤษฎีที่ร่วมกันอธิบายว่า สิ่งมีชีวิตต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงและมีพัฒนาการตลอดเวลา ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological clock) หรือทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming Aging Theory) อธิบายว่า อายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้ว โดยรหัสทางพันธุกรรม (Gene) ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืนยาว ลูกหลานก็มีอายุยืนยาวตามไปด้วย เชื่อว่า นาฬิกาชีวิตจะอยู่ในนิวเคลียสและโปรโตพลาสซึมของเซลล์ในร่างกาย ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) เกิดจากการได้รับรังสีที่ละเล็กทีละน้อยเป็นประจำ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA (Deoxyribonucleic Acid) และเกิดการผันแปรของเซลล์หรืออวัยวะในระบบต่างๆ ทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เกิดโรคมะเร็งหรือเกิดมะเร็ง ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Error Theory) หรือทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า ความแก่ เกิดจากนิวเคลียสของเซลล์ มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิม ทำให้เซลล์ใหม่ที่ได้แตกต่างไปจากเดิม กลายเป็นสิ่งแปลกปลอม ร่างกายจึงสร้างภูมิคุ้มมาต่อต้าน ทำให้เซลล์เสื่อมสลายและทำหน้าที่ไม่ได้

2) **ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory)** อธิบายกระบวนการแก่ว่า เมื่ออวัยวะมีการใช้งานย่อมจะมีความเสื่อมเกิดขึ้น ประกอบด้วย ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) อธิบายว่า ความแก่ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเอง เมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่าย และเสื่อมเร็วขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) อธิบายว่า เมื่อเข้าสู่วัยชรา การทำงานของระบบประสาทจะลดลง การตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Reflex) ต่างๆ จะเชื่องช้า ความจำจะเสื่อมลง ต่อมไร้ท่อทำงานลดลง ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่า เมื่ออายุมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติจะลดลง เพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่างๆ เสื่อมสภาพลง เช่น ในกระดุก ต่อมไทมัส ระบบน้ำเหลือง ตับ ม้าม และจะสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง (Autoimmune) มากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอและเจ็บป่วย โรคที่พบได้บ่อย คือ มะเร็ง เบาหวาน หลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจรูห์มาติก

3) **ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory)** อธิบายกระบวนการแก่ชราในลักษณะการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ ทฤษฎีความเครียด

และการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) เชื่อว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้ เซลล์ตาย ในภาวะเครียด ร่างกายจะตอบสนอง โดยไฮโปทาลามัสและพิทูอิทารี ถูกกระตุ้นให้หลั่ง Adreno corticotropic Hormone ไปกระตุ้น Adrenal Cortex และ Adrenal Medulla ให้หลั่งสาร Cortisol Aldosterone และ Epinephrine ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เพื่อช่วยให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ใน ภาวะเครียดได้ แต่ถ้าวร่างกายต้องเผชิญกับภาวะนี้มากๆ อาจทำให้เสื่อมและทำงานผิดปกติได้ เมื่อบุคคล เผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้เข้าสู่วัยชราได้เร็วขึ้น ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) อธิบายว่า เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้น ของเสียจะถูกสะสม ทำให้เซลล์เสื่อมและตาย เพิ่มขึ้น คล้ายกับทฤษฎีความเสื่อมโทรม ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงกระบวนการ ออกซิเดชันของออกซิเจนที่ไม่สมบูรณ์ในกระบวนการเผาผลาญ สารจำพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่นๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ (Free Radical substance) ทำลายผนังเซลล์ โดยโมเลกุลของอนุมูลอิสระ เมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับกับโมเลกุลอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์ เปลี่ยนไปอนุมูลอิสระเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้อีก เช่น มลภาวะเป็นพิษ รังสี อาหาร บุหรี่ ทฤษฎีการ เชื่อมไขว้ (Cross link Theory on cross link of collagen T.) เชื่อว่า เมื่อชรา สาร Fibrous protein จะเพิ่มขึ้น และจับตัวกันมากขึ้น ทำให้ Collagen fiber หดตัว ขาดความยืดหยุ่นและจับกันไม่เป็นระเบียบ ทำให้ เซลล์ตายและเสียหายที่ เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระดับ DNA ของเซลล์ โดยสาร cross link ที่เกิดจาก ปฏิกิริยาทางเคมีทำให้ DNA มีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อม เชื่อว่ารังสีอุลตราไวโอเลตมีผลต่อความชรา และการเปลี่ยนแปลงในระดับสรีรวิทยา ทำให้ผิวหนังเกิดริ้วรอย (Wrinkling) ที่เรียกว่า Solar Elastosis จากการแทนที่ของคอลลาเจน (collagen) ด้วยอีลาสติน (Elastin) (เปราะ เห็นว แดก เล็กน้อย) และอาจ ทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ด้วย

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีกลุ่มนี้อธิบายความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาทางเคมีใน ร่างกายกับกระบวนการแก่ชรา การสะสมของเสียจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำให้เกิด ความเสื่อม

1.1.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับ ความนึกคิด ความรู้ แรงจูงใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรับสัมผัสทั้งหลาย ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้นๆ อาศัยอยู่ (ภาณุ อดกลั่น 2551) ตัวอย่างทฤษฎีทางจิตวิทยา ประกอบด้วย

1) *ทฤษฎีพัฒนาการทางจิต-สังคมของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory or Psychosocial Developmental Stage)* อยู่ในกลุ่มจิตวิเคราะห์ใหม่ เน้นพฤติกรรมทางสังคมของ มนุษย์ มีแนวคิดสำคัญ คือ มนุษย์มีความต้องการพื้นฐานอย่างเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ของเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีแบบแผนการพัฒนาเช่นเดียวกันทุกสังคม เป็นไปตามลำดับ

ขึ้น โดยพัฒนาการขั้นสูงจะเกิดขึ้นหลังจากมีการพัฒนาในขั้นต้นแล้ว แบ่งพัฒนาการของมนุษย์เป็น 8 ขั้น ซึ่งวัยสูงอายุนั้นอยู่ในขั้นที่ 8 คือ ขั้นความรู้สึกรับมั่นคงสมบูรณ์หรือความหมดหวังทอดอาลัย อธิบายว่า วัยสูงอายุ เป็นวัยที่ยากต่อการเริ่มต้นอะไรใหม่ๆ ในชีวิต การดำเนินชีวิตผ่านมา หากรู้สึกพึงพอใจต่อผลแห่งการกระทำของตน บุคคลก็จะพัฒนาไปสู่ความสมบูรณ์ในอารมณ์ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีจิตใจที่มั่นคง เข้มแข็ง ส่วนบุคคลที่ไม่พึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมาจะรู้สึกหมดหวัง ทอดอาลัย มีแต่ความทุกข์ มีชีวิตอยู่ไปวันๆ (Cramer 2007 อ้างถึงใน ไพโรจน์ ะเชนทร์ ม.ป.ป.; ศรีเรือน แก้วกังวาน 2549)

2) *ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory)* มีลักษณะใกล้เคียงกับงานของอิริคสัน มุ่งเน้นการปรับตัวของผู้สูงอายุ แบ่งพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่เป็น 7 ขั้น โดยขั้นที่ 5, 6 และ 7 จะเป็นประเด็นเฉพาะผู้สูงอายุ แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 56-75 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งทางกายภาพและจิตสังคม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุใน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ขั้นการแยกความแตกต่างของตนเองกับบทบาทการทำงานที่ผ่านมา (Ego differentiation and work-role preoccupation) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ โดยจะรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า แม้มบทบาทลดลงหรือเปลี่ยนไป จึงพอใจที่จะหาสิ่งอื่นๆ มาทำทดแทน (ผู้สูงอายุวัยต้น) 2) ขั้นการแยกความแตกต่างของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงกับการเตรียมการปรับตัวให้เหมาะสม (Body transcendence and body preoccupation) เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุยอมรับว่า สภาพร่างกายของตนถดถอยลง และชีวิตจะมีสุขถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้ (อายุที่เพิ่มขึ้น) และ 3) ขั้นการแยกความแตกต่างของกฎเกณฑ์และการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติ (Ego transcendence and Ego preoccupation) เป็นความรู้สึกที่ยอมรับกฎเกณฑ์และการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติ ยอมรับความตายได้โดยไม่รู้สึกหวาดวิตก (ผู้สูงอายุตอนปลาย) (Eliopoulos 1995; ศรีเรือน แก้วกังวาน 2549)

1.1.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพและการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุ พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ในระดับที่เหมาะสม มีแนวคิดที่น่าสนใจ ดังนี้ (ภาณุ อดกลั่น 2551)

1) *ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)* อธิบายถึง สถานภาพทางสังคมผู้สูงอายุ เน้นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุข และการมีชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่บุคคลอื่นปฏิบัติต่อตนเอง นั่นคือ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง สังคมหรือชุมชน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนเองยังมีคุณค่าและ

เป็นประโยชน์ต่อสังคม การมีกิจกรรมต่อสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็น การจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้เป็นสำคัญ คือ สภาพสังคมปัจจุบันที่ทันสมัยและเปลี่ยนแปลงไป (Modernization Perspective) เป็นปัจจัยซึ่งทำให้บทบาทของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ผู้สูงอายุก้าวตามไม่ทัน การเชื่อมโยงบุคคลแต่ละยุค แต่ละวัย (Intergeneration Linkage) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและประสบการณ์ชีวิตของคนเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันระหว่างคนในวัยเดียวกันแต่ละยุคสมัย ปัจจัยบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างของแต่ละวัย เมื่อคนเข้าสู่วัยชรามากขึ้นบทบาทหน้าที่ของตนเองก็จะลดลง

2) *ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory)* กล่าวถึงการถอยห่างจากสังคมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกันอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลง จึงถอยหนีจากสังคม เพื่อลดความเครียดและรักษาพลังงาน พึงพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกันกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพและบทบาทของตนให้แก่ชนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้างในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและค่อยๆ ยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกันกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีนี้อธิบายว่าโดยปกติแล้วบุคคลจะพยายามผสมผสานอยู่กับสังคมให้นานเท่าที่จะทำได้ เพื่อเป็นการรักษาสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ก่อนที่บทบาทของตนเองจะแคลงเมื่อมีอายุมากขึ้น กระบวนการถอยห่างเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะ พัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุพึงพอใจเป็นสากลของทุกสังคม และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อรักษาสมดุลของมนุษย์ ปัจจัยที่มีผลต่อการถอยห่างของผู้สูงอายุ ได้แก่ กระบวนการชราที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล สภาพสังคม และความเชื่อมโยงของอายุที่เพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการถอยห่าง และทฤษฎีกิจกรรมจะมีความขัดแย้งกันซึ่งนูการ์เทน และคณะ (Neugarten et. Al. 1968 cited in Miller 1955) ได้ศึกษาเพื่อหาข้อขัดแย้งของทั้งสองทฤษฎี พบว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ มีความสุข และมีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคลที่ผ่านมา ผู้ที่มีบทบาทในสังคมชอบเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ก็ต้องการที่จะร่วมกิจกรรมต่อไป ส่วนผู้ที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทใดๆ ในสังคมมาก่อน ก็ย่อมที่จะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น และได้เสนอแนวคิดใหม่เกี่ยวกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

3) *ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)* อธิบายในเรื่องของการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้น เป็นผลมาจากบุคลิกภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีมาเดิม เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคม

ใหม่มาทดแทนบทบาททางสังคมเก่าที่ตนสูญเสียไป และยังคงพยายามปรับสภาพตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมในวัยสูงอายุ ซึ่งถือเป็นบทบาทใหม่ที่เข้ามาทดแทนบทบาททางสังคมเดิมที่ต้องสูญเสียไปในกิจกรรมประเภทต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุนั้นจะเป็นการได้แสดงศักยภาพ ความสามารถของตนเอง ทำประโยชน์ต่อตนเองและสังคมได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (เล็กสมบัติ และคณะ 2554)

4) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะปรับเปลี่ยนบทบาท และสภาพต่างๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นแบบวัยผู้ใหญ่ไปยอมรับบทบาทในแบบผู้สูงอายุ และเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรส เนื่องจากการตายไปของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

จากทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า แต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึงความสูงอายุแตกต่างกันไป ทฤษฎีทางชีววิทยาจะอธิบายความชราโดยพิจารณาจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะมองความสูงอายุโดยพิจารณาจากความจำ การเรียนรู้ สถิติปัญญา อารมณ์ ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยาพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากความสามารถในการคงบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่จะอธิบายความเสื่อมถอยของสังขาร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสภาพทางสังคมของผู้สูงวัยได้ทั้งหมด

1.2 การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเอกสารและปรากฏการณ์ในพื้นที่ที่ศึกษา พบความหลากหลายในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ อาทิ ปัจจัยด้านหน่วยงาน/องค์กรหลัก บุคลากรที่ดำเนินการ วัตถุประสงค์ ซึ่งการที่มีความหลากหลายของการปฏิบัติระดับพื้นที่เช่นนี้ แม้จะมีข้อดีคือ สามารถตอบสนองตรงตามเป้าหมายของหน่วยงาน/องค์กรที่ต้องการ แต่การขาดการบูรณาการการทำงานเสมือนต่างคนต่างทำ บางส่วนซ้ำซ้อน ใช้บุคลากรในการดำเนินงานมาก แต่ไม่มีความชัดเจนในจัดระบบฐานข้อมูล และขาดความเป็นเอกภาพในการนำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ จึงยากที่จะทำให้บริการของรัฐเกิดความต่อเนื่องและครอบคลุม (วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และลัดดา คำริการเลิศ (บรรณาธิการ) 2553) องค์การอนามัยโลก แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นหรือช่วงต้น (Young-old) คือ ผู้มีอายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มที่ถือว่ายังมีสภาวะร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี ยังสามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพัง ช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งช่วงอายุนี้ควรมีการจรรโลงสุขภาพที่ดีไว้ 2) กลุ่มผู้สูงอายุช่วงกลาง (Medium-old) คือ ผู้มีอายุ 70-79 ปี กลุ่มนี้หากไม่มีโรคประจำตัว

และดูแลสุขภาพที่ดีก็ยังแข็งแรงดีอยู่ แต่จะเริ่มต้องการการพึ่งพิงจากครอบครัวและสังคมบ้าง ควรมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพ และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุช่วงปลาย (Old-old) คือ ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และควรได้รับการดูแลทางการแพทย์และเวชศาสตร์ตามสาเหตุ ซึ่งอาจเป็นการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาล (สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม 2556) สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ เป็น 2 กลุ่ม (Yuriek, A.G., et al. 1980) ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young-Old) มีอายุ 60-74 ปี และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old-Old) อายุ 75 ปีขึ้นไป ประเทศไทยมีผู้เสนอการจัดแบ่งเกณฑ์ผู้สูงอายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ (Elderly) คือ อายุระหว่าง 60-69 ปี 2) คนชรา (Old) คือ อายุระหว่าง 70-79 ปี และ 3) คนชรามาก (Very old) คือ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ 2546; ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2543) ขณะที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2553) ได้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อการจัดบริการสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีแนวทางการจัดกลุ่มอายุด้านสุขภาพ ตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โรคและการเจ็บป่วยเป็นหลัก จัดลักษณะทางสังคมที่เข้าพวกเข้ากลุ่มได้กับลักษณะทางสุขภาพ เพื่อการบูรณาการงานทั้งด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และลัดดา คำจาริการเลิศ (บรรณาธิการ) 2553) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สุจริต สุวรรณชีพ และคณะ 2558)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรังหรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรค ที่ยังควบคุมโรคได้

กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำกัดการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายหรือจิตใจจนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในเรื่องการเคลื่อนที่ การปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นๆ มีโรคประจำตัวหลายโรค ทั้งที่ควบคุมได้และไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนานและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม 2) กลุ่มติดบ้าน และ 3) กลุ่มติดเตียง

1.3 กระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม อาหาร ภาวะสุขภาพและความเครียด ความเป็นผู้สูงอายุนั้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (จุฬารักษ์ กวีวิรัชย์ และ วราภรณ์ ทิพย์ สุวรรณกุล 2558) ดังนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

1) *ผิวหนัง ผม และขน* จากการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนจะส่งผลให้ผิวหนังมีลักษณะตกรกระ แห้ง ผิวเหี่ยวย่นเป็นร่องลึก ขาดความชุ่มชื้น อาจมีอาการคันตามผิวหนัง เมื่อเกาอาจเกิดแผลและติดเชื้อได้ง่าย

2) *ระบบทางเดินหายใจ* พบว่า อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ เริ่มมีความเสื่อม ตั้งแต่ลักษณะปลายจมูกที่งอมน ขนพืดโบกที่สามารถขจัดสิ่งแปลกปลอมได้ลดลง กล่องเสียงมีความยืดหยุ่นลดลง ปิดไม่สนิท เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย ประสิทธิภาพในการขับสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ลดลง จากการยืดขยายของหลอดลมและทรวงอกลดลง เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง ทรวงอกเป็นอกถังเปียร์ กล้ามเนื้อในการขยายตัวของปอดอ่อนแรง กระจกชายโครงขยายตัวได้น้อยลง เกิดการคั่งของก๊าซในปอดมากขึ้น ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง จากการยืดขยายและแลกเปลี่ยนก๊าซของถุงลมในปอดลดลง

3) *ระบบหัวใจและหลอดเลือด* พบว่า หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง หลอดเลือดตีบ กล้ามเนื้อหัวใจมีการยืดขยายลดลง ขาดความยืดหยุ่น ประสิทธิภาพการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจลดลง การไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนต่างๆ ลดลง เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ไม่เต็มที่ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4) *ระบบทางเดินทงอาหาร* เนื่องจากฟันและรากฟันของผู้สูงอายุมีการเสื่อมตามวัย จากฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง การสร้างเซลล์กระดูกใหม่มีจำนวนลดลง กระดูกบาง ทำให้การยึดเกาะของรากฟันลดลง เกิดฟันหลุด คู่มรับรสของลิ้นฝ่อ ทำให้ไม่อยากอาหาร ต่อม น้ำลายผลิตน้ำลายได้น้อยลง ทำให้การกลืนเคี้ยวอาหารไม่ดี เกิดการกลืนลำบาก หลอดอาหาร โป่งพอง มีขนาดกว้าง ปลายหลอดหย่อนตัว กล้ามเนื้อเรียบในหลอดอาหารเคลื่อนไหวได้น้อยลง ภาวะอาหารย่อยอาหารได้น้อยลง มีอาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น การเคลื่อนไหวในกระเพาะอาหารช้าลง เยื่อบุกระเพาะอาหารฝ่อ ผลิตน้ำย่อยไม่ดี เกิดกรดและแก๊สในกระเพาะอาหาร เยื่อบุและการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กลดลง การดูดซึมสารอาหารประเภทไขมัน น้ำตาล วิตามินบี 1 บี 12 แคลเซียมและเหล็กลดลง ลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวลดลง มักมีปัญหาการขับถ่าย ตับจะฝ่อ มีขนาดเล็กกลง ทำให้ปริมาณไกลโคเจน อัลบูมิน ลดลง ระดับโกลบูลินเพิ่มขึ้น ปริมาณน้ำดีลดลง การดูดซึมคอเลสเตอรอลลดลง ตับ

อ่อนมีขนาดเล็กกลง ทำให้การผลิตเอนไซม์ต่าง ๆ ลดลง ทั้งปริมาณและความเข้มข้น ทำให้เกิดภาวะ
ทิวโกฆนาการ โลหิตจาง ท้องผูก มีนิ่วหรือเกิดสารพิษตกค้างในร่างกาย เป็นต้น

5) *ระบบทางเดินปัสสาวะ* ไตจะมีอัตราการกรองลดลง เนื่องจากเลือด
ไหลเวียนไปเลี้ยงน้อยลง อาจมีการคั่งของเสียที่ไต กล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะปัสสาวะอ่อนแรง
ช่องว่างในกระเพาะปัสสาวะและการยืดขยายของหูดลดลง กล้ามเนื้อหูดของท่อทางเดินปัสสาวะ
อ่อนแรง ปิดไม่สนิท กลั้นปัสสาวะไม่ได้ แรงดันปัสสาวะที่ขับออกลดลง เพศชายจะมีต่อมลูกหมาก
โตขึ้น จากการผลิตสารคัดหลั่งให้เพียงพอต่อการหลั่งน้ำเชื้อ ทำให้ปัสสาวะลำบาก

6) *ระบบสืบพันธุ์* เพศชายจะมีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนหรือฮอร์โมนเพศ
ชายลดลง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางขององคชาต อัมตะ จำนวนสเปิร์มลดลง เพศหญิงจะมีระดับ
ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ส่งผลให้เต้านมห้อย ย้อยและเหี่ยวลง มีไขมันสะสมบริเวณหน้าอก สะโพก
ขนบริเวณอวัยวะเพศ (public hair) บางลง เปราะง่าย ขนเป็นสีเทา ขนาดของอวัยวะเพศ (labia minora,
clitoris) ลดลง ช่องคลอดเป็นสีชมพูจาง ความยืดหยุ่นในช่องคลอดลดลง ทำให้เจ็บขณะร่วมเพศ
เพราะมีการสูญเสียส่วนที่ปกคลุมเส้นประสาท ปากมดลูก มดลูก รังไข่และท่อนำไข่หดเล็กลง มีโอกาส
ติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ เกิดเนื้องอกหรือสูญเสียภาพลักษณ์จากการเปลี่ยนแปลงในระบบนี้ได้

7) *ระบบต่อมไร้ท่อ* ต่อมใต้สมองมีน้ำหนักลดลง การผลิตฮอร์โมนต่างๆ
ลดลง เกิดผลต่อร่างกายหลายอย่าง ได้แก่ ทำให้ผิวหนังบางแห้ง กระดูกบางลง มีการสะสมของไขมัน
กลางลำตัว ความแข็งแรงและยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง หน่วยไตไม่สามารถควบน้ำกลับเข้าสู่ร่างกาย
ความสมดุลของโซเดียมสูญเสียไป การหลั่งฮอร์โมนและความสนใจทางเพศของเพศชายยังปกติ เพศ
หญิง จะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย ตับอ่อนจะมีการหลั่งอินซูลินลดลง ร่างกาย
ตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ในเซลล์ได้หรือได้น้อยลง ทำให้ระดับ
น้ำตาลในกระแสเลือดสูง โดยเฉพาะจะพบในผู้ที่มีอายุมากขึ้น

8) *ระบบประสาท* ด้านโครงสร้างระบบประสาท พบว่า น้ำหนักสมองและ
ปริมาตรของสมองลดลง มีการฝ่อลีบของสมองและสูญเสียเซลล์ประสาท ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลง
สมรรถภาพทางด้านร่างกาย สติปัญญา การรับรู้สัมผัสต่ออุณหภูมิและความเจ็บปวดบริเวณปลายมือ
ปลายเท้า แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลง
ที่สำคัญ ได้แก่ 1) การมองเห็นลดลง เนื่องจาก ลูกตา รูม่านตามีขนาดเล็กกลง แก้วตาขุ่นมัว ความคมชัด
ในการมองภาพลดลง ต่อม่านตาทำงานน้อยลง ตาแห้ง ความยืดหยุ่นของเปลือกตาลดลง เกิดภาวะ
หนังตาตก 2) การได้ยินลดลง โดยจะได้ยินเสียงทุ้มมากกว่าเสียงสูง เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณ
หูชั้นในลดลง ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย 3) การรับกลิ่นลดลง เนื่องจากการ
เสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกและเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 ทำให้การรับกลิ่นลดลง ทำให้ไม่อยากอาหาร

4) การรับรสลดลง พบว่า ตุ่มรับรสมีการฝ่อลีบ รสชาติอาหารที่เคยรับประทานจะเปลี่ยนไป โดยรสเค็มจะเล็มก่อน ผู้สูงอายุจึงมักปรุงอาหารที่มีรสเค็มมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ส่วนรสเปรี้ยว ขม หวาน จะเล็มลงตามลำดับ

9) *กล้ามเนื้อและกระดูก* ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายเป็นจำนวนมาก การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การใช้กล้ามเนื้อลดลงและมีการขาดสารอาหารร่วมด้วย ทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่ายและอ่อนแรง มีการสลายแคลเซียมเข้าสู่กระแสเลือด เกิดกระดูกบาง เพราะกระดูกบริเวณหลังเริ่มงอแง บริเวณข้อต่อต่างๆ มีความยืดหยุ่นลดลง เนื่องจากน้ำหล่อเลี้ยงเซลล์ลดลง ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อ จึงไม่กล้าเคลื่อนไหว

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือ 1) การรับรู้ ที่มีกี่ยวติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง ทำให้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก มีความไม่มั่นใจในการปรับตัว 2) การแสดงออกทางอารมณ์ มีลักษณะของความท้อแท้ น้อยใจ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้า 3) ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง จะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มากกว่าเรื่องของผู้อื่น

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรม สังคมและเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือ 1) ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุถอยห่างไปจากสังคม 2) สังคมไม่ให้ความสำคัญ คนส่วนใหญ่มักมองว่า ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือไม่มอบหน้าที่ให้รับผิดชอบ 3) บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนเป็นผู้ตาม บทบาทที่เคยเป็นผู้นำครอบครัวจะกลายเป็นผู้อาศัยหรือผู้ตามในครอบครัว

1.3.4 ผลจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาในด้านต่างๆ ตามมา (มลฤดี โพธิ์พิจารย์ 2558) คือ 1) ปัญหาด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาด้านสุขภาพจากการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมมีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียนทั้งโรคทางร่างกายและทางสมอง ผู้มีอายุเกิน 65 ปี มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมอง คือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า 2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดูอาจจะไม่มีรายได้หรือมีไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อาจไม่มีที่อยู่อาศัยทำให้ได้รับความลำบากในช่วงบั้นปลายชีวิต 3) ปัญหาด้านความรู้ ผู้สูงอายุขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้เพื่อการพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับวัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปและเพื่อให้เข้าได้กับคนรุ่นใหม่ 4) ปัญหาด้านสังคม การลดบทบาททางสังคมทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและบริหารแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุราชการอาจเสียดยอำนาจและตำแหน่งที่เสียไป คนรุ่นใหม่หลายคนอาจมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุ มองเป็นคนรุ่นเก๋า ล้าสมัย พุคไม่รู้เรื่องและไม่มีความรู้ 5) ปัญหาด้านจิตใจ จากการได้รับความเอาใจใส่ และความ

อบอุ่นจากลูกหลานไม่เพียงพอ เกิดความรู้สึกว่าเหวอว่างและอาจจะมีควมวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลานและญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวลในเรื่องความตาย มักมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น เศร้า เฉยเมย เอาแต่ใจตนเอง บางคนก็ยังมีความต้องการความสุขทางโลกีย์ซึ่งไม่เหมาะสมกับวัยของตนทำให้ได้รับความผิดหวัง 6) ปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง ความเปลี่ยนแปลงจากภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้คนรุ่นหลังมีความกตเวทิต่อพ่อแม่ ครูอาจารย์น้อยลง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแล บางคนต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง หรือบางคนต้องอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ในอนาคตเมื่อประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมแบบใหม่ สังคมไทยอาจมีรูปแบบเป็นแบบสังคมตะวันตก คือ ต่างคนต่างอยู่ไม่มีการเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน ไม่มีการทดแทนบุญคุณ บุตรหลานโตขึ้นก็จะไม่เลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อแก่ชรา 7) ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมจากอดีตที่เป็นครอบครัวใหญ่หรือครอบครัวขยายซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น มีความอบอุ่นระหว่างพ่อแม่และลูกหลาน แต่ในปัจจุบันครอบครัวไทยโดยเฉพาะในเขตเมืองส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยว ลูกหลานจะไปทำงานในเขตเมืองทิ้งให้พ่อแม่เฝ้าบ้าน ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่ได้รับการดูแล ขาดความอบอุ่นดังเช่นอดีตที่ผ่านมา

สรุป ผู้สูงอายุทุกคนจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการ โดยมักจะประสบกับปัญหาสุขภาพมากขึ้นแตกต่างกัน เนื่องจากการเสื่อมถอย เปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย และ วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล 2558) เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจ โดยผู้สูงอายุมักถูกมองว่าเป็นผู้ป่วย มีความสามารถลดลง ต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลือจากผู้อื่นในทุกๆ เรื่อง แต่สภาพสังคมปัจจุบันทำให้ผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือ และพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด เพื่อป้องกันผลเสียหายจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องทำการประเมินผู้สูงอายุก่อนการให้การช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสมในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

1.4 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะพุดมพลัง (Active ageing)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดภาวะพุดมพลัง (Active ageing) เมื่อปี ค.ศ. 2002 มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพทั้งด้านความสามารถ คุณค่า คุณประโยชน์ และศักยภาพในการดำรงชีวิตด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ การมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัย การปกป้องที่พอเพียง การได้รับการช่วยเหลือดูแล และให้ความปลอดภัยเมื่อต้องการสำหรับผู้สูงอายุ

Active ageing หมายถึง กระบวนการเพิ่มประสิทธิภาพ และโอกาสสำหรับการมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมทางสังคม และการมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยที่จำเป็น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตตามกลุ่มอายุ (WHO, 2002) ประเทศไทยยังไม่มีคำบัญญัติคำแปลของคำว่า Active ageing จึงมีการใช้คำในภาษาไทยที่แตกต่างกันออกไป เช่น พุดมพลัง พุดมพลัง ผู้สูงวัยที่มีคุณภาพ สูงวัยอย่างมี

คุณภาพ ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ หรืออูติวัย (จิราพร เกศพิชญพัฒนา 2549; โสภณ เมฆธน 2552; วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (บรรณาธิการ) 2553; ปณิธิ บราวน์ 2557; ภคพร กุลจิรันทร 2559; ศุภเจตน์ จันทรสาส์น 2555; เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกานต์ สักดาพร 2554; สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล 2557) และมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (2556) ให้ความหมายของคำว่า พุฒ หรือพุดา หมายถึง เจริญ แข็งแรง ใหญ่ แก่ เฒ่า หรือคำว่า พุฒิ หมายถึง ความเจริญ ความมั่งคั่ง ความสมบูรณ์ และคำว่า พลัง หมายถึง กำลัง ความสามารถซึ่งมีอยู่ในตัวของสิ่งให้อาจให้แรงงานได้ ดังนั้นพุดพลัง หรือ พุฒพลัง จึงหมายถึง พลังผู้เฒ่า หรือผู้เฒ่าที่ยังมีพลังอยู่ หรือการสูงวัยอย่างมีพลัง

ภคพร กุลจิรันทร (2559) ให้ความหมายของภาวะพุดพลัง หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุ มีการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ภาวะสูงวัยโดยการพักอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความตระหนัก มีความรู้ ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมทางสังคมกับชุมชนและสามารถดูแลตนเอง ในด้านสุขภาพทางร่างกายและจิตใจได้

โสภณ เมฆธน (2552, น. 1) ให้ความหมายว่า เป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบ องค์กรวม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถชะลอความเสื่อมทางร่างกายได้มากที่สุด ดำเนินการโดยชุมชน เพื่อชุมชน มีปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพุดพลัง 3 ส่วน ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการ ดูแลสุขภาพ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ (3อ.) 2) การจัดระบบบริการทางการแพทย์ ที่เหมาะสม เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การให้คำปรึกษา และ 3) การจัดบ้านพักอาศัย และสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัย

Department of local government and regional development (2007) อ้างถึงใน เอมอร จารุงษ์ (2551) กล่าวว่า active ageing เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีโอกาสและใช้โอกาสนั้นรักษาความมีพลัง ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะต่างๆ ของชีวิตตามอายุ รวมถึงการมีส่วนร่วมในสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และประชาสังคม มากกว่าความสามารถหรือมีพลังทางร่างกายเพียงอย่างเดียว การได้รับความเคารพและสนับสนุนจากครอบครัว มีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและชุมชน ตลอดจนสมาชิก กลุ่มอื่นๆ ในสังคม

Nort Carolina cooperative extension service (2007) มหาวิทยาลัยแห่งรัฐ Nort Carolina อ้างถึงในเอมอร จารุงษ์ (2551) กล่าวถึง Active ageing หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติทางบวก (Positive attitudes) มีภาวะโภชนาการที่ดี (good nutrition) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (regular exercise) และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (social activities) สามารถหลีกเลี่ยงปัญหาและจัดการ กับวิกฤตในบั้นปลายชีวิตได้มากกว่าคนที่ไม่มีภาวะดังกล่าว

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเรียกว่า “ภาวะพลพลง” ซึ่งสรุปได้ว่า เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุ ยังคงมีภาวะสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ซึ่งนับได้ว่าพลพลงเป็นกลไกและกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพประชากรผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดระยะเวลาในการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงให้เหลือน้อยที่สุดตามกระบวนการสูงอายุของบุคคล

1.4.1 มโนทัศน์ของพลพลง

องค์การอนามัยโลก (World health organization: WHO 2002; อ้างถึงใน เอมอร์ จารุรังษี 2551) เสนอแนวคิด Active ageing ในปี 2002 เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ในอนาคต โดยเสนอกรอบที่เป็นองค์ประกอบหลักของภาวะพลพลง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตดังนี้

1) สุขภาพ (Health) หมายถึง การมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเป็นเงื่อนไขแรกของการดำรงชีวิตอยู่อย่างเป็นอิสระและพึ่งพาตนเองได้ อันเป็นลักษณะสำคัญของภาวะพลพลง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับทั้งลักษณะส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม

2) การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมทางสังคม (social) เศรษฐกิจ (economic) วัฒนธรรม (cultural) จิตวิญญาณ (spiritual) และหน้าที่พลเมือง (civic affairs) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นการดำรงไว้ซึ่งสิทธิมนุษยชนและวัฒนธรรมทางสังคม แสดงถึงความมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี การได้รับความเคารพนับถือ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุตรหลานเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีตามมา

3) การมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัย (security) คือ การมีความมั่นคงปลอดภัยด้านร่างกายจากการมีที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีความปลอดภัยในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงในสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมจนถึงบั้นปลายของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

1.4.2 คำจำกัดความที่สำคัญเกี่ยวกับภาวะพลพลง (WHO 2002) ได้แก่

1) การดูแลตนเอง (Autonomy) เป็นการรับรู้ความสามารถในการควบคุม การรับมือและการตัดสินใจส่วนบุคคลเกี่ยวกับพื้นฐานการดำรงชีวิตประจำวันที่มีความสอดคล้องกับกฎระเบียบและความพึงพอใจ

2) *ความเป็นอิสระ (Independence)* เป็นความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน นั่นคือ สมรรถภาพในการใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชนที่ไม่มีและ/หรือมีความช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ จากคนอื่นๆ

3) *คุณภาพชีวิต (Quality of life)* คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับบริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่อาศัยอยู่ ความสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐาน และความกังวล รวมถึงภาวะสุขภาพทางกาย สภาพจิตใจ ระดับความเป็นอิสระสัมพันธ์ภาพทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล และความสัมพันธ์ที่สำคัญในสิ่งแวดล้อมตามอายุของบุคคล คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยคำนึงถึงความสามารถในการดูแลตนเอง และความเป็นอิสระ

4) *ความคาดหวังในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข (Healthy life expectancy)* มีความหมายสอดคล้องความคาดหวังในการมีชีวิตอยู่โดยปราศจากความพิการ (disability-free life expectancy) ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดยังคงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการเป็นผู้สูงอายุ ความตั้งใจที่บุคคลจะมีชีวิตอยู่โดยปราศจากความพิการให้ยาวนานที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรผู้สูงอายุ

ด้วยข้อกเว้นในการดูแลตนเองที่มักจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลงและยากต่อการวัดแนวคิดของพจนานุกรมดังกล่าวข้างต้นได้มีการเพิ่มเติมถึงความพยายามที่จะวัดระดับความลำบากที่เกี่ยวกับกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ (activities related to daily living: ADLs) ตัวอย่างเช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ และการเดินข้ามห้อง เป็นต้น และกิจกรรมที่มีประโยชน์ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (instrumental activities of daily living: IADLs) ตัวอย่างเช่น การซื้อปิ้ง การทำงานบ้าน การเตรียมอาหาร เป็นต้น เมื่อไม่นานมานี้ได้มีความพยายามในการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการวัดจำนวนมากที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งได้รับการพัฒนาให้สามารถใช้ร่วมกันได้อย่างเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีความหลากหลาย

2. ภาวะสุขภาพ สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุประเทศไทยและจังหวัดร้อยเอ็ด

2.1 ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษา ทบทวน เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่ามีให้นิยาม ของคำว่า ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยจึง ได้ศึกษาความหมายของคำว่า ภาวะ และสุขภาพ เพื่อนำมารวมเป็นนิยามของคำว่า ภาวะสุขภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ NECTEC's Lexitron Dictionary (2560) ให้ความหมายของคำว่า ภาวะ หมายถึง สถานะ สภาพความเป็นอยู่ สภาวะ สภาวะการณ์ พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 (2556) ให้ความหมายของคำว่า ภาวะ หมายถึง ความมี ความเป็น ความปรากฏ เช่น ภาวะน้ำท่วม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ พจนานุกรมแปล ไทย-ไทย อ.เปลื้อง ณ นคร (2560) ให้ความหมายของคำว่า ภาวะ หมายถึง ความมี ความเป็น ความปรากฏ ความเกิด ที่ตั้ง ความเป็นจริง สรุป ภาวะ หมายถึง สถานะ สภาวะ สภาพความเป็นอยู่ ความมี ความเป็นจริง ที่ปรากฏ

องค์การอนามัยโลก (WHO 1998) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ภาวะที่เป็นพลวัต (dynamic) แห่งความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย (physical) จิตใจ (mental) จิตวิญญาณ (spiritual) และภาวะความเป็นสุขทางสังคม (social well-being) ไม่เพียงแต่ความปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา 2550) ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

สรุป สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ปัญญาหรือจิตวิญญาณ และภาวะที่เป็นสุขทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล มิใช่เพียงแค่การปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยหรือความพิการเท่านั้น

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาวะหรือสภาพความเป็นจริง ที่มีและปรากฏเกี่ยวกับภาวะความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ ปัญญาหรือจิตวิญญาณ และภาวะความเป็นอยู่ทางสังคมในปัจจุบัน ของบุคคล ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของ ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาวะความเป็นอยู่ทางด้านสุขภาพที่เป็นจริง มีและปรากฏอยู่ในปัจจุบัน ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ ปัญญาหรือจิตวิญญาณ และความเป็นอยู่ทางสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ในอำเภอสวารณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

จากความหมายของภาวะสุขภาพดังกล่าวข้างต้น สุขภาพ มิได้หมายความว่าเฉพาะสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความเป็นอยู่ทางสังคมหรือสุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณหรือปัญญาอีกด้วย ตามความหมายของสุขภาพในปัจจุบันจึงสรุปได้ว่ามีองค์ประกอบ 4 ส่วนด้วยกัน คือ (คณาจารย์สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ 2558) 1) สุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพหรือสภาวะที่ดีของร่างกาย คืออวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับอวัยวะส่วนอื่นๆ ทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน 2) สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพทางจิตใจของบุคคลที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี มิให้เกิดความขบข้องใจหรือความขัดแย้งในจิตใจ มีจิตใจที่เบิกบาน แจ่มใส สามารถปรับตัวเข้าสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีมีผลมาจากการที่มีสุขภาพกายดีด้วย ดังที่ จอห์น ล็อก (John Locke) ได้กล่าวไว้ว่า จิตใจที่แจ่มใสมอบอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์ (A sound mind is in a sound body) 3) สุขภาพทางสังคม (Social Health) หมายถึง การที่บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์ มีความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน มีปฏิสัมพันธ์และสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข 4) สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและมีความเข้าใจอย่างแยกแยะในผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และมีโทษ ซึ่งนำไปสู่การเป็นบุคคลที่มีจิตใจอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

สุขภาพนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อพัฒนาการและความเจริญของงามในทุกๆ ด้านของบุคคล ซึ่งอาจกล่าวถึงความสำคัญของสุขภาพได้ ดังนี้ (คณาจารย์สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ 2558) 1) เป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต นับตั้งแต่การมีปฏิสนธิในครรภ์มารดา วัยทารก วัยผู้ใหญ่ จนถึงวัยชรา ดังที่พระพุทธเจ้าได้ตรัสไว้ว่า “อโรคยา ปรมาลาภา” แปลว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” สอดคล้องกับอารยประเทศทางตะวันตกที่เห็นว่า “สุขภาพคือ พรอันประเสริฐสุด (Health is the greatest blessing of all)” ซึ่งหมายความว่า สุขภาพจะเป็นเสมือนหนึ่งวิถีทางหรือหนทางที่จะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ ได้ 2) เป็นวิถีแห่งชีวิต การรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ การมีสุขภาพดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ อวัยวะในร่างกายสามารถทำงานได้ดี มีประสิทธิภาพสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี ไม่มีความวิตกกังวล ไม่ถูกรบกวนจากความเครียด สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขย่อมเป็นสิ่งที่บุคคลทุกคนปรารถนา สุขภาพจึงเปรียบเสมือนวิถีแห่งชีวิตที่จะนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ ในชีวิตได้ 3) เป็นพื้นฐานของการทำงานที่มีประสิทธิภาพ การทำงานหรือการประกอบอาชีพของบุคคลทุกคนย่อมต้องอาศัยสุขภาพที่ดี แข็งแรงสมบูรณ์เป็น

ปัจจัยสำคัญ ประเทศที่ประชาชนในชาติมีสุขภาพดี มีสติปัญญา มีคุณธรรมและจริยธรรม มีความสามารถในการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ไม่เบียดเบียนและทำร้ายซึ่งกันและกัน ย่อมเกิดความสงบสุข และเมื่อบุคคลในชาติมีสุขภาพกายและจิตใจดี มีมันสมองที่ดี มีศักยภาพ ย่อมเป็นผู้ที่มีความสามารถเรียนรู้และสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ได้ดี จะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศทั้งด้าน เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

แนวคิดเรื่องสุขภาพในปัจจุบันวางอยู่บนพื้นฐานเรื่อง สุขภาวะ (Well-being) ทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญาหรือจิตวิญญาณ รวมถึงมิติของคน ครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจึงประกอบด้วยหลายปัจจัย จึงต้องให้ความสำคัญกับองค์ความรู้ ทั้งเรื่องของการดำเนินการงานทางสาธารณสุข การจัดการบริการสาธารณสุข และสิ่งต่างๆ ที่ปรากฏในสังคม เพราะสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งด้านบวกและด้านลบ องค์ความรู้เรื่องการพัฒนาสุขภาพและระบบสุขภาพจึงไม่ใช่เฉพาะเรื่องของระบบการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เป็นความร่วมมือกันของสังคมที่จะมาร่วมสร้างค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และเอื้อต่อการมีสุขภาพดี สร้างวัฒนธรรมของการดำเนินชีวิตที่ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น และร่วมกันสร้างสรรค์สังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีสันติสุข

การดูแลสุขภาพร่างกายในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบห้าหมู่ ง่ายๆ อาหารจำพวกต้ม นึ่ง และมีกากใยอาหาร การออกกำลังกาย ที่เน้นการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินซึ่งอาจแฝงอยู่ในกิจวัตรประจำวัน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสูบบุหรี่ และดื่มสุรา (บรรลุ ศิริพานิช 2544) ด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว เพื่อป้องกันความรู้สึกถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว หรือถูกลดความสำคัญ การออกไปพบปะและสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับคนในวัยเดียวกันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจเบิกบาน และมีกำลังใจในการดำรงชีวิต (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2554)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสภาวะทางร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว โรคประจำตัว ภาวะข้อเข่าเสื่อม สภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การจัดการความเครียด พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขีรถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับ/โดยสารรถยนต์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การวางแผน การปฏิบัติ และการร่วมประเมินผล

2.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทยและจังหวัดร้อยเอ็ด

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตามการแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2557) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ซึ่งประเทศไทยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 10.2 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2556) ในปี พ.ศ.2557 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2557) คาดว่าในปี พ.ศ.2568 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2556) และจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างยิ่งยวดในราวปี พ.ศ.2578 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของไทยในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าวใช้เวลาสั้นกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วถึง 3 เท่า (United Nation 2013) จากผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2554 พบว่า โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ 5 อันดับแรก ในผู้สูงอายุชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2557)

จังหวัดร้อยเอ็ดมีประชากรทั้งหมด 990,259 ในกลุ่มนี้มีผู้สูงอายุ 185,644 คน หรือร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การเป็นสังคมผู้สูงอายุ และใกล้เข้าสู่การเป็นสังคมอายุอย่างสมบูรณ์ และจากผลการดำเนินการสำรวจข้อมูลภาวะพึ่งพิงจากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ใน พ.ศ. 2559 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 165,648 คน หรือ ร้อยละ 89.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และเมื่อแบ่งตามภาวะการพึ่งพิง พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.06 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.4 และ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.6 (รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559)

อำเภอสุวรรณภูมิ พ.ศ. 2557 มีประชากรทั้งหมด 86,566 คน มีผู้สูงอายุ 13,642 คน หรือร้อยละ 15.8 พ.ศ. 2558 มีประชากรทั้งหมด 87,110 คน มีผู้สูงอายุ 14,728 คน หรือ ร้อยละ 16.9 พ.ศ. 2559 มีประชากรทั้งหมด 86,810 คน มีผู้สูงอายุ 16,160 คน หรือ ร้อยละ 18.6 ซึ่งมีแนวโน้มสัดส่วนกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และใกล้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (ร้อยละ 20) การดำเนินงานคัดกรองภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) โดยบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง พบว่าพ.ศ. 2557 พบมีกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.3 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.9 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 0.7 พ.ศ. 2558 พบมีกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.5 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.8 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 0.7 พ.ศ. 2559 พบมีกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.07 กลุ่มติดบ้าน

ร้อยละ 1.5 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.4 (รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี รวมถึงอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีอัตราการเพิ่มเร็วขึ้น พ.ศ. 2558 มีอัตราการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ 7.9 พ.ศ. 2559 มีอัตราเพิ่มประชากรผู้สูงอายุ 9.7

ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด จากรายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง พ.ศ. 2559 พบว่า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ โรคที่พบความชุกมากที่สุดคิดจากอัตราป่วยต่อประชากรผู้สูงอายุ 100,000 คน คือ โรคความดันโลหิตสูง (37,577.8) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (24,411.2) โรคหลอดเลือดสมอง (3,668.3) โรคหัวใจและหลอดเลือด (3,086.5) และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (2,216.6) ตามลำดับ (รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559) อัตราป่วยตายจากโรคเรื้อรังกลุ่มดังกล่าว พบว่า โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 4.8 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.8 โรคเบาหวาน ร้อยละ 2.4 และ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.9 ตามลำดับ (รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559)

ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จากรายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง พ.ศ. 2559 พบว่า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ โรคที่พบความชุกมากที่สุดคิดจากอัตราป่วยต่อประชากรผู้สูงอายุ 100,000 คน คือ โรคความดันโลหิตสูง (31,540.8) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (14,610.2) โรคหลอดเลือดสมอง (2,840.4) โรคหัวใจและหลอดเลือด (2,042.1) และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (1,324.3) ตามลำดับ (รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559) อัตราป่วยตายจากโรคเรื้อรังกลุ่มดังกล่าว พบว่า โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 26.1 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 18.7 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 16.4 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.2 และ โรคเบาหวาน ร้อยละ 9.5 ตามลำดับ (รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559)

จากสถานการณ์ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และใกล้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในระยะเวลาไม่นาน รวมถึงอัตราป่วย อัตราตายของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จากภาวะเสื่อมของร่างกาย และการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นที่สังคมไทยต้องมีการเตรียมการเพื่อรองรับการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว ผู้วิจัยเห็นว่า การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญในการเตรียมความ

พร้อมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง พึ่งพาตนเองได้ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวและชุมชนได้ มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ซึ่งเป็นประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จึงศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นที่การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว และภาคีเครือข่ายหรือผู้มีส่วนได้เสีย ในการส่งเสริมการจัดการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพที่ดี เป็นผู้สูงอายุที่มีพลังหรือมีภาวะพหุพลัง สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมีคุณภาพในช่วงวัยสูงอายุ ได้ยาวนานยิ่งขึ้น และลดระยะการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต

3. แนวคิดการพัฒนาแบบ

3.1 ความหมายของรูปแบบ มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของคำว่า รูปแบบ ทั้งในลักษณะที่เหมือนกัน และแตกต่างกัน ดังนี้

รูปแบบ หมายถึง การจำลองสถานการณ์เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้ง่ายขึ้น (Stoner & Wanke, 1986) เป็นการสร้างความคิดรวบยอดเกี่ยวกับชุดของปรากฏการณ์ ด้วยวิธีการของเหตุผลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้เกิดความกระจ่างชัดของนิยามความสัมพันธ์ และข้อเสนอของระบบที่เกี่ยวข้อง (Willer 1986) เป็นภาพจำลองของจริงหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีตั้งแต่รูปแบบอย่างง่าย ๆ ไปจนถึงรูปแบบที่มีความสลับซับซ้อนมาก ๆ มีทั้งรูปแบบทางกายภาพ และรูปแบบเชิงลักษณะ ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ด้วยภาษาหรือสัญลักษณ์ (Tosi & Carroll 1982) เป็นรูปย่อความจริงของปรากฏการณ์ ซึ่งแสดงด้วยข้อความ จำนวน หรือภาพ โดยการลดทอนเวลาและสถานที่ ทำให้เข้าใจความจริงของปรากฏการณ์ได้ดียิ่งขึ้น เป็นตัวแทนของการใช้แนวคิดที่สรุปแล้วของโปรแกรมที่กำหนดเฉพาะ เป็นแบบจำลองอย่างง่ายหรือย่อส่วนของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ผู้เสนอรูปแบบดังกล่าวได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแสดงหรืออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจง่ายขึ้น หรือในบางกรณีอาจใช้ประโยชน์ในการทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนการใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป (Raj 1996; อ้างถึงใน บุญเชิด ธานีศาสตร์ 2556) เป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ เป็นตัวอย่างเพื่อเลียนแบบเป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมตัวกันเป็นองค์ประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบของสังคม (Good 2005) เป็นโครงสร้างที่ถูกนำเสนอเพื่อใช้วินิจฉัยความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่สร้างจากเหตุการณ์ การหยั่งรู้ด้วยวิธีการอุปมาอุปมัย หรือได้มาจากทฤษฎี ดังนั้นรูปแบบ จึงไม่ใช่ทฤษฎี (Hensen & Postlethwaite 1994)

ขณะที่มีนักวิชาการในประเทศไทยได้ให้ความหมายของ รูปแบบ ในความหมายที่คล้ายกันและแตกต่างกัน ดังนี้

รูปแบบ หมายถึง เครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสร้างจากความคิด ประสบการณ์ การใช้อุปมาอุปไมย หรือจากทฤษฎี หลักการต่าง ๆ และแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง (ทิสนา แคมมณี 2550) เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น ระบบการปฏิบัติงาน และสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ เป็นต้น อาจแสดงความสัมพันธ์ด้วยเส้น โยงแสดงในรูปแบบหรือเขียนเป็นข้อความ จำนวน ภาพ แผนภูมิ หรือรูปสามมิติ (มาลี สืบกระแสน 2552) เป็นสิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น แสดงให้เห็นองค์ประกอบสำคัญๆ ของเรื่องให้เข้าใจง่ายขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป (คัมภีร์ สุดแท้ 2553) เป็นโครงสร้างที่เกิดจากทฤษฎี ประสบการณ์ การคาดการณ์ นำเสนอในรูปของข้อความ หรือแผนผัง (ปัญญา ทองนิล 2553) สิ่งที่แสดงโครงสร้างและความสัมพันธ์ของปัจจัยหรือตัวแปรหรือองค์ประกอบของสิ่งที่ศึกษาหรืออธิบายคุณลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้เข้าใจง่าย มองเห็นเป็นรูปธรรม ไม่มีองค์ประกอบตายตัวหรือให้รายละเอียดทุกแง่มุม โดยผ่านกระบวนการทดสอบอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความแม่นยำและเชื่อถือได้แล้วนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง (พิไลฐ เทพไกรวัต 2554)

สรุป รูปแบบ (Model) หมายถึง เครื่องมือที่แสดงถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ของปัจจัยหรือตัวแปรหรือองค์ประกอบของปรากฏการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะและเข้าใจได้ง่าย โดยผ่านกระบวนการทดสอบอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน การทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบ

รูปแบบการดูแลสุขภาพ (Model of Care) เป็นการให้นิยามอย่างกว้างๆ เพื่อเป็นแนวทางการจัดบริการดูแลสุขภาพ เป็นการแสดงออกถึงการปฏิบัติและการบริการที่ดีที่สุดสำหรับบุคคล กลุ่มประชากรหรือกลุ่มผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลได้รับการดูแลที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม โดยทีมและสถานที่ที่เหมาะสม (AGENCY FOR CLINICAL INNOVATION 2013)

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงกำหนดให้ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การกำหนดกระบวนการและองค์ประกอบที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อการจัดบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่กำหนดโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีในชุมชน ได้รับการดูแลสุขภาพและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตน เป็นรูปแบบที่สร้างขึ้นจากความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ ประเมินความจำเป็นและร่วมเสนอแนวทางการปฏิบัติในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่นำไปสู่การ

ดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัง หรือมีภาวะพลุดพลังต่อไป

3.2 ประเภทของรูปแบบ

นักวิชาการสาขาต่างๆ ได้แบ่งประเภทของรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป สำหรับรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท (Keeve 1988) ได้แก่

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue model) เป็นรูปแบบเชิงกายภาพ ใช้การอุปมาอุปมัยเทียบเคียงปรากฏการณ์ที่เป็นรูปธรรม เพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม ส่วนใหญ่ใช้ในด้านวิทยาศาสตร์ มีองค์ประกอบชัดเจนสามารถนำไปทดสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ และนำไปใช้ทดสอบหาข้อสรุปของปรากฏการณ์ได้อย่างกว้างขวาง เป็นแบบจำลองที่แสดงออกในลักษณะของการเปรียบเทียบสิ่งต่างๆ อย่างน้อย 2 สิ่งขึ้นไป

2. รูปแบบเชิงอธิบาย (Semantic model) ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา แสดงออกโดยการพูดหรือเขียน นำเสนอด้วยภาษา แผนภูมิหรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้าง แนวคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบนั้นๆ ใช้ข้อความอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่จุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้ คือ ขาดความชัดเจนแน่นอน ทำให้ยากต่อการทดสอบรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตามได้มีการนำมาใช้กับการศึกษามาก เช่น รูปแบบการเรียนรู้ในโรงเรียน เป็นต้น

3. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical model) ใช้สมการทางคณิตศาสตร์ เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ปัจจุบันมีแนวโน้มในการนำไปใช้ด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์เพิ่มขึ้น รวมทั้งการศึกษาด้วย รูปแบบนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์และนำไปสู่การสร้างทฤษฎี เพราะสามารถทดสอบสมมุติฐานได้ มักพัฒนามาจากรูปแบบเชิงอธิบาย นิยมใช้ทั้งในสาขาจิตวิทยา ศึกษาศาสตร์ และการบริหารการศึกษา

4. รูปแบบเชิงเหตุผล (Causal model) พัฒนามาจากรูปแบบเชิงอธิบาย โดยการนำเอาเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) และหลักการสร้างรูปแบบเชิงอธิบายมาใช้ เป็นการนำเอาตัวแปรมาเขียนเป็นสัญลักษณ์หรือคำย่อ แล้วใช้เส้นตรงและลูกศรแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงเหตุและผล เช่น รูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน สถิติปัญญาของผู้เรียน มีผลมาจากสภาพทางเศรษฐกิจของพ่อแม่ และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เป็นต้น สามารถกำหนดเป็นกรอบในการรวบรวมข้อมูลในสภาพที่เป็นจริง เพื่อทดสอบรูปแบบได้ด้วย แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ รูปแบบเชิงสาเหตุเส้นเดียว (Recursive model) แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร ด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียว ไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ และรูปแบบเชิงสาเหตุเส้นคู่ (Non-

recursive model) แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยที่ทิศทางของตัวแปรภายในตัวแปรตัวหนึ่ง อาจเป็นทั้งตัวแปรเชิงเหตุและเชิงผลพร้อมกัน จึงมีทิศทางย้อนกลับได้

ฮุสเซน และ โปสเทลเวดต์ (Husen & Postlewaite 1994) ได้แบ่งประเภทของรูปแบบไว้ 5 ประการ ได้แก่

1. รูปแบบเชิงอุปมาหรือเปรียบเทียบ (Analogue models) เป็นรูปแบบที่ใช้หลักการคิดหาเหตุผล นิยมใช้ในสาขาวิทยาศาสตร์ทางกายภาพ ไม่ค่อยนำมาใช้ในทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มีประโยชน์ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงและทำนายอนาคต ใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายได้

2. รูปแบบเชิงภาษา (Semantic models) แสดงออกด้วยการใช้คำพูด ภาษาท่าทาง รูปภาพเป็นหลัก มีจุดอ่อนอยู่ที่ขาดความชัดเจนแน่นอน ยากต่อการทดสอบ ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของการใช้ภาษา

3. รูปแบบเชิงแบบแผน (Schematic models) แสดงแผนที่หรือแผนภูมิที่พยายามเชื่อมโยงหน่วยและกลุ่มต่างๆ ให้เข้ามาสัมพันธ์กัน นิยมใช้ในสาขาจิตวิทยา รูปแบบหนึ่งที่ใช้คือรูปแบบของ Guilford ที่กล่าวถึงระดับสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกัน 3 มิติ คือ ด้านเนื้อหา ผลลัพธ์ และการจัดกระทำ

4. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematic models) นิยมใช้มากขึ้นในสาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ และจิตวิทยา สามารถทำให้ข้อสันนิษฐานได้มีการพิจารณาด้วยเชิงปริมาณและทดสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถเขียนความสัมพันธ์ได้ในรูปของสูตรหรือสมการทางคณิตศาสตร์ได้

5. รูปแบบเชิงเหตุผล (Causal models) มีการนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) มาใช้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้จะเกี่ยวข้องกับการสร้างสมการ โครงสร้างอย่างง่ายของสาเหตุกับตัวแปรต่างๆ ภายใต้การให้เหตุผลในการตัดสินใจ

สมิธ (Smith 1980) จำแนกประเภทของรูปแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical model) ประกอบด้วย (1) รูปแบบคล้ายจริง (Iconic model) มีลักษณะคล้ายของจริง เช่น เครื่องบินจำลอง หุ่นตามร้านเสื้อผ้า หุ่นไล่กา เป็นต้น และ (2) รูปแบบเหมือนจริง (Analog model) มีลักษณะคล้ายปรากฏการณ์จริง เช่น การทดลองทางเคมีในห้องปฏิบัติการก่อนจะทำการทดลองจริง เครื่องบินฝึกบิน ซึ่งรูปแบบนี้จะมีความใกล้เคียงความจริงกว่าแบบแรก

2. รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic model) ประกอบด้วย

(1) รูปแบบข้อความ (Verbal model) หรือรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative model) พบมากที่สุด เป็นการใช้ข้อความปกติธรรมดาในการอธิบายโดยย่อ เช่น คำพรรณนาลักษณะงาน คำอธิบายรายวิชา เป็นต้น และ (2) รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical model) หรือรูปแบบเชิงปริมาณ (Quantitative model) เช่น สมการ และ โปรแกรมเชิงเส้น เป็นต้น

3. รูปแบบเชิงแนวคิด (Conceptual model) แบ่งออกเป็น

(1) รูปแบบเชิงแนวคิดของสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Conceptual model of) คือ รูปแบบที่สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎี เพื่ออธิบายปรากฏการณ์บางอย่าง และ (2) รูปแบบเชิงแนวคิดเพื่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Conceptual model for) คือ รูปแบบที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีการคัดสรรตามธรรมชาติ เพื่อนำไปอธิบายทฤษฎี

กรรณิกา เจิมเทียนชัย (2539) ได้แบ่งประเภทของรูปแบบ เป็น 2 ชนิด คือ รูปแบบของสิ่งที่เป็นรูปธรรมและสิ่งที่เป็นนามธรรม

จากการศึกษาแนวคิดการแบ่งประเภทรูปแบบของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีแนวทางในการแบ่งประเภทที่สอดคล้องกัน แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการอธิบายรูปแบบแต่ละลักษณะ เช่น รูปแบบทางการศึกษาและทางสังคมศาสตร์ที่แบ่งออกเป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปมัยเทียบเคียงปรากฏการณ์ซึ่งเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม รูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา ด้วยภาษา แผนภูมิ รูปภาพ รูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์ เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ และรูปแบบที่นำเอาตัวแปรต่างๆ มาเชื่อมโยงสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบที่เชิงอธิบาย ร่วมกับรูปแบบเชิงเหตุผล สำหรับการพัฒนารูปแบบโดยใช้ภาษา ข้อความอธิบาย แผนภูมิ รูปภาพ เป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ ที่ได้มาจากการวิเคราะห์เส้นทาง การเชื่อมโยงสัมพันธ์กันขององค์ประกอบในรูปแบบที่นำไปใช้ เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3.3 การพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบ (Model development) หมายถึง กระบวนการในการสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 1) การศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง 2) การกำหนดหลักการและองค์ประกอบของรูปแบบ 3) การร่างรูปแบบ และ 4) การตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ หรือการทดลองใช้รูปแบบ (ดิเรก วรรณเชียร, 2545) ผู้วิจัยจะดำเนินการพัฒนารูปแบบตามสมมติฐาน โดยการศึกษาค้นคว้า เอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และรูปแบบการดูแลสุขภาพ ที่มีผู้พัฒนาไว้แล้ว

ในเรื่องเดียวกันหรือเรื่องอื่นๆ และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้สามารถกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่างๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ตัวแปร ลำดับก่อนหลังขององค์ประกอบ ในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา ใช้หลักของเหตุและผลเป็นรากฐานสำคัญ ผู้วิจัยอาจคิดโครงสร้างของรูปแบบขึ้นมาก่อน แล้วปรับปรุง โดยอาศัยข้อสังเกตจากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบหรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง หรือทำการศึกษารายละเอียดขององค์ประกอบย่อย หรือตัวแปรแต่ละตัว แล้วคัดเลือกองค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรที่สำคัญ ประกอบกันขึ้นเป็นโครงสร้างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาได้ (บุญชม ศรีสะอาด 2535)

แมสัน อัลเบิร์ต และเคโดรี (Albert & Khedourri 1985; อ้างถึงใน วิโรจน์ ผลเยี่ยม 2557) เสนอขั้นตอนการสร้างรูปแบบ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขึ้นรวบรวมปัญหา (Problem fomulation) เพื่อให้รู้ว่า อะไรคือปัญหาที่แท้จริง 2) ขึ้นสร้างรูปแบบ (Model construction) โดยพิจารณาวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการสร้าง และต้องรู้ถึงลักษณะเฉพาะที่ต้องการของผลผลิต ข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็น และควรคำนึงถึงค่าใช้จ่าย 3) การทดสอบรูปแบบ (Testing the model) เมื่อสร้างรูปแบบเสร็จแล้วควรทดสอบโดยพิจารณาถึงประเด็นต่อไปนี้ (1) มีความตรงตามสถานการณ์จริง (valid) หากมีความใกล้เคียงกับความจริงจะดีมาก เพราะจะช่วยให้การตัดสินใจทำได้ดีขึ้น ไม่ยุ่งยากต่อการนำไปใช้ และควรพิจารณาถึงความสำเร็จของการแก้ปัญหา (2) มีการนำไปทดลองใช้เพื่อเปรียบเทียบผลการนำไปใช้ ช่วยให้มีการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงาน การทดลองใช้มี 2 ลักษณะ คือ การทดลองย้อนหลัง (Retrospective evaluation) โดยทดลองใช้กับข้อมูลในอดีต และการทดลองที่ใช้ปฏิบัติจริงในปัจจุบัน 4) การนำไปใช้ (Implementation) รูปแบบที่ผ่านการทดสอบแล้ว ควรสามารถที่จะนำไปใช้ให้เกิดความสำเร็จ เพราะไม่มีรูปแบบใดที่เรียกได้ว่า สำเร็จสมบูรณ์ จนกว่าจะได้รับความสนใจและนำไปใช้จริง 5) การพัฒนาปรับปรุงรูปแบบให้ทันสมัย (Model updating) แม้จะมีการนำรูปแบบไปใช้อย่างประสบความสำเร็จแต่ก็ควรมีการพัฒนาปรับปรุง ประยุกต์ให้มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ขององค์กร และสถานการณ์ทั้งจากภายนอก และภายใน ที่มากระทบต่อองค์กรด้วย

การพัฒนาารูปแบบ อาจมีขั้นตอนการดำเนินงานที่แตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปอาจแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การสร้างรูปแบบ และการหาความตรงของรูปแบบ (Willer 1967; อ้างถึงใน วิโรจน์ ผลเยี่ยม 2555)

สรุป แนวคิดในการพัฒนารูปแบบ หมายถึง กระบวนการในการสร้างหรือพัฒนาขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจจะมีขั้นตอนในการพัฒนา รายละเอียดที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของผู้พัฒนา และสามารถสรุปขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบ ได้ คือ 1) การรวบรวมปัญหาและศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบที่ต้องการพัฒนา 2) การกำหนดหลักการและองค์ประกอบของรูปแบบหรือการสร้างรูปแบบ โดยอาศัยแนวคิด

ทฤษฎี หรือรูปแบบที่มีผู้พัฒนาไว้แล้ว 3) การทดสอบความตรงตามสถานการณ์ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยการนำไปทดลองใช้ 4) การนำรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบไปใช้จริง และ 5) ปรับปรุง พัฒนาให้มีความทันสมัย เหมาะสมกับสถานการณ์ และสรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้ขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ 1) การรวบรวมและศึกษาปัญหา องค์ความรู้ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ตามแนวคิดภาวะพลุดพลัง 2) กำหนดหลักการและองค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนา โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในการร่วมพัฒนารูปแบบ 3) การทดสอบความตรง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ตามสถานการณ์และวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยผู้ช่วยชาล 4) การปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสม ทันสมัย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

4. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะการดูแล โดยบุคคล หน่วยงาน หรือองค์กร สามารถจำแนกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

4.1 การดูแลภายในครอบครัว เป็นการให้การดูแลและเลี้ยงดูผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการจัดหาล้างของเครื่องใช้ การเงิน เสื้อผ้า อาหาร ช่วยทำงานบ้าน จัดหาที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ พาไปพบแพทย์ จ่ายค่ารักษาพยาบาล ให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจ รวมไปถึงการสนับสนุนให้ได้รับการเรียนรู้ การให้ข่าวสาร จัดหาสิ่งต่างๆ การป้องกัน คุ้มครองภัยจากอุบัติเหตุ และอาชญากรรม เป็นต้น โดยปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว คือ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม การดูแลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู ความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองของผู้ดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล (นารีรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ 2552) ครอบครัวที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แม้ในปัจจุบันที่สภาพแวดล้อมทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือจากภายนอก เพื่อเสริมสร้างให้มีศักยภาพเข้มแข็งสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และศาสนาที่ช่วยแบ่งเบาภาระที่เกินความสามารถของครอบครัว

ที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังมีความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากครอบครัว โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (เล็ก สมบัติ 2550)

4.2 การดูแลในสถาบัน มีการกำหนดมาตรการ แผนงาน และนโยบายต่างๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว ตั้งแต่การจัดสถานสงเคราะห์คนชรา สวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย บริการประกันสังคม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการประกันกับบริษัทเอกชน รวมไปถึงสวัสดิการด้านการศึกษา อาชีพ และบริการสังคม ไม่ว่าจะเป็นการศึกษา นอกโรงเรียน การฝึกอาชีพ การกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้าน การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และคนพิการในที่สาธารณะ และการลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งมวลชน (สายฤดี วรกิจ โภคาทร และคณะ 2550) การสร้างระบบความคุ้มครองทางเศรษฐกิจและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ เช่น การสร้างหลักประกันรายได้ให้แก่แรงงานผู้สูงอายุ การเพิ่มโอกาสในการทำงานหรือสร้างรายได้ของผู้สูงอายุที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงการพัฒนารูปแบบบริการในชุมชน โดยชุมชนให้มีเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในบ้านและครอบครัว ตลอดจนการสร้างระบบดูแลร่วมกันในชุมชน โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทมากขึ้นในการประสาน จัดตั้ง และส่งเสริมเรื่องการดูแลกันเองในชุมชน (มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2555)

4.3 การดูแลโดยชุมชน เป็นการสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนตั้งแต่ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว ชุมชน องค์กร และสถาบันทางสังคมต่างๆ เกิดการแก้ปัญหา ระดมความร่วมมือพัฒนาระบบบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งปัจจุบันมีการนำแนวคิดสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ที่เน้นการเข้าถึงระบบบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ 2552) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหา ระดมความร่วมมือ และพัฒนาบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนของตนระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กร และสถาบันทางสังคมต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบและลักษณะบริการแตกต่างกัน (สายฤดี วรกิจ โภคาทร และคณะ 2550) รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็ง การสนับสนุนจากท้องถิ่น และชุมชน การสนับสนุนศักยภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องทั้งในด้านระบบ และผู้ดูแล การมีนโยบายชุมชนที่เข้มแข็ง และการจัดบริการเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาสโดยชุมชน (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์ ม.ป.ป.) ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง และมีระบบสนับสนุนที่ดี มีทุนทางสังคม มีการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการบทบาทในชุมชน และมีฐานข้อมูลในชุมชน ก็จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีด้วย (นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์ 2552)

4.4 การดูแลในสถานการณพิเศษ เช่น เมื่อเกิดภัยพิบัติ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับจะต้องรวมผู้สูงอายุไว้เป็นกลุ่มเป้าหมายในแผนการป้องกันรับมือภัยพิบัติ และควรจัดทำคู่มือรับมือภัยพิบัติ ที่ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุเป็นพิเศษเมื่อเกิดภัยพิบัติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการซักซ้อมแผนปฏิบัติการช่วยเหลือผู้สูงอายุตามกำหนดเวลาที่เหมาะสมและให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุในการเตรียมความพร้อม การดูแลตนเอง และการฟื้นฟูหากเกิดภัยพิบัติด้วย (ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ) 2558)

จากการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม การบริการผู้สูงอายุแบ่งออกเป็นบริการทางการแพทย์ที่ให้บริการในสถานบริการ เช่น การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งได้จัดให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งแบบ Long-term care, Day care และ Home care สถานบริการผู้สูงอายุที่ให้บริการโดยภาคเอกชน ส่วนการบริการด้านสุขภาพและสังคมส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการโดยหน่วยงานภาครัฐ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การประกันสุขภาพ และสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่มีบัตรทอง (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 2548) ระบบบริการสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย ซึ่งรับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาล ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดคลินิกผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศไทย และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นบริการด่านแรกของผู้สูงอายุ การจัดบริการที่ให้ส่วนใหญ่เป็นการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ซึ่งรายละเอียดของการจัดบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาของประเทศไทย มีดังนี้ (ศิริณี ศรีหาภาค 2556; กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ 2552; Jitapunkul and Wivatvanit 2008)

1. บริการสุขภาพภาคเอกชนหรือมูลนิธิ ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน ทั้งที่ดำเนินการในเชิงธุรกิจโดยตรงและสถานสงเคราะห์คนชรา ที่ให้บริการฟรีหรือเก็บเงินบางส่วน สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไม่มีญาติ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานโดยมูลนิธิหรือสถานสงเคราะห์ภายใต้การสนับสนุนของสมาคมในเครือคาทอลิกต่างๆ ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ กิจกรรมจะเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพทั่วไปไม่เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ Nursing home รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะ Nursing care ไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นหลักสูตรระยะสั้น สอนวิชาชีพการดูแลเด็กและผู้สูงอายุ มีการทำธุรกิจครบวงจร

2. หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพ และระบบสวัสดิการสุขภาพหลายระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. ระบบบริการผู้สูงอายุที่ดูแลโดยกระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นศูนย์บริการทางสุขภาพ และสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วยบริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย นันทนาการ การกีฬา

4. เครือข่ายผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ นันทนาการ พบปะสังสรรค์ ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมและส่งเสริมสุขภาพจิต

รูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่ผ่านมาของประเทศไทย สามารถจำแนกรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวตามสถานที่ให้บริการดูแลเป็น 2 รูปแบบ (ศิริณี ศรีหาภาค และคณะ 2556) ได้แก่ 1) การให้บริการโดยใช้สถานบริการเป็นฐาน ได้แก่ บ้านพักคนชรา สถานดูแลช่วยเหลือ การดำรงชีวิต สถานบริบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่าสถานบริการดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตปริมณฑล ในภูมิภาคส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตเทศบาลของจังหวัดใหญ่ๆ และพบว่าส่วนใหญ่จะประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง มีภาวะพึ่งพา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุบางคนมีทัศนคติทางลบต่อผู้สูงอายุ และ 2) รูปแบบการดูแลระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสถานพยาบาลในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และจำนวนผู้ดูแลยังมีจำกัดทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ และการดูแลด้านสังคม บทบาทในการดูแลหลักยังคงเป็นเรื่องของครอบครัว แม้ปัจจุบันจะมีอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในบางพื้นที่ แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นการดูแลทั่วไป และขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่ในการทำงานของอาสาสมัคร

5. แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม เป็นแนวคิดที่หลากหลาย ซึ่งแตกต่างกันไปตามการประยุกต์ใช้และการให้คำจำกัดความ แนวทางการมีส่วนร่วม ขึ้นอยู่กับบริบทที่เกิดขึ้น (World Bank 1995) เป็นความหมายที่กว้างและเกี่ยวข้องกับบุคคลทุกระดับ ทุกส่วน (จินตวีร์ เกษมสุข 2554) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้หลากหลาย ดังนี้

5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดความหมายเพื่อการดำเนินงานขององค์การไว้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในสังคม ได้มีส่วนร่วมช่วยเหลืออย่างเต็มที่ต่อสังคมนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นสังคมขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ ได้แก่ การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เช่น การพิจารณาปัญหา การตั้งนโยบาย การตัดสินใจ ต่อประเด็นปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาประชาชาติและการประเมินความต้องการของสังคมนั้นๆ (จินตวีร์ เกษมสุข 2554) เป็นวิธีการให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของกลุ่มบุคคล มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่ส่งผลต่อชีวิตของพลเมือง เป็นช่องทางในการถ่ายทอดอำนาจทางการเมือง และยังเป็นแนวทางในการคัดค้านความไม่เห็นด้วย ซึ่งเป็นกลไกในการสร้างความมั่นใจ การยอมรับ ความไวต่อความรู้สึก และความรับผิดชอบในการให้บริการทางสังคมแก่ผู้บริโภค (Brager, Specht and Torczyner 1987) ความพยายามร่วมกันในการควบคุมการใช้ทรัพยากรของสถาบัน ของกลุ่มหรือผู้ที่เคยถูกกีดกันออกจากกลุ่มก่อนหน้านี้ (Westergaard 1986) การมีส่วนร่วมของบุคคลจำนวนมาก ในสถานการณ์หรือการกระทำที่ช่วยเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีของพวกเขา เช่น รายได้ ความปลอดภัย หรือความเชื่อมั่นในตนเอง (Chowhury 1989) กำหนดการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการที่บุคคล ครอบครัวหรือชุมชน รับผิดชอบต่อสวัสดิการ และให้การสนับสนุนต่อการพัฒนาตนเองและชุมชน ในบริบทของการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน แสดงถึงกระบวนการปฏิบัติที่มีผลโดยตรงต่อผู้รับผลประโยชน์ และทำให้การดำเนินโครงการประสบผลสำเร็จ ไม่ใช่เพียงแค่การได้รับประโยชน์จากโครงการ (Oakley and Marsden 1984) เป็นกระบวนการร่วมคิด ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติของบุคคลที่มีต่อกลุ่ม องค์กร ชุมชน โดยมีความเข้าใจในปัญหาของตนและตระหนักถึงสิทธิ์ ซึ่งความรู้สึกเหล่านั้น จะเกิดขึ้นได้ด้วยการที่บุคคลได้รับข้อมูลใหม่ที่จะช่วยเพิ่มอำนาจ ความคิด และโอกาสได้ร่วมวิเคราะห์ และตัดสินใจกำหนดเป้าหมายในกิจกรรมเหล่านั้น (โกวิทย์ พวงงาม 2541) เป็นการที่บุคคล กลุ่มคน หรือองค์กรประชาชน สมัครงใจอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินโครงการ แบ่งปันผลประโยชน์และประเมินผลโครงการพัฒนา โดยปราศจากข้อกำหนดที่มาจากบุคคลภายนอก และเป็นไปเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกในชุมชน รวมทั้งมีอำนาจอิสระในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนาให้กับสมาชิกด้วยความพึงพอใจและรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ

(สายสุนีย์ ปวุฒินันท์ 2541) การเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนได้มีส่วนช่วยเหลือกัน ตั้งแต่การวางแผน การบริหารงบประมาณ การดำเนินการ และการติดตามและประเมินผล การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้ทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม การตัดสินใจ ต่างๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน (จินต วิร์ เกษมสุข 2554)

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่รวบรวมเอาความห่วงกังวล ความต้องการและค่านิยมต่างๆ ของสาธารณชนไว้อยู่ในกระบวนการตัดสินใจของรัฐและเอกชน เป็นการสื่อสารสองทาง และเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายเพื่อการตัดสินใจที่ดีกว่าและได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชน ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ อย่างน้อยจะมี องค์ประกอบต่อไปนี้ไว้ด้วย คือ 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนใช้กับการตัดสินใจในการบริหาร 2) ไม่ใช่เพียงการให้ข้อมูลแก่ประชาชน แต่เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรที่ทำหน้าที่ตัดสินใจ และประชาชนซึ่งต้องการมีส่วนร่วม 3) มีกระบวนการอย่างเป็นระบบของการเข้ามามีส่วนร่วมของ ประชาชน ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญหรือโดยไม่คาดคิดมาก่อน 4) ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมได้รับ ผลกระทบในระดับต่างๆ หรือมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่กำลังดำเนินการอยู่ (Creighton 2005; แปลโดย วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ) เป็นการที่ประชาชนได้รับโอกาสและได้ใช้ออกกำลังกายในลักษณะการทำงาน ร่วมกัน มีความต้องการร่วมกัน ทั้งด้านการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การร่วมรับผลประโยชน์ และการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ต้องการ ซึ่งการมีส่วนร่วม ของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนให้ดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ ที่กำหนดไว้ (นพรัตน์ ช่วงเวฬุวรรณ 2556)

สรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคล กลุ่ม องค์กร ชุมชน ทุกระดับ หรือผู้มีส่วนได้เสีย ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยความสมัครใจ ตั้งแต่ การร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ วางแผน ตัดสินใจ ปฏิบัติงาน และติดตามผลการดำเนินงาน การพัฒนา ขีดความสามารถในการจัดการและควบคุมการใช้ทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อ ประโยชน์ต่อการดำรงชีพ ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในสังคม ตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิก ในชุมชน เกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและภาคีเครือข่าย โดยการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ บริบทของผู้สูงอายุ ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจในการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความตรง เหมาะสมในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดภาวะ พหุผลพลัง

5.2 รูปแบบของการมีส่วนร่วม

การรวมกลุ่มของประชาชนในพื้นที่ในรูปของประชาคมหรือชุมชน เป็นแนวคิดที่สนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนและสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องมีความร่วมมือทำพร้อมๆ กันในทุกระดับ ต้องระดมทุกองค์ประกอบในสังคม โดยเฉพาะชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเป็นชุมชนให้มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง รูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ดำเนินอยู่โดยทั่วไป สามารถสรุปได้ 4 รูปแบบ (จินตวีร์ เกษมสุข 2554) ได้แก่

5.2.1 การรับรู้ข่าวสาร (Public information) ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้การได้รับแจ้งข่าวสารดังกล่าว จะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

5.2.2 การปรึกษาหารือ (Public consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น

5.2.3 การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน ฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ ได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจและค้นหาเหตุผลในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้น ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่

1) **การประชุมในระดับชุมชน (Community meeting)** โดยจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วม เพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึงลักษณะโครงการ ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถาม

2) **การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical hearing)** สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นจะต้องเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วยอธิบายและให้ความเห็นต่อโครงการ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย

3) **การทำประชาพิจารณ์ (Public hearing)** เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ ซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน

5.2.4 การร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจได้เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่

ลักษณะที่สำคัญของการมีส่วนร่วมเป็นเรื่องของกระบวนการ ซึ่งได้สรุปถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมได้ 4 ขั้นตอนหลักๆ คือ 1) มีส่วนร่วมในการคิด ศึกษา และค้นคว้า หาปัญหาและสาเหตุของปัญหาตลอดจนความต้องการของชุมชน 2) มีส่วนร่วมในการวางนโยบายหรือแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม เพื่อลดและแก้ไขปัญหา 3) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมาย และ 4) มีส่วนร่วมในการควบคุม ติดตาม และประเมินผลการทำงาน

การสร้างการมีส่วนร่วมจำเป็นต้องใช้กระบวนการ วิธีการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมในการนำข่าวสารจากหน่วยงานภาครัฐบาลหรือเอกชน ไปสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สิ่งสำคัญในการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนหรือชุมชนได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการสื่อสารนั้น ต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เพราะถือว่าเป็นส่วนช่วยให้กระบวนการติดต่อสื่อสารหรือแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในสังคมเป็นไปได้โดยสะดวกขึ้น กล่าวคือ ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนาชุมชน ให้มีความเข้มแข็งเพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนสู่การแก้ไขปัญหาของสังคมและประเทศชาติได้ (จินตวิรี เกษมสุข 2554)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ใช้แนวทางการมีส่วนร่วม ผ่านกิจกรรมการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และภาคีเครือข่าย ได้ร่วมสนทนาโต้ตอบ แสดงความรู้สึกร่วมคิด อภิปราย ถึงแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวคิดภาวะพหุพลัง โดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

5.3 การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

การมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลไกของการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล และประสบการณ์ ร่วมมือกันในเรื่องต่างๆ และทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่างๆ ได้ดีขึ้น นับเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ให้คนในชุมชนต้องมีส่วนร่วม ตั้งแต่ ร่วมให้/รับรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิด วางแผน หารูปแบบหรือแนวทาง กำหนดวิธีการหรือกิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ร่วมตัดสินใจ แสดงความคิดเห็นในการกำหนดวิธีการจัดกิจกรรม การใช้ทรัพยากรในการจัดกิจกรรม ร่วมทำ ร่วมจัดกิจกรรม

สุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง กลุ่ม และชุมชน ร่วมตรวจสอบหรือติดตามประเมินผลการจัดกิจกรรม โดยใช้ข้อมูลปัญหาของชุมชน เป็นฐาน (กองสุศึกษา 2556)

การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประชาชนเป็นกระบวนการที่เปิด โอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐ สามารถ แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (กองสุศึกษา 2556)

5.3.1 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) เป็นระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในระดับต่ำที่สุด แต่มีความสำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกที่ประชาชนจะได้เข้าสู่การมีส่วนร่วม เช่น การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางเอกสารสิ่งพิมพ์ หรือสื่อต่างๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การตีพิมพ์ การจัดงานแถลงข่าว และการให้ข้อมูลผ่านทางสื่อออนไลน์ เป็นต้น

5.3.2 การรับฟังความคิดเห็น (Consult) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และแสดงความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ เช่น การเปิดรับฟังความคิดเห็น สํารวจความคิดเห็น จัดเวทีสาธารณะ หรือการเปิดให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อออนไลน์ หรือเว็บไซต์

5.3.3 การเกี่ยวข้อง (Involve) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาประเด็น นโยบาย มาตรการสาธารณะ การจัดตั้งคณะทำงาน ประชาพิจารณ์ เพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย หรือมาตรการในการดำเนินงาน

5.3.4 ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือผู้แทน ภาคสาธารณะ โดยการเข้าเป็นหุ้นส่วนในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมร่วมกัน อย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีภาคประชาชนร่วมเป็นกรรมการ

5.3.5 การเสริมอำนาจแก่ประชาชน (Empower) เป็นขั้นการมีส่วนร่วมของ ประชาชนระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นที่เกี่ยวกับ สาธารณะต่างๆ

การให้ภาคีเครือข่ายและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ต้องเกิดจากการมีจิตใจที่ต้องการ เข้าร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการของกลุ่มคนและสอดคล้องกับวิถี ชีวิตทางสังคมของชุมชน ดังนั้น เพื่อให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จึงต้องคำนึงถึง วิธีการ ดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เนื่องจากบุคคลในชุมชนมีความแตกต่างกันในลักษณะ ส่วนบุคคล เศรษฐกิจ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ขั้นตอนการเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ มี 5 ขั้นตอน โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง และมีหน่วยงานภาครัฐคอยช่วยเหลือ

ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกเท่านั้น ประกอบด้วย 1) การสร้างทีมงาน 2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ 3) จัดทำแผนงาน/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 5) ประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป (กองสุศึกษา 2556)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และบทความที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ ดังนี้

ชญาณิช เจียวสด และคณะ (2554) ศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการนำเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นไปใช้กำหนดองค์ประกอบพื้นฐานในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ (1) ชมรมผู้สูงอายุ (2) วัด (3) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) (4) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (5) PCU สถานีอนามัย และ (6) เทศบาลตำบล (ทต.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ 8 ตำบล มีประชากรที่เข้าร่วมการกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนตำบลละ 5 คน ประกอบด้วยตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุ 1 คน ผู้แทนกลุ่ม อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรืออาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ตัวแทนบุคลากรจาก PCU สถานีอนามัย 2 คน และผู้แทนจากเทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน รวมประชากรที่ศึกษาในพื้นที่อื่นดีเข้าร่วมกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนทั้งสิ้น 40 คน และประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตำบลต้นแบบในผู้สูงอายุทั้งหมด 371 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม เกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แนวทางการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ต่อการดำเนินงานตำบลต้นแบบ การสังเกต สติติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนเริ่มกระบวนการพัฒนา พบว่า ภาวะสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่มีสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตนเองช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ การเจ็บป่วยที่พบมาก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน กล้ามเนื้อและข้อ หัวใจและหลอดเลือด เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ระบบทางเดินหายใจ สุขภาพช่องปาก ระบบทางเดินอาหาร และการทำงานของไตบกพร่อง การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา ยังขาดการบูรณาการและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รวมทั้งขาดการสนับสนุนให้การดำเนินงานมีความ

ต่อเนื่อง ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงาน การพัฒนาเกณฑ์เพื่อใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานและการประเมินรับรองการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งไม่มีตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ให้ครอบคลุมในทุกจังหวัด 2) การวางแผนการดำเนินงาน ได้หลักเกณฑ์การดำเนินงาน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ (2) มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ (3) มาตรฐานอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (4) มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข (5) มาตรฐานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และกลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) ของชุมชน (6) มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยท้องถิ่นมีส่วนร่วม และได้สร้างคู่มือการประเมินผลสำหรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐาน ระยะที่ 2 ระยะประเมินผลตำบลต้นแบบด้วยเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาขึ้น พบว่า จุดแข็ง ปัจจัยความสำเร็จ ซึ่งแสดงถึงศักยภาพที่เป็นต้นทุนทางสังคมในชุมชน และหลักการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ดี ส่งผลให้การดำเนินงานของทุกตำบลประสบผลสำเร็จได้นั้นมีความคล้ายคลึงกัน และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการดำเนินงาน ระดับมาก ร้อยละ 80.95 และต้องการให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ระดับมาก ร้อยละ 98.81

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาญ และคณะ (2555) ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค โดยใช้แนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 กระบวนการหลักของการทำงานในชุมชน ได้แก่ 1) กระบวนการค้นหาและใช้ทุนชุมชน 2) กระบวนการศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชน 3) กระบวนการออกแบบการดูแลสุขภาพชุมชน โดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง และ 4) กระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพระดับพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน แบบเจาะจงเป็นผู้ริเริ่มดำเนิน โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและแบบบังเอิญ คือ ผู้ให้ข้อมูลรองเป็นผู้ที่ใช้ประโยชน์และไม่ได้ใช้ประโยชน์จากโครงการ รวม 20 คน ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลัก 11 คน และผู้ให้ข้อมูลรอง 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจชุมชนแบบเร่งด่วน ศึกษาข้อมูลมือสอง การสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สะท้อนแนวคิด และการตรวจสอบข้อมูล ผลการวิจัยพบกระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน ได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้นๆ ซึ่งกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสร้างทีมแกนนำ ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน โดยการค้นหาแกนนำ เปิดโอกาสให้เข้าร่วมแบบจิตอาสา การสร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน

(2) กระบวนการค้นหาปัญหา และความต้องการ (3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม และการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดเป้าหมาย วางแผน และดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง และ (4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ โดยการเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้ และการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม การผลักดันโครงการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชน ที่มีความสอดคล้องกับนโยบายบริหารงานในระดับท้องถิ่น และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม ได้แก่ (1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งจากการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง (2) ระบบบริการเปลี่ยนแปลงจากการบริการเชิงรับ เป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วย หรือโรค และ (3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากขึ้น

ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยวดี รอดจากรักษ์ (2557) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ทำการศึกษาในผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 415 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์โดยประยุกต์แนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ 3) การออกกำลังกาย 4) การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย 5) การจัดการความเครียด 6) การสุขภาพที่อยู่อาศัย และ 7) การปฏิบัติด้านโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีสุขภาพดี (ร้อยละ 46.70) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่าพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การสุขภาพที่อยู่อาศัย (3.64) S.D. = 0.46 รองลงมา คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (3.40) S.D. = 0.67 และพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (3.03) S.D. = 0.60 การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 1) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุ และประชาชนในชุมชนเข้าใจแนวคิด และกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับ

สุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ แนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

วิราพรธม วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557) ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล เครือข่ายชุมชน และบุคลากรทีมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ประชุมกลุ่ม (focus group) เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ระบบสนับสนุนและบริการที่มีอยู่ ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ควรมี 3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อประสานงานการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวม ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และระยะที่ 2 ประชุมกลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบของระบบบริการ และกำหนดรูปแบบบริการ นำไปใช้ทดลองกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาใน 3 ชุมชน ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยกระบวนการวิจัยแบบ PAR ได้สร้างความตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านการร่วมคิด ร่วมวางแผน ลงมือปฏิบัติจริง และติดตามประเมินผลร่วมกันขององค์กรที่เกี่ยวข้อง มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดการเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ร่วมกันของทุกภาคส่วนและเป็นการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุและครอบครัว เครือข่ายของชุมชน ต่อการให้บริการจากภาครัฐ เกิดการสร้างความสัมพันธ์แนวราบ และการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และผลจากการทดลองนำรูปแบบไปทดลองใช้ใน 3 ชุมชน พบว่า การเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

รัชฎา ฟองธนกิจ (2558) วิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพทั่วไป การบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลศาลายา และสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับชุมชนอื่นๆ ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัย ชุมชน และแกนนำชาวบ้าน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ และแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการสร้างความรู้ และการถ่ายทอดความรู้จากเรื่องเล่า เป็นผู้อำนวยการงานด้านผู้สูงอายุในแขนงต่างๆ และจากองค์กรต่างๆ ได้แก่ ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ประชาชนชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในพื้นที่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการ ด้านการออก

กำลังกายผู้สูงอายุ ด้านการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการตรวจสุขภาพ และองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ
 ผู้สูงอายุ และกลุ่มเป้าหมายในการทำ Train the Trainer ได้แก่ แก่นนำผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกจาก
 ชมรมผู้สูงอายุในตำบลสาธิต จาก 6 หมู่บ้าน เพื่อเป็นผู้นำไปถ่ายทอดและเผยแพร่ในชุมชน เครื่องมือ
 ที่ใช้ในการวิจัย คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสัมภาษณ์เจาะลึก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกเทป
 จดบันทึก สังเกต และถ่ายภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเนื้อหา ผลการวิจัย
 พบว่า ประเด็นที่เป็นจุดเด่นของระบบการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสาธิต คือ มีการบริหารจัดการ
 อย่างมีเป้าหมาย การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การใช้ศักยภาพของบุคลากรในชุมชน ความร่วมมือร่วมใจกัน
 ซึ่งสามารถสรุปประเด็นที่เป็นจุดเด่นของระบบการดูแลผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสาธิต ดังนี้ 1) ผู้นำ
 สูงสุดของชุมชน คือ นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลสาธิต เป็นผู้ขับเคลื่อนและสนับสนุนกิจกรรม
 ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน การไปพบปะเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ 2) ความเข้มแข็งของคณะกรรมการ
 ชมรมผู้สูงอายุ 3) ความมุ่งมั่นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) ความร่วมมือ
 ร่วมใจของส่วนราชการในชุมชน ชมรมฯ และคณะกรรมการชมรม การมีปฏิสัมพันธ์กับส่วนราชการ
 ต่างๆ นายกเทศมนตรีให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและเชื่อมประสานขอความร่วมมือกับส่วนราชการ
 เอง 5) การสนับสนุนจากสถาบันการศึกษาในชุมชน 6) มีกิจกรรมบริการผู้สูงอายุทุกวัน มีบริการรถ
 รับ-ส่ง และเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุพอใจ ด้านการพัฒนา รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้าง
 สุขภาพ และความสามารถผู้สูงอายุในชุมชนขึ้นอยู่กับ 1) ศักยภาพชุมชน เริ่มจากผู้นำสูงสุดของชุมชน
 และทีมบริหารชมรมผู้สูงอายุ 2) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยนำความรู้จากผู้สูงอายุมาใช้ให้เกิด
 ประโยชน์ 3) นโยบายสวัสดิการภาครัฐเป็นตัวผลักดันให้มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแล
 ผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพซึ่งมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 4) ความ
 ต้องการของผู้สูงอายุ เป็นตัวกำหนดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5) ภาวะเศรษฐกิจ และสังคม
 ของชุมชน 6) ความรู้วิชาการของชุมชน

สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสนห์ แสงเงิน (2559) ศึกษา รูปแบบการพัฒนาคุณภาพ
 ชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ
 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การ
 วิเคราะห์สภาพปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนชนบท
 จังหวัดสุโขทัย จำนวน 420 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น
 แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนา
 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ประกอบด้วย 1) การศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่
 เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทด้วยการสนทนากลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง
 2) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และระยะที่ 3 การทดสอบ

ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า รายได้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ระบบการดูแลสุขภาพ ความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตและสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ 2) กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว 3) กิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 4) กิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง (2559) ศึกษาการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และเพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ด้วยตัวแปร คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ทั้งในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล โดยศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวนตัวอย่าง 16,058 คน ผลการศึกษา พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 11.2 ตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือ รายได้ โดยพบว่าระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .174 รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .164

เชน และคณะ (Chen et al., 2010) วิจัยปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นอยู่ที่ดี ในผู้สูงอายุเขตเมืองของจีน โดยมุ่งเน้นการมีบทบาทที่หลากหลาย มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยทำนายที่เอื้อต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุชาวจีน โดยมุ่งเน้นการมีบทบาทที่หลากหลาย ศึกษาปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย สุขภาพด้านร่างกาย สถานะทางการเงิน และระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย เหตุการณ์เชิงลบในชีวิต ความถี่ของบทบาท จำนวนบทบาท และการมีกิจกรรมส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวจีนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 356 คน ที่เกียจฉาบจากมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งและอาศัยอยู่ในเขตเมือง

ของจีน โดยใช้แบบสอบถามในการวัดระดับความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นในเพศชาย ได้แก่ การปราศจากโรคเรื้อรัง การมีสถานะทางการเงินที่ดีขึ้น การรับรู้ความสามารถตนเองมากขึ้น การไม่มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น และการได้มีบุตรหลาน สำหรับเพศหญิง พบว่าปัจจัยที่มีสัมพันธ์ต่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ได้แก่ การปราศจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง การปราศจากความขัดแย้งกับคนอื่น การมีบทบาทมากขึ้น การได้ติดต่อกับเพื่อนบ้านมากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม และมีกิจกรรมนันทนาการส่วนบุคคลมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า การมีบทบาทเพิ่มขึ้น การได้ติดต่อกับเพื่อนบ้าน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยปัจจัยดังกล่าว จะพบในเพศหญิงแต่ไม่พบในเพศชาย ด้านการมีบุตรหลาน พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ที่ดีในเพศชาย

บันจาเร และคณะ (Banjare et al. 2015) วิจัยเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุในชนบท โอริสสา ประเทศอินเดีย มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลกระทบจากความหลากหลายทางเศรษฐกิจและสังคม ประชากร ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และผลกระทบของความเจ็บป่วยที่หลากหลายบนความพึงพอใจในชีวิต กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ในย่านบาร์กาซ ของโอริสสา ที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 310 คน ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพทางกาย การรับรู้สถานะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม จำนวนของภาวะแทรกซ้อน ตัวแปรตาม ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพเป็นสิ่งที่มียุทธูปผลมากที่สุดในการกำหนดความพึงพอใจในชีวิตทั้งในเพศชายและเพศหญิง การสนับสนุนทางสังคมของแต่ละบุคคลมีผลกระทบต่อบทบาทและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว มีความพิการ และมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่ำ มีรายงานว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำทั้งเพศหญิงและเพศชาย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการดูแล และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว เป็นกระบวนการที่มีการนำมาใช้มากขึ้นในการเชื่อมโยงระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ในพื้นที่ซึ่งมีการบูรณาการการมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่เดียวกัน ยังมีการศึกษาถึงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ดีค่อนข้างน้อย ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงช้าลง ลดระยะเวลาของภาวะพึ่งพิงให้น้อยลง และช่วยลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนา

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้สำหรับการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี โดยเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัง หรือพหุพลัง ซึ่งประกอบด้วย การมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตและเกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมตามบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี หรือกลุ่มติดสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 2) เพื่อศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี 3) เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

1. ประชากร

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย แบ่งการศึกษา เป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ และข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี

ประชากรที่เป็นผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากการประเมินของบุคลากรสาธารณสุขหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 18 แห่ง ในงบประมาณ 2559 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ทั้งที่มีและไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 12,438 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตัวแทนจากประชากรที่เป็นผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากการประเมินของบุคลากรสาธารณสุขหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 18 แห่ง ในงบประมาณ 2559 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ทั้งที่มีและไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอ

สุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan 1970) สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ทราบจำนวนแน่นอนแล้ว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 410 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ดังนี้

$$n = \frac{x^2 N p (1 - P)}{e^2 (N - 1) + x^2 p (1 - p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (5%)

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p = 0.5$)

แทนค่าตามสูตร ดังนี้

$$n = \frac{3.841 \times 12,438 \times 0.5(1 - 0.5)}{0.0025(12,438 - 1) + 3.841 \times 0.5(1 - 0.5)} = 372.62$$

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ = 373 คน นักศึกษาได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของการจัดเก็บข้อมูล รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ 410 คน แบ่งตามสัดส่วนของประชากรในพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 18 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา

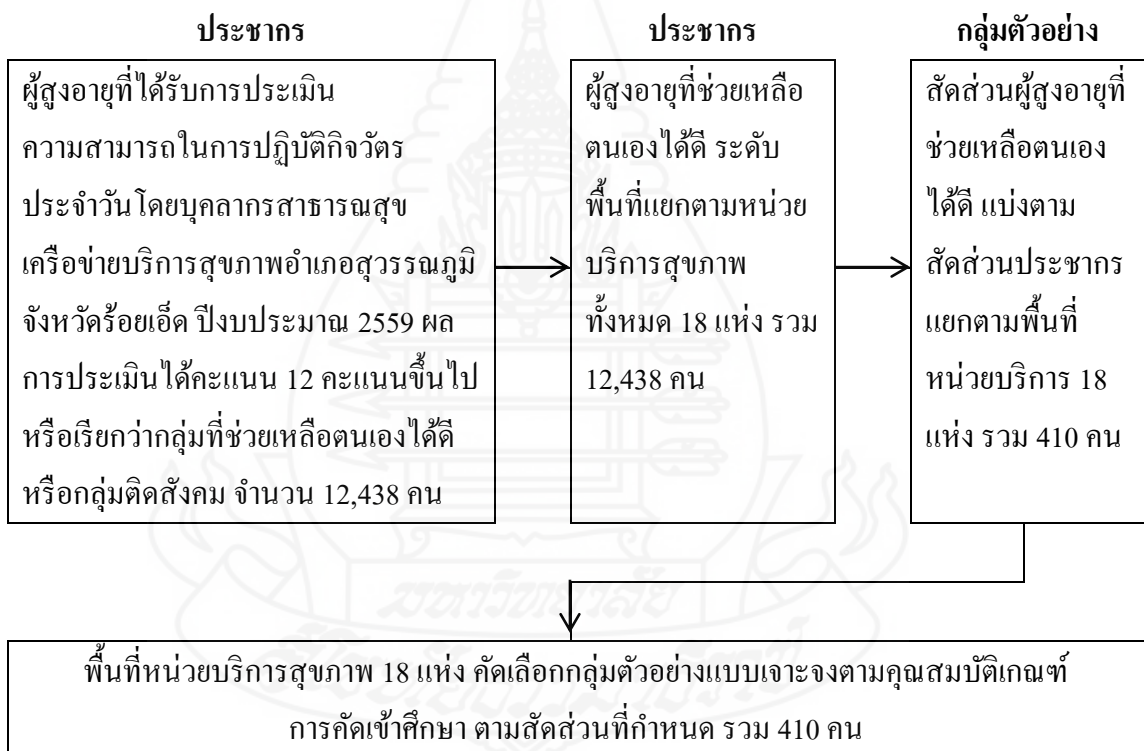
1. เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยบุคลากรสาธารณสุขหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ ปีงบประมาณ 2559 มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร พูด-คุย ถาม-ตอบ รู้เรื่อง ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต หรือป่วยทางจิตที่ทำให้เป็นปัญหาต่อการติดต่อสื่อสาร
3. ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับเกี่ยวกับที่มาและจุดหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น

4. อยู่ในพื้นที่ สามารถติดต่อได้ในวันที่สัมภาษณ์ มีความสมัครใจ และมีเวลาให้สัมภาษณ์อย่างน้อย 30 นาที

5. ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

1. มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น หูหนวก พูดจาตอบโต้ไม่ได้ ถาม-ตอบ ไม่รู้เรื่อง เป็นบุคคลวิกลจริตหรือป่วยทางจิตที่ทำให้เป็นปัญหาต่อการติดต่อสื่อสาร
2. ไม่สามารถติดต่อได้ หรือไม่อยู่ในพื้นที่ขณะติดต่อขอสัมภาษณ์
3. ไม่ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ภาพที่ 3.1 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

สัดส่วนจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย มีรายละเอียด ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 รายชื่อหน่วยบริการสุขภาพ จำนวนประชากร และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหน่วยบริการสุขภาพ

ลำดับ	รายชื่อหน่วยบริการสุขภาพ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	คำนวณเพิ่ม 10%	รวม
1	รพ.สต.บ้านคำพรินทร์ ตำบลช้างเผือก	982	29	3	32
2	รพ.สต.บ้านจันทเขต ตำบลทุ่งกุลา	1,026	31	3	34
3	รพ.สต.บ้านน้ำคำ ต.น้ำคำ	1,033	31	3	34
4	รพ.สต.บ้านแก่น้อย ตำบลน้ำคำ	472	14	1	15
5	รพ.สต.บ้านตาเนตร ตำบลจำปาขัน	790	24	2	26
6	รพ.สต.บ้านตาหยวก ตำบลทุ่งหลวง	585	18	2	20
7	รพ.สต.บ้านสระโพธิ์ทอง ตำบลทุ่งหลวง	386	12	1	13
8	รพ.สต.บ้านสองชั้น ตำบลหินกอง	1,110	32	3	35
9	รพ.สต.บ้านยางเลิง ตำบลคอกไม้	1,024	31	3	34
10	รพ.สต.บ้านนาใหญ่ ตำบลนาใหญ่	588	18	2	20
11	รพ.สต.บ้านป่าขาม ตำบลนาใหญ่	527	16	2	18
12	รพ.สต.บ้านหนองแวง ตำบลห้วยหินลาด	171	5	1	6
13	รพ.สต.บ้านหนองควายอี้อย ตำบลเมืองทุ่ง	669	20	2	22
14	รพ.สต.บ้านหนองเม็ก ตำบลทุ่งศรีเมือง	951	29	3	32
15	รพ.สต.บ้านเปลือยน้อย ตำบลบ่อพันขัน	685	21	2	23
16	รพ.สต.บ้านตากแดด ตำบลหัวโทน	240	7	1	8
17	รพ.สต.บ้านคอนคู้ ตำบลหัวช้าง	786	23	2	25
18	โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ตำบลสระคู	413	12	1	13
รวม		12,438	373	37	410

หมายเหตุ ข้อมูลจากรายงานมาตรฐานกลาง 43 เพิ่ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559

ระยะที่ 2 การสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และภาคีเครือข่าย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ ตัวแทนสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ ตัวแทนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวม 50 คน จัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 10 คน รายละเอียด ดังนี้

1. ตัวแทนผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ สามารถอ่านออก-เขียนได้ มีความเต็มใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มในวันที่กำหนดได้ โดยขอความร่วมมือในการคัดเลือกจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จำนวน 10 ตำบล ๆ ละ 1 คน ประกอบด้วย ตำบลช้างเผือก ตำบลทุ่งกุลา ตำบลน้ำคำ ตำบลทุ่งหลวง ตำบลหินกอง ตำบลหัวช้าง ตำบลดอไม้ ตำบลนาใหญ่ ตำบลห้วยหินลาด และตำบลสระคู รวม 10 คน

2. ตัวแทนสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ สามารถอ่านออก-เขียนได้ อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ มีความเต็มใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มในวันที่กำหนดได้ โดยขอความร่วมมือในการคัดเลือกจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จำนวน 10 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลช้างเผือก ตำบลทุ่งกุลา ตำบลเมืองทุ่ง ตำบลน้ำคำ ตำบลทุ่งหลวง ตำบลนาใหญ่ ตำบลดอไม้ ตำบลบ่อพันขัน ตำบลหัวโตน และตำบลทุ่งศรีเมือง ตำบลละ 1 คน รวม 10 คน

3. ตัวแทนผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนันหรือผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ สมารถใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มในวันที่กำหนดได้ ในพื้นที่ 5 ตำบลๆ ละ 1 คน ประกอบด้วย ตำบลทุ่งกุลา ตำบลช้างเผือก ตำบลน้ำคำ ตำบลหินกอง และตำบลทุ่งศรีเมือง รวม 5 คน

4. ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกหน่วยตัวอย่างแบบเจาะจงจาก 10 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลช้างเผือก ตำบลทุ่งกุลา ตำบลจำปาขัน ตำบลทุ่งหลวง ตำบลสระคู ตำบลหินกอง ตำบลนาใหญ่ ตำบลเมืองทุ่ง ตำบลทุ่งศรีเมือง และตำบลหัวโตน ตำบลละ 1 คน รวม 10 คน

5. ตัวแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ.) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด คัดเลือกจากตัวแทนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 720 ชั่วโมง จากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ สนใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มในวันที่กำหนดได้ คัดเลือกจาก 8 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลสระคู ตำบลช้างเผือก ตำบลทุ่งกุลา ตำบลน้ำคำ ตำบลทุ่งหลวง ตำบลนาใหญ่ ตำบลเมืองทุ่ง และ ตำบลทุ่งศรีเมือง ตำบลละ 1 คน รวม 8 คน

6. ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ อ่านออก-เขียนได้ สนใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มในวันที่กำหนดได้ในพื้นที่ 7 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลช้างเผือก ตำบลทุ่งกุลา ตำบลทุ่งหลวง ตำบลทุ่งศรีเมือง ตำบลเมืองทุ่ง ตำบลนาใหญ่ และตำบลน้ำคำ ตำบลละ 1 คน รวม 7 คน

การจัดสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะจัดแบ่งตามประเภทของตัวแทนแต่ละกลุ่ม ที่เป็นตัวแทนผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข และสมาชิกครอบครัว กลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม และกลุ่มที่เป็น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งมีตัวแทนจากกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภทเข้าไปร่วมกิจกรรมในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน รวมกลุ่มละ 10 คน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นตามบทบาทหน้าที่ ลดความกดดันการร่วมแสดงความคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่มอื่น เนื่องจากเกรงว่าจะไปกระทบกับตัวแทนกลุ่มอื่นๆ หรือเกิดความไม่มั่นใจเวลาแสดงความคิดเห็นเมื่ออยู่กับสมาชิกที่แตกต่างกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ที่เป็นฐานข้อมูลและแหล่งรายงานต่างๆ ของหน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ แผนงานโครงการ รวมถึงการสอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวคิดผู้สูงอายุ สถานการณ์ ภาวะสุขภาพ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม ภาคีเครือข่าย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.2 การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.1 สร้างแบบสัมภาษณ์ข้อมูลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนสมาชิกครอบครัวแบ่งตามกลุ่มวัย จำนวนสมาชิกครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ภาวะสุขภาพทางกาย ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและปิด จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เพื่อนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ความยาวเส้นรอบเอว โรคประจำตัวเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพด้านการมองเห็น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย อุจจาระ การนอนหลับพักผ่อน ระยะเวลาในการนอนหลับ และการรับรู้ต่อระดับภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง

ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพทางจิต ประกอบด้วย แบบสอบถามการประเมินความเครียด ตามแบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (ST-5) จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตรวัด 4 ระดับ ให้เลือกตอบตามความรู้สึกในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนเต็ม 15 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ

0 หมายถึง ไม่มี

1 หมายถึง เป็นบางครั้ง คือ มี 1-2 วันต่อสัปดาห์

2 หมายถึง บ่อยครั้ง คือ มี 3-4 วันต่อสัปดาห์

3 หมายถึง เป็นประจำ คือ มี 5-7 วันต่อสัปดาห์

การแปลผล

0-4 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย

5-7 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง

8-9 คะแนน หมายถึง เครียดมาก

10-15 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต (2550) ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 15 ข้อ ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี และ ไม่มี

การแปลผล ถ้าตอบมีตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าต่อ โดยบุคลากรสาธารณสุข

การรับรู้ระดับภาวะสุขภาพจิต/อารมณ์ของตนเอง จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบ แบ่งเป็น ดีมาก ดี ปานกลาง และแย่

ความต้องการช่วยเหลือด้านภาวะสุขภาพโดยรวม แบ่งเป็น 0 ไม่ต้องการ และ 1 ต้องการ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นชนิดให้เลือกตอบ 4 ระดับ และข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการช่วยเหลือด้านการมีส่วนร่วม 1 ข้อ โดยแบ่งระดับข้อคะแนนของข้อคำถามการมีส่วนร่วม 4 ระดับ ดังนี้

3 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมมาก

2 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง

1 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีส่วนร่วม

แปลผลคะแนนรายข้อเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนของเบสท์

(Best 1977) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ช่วงชั้น}} \\ &= \frac{3 - 0}{3} = 1 \end{aligned}$$

นำไปจัดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับได้ดังนี้

ช่วงคะแนน 0 -1.0 อยู่ในระดับการมีส่วนร่วมน้อย

ช่วงคะแนน 1.1 -2.0 อยู่ในระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง

ช่วงคะแนน 2.1-3.0 อยู่ในระดับการมีส่วนร่วมมาก

นำคะแนนรวมมาวิเคราะห์แปลผลโดยใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย (Intervals from the Range) แบ่งช่วงคะแนนโดยการหาค่าพิสัย หาดด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ 3 ระดับ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ช่วงชั้น}} \\ &= \frac{42 - 0}{3} = 14 \end{aligned}$$

นำไปจัดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับได้ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-14 อยู่ในระดับการมีส่วนร่วมน้อย

ช่วงคะแนน 15-28 อยู่ในระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง

ช่วงคะแนน 29-42 อยู่ในระดับการมีส่วนร่วมมาก

และข้อคำถามความต้องการความช่วยเหลือด้านการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน จำนวน 1 ข้อ แบ่งเป็น ไม่ต้องการ และต้องการ

ส่วนที่ 4 การการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 11 ข้อ ให้คะแนนเป็นรายข้อ ข้อ 1 มีตัวเลือก 3 ข้อ ตอบไม่มี ให้ 0 คะแนน มีแต่อาจจะไม่เพียงพอ ให้ 1 คะแนน และมีและเพียงพอ ให้ 2 คะแนน ข้อ 9 มี 3 ตัวเลือก ตอบไม่มั่นคงแข็งแรง ให้ 0 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 1 คะแนน และ มั่นคงแข็งแรง ให้ 2 คะแนน ข้อ 2-8 และ 10 ให้คะแนน 0 และ 1 คือ ตอบไม่มี และไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน ตอบมี ให้ 1 คะแนน รวมคะแนนข้อ 1-10 คะแนนเต็ม 12 คะแนน

นำคะแนนรวมมาวิเคราะห์แปลผลโดยใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย (Intervals from the Range) แบ่งช่วงคะแนนโดยการหาค่าพิสัย หาดด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ 3 ระดับ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ช่วงชั้น}} \\ &= \frac{12 - 0}{3} = 4 \end{aligned}$$

นำไปจัดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับได้ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-4 การมีหลักประกันการดำเนินชีวิตระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 5-8 การมีหลักประกันการดำเนินชีวิตระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 9-12 การมีหลักประกันการดำเนินชีวิตระดับสูง

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ จะใช้กิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ซึ่งกำหนดประเด็นคำถามในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครอบคลุมสาระดังนี้

1. ความคิดเห็นต่อสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของไทย และในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ ในปัจจุบัน
2. มุมมองด้านภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชน และการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต
3. การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี หรือกลุ่มคิดสังคมอำเภอ สุวรรณภูมิ ปัจจุบัน
4. แรงเสริม และ แรงต้านหรืออุปสรรค เกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ
5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
6. ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
7. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมการสร้างหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
8. การพิจารณาเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในชีวิต

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.3.1 นำเสนอแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Item-Object Congruence Index: IOC) และข้อเสนอแนะในการสร้างข้อคำถาม เพื่อให้มีความตรงเชิงเนื้อหา และวัตถุประสงค์ และเข้าใจง่าย ดำเนินการแก้ไขปรับปรุง

ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วจึงเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) เพื่อไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

2.3.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจงแนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์สำหรับผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 18 แห่งๆ ละ 1 คน

2.3.3 นำแบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ด้วยการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะการศึกษาเชิงปริมาณ หรือระยะสำรวจ และระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการศึกษาเชิงปริมาณ หรือระยะสำรวจ

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล สถานการณ์ผู้สูงอายุจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ประกอบด้วย รายงานมาตรฐานจาก 43 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข แผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ ที่ดำเนินงานโดยหน่วยบริการสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนอื่นๆ โดยประสานความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ

2. เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 410 คน โดยแบ่งตามสัดส่วนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 18 แห่ง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายในเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2561 มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 ติดต่oprสานงาน กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง และหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและครอบครัวโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 18 แห่งๆ ละ 1 คน ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง และโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 1 แห่ง ให้เป็นผู้ช่วยวิจัยในการสัมภาษณ์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

2.3 จัดเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 18 คน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเพื่อดำเนินการจัดเก็บข้อมูล

2.4 ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ถึง สาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนดำเนินการจัดเก็บข้อมูล

2.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการจัดเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่ม เป้าหมายในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการให้เสร็จสิ้นภายในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561

2.6 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คอมพิวเตอร์ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

2.7 สถิติที่ใช้ในการศึกษา สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัย

ระยะที่ 2 จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งขึ้น การดำเนินงาน ดังนี้

1. วางแผนกำหนดการดำเนินการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับระยะเวลาและ กระบวนการสนทนากลุ่ม
2. ออกแบบข้อคำถามที่จะใช้ในการสนทนากลุ่ม โดยยึดกรอบแนวคิดการวิจัย ที่กำหนดไว้เป็นหลัก
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่ม จัดเตรียมการสนทนา กลุ่ม ด้านสถานที่ กำหนดการสนทนากลุ่ม วัน เวลา และจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องเสียง อุปกรณ์บันทึกเสียง เครื่องฉายโปรเจคเตอร์ กระดาษ สมุด ดินสอ ปากกา น้ำดื่ม อาหารว่าง เป็นต้น
4. ขอความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 4 คน เพื่อเป็นผู้นำสนทนากลุ่มและผู้จัดบันทึกประจำกลุ่ม
5. ประชุมเตรียมความพร้อมและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และการจัดกระบวนการสนทนากลุ่มกับผู้นำสนทนากลุ่มและผู้จัดบันทึกประจำกลุ่ม เพื่อดำเนินการสนทนา กลุ่มและเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความครอบคลุมประเด็นตามกรอบแนวคิดการวิจัย
6. ประสานกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่ม แจ้งโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการสนทนากลุ่ม และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ นัดหมายวันสนทนา กลุ่มพร้อมกำหนดการให้ทราบ โดยแบ่งกลุ่มตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) บุคลากร

สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพ 2) ตัวแทนผู้สูงอายุ 3) ตัวแทนสมาชิกครอบครัว กลุ่มละ 10 คน และตัวแทนของผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวม 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน ระยะเวลาดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 วัน

7. จัดกระบวนการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบจากการศึกษาในระยะที่ 1 ต่อกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น และพัฒนารูปแบบการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ มีจุดมุ่งหมายให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมใน กิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต ระยะเวลาการนำเสนอข้อมูล กลุ่มละ 30 นาที ดำเนินการตามกระบวนการสนทนากลุ่มโดยใช้คำถามที่ผู้วิจัยกำหนด ดำเนินการ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการเป็นผู้นำสนทนากลุ่มและผู้จัดบันทึก พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียง การสนทนากลุ่มจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้นำสนทนากลุ่มสรุปประเด็น และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มอภิปราย ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ระยะเวลา การสนทนากลุ่มๆ ละ 2 ชั่วโมง

8. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการ จัดบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม ถอดบทเรียนจากสื่อบันทึกการสนทนากลุ่ม สรุปประเด็นและ แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้ ตีความหมายในรูปของการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ปรับข้อความและภาษาที่ใช้เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว และเขียนรายงานผลที่ได้จากกิจกรรมสนทนากลุ่ม

9. เสนอรูปแบบที่ได้จากการศึกษา ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบเนื้อหา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

10. ปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้รูปแบบมีความสมบูรณ์ เหมาะสม และสามารถนำไป ปฏิบัติได้จริง

ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2561

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลา เข้าร่วมโครงการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาเป็นกลุ่ม การมีสิทธิปฏิเสธ การตอบแบบสัมภาษณ์ และเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพแต่อย่างใด ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพร้อมจะให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากต้องการ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถโทรศัพท์ติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมงที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 0854116445 และขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสาร แสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี 2) เพื่อศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี และ 3) เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษา 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ (ระยะสำรวจ) ประกอบด้วยสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากการประเมินของบุคลากรสาธารณสุขหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 18 แห่ง ในงบประมาณ 2559 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ทั้งที่มีและไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 12,438 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากร จำนวน 410 คน แบ่งตามสัดส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ ทั้ง 18 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ จากรายงานมาตรฐานกลาง กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการศึกษา สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัย ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและภาคีเครือข่าย โดยการนำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 แก่กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่ม จำนวน 50 คน จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมี

หลักประกันการดำเนินชีวิต พร้อมร่วมเสนอแนะรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ตามแนวคิดภาวะพลุดพลัง ได้แก่ การมีสุขภาพดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต ตรวจสอบรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วม ในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

สถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาดังนี้

1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จากรายงานมาตรฐานกลาง 43 แพ้ม กระทรวงสาธารณสุข (2561) พบว่า พ.ศ. 2559 อำเภอสุวรรณภูมิ มีประชากรทั้งหมด 86,810 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 16,160 คน หรือร้อยละ 18.62 พ.ศ. 2560 มีประชากรทั้งหมด 88,244 คน (อัตราเพิ่มประชากรร้อยละ 1.65) มีผู้สูงอายุทั้งหมด 17,152 คน หรือร้อยละ 19.44 (อัตราเพิ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.13) และ พ.ศ. 2561 มีประชากรทั้งหมด 89,383 คน (อัตราเพิ่มประชากร ร้อยละ 1.29) มีผู้สูงอายุ 18,367 คน หรือร้อยละ 20.54 (อัตราเพิ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.08) ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2559-2561 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 98.07, 97.53 และ 96.94 ของจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ตามลำดับ) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพ.ศ. 2561 มีกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2559 และปี 2560 (ร้อยละ 0.39, 0.38 และ 0.62 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับกลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 1.54, 2.09 และ 2.44 ตามลำดับ) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2561) ดังแสดงในตารางที่ 4.1 และ 4.2

ตารางที่ 4.1 สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากร อำเภอสุวรรณภูมิ พ.ศ. 2559-2561

พ.ศ.	ประชากร		ผู้สูงอายุ		
	ทั้งหมด	อัตราเพิ่ม (ร้อยละ)	ทั้งหมด	ร้อยละ	อัตราเพิ่ม (ร้อยละ)
2559	86810	-	16160	18.62	-
2560	88,244	1.65	17,152	19.44	6.13
2561	89,383	1.29	18,367	20.54	7.08

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จำแนกกลุ่มตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พ.ศ. 2559-2561

ปีงบประมาณ	ผู้สูงอายุทั้งหมด	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน							
		กัฏกรอง		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2559	16160	14,786	91.49	14,501	98.07	227	1.54	58	0.39
2560	17,152	15,723	91.67	15,336	97.53	328	2.09	59	0.38
2561	18,367	16,908	92.06	16,390	96.94	413	2.44	105	0.62

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

ผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559-2561 พบ กลุ่มเสี่ยงสูงในอัตราที่ใกล้เคียงกัน และเพิ่มมากขึ้นในปี 2561 (ร้อยละ 2.9, 2.4 และ 3.2 ตามลำดับ) กลุ่มเสี่ยง พบมากที่สุด พ.ศ. 2559 ลดลงใน พ.ศ. 2560 และกลับเพิ่มมากขึ้นในปี 2561 (ร้อยละ 15.3, 10.4 และ 11.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามผลการคัดกรอง ความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2559-2561

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ได้รับการ		ผลการคัดกรอง					
		คัดกรอง		ปกติ		เสี่ยง		เสี่ยงสูง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2559	16,160	10,160	62.87	8,304	81.73	1,553	15.29	303	2.98
2560	17,152	11,672	68.05	10,183	87.24	1,208	10.35	281	2.41
2561	18,367	12,322	67.09	10,455	84.85	1,471	11.94	396	3.21

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 แพ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

ผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2560 พบกลุ่มเสี่ยงลดลงใน พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2561 (ร้อยละ 5.5, 4.3 และ 5.7 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีอัตราลดลงใน พ.ศ. 2560 และกลับเพิ่มมากขึ้นใน พ.ศ. 2561 (ร้อยละ 0.9, 0.7 และ 1.1 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามผลการคัดกรอง ความเสี่ยงโรคเบาหวาน พ.ศ. 2559-2561

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ได้รับการ		ผลการคัดกรอง					
		คัดกรอง		ปกติ		เสี่ยง		เสี่ยงสูง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2559	16,160	11,146	68.97	10,425	93.53	617	5.54	104	0.93
2560	17,152	13,105	76.41	12,448	94.99	563	4.30	94	0.72
2561	18,367	14,523	79.07	13,546	93.27	824	5.67	153	1.05

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 แพ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

ผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559 – 2561 พบว่า พ.ศ. 2560 ความครอบคลุมของผู้ได้รับการคัดกรองมากที่สุด (ร้อยละ 76.41) ผลการคัดกรอง พบกลุ่มที่ภาวะเสี่ยงสูงอันตรายมากที่สุด ใน พ.ศ. 2561 (ร้อยละ 15.43) เช่นเดียวกับ เสี่ยงสูงมาก (ร้อยละ 13.19) และเสี่ยงสูง (ร้อยละ 34.49) ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามผลการคัดกรอง ความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด พ.ศ. 2559-2561

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ได้รับการ		ผลการคัดกรอง			
		คัดกรอง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	สูงอันตราย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
2559	16,160	1,067 (6.60)	191 (17.90)	413 (38.71)	239 (22.39)	114 (10.68)	110 (10.31)
2560	17,152	13,105 (76.41)	551 (4.20)	1,598 (12.19)	1,080 (8.24)	575 (4.38)	721 (5.50)
2561	18,367	4,508 (24.54)	551 (12.22)	1,607 (35.64)	1,059 (34.49)	595 (13.19)	696 (15.43)

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 เพิ่ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ พ.ศ. 2559-2561 พบมีผลตรวจผิดปกติอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 2.81, 2.56 และ 2.61 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามผลการคัดกรอง ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม พ.ศ. 2559-2561

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ได้รับการ		ผลการคัดกรอง			
		คัดกรอง		ปกติ		ผิดปกติ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2559	16,160	5,981	37.01	5,812	97.17	168	2.81
2560	17,152	14,109	82.26	13,742	97.40	361	2.56
2561	18,367	13,225	72.00	12,883	97.41	342	2.59

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 เพิ่ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q ในผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559-2561 พบมีแนวโน้มลดลง โดยที่ พ.ศ. 2560 ไม่พบมีผลการคัดกรองผิดปกติ (ร้อยละ 0.52, 0.00 และ 0.16 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q พ.ศ. 2559-2561

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง		ผลการคัดกรอง			
		จำนวน	ร้อยละ	ปกติ		ผิดปกติ	
				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2559	16,160	7,251	44.87	7,213	99.47	38	0.52
2560	17,152	14,171	82.62	14,171	100.00	0	0.00
2561	18,367	13,616	74.13	13,594	99.84	22	0.16

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

การคัดกรองข้อเข้าเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559-2561 พบผลตรวจผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 12.13, 18.90 และ 21.71 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามผลการคัดกรองภาวะข้อเข้าเสื่อม พ.ศ. 2559-2561

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง		ผลการคัดกรอง			
		จำนวน	ร้อยละ	ปกติ		ผิดปกติ	
				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2559	16,160	10,282	63.63	9,035	87.87	1,247	12.13
2560	17,152	13,951	81.34	11,314	81.10	2,637	18.90
2561	18,367	13,114	71.40	10,267	78.29	2,847	21.71

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

ผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559-2561 พบผลตรวจผิดปกติ พ.ศ. 2560 มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2559 และใกล้เคียงกับ พ.ศ. 2561 (ร้อยละ 6.98, 36.35 และ 35.33 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามผลการคัดกรอง ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม พ.ศ. 2559-2561

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ได้รับการ		ผลการคัดกรอง			
		คัดกรอง		ปกติ		ผิดปกติ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2559	16,160	10,643	65.86	9,900	93.02	743	6.98
2560	17,152	14,139	82.43	8,999	63.65	5,140	36.35
2561	18,367	13,271	72.25	8,583	64.67	4,688	35.33

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 เพิ่ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

ค่าดัชนีมวลกายผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีสัดส่วนของกลุ่มผอม สมส่วน เริ่มอ้วน อ้วน และอ้วนอันตราย ในแต่ละปี ใกล้เคียงกัน โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีสัดส่วนร่างกาย สมส่วน (ร้อยละ 67.70, 67.21 และ 67.67 ตามลำดับ) รองลงมา เริ่มอ้วน (ร้อยละ 15.48, 15.88 และ 16.17 ตามลำดับ) ผอม (ร้อยละ 14.09, 14.20 และ 13.11 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวน และร้อยละผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตามดัชนีมวลกาย พ.ศ. 2559-2561

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ได้รับการ		ผลการคัดกรอง									
		คัดกรอง		ผอม	สมส่วน	เริ่มอ้วน	อ้วน	อ้วนอันตราย					
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน					
2559	16,160	15,107	(93.48)	2,129	(14.09)	10,228	(67.70)	2,338	(15.48)	367	(2.43)	45	(0.30)

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ได้รับการ		ผลการคัดกรอง			
		คัดกรอง	พอม	สมส่วน	เริ่มอ้วน	อ้วน	อ้วนอันตราย
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
2560	17,152	16,729 (97.53)	2,375 (14.20)	11,243 (67.21)	2,656 (15.88)	404 (2.41)	49 (0.29)
2561	18,367	17,766 (96.73)	2,330 (13.11)	12,022 (67.67)	2,873 (16.17)	491 (2.76)	48 (0.27)

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559-2561 พบว่า โรคที่พบความชุกมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วยต่อประชากรผู้สูงอายุ 100,000 คน 31,540.82, 33,278.87 และ 33,489.12 ตามลำดับ รองลงมา คือ โรคเบาหวาน อัตรา 14,610.15, 16,015.63 และ 15,854.54 ตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมอง อัตรา 2,840.42, 2,623.56 และ 2,439.24 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ พ.ศ. 2559-2561

ปีงบประมาณ	อัตราป่วยต่อประชากรผู้สูงอายุ 100,000 คน				
	โรคความดันโลหิตสูง	โรคเบาหวาน	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคหลอดเลือดสมอง	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2559	31,540.82	14,610.15	2,042.13	2,840.42	1,324.32
2560	33,278.87	16,015.63	1,953.09	2,623.56	1,440.14
2561	33,489.12	15,854.54	1,813.04	2,439.24	1,431.91

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

อัตราป่วยตายด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559-2561 พบว่า ใน พ.ศ. 2559 มีอัตราป่วยตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 26.1) รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 18.7) และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 16.4) ตามลำดับ พ.ศ. 2560 โรคที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 20.2) รองลงมา คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 15.8) โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 14.6) ขณะที่ พ.ศ. 2561 (ข้อมูล ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561) พบโรคที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 12.7) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 9.1) และ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 9.0) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 อัตราป่วยตายด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ พ.ศ. 2559-2561

ปีงบประมาณ	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)				
	โรคความดันโลหิตสูง	โรคเบาหวาน	โรคหัวใจและหลอดเลือด	โรคหลอดเลือดสมอง	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2559	10.20	9.49	26.06	18.74	16.36
2560	4.08	4.04	14.63	20.22	15.79
2561	4.02	9.10	9.01	12.72	5.32

ที่มา: รายงานมาตรฐานกลาง 43 แพ้มี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2561

ด้านการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ พบว่า มีการร่วมกันดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long term care: LTC) ระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยการจัดให้มีการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ติดบ้านและติดเตียง จากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อสผ.) ที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมผู้จัดการการดูแล (Care manager) ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมเป็นพี่เลี้ยงและกำกับการดำเนินงานของอาสาสมัคร พ.ศ. 2560 มีตำบลที่เข้าร่วมโครงการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งหมด 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลช้างเผือก ตำบลเมืองทุ่ง ตำบลทุ่งกุลาทำบลทุ่งศรีเมือง ตำบลสระคู ตำบลหัวโตน และตำบลน้ำคำ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในพื้นที่ตำบลน้ำคำ ตำบลหินกอง และตำบลจำปาขัน โดยการจัดให้ผู้สูงอายุได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่จัดขึ้นสำหรับ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จัดให้มีการฝึกอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การร่วมกิจกรรมสันทนาการ จากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน เกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชน การศึกษานอกโรงเรียน เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสันทนาการและจัดการเรียนการสอนให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยกำหนดให้มีการร่วมจัดกิจกรรมอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้งบประมาณขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงาน

ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การตรวจคัดกรองสุขภาพปากและฟัน การตรวจประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การตรวจคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

1.2 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม จำนวน 410 คน

ผลการศึกษาพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 54.39) อายุเฉลี่ย 71.43 ปี (S.D. = 7.954) จำแนกตามกลุ่มอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 47.31) รองลงมา เป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 36.58) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.61) รองลงมามีสถานภาพสมรสหย่า แยก (ร้อยละ 41.22) เกือบทั้งหมดมีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 89.76) รองลงมา คือ ไม่ได้ศึกษา (ร้อยละ 3.90) มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 3.41) ตามลำดับ การมีบทบาททางสังคมพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม (ร้อยละ 77.31) จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีค่ากลาง 4 คน (min = 1, max = 8) 3 ใน 5 มีสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 4 คน (ร้อยละ 60.00) จำนวนสมาชิกครอบครัว เป็นผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 39.15) รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงาน (ร้อยละ 38.46) วัยเรียน (ร้อยละ 16.56) ตามลำดับ จำนวนครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสมาชิกครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 คน (ร้อยละ 51.95) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (ร้อยละ 64.39) แหล่งข้อมูลที่ได้รับมากที่สุด คือ ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 23.90) รองลงมา คือ โทรทัศน์ (ร้อยละ 15.37) และ อาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 12.44) ตามลำดับ รายได้ครอบครัวมีค่ากลางรายได้เดือนละ 7,000 บาท (min = 600, max = 60,000) ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 37.07) รองลงมา คือ มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 32.93) และมีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 30.00) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำแนกตาม
ข้อมูลทั่วไป (N = 410)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	187	45.61
หญิง	223	54.39
อายุ		
60-69 ปี	194	47.31
70-79 ปี	150	36.58
80 ปีขึ้นไป	66	16.11
Mean = 71.43, S.D. = 7.954		
สถานภาพสมรส		
โสด	13	3.17
คู่	228	55.61
หม้าย/หย่า/แยก	169	41.22
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	16	3.90
ประถมศึกษา	368	89.76
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	14	3.41
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	10	2.44
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	2	0.49
ตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม		
ไม่มีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม	317	77.31
มีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคมอย่างน้อย 1 ตำแหน่ง	93	22.69
จำนวนสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมกันในปัจจุบันอย่างน้อย 1 เดือน		
1 - 4 คน	246	60.00
5 - 8 คน	164	40.00
Median = 2, min = 1, max = 8		

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกครอบครัวแบ่งตามกลุ่มวัย (สมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,594 คน)		
วัยก่อนเรียน	93	5.83
วัยเรียน	264	16.56
วัยทำงาน (15-59 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือในปัจจุบัน)	613	38.46
วัยผู้สูงอายุ	624	39.15
ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวของผู้สูงอายุ		
ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวลำพัง	29	7.07
ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเท่านั้น	48	11.71
ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสมาชิกอื่นที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุด้วยกัน	333	81.22
จำนวนครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
ครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยเรื้อรัง	197	48.05
ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 1 คน	213	51.95
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ไม่ได้รับ	146	35.61
ได้รับ	264	64.39
แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมากที่สุด (เรียงลำดับจากมากไปน้อย)		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	98	23.90
โทรทัศน์	63	15.37
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	51	12.44
วิทยุ	32	7.81
หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย	11	2.68
อื่นๆ เช่น อินเทอร์เน็ต เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน	9	2.19
ไม่ได้รับ	146	35.61
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
≤ 10,000 บาท	303	73.90
> 10,000 บาท ขึ้นไป	107	26.10
Median = 7,000; min = 600, max = 60,000		

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายของครอบครัว		
เพียงพอและเหลือเก็บ	135	32.93
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	152	37.07
ไม่เพียงพอ	123	30.00

1.3 ภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น ภาวะสุขภาพทางกาย และภาวะสุขภาพจิต

1.3.1 ภาวะสุขภาพทางกาย

จากการศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 42.19) รองลงมา มีภาวะอ้วนระดับ 2 (ร้อยละ 20.00) น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน (ร้อยละ 18.53) และอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 17.56) ตามลำดับ (median = 22.0, min = 14.1, max = 35.5) เส้นรอบเอวส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 76.09) โดยที่เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 38.12 และ 6.96 ตามลำดับ) มากกว่า 1 ใน 3 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 39.76) โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 16.10) รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 14.15) และมีผู้ป่วยมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 2.53 ปัญหาสุขภาพแยกตามระบบ พบว่า ปัญหาทางด้านที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย/เคลื่อนที่ (ร้อยละ 50.00) รองลงมา คือ ปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 38.78) ปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 26.09) ปัญหาการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 25.61) ปัญหาการขับถ่าย (ร้อยละ 22.68) ตามลำดับ ระยะเวลาการนอนของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 82.44) ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ (ร้อยละ 76.83) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 77.32) ไม่เคยดื่มสุรา (ร้อยละ 69.76) กว่าครึ่งรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพทางกายของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.49) รองลงมา คือ ระดับดี (ร้อยละ 40.00) และระดับแย่ (ร้อยละ 4.88) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 จำนวน ร้อยละ ภาวะสุขภาพทางกายผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน (BMI<18.5)	76	18.53
น้ำหนักปกติ (BMI = 18.5-22.9)	173	42.19
อ้วนระดับ 1 (BMI = 23.0 – 24.9)	72	17.56
อ้วนระดับ 2 (BMI = 25 – 29.9)	82	20.00
อ้วนระดับ 3 (BMI ≥ 30)	7	1.70
Median = 22.0, Min = 14.1, Max = 35.5		
ความยาวเส้นรอบเอว		
อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	312	76.09
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	98	23.01
ความยาวเส้นรอบเอวแบ่งกลุ่มตามเพศ		
ชาย (n=187)		
≤ 90 ซม.	174	93.04
> 90 ซม.	13	6.96
หญิง (n=223)		
≤ 80 ซม.	138	61.88
> 80 ซม.	85	38.12
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
ไม่มี	247	60.24
มี	163	39.76
โรคเรื้อรังที่ป่วย		
เบาหวาน	66	16.10
ความดันโลหิตสูง	58	14.15
โรคหัวใจ	6	1.46
อื่นๆ เช่น เก๊าต์ ไขมันในเลือดสูง มะเร็งท่อน้ำดี ต่อม	11	2.68
ลูกหมากโต โรคไต โรคระบบประสาทและสมอง		

ตารางที่ 4.14 (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
โรคเรื้อรังที่ป่วย (ต่อ)		
ป่วยมากกว่า 1 โรค เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง	22	5.37
ไม่ป่วย	247	60.24
ปัญหาสุขภาพรายด้าน		
ปัญหาด้านการมองเห็น		
ไม่มี	251	61.22
มี	159	38.78
ปัญหาด้านการรับประทานอาหาร		
ไม่มี	305	74.39
มี	105	25.61
ปัญหาด้านการขยับถ่าย		
ไม่มี	317	77.32
มี	93	22.68
ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย/การเคลื่อนที่		
ไม่มี	205	50.00
มี	205	50.00
ปัญหาด้านการนอนหลับพักผ่อน		
ไม่มี	303	73.91
มี	107	26.09
ระยะเวลาการนอนหลับพักผ่อน		
≤ 5 ชั่วโมง	46	11.22
6-10 ชั่วโมง	338	82.44
> 10 ชั่วโมง	26	6.33
การออกกำลังกาย		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	315	76.83
ออกกำลังกายเป็นประจำ	95	23.17

ตารางที่ 4.14 (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	317	77.32
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	54	13.17
ยังสูบบุหรี่อยู่	39	9.51
การดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่ม	286	69.76
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	69	16.83
ยังดื่มอยู่	55	13.41
การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย		
ดีมาก	19	4.63
ดี	164	40.00
ปานกลาง	207	50.49
แย่	20	4.88

1.3.2 ภาวะสุขภาพทางจิต

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยมีภาวะเครียดในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 75.85) วิธีการที่นำมาใช้ในการผ่อนคลายความเครียดที่มีการนำมาใช้มากที่สุด ได้แก่ การพบปะพูดคุยกับคนในครอบครัว/เพื่อนบ้าน/ไปพบปะเพื่อน (ร้อยละ 21.71) รองลงมา คือ ผ่อนคลายโดยการนั่งเล่น นอนเล่น เดินเล่น ออกกำลังกาย (ร้อยละ 15.61) ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง/ร้องเพลง/ฟังวิทยุ (ร้อยละ 11.46) การทำสมาธิ/ตั้งสติ/ปล่อยวาง/คิดบวก/มองดูคนรอบข้าง (ร้อยละ 11.46) ส่วนใหญ่สามารถจัดการกับความเครียดได้ดี (ร้อยละ 93.17) ผลการประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิตในช่วงสองสัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเครียดหรือมีน้อย (ร้อยละ 72.68) รองลงมา มีความเครียดปานกลาง (ร้อยละ 19.75) มีความเครียดมากที่สุด (ร้อยละ 4.39) ตามลำดับ การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่ามี 6 ข้อ ขึ้นไป หรือแปลผลได้ว่ามีภาวะซึมเศร้า พบ สูงถึง ร้อยละ 20.73 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพจิตระดับดี (ร้อยละ 43.17) รองลงมา ระดับปานกลาง

(ร้อยละ 42.68) และระดับแย่ (ร้อยละ 5.37) ตามลำดับ ต้องการความช่วยเหลือ จากครอบครัว องค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละ 46.83) ความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับ เช่น จัดให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสอบสุขภาพมากขึ้น ให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ให้ลูกหลานช่วยเหลือดูแลพาไปหาหมอ ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 จำนวน และร้อยละ ภาวะสุขภาพทางจิตผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ข้อมูลภาวะสุขภาพทางจิต	จำนวน	ร้อยละ
การเกิดภาวะเครียดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มี	311	75.85
เคยมีภาวะเครียดอย่างน้อย 1 ครั้ง	99	24.15
วิธีการที่นำมาใช้ในการผ่อนคลายความเครียดอันดับแรก		
การพูดคุยกับคนในครอบครัว/เพื่อนบ้าน/ไปพบเพื่อน	89	21.71
ไปวัดทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ ฟังเทศน์/อ่านหนังสือธรรมะ	30	7.32
ทำงานบ้าน/งานอดิเรก	39	9.51
ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง/ร้องเพลง/ฟังวิทยุ	47	11.46
นั่งเล่น นอนเล่น เดินเล่น ออกกำลังกาย	64	15.61
ทำสมาธิ/ตั้งสติ/ปล่อยวาง/คิดบวก/มองคนรอบข้าง	47	11.46
ร้องไห้/กินยานอนหลับ/ยาคลายเครียด	7	1.71
ไม่เคย/ไม่ตอบ	87	21.22
ความสามารถในการจัดการความเครียด		
สามารถจัดการได้โดยอาศัยสติและเหตุผล สามารถจัดการได้ดี	382	93.17
สามารถจัดการได้เป็นบางครั้ง แต่ไม่กระทบต่อการทำงาน	28	6.83
การประเมินความเครียดตามแบบประเมินความเครียด (ST5) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข		
สาขารณสุข		
คะแนน 0-4 เครียดน้อย	298	72.68
คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง	81	19.75
คะแนน 8-9 เครียดมาก	13	3.17
คะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด	18	4.39

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพทางจิต	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 15 ข้อ		
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข		
มี < 6 ข้อ	325	79.27
มี 6 ข้อ ขึ้นไป (มีภาวะซึมเศร้า)	85	20.73
การรับรู้ระดับภาวะสุขภาพจิต/อารมณ์ของตนเอง		
ดีมาก	36	8.78
ดี	177	43.17
ปานกลาง	175	42.68
แย่	22	5.37
ความต้องการการช่วยเหลือด้านภาวะสุขภาพ		
ไม่ต้องการ	218	53.17
ต้องการ	192	46.83

1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน

ผลการศึกษาด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับมากในทุกด้าน ได้แก่ ด้านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมทั่วไป ($X = 2.29$, S.D. = 0.67) การแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหา ($X = 2.29$, S.D. = 0.69) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการจัดกิจกรรม ($X = 2.15$, S.D. = 0.79) การมีส่วนร่วมในการวางแผนวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ($X = 2.29$, S.D. = 0.71) การมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรม ($X = 2.42$, S.D. = 0.68) และมีส่วนร่วมปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาครอบครัว ($X = 2.39$, S.D. = 0.66) ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน พบว่า มีส่วนร่วมระดับปานกลางในทุกด้าน ได้แก่ ด้านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมทั่วไป ($X = 1.97$, S.D. = 0.88) การแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหา ($X = 1.79$, S.D. = 0.83) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการจัดกิจกรรม ($X = 1.91$, S.D. = 0.83) การมีส่วนร่วมในการวางแผนวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ($X = 21.91$, S.D. = 0.88) การมีส่วนร่วมในการเป็นแกนนำจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ($X = 21.91$, S.D. = 0.88) การมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรม ($X = 1.96$, S.D. = 0.82) มีส่วนร่วมปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาครอบครัว ($X = 1.83$, S.D. = 0.82) และการเข้าไปมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมในชุมชนร่วมกับหน่วยงาน/

องค์กรต่างๆ ที่จัดกิจกรรมในชุมชน (X 1.77, S.D. = 0.86) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 79.27)

และคะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชนโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.8) รองลงมา คือ มีส่วนร่วมระดับมาก (ร้อยละ 45.4) เกือบครึ่งมีความต้องการความช่วยเหลือด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน (ร้อยละ 45.9) ความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับ เช่น ต้องการให้หน่วยงานรัฐจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมากขึ้น ให้บุตรหลานมาอยู่ด้วย ให้สมาชิกครอบครัวพาไปทำบุญ หรือร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน

ข้อ	ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม				X	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี			
ด้านการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น								
1	การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมทั่วไปของครอบครัว	164 (40.0)	205 (50.00)	36 (8.78)	5 (1.22)	2.29	0.67	มาก
2	การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาในครอบครัว	174 (42.44)	188 (45.85)	44 (10.73)	4 (1.22)	2.29	0.69	มาก
3	การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมของชุมชน	121 (29.51)	186 (45.37)	73 (17.80)	30 (7.32)	1.97	0.88	ปานกลาง
4	การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน	68 (16.59)	226 (55.12)	76 (18.54)	40 (9.76)	1.79	0.83	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ								
5	การมีส่วนร่วมวางแผนและตัดสินใจในการจัดกิจกรรมของครอบครัว	151 (36.83)	178 (43.41)	71 (17.32)	10 (2.44)	2.15	0.79	มาก
6	การมีส่วนร่วมวางแผนวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว	174 (42.44)	186 (45.37)	45 (10.98)	5 (1.22)	2.29	0.71	มาก

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม				\bar{X}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี			
7	การมีส่วนร่วมวางแผนและตัดสินใจในการจัดกิจกรรมของชุมชน	96 (23.41)	207 (50.49)	80 (19.51)	27 (6.59)	1.91	0.83	ปานกลาง
8	การมีส่วนร่วมวางแผนวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดในชุมชน	67 (16.34)	215 (52.44)	88 (21.46)	40 (9.76)	1.91	0.88	ปานกลาง
9	การมีส่วนร่วมในการเป็นแกนนำจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน	106 (25.85)	198 (48.29)	70 (17.07)	36 (8.78)	1.91	0.88	ปานกลาง
ด้านการร่วมปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน								
10	การมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว	213 (51.95)	161 (39.27)	31 (7.56)	5 (1.22)	2.42	0.68	มาก
11	การมีส่วนร่วมปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาครอบครัว	199 (48.54)	175 (42.68)	34 (8.29)	2 (0.49)	2.39	0.66	มาก
12	การมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมในชุมชน	100 (24.39)	221 (53.90)	60 (14.63)	29 (7.07)	1.96	0.82	ปานกลาง
13	การมีส่วนร่วมปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน	67 (16.34)	246 (60.00)	57 (13.90)	40 (9.76)	1.83	0.82	ปานกลาง
14	การเข้าไปมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมในชุมชนร่วมกับหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ที่จัดกิจกรรมในชุมชน	69 (16.83)	222 (54.15)	76 (18.54)	43 (10.49)	1.77	0.86	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่า ส่วนมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับ มาก (ร้อยละ 79.27) มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.34) และมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชนโดยรวม ระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.79) ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 จำนวน และร้อยละ ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชนโดยรวม

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว		
มาก	325	79.27
ปานกลาง	83	20.24
น้อย	2	0.48
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน		
มาก	141	34.39
ปานกลาง	231	56.34
น้อย	38	9.27
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชนโดยรวม		
มาก	186	45.37
ปานกลาง	200	48.79
น้อย	24	5.85
ความต้องการช่วยเหลือด้านการมีส่วนร่วม		
ไม่ต้องการ	222	54.15
ต้องการ	188	45.85

1.5 การการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต

ผลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีเงินเก็บสำรองสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในอนาคตแต่อาจไม่เพียงพอ (ร้อยละ 53.7) รองลงมา มีและเพียงพอ (ร้อยละ 35.12) ส่วนใหญ่มีการทำประกันชีวิต/ฌาปนกิจสงเคราะห์ (ร้อยละ 84.15) แต่ไม่มีการทำประกันการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 83.17) สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล/ได้รับการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 97.56) มีผู้ดูแลช่วยเหลือนำส่งโรงพยาบาล/หน่วยบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 81.22) ประมาณ 1 ใน 3 ไม่มี/ไม่ใช่เครื่องมือสื่อสาร (ร้อยละ 33.17) พบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้จักหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินทางการแพทย์ หรือ EMS (ร้อยละ 46.59) ส่วนใหญ่มีบ้านเรือนที่อาศัยอยู่ในปัจจุบันมีความมั่นคงแข็งแรง (ร้อยละ 84.39) มีสภาพแวดล้อมบ้านเรือนมีอุปสรรคอำนวยความสะดวกปลอดภัยเพียงพอ (ร้อยละ 59.51) รองลงมา มีแต่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 34.88) และไม่มี (ร้อยละ 5.61) มีสมาชิกครอบครัว/บุตรหลานคอยช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในอนาคต

(ร้อยละ 95.12) ระดับการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 52.0) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.1) ระดับการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 51.95) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.07) ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือด้านการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 52.43) ความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับการเพิ่มค่าครองชีพให้แก่ผู้สูงอายุ ให้หน่วยงานภาครัฐช่วยเหลือดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย อุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ให้ลูกหลานกลับมาอยู่บ้านช่วยเหลือดูแล การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการและการได้รับบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ให้หน่วยงานภาครัฐจัดให้มีหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 จำนวน และร้อยละ การการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
เงินเก็บสำรองสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในอนาคต		
ไม่มี	48	11.71
มีและเพียงพอ	144	35.12
มีแต่อาจไม่เพียงพอ	218	53.27
การทำประกันชีวิต/ฌาปนกิจสงเคราะห์		
ไม่มี	65	15.85
มี	345	84.15
การมีหลักประกันการรักษาเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่มี	341	83.17
มี	69	16.83
การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล/ได้รับการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่ได้	10	2.43
ได้	400	97.56

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
การมีผู้ดูแลนำไปรับการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการ		
สุขภาพเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่มี	77	18.78
มี	333	81.22
การมีและใช้โทรศัพท์สื่อสาร		
ไม่มี	136	33.17
มี	274	66.83
การรู้จักหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินทางการแพทย์ (1669)		
ไม่รู้จัก	191	46.59
รู้จัก	219	53.41
ความแข็งแรงคงทนของบ้านที่อยู่อาศัยปัจจุบัน		
ไม่มั่นคงแข็งแรง	11	2.68
มั่นคงแข็งแรง	346	84.39
ไม่แน่ใจ	53	12.93
สภาพแวดล้อมบ้านเรือนมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกปลอดภัย		
ไม่มี	23	5.61
มีแต่ไม่เพียงพอ	143	34.88
มีและเพียงพอ	244	59.51
การมีสมาชิกครอบครัว/บุตรหลานคอยช่วยเหลือดูแล		
เมื่อเจ็บป่วย/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในอนาคต		
ไม่มี	7	1.70
มี	390	95.12
ไม่แน่ใจ	13	3.17
ระดับการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต		
ต่ำ	4	0.97
ปานกลาง	193	47.07
มาก	213	51.95

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการช่วยเหลือด้านการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต		
ไม่ต้องการ	195	47.56
ต้องการ	215	52.43

2. ผลการศึกษาระยะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และภาคีเครือข่าย โดยใช้กิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) (ระยะที่ 2)

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาระยะที่ 1 เป็นข้อมูลประกอบการสนทนากลุ่ม ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน การการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน รวมถึงการร่วมเสนอแนวคิดการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผู้วิจัย กำหนดประเด็นคำถาม ดังนี้ 1) ความคิดเห็นต่อสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของไทย และพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิในปัจจุบัน 2) มุมมองด้านภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และการมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต 3) มุมมองเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีในปัจจุบัน 4) แรงเสริม แรงต้าน เกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ 5) ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี 6) ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี 7) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี และ 8) การพิจารณาแนวทางเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต ผลการศึกษาดังนี้

2.1 ความคิดเห็นต่อสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของไทย และพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิในปัจจุบัน ที่ประชุมเสนอความคิดเห็นดังนี้

2.1.1 แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นในสังคมไทย รวมถึงพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ อาจทำให้เป็นปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้นในอนาคต

2.1.2 ผู้สูงอายุติดสังคม ส่วนใหญ่ยังไม่มีปัญหาที่ต้องช่วยเหลือดูแล โดยเฉพาะครอบครัวที่มีบุตรหลานอาศัยอยู่ด้วย

2.1.3 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านคนเดียว หรืออยู่เฉพาะผู้สูงอายุตามลำพัง และบางรายที่ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงหลาน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจทำให้มีปัญหาทั้งด้านภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในชุมชน และขาดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต

2.1.4 ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว เนื่องจากบุตรหลานแยกย้ายครอบครัวไปตั้งบ้านเรือนอยู่ที่ห่างไกล ไม่มีบุตรหลานอาศัยอยู่ด้วย เมื่อคู่สมรสที่อาศัยอยู่ด้วยกันเสียชีวิตลงต้องอาศัยอยู่คนเดียวลำพัง

2.1.5 ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จากการมีพฤติกรรมเสี่ยงและความเสื่อมของร่างกาย

2.1.6 ผู้สูงอายุที่ไม่ดูแลตัวเองหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงอาจทำให้มีปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงจากภาวะเจ็บป่วย และภาวะเสื่อมของร่างกายตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น

2.1.7 การที่ผู้สูงอายุขาดคนช่วยเหลือดูแล ทำให้มีความเสี่ยงต่อการถูกหลอกลวงจากกลุ่มมิจฉาชีพได้ง่าย จากการได้รับข้อมูลที่ผิดๆ หรือถูกชักจูงได้ง่าย เพราะไม่มีคนคอยช่วยเตือนหรือให้คำแนะนำปรึกษา

2.1.8 สักส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น รัฐบาลและหน่วยงานของรัฐควรจะทำให้ความสำคัญกับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอาศัยอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขจนถึงบั้นปลายของชีวิต

2.1.9 ในชุมชนปัจจุบันคนส่วนใหญ่มองว่าปัญหาผู้สูงอายุยังไม่ใช่เรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการแก้ไข เนื่องจากส่วนใหญ่จะมีลูกหลานคอยช่วยเหลือดูแล มีเพียงส่วนน้อยที่ขาดผู้คอยช่วยเหลือดูแล

2.1.10 ปัญหาความมั่นใจในตัวเองลดลงของผู้สูงอายุที่มีบทบาทในครอบครัวและชุมชนน้อยลง การถูกลดบทบาททางสังคม ทำให้ประสบกับภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ซึ่งควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น

2.1.11 ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ปัญหาด้านการมองเห็น ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า

2.1.12 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มเนื่องจากการรับรสได้น้อยลง การรับประทานผักน้อยลงจากปัญหาการขบเคี้ยว

2.2 มุมมองด้านภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และการมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ที่ประชุมเสนอความคิดเห็นดังนี้

2.2.1 ด้านภาวะสุขภาพ ที่ประชุมเสนอความคิดเห็นดังนี้

- 1) ส่วนใหญ่ยังไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือผู้สูงอายุตอนต้น
- 2) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมของร่างกายตามวัย โดยเฉพาะคนที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือมีโรคประจำตัว จะมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้ตรวจสุขภาพ
- 3) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีบางส่วนจะเป็นกลุ่มที่ไม่ค่อยมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ไม่ได้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงไม่ได้ไปรับการตรวจรักษา ยกเว้นเวลาที่มีอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นจึงได้ไปรับบริการตรวจรักษาในหน่วยบริการสุขภาพ
- 4) ผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่มีบุตรหลานอาศัยอยู่ด้วย หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันลำพัง อาจมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และมีความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการทางสุขภาพ ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย
- 5) ผู้สูงอายุบางส่วนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น การรับประทานอาหารเค็ม อาหารหวาน ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา มีภาวะเครียด
- 6) ผู้สูงอายุบางรายยังไม่ยอมรับในสภาพการสูงวัยของตนเอง ยังไม่ยอมรับภาวะที่ต้องเกษียณจากอายุราชการ การออกจากงานที่ทำ การสูญเสียบุคคลที่รัก
- 7) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เนื่องจากไม่มีเครื่องมือสื่อสาร หรือใช้เครื่องมือสื่อสารไม่เป็น ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ไม่มีเครือข่ายโซเชียลเน็ตเวิร์กจะได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เมื่อได้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือมีเจ้าหน้าที่มาติดตามเยี่ยม แต่น้อยครั้ง
- 8) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน มักได้ยินไม่ทั่วถึงกัน
- 9) ผู้สูงอายุบางส่วนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อวิทยุ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการโฆษณาชวนเชื่อเพื่อจำหน่ายสินค้าด้านสุขภาพ อาจทำให้ผู้สูงอายุหลงเชื่อและสูญเสียเงินในการซื้อผลิตภัณฑ์ที่โฆษณามาใช้โดยไม่จำเป็น

10) สมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน แม้จะไม่ได้มีอาชีพรับราชการ แต่ก็จำเป็นต้องไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุต้องดูแลตัวเองในช่วงเวลากลางวันเป็นส่วนใหญ่

2.2.2 ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน

1) ผู้สูงอายุในกลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่จะยังมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ยังสามารถทำงานหารายได้ ประกอบอาชีพช่วยเหลือครอบครัวได้ ทั้งในด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมปฏิบัติ จนกระทั่งร่างกายมีความเสื่อมลงมากจนทำงานไม่ไหว

2) ผู้สูงอายุที่ยังมีบทบาทในครอบครัวมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน และบางครอบครัวยังต้องรับภาระเลี้ยงดูหลานด้วย

3) ในครอบครัวที่มีบุตรหลานอาศัยอยู่ด้วย และเป็นวัยทำงาน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีบทบาทในการดูแลบ้านเรือน ฝ้าบ้าน จะลดบทบาทการทำงานนอกบ้าน การประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ และการมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจในครอบครัวก็จะค่อยๆ ลดลงตามไปด้วย

4) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และสังคม ผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข คณะกรรมการหมู่บ้าน คณะกรรมการวัด โรงเรียน ผู้นำทางศาสนา ส่วนใหญ่จะยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ทั้งในด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติกิจกรรม ทั้งที่เป็นกิจกรรมส่วนรวมทั่วไป กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน

5) ในสังคมชนบท ผู้สูงอายุจะมีบทบาทในกิจกรรมของชุมชน ที่เป็นงานบุญประเพณี วัฒนธรรมดั้งเดิม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีเวลาว่างในช่วงเวลากลางวัน ไม่ได้ออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน จึงมีเวลาในการเข้าไปร่วมกิจกรรมของชุมชน

2.2.3 ด้านการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต

1) ผู้สูงอายุบางคนไม่มีการทำประกันชีวิต ไม่มีการทำประกันการรักษาพยาบาล แต่ได้รับสวัสดิการจากรัฐด้านการรักษาพยาบาล

2) ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ยังไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็น รวมถึงเมื่อเจ็บป่วย ที่จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในขณะที่ไปรับการรักษา

3) ผู้สูงอายุตอนต้นส่วนใหญ่ยังเป็นผู้ที่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตนเอง และครอบครัวได้ ซึ่งจะยังไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวมากนัก แต่หลายคนไม่ได้มีการเก็บเงินสำรองไว้เพื่อใช้จ่ายในยามที่อายุมากขึ้น หรือเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มี

บุตรหลานคอยดูแล แม้ในชุมชน/หมู่บ้านบางแห่ง มีการจัดตั้งกลุ่มฉาปณกิจสงเคราะห์ ช่วยเหลือ เมื่อมีผู้เสียชีวิตในชุมชนแต่ยังไม่เพียงพอ

4) ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่รู้จักเบอร์โทรศัพท์ สายด่วน 1669 ทำให้ไม่สามารถเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินทางการแพทย์ (EMS) ได้ด้วยตนเอง เมื่อเจ็บป่วย ต้องอาศัยญาติ หรือเพื่อนบ้าน รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการช่วยติดต่อให้

5) ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีบุตรหลานอาศัยอยู่ด้วย มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีบุตรหลานอาศัยอยู่ด้วย เนื่องจากขาดคนช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย

6) ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบการสื่อสาร ได้ทำให้การขอรับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยทำได้ยาก

7) ในสังคมชนบท ยังมีเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือในยามที่ยากลำบาก หรือเมื่อเจ็บป่วย

8) ในบ้านเรือนผู้สูงอายุและในชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยมีการจัดการสภาพแวดล้อม หรือสร้างเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย หรือเพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุในครอบครัว

2.3 การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี หรือกลุ่มติดสังคม
อำเภอสุวรรณภูมิ ปัจจุบัน ที่ประชุมเสนอความคิดเห็นดังนี้

2.3.1 การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีมีค่อนข้างน้อย
ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง โดยการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลระยะยาว ผ่านกองทุนดูแลผู้สูงอายุโดยการพัฒนาอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกตำบล

2.3.2 กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น ความเสี่ยงต่อโรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง การตรวจสุขภาพช่องปาก การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

2.3.3 กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งมีการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลน้ำคำ ตำบลหินกอง ตำบลนาใหญ่ ตำบลสระคู และตำบลจำปาขัน โดยการจัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ได้เข้าร่วมกิจกรรม มีการจัดให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีกิจกรรมสันทนาการ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การสอนอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น โรงเรียน วัด การ

ศึกษานอกโรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

2.3.4 จัดกิจกรรมรณรงค์นำคำห้วขอพรจากผู้สูงอายุ ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ โดยหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน

2.3.5 จัดกิจกรรมออกกำลังกาย โดยการเดินแอโรบิกในหมู่บ้าน แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล

2.3.6 การจัดอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพในบางพื้นที่

2.3.7 การฝึกสอนอาชีพให้กลุ่มผู้สูงอายุ โดยศึกษานอกโรงเรียน เช่น ทำดอกไม้จันทน์ พรหมเช็ดเท้า การจักสาน

2.3.8 การจัดกิจกรรมทัศนศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และไม่สามารถไปได้ทุกคน

2.3.9 กิจกรรมเข้าวัดปฏิบัติธรรมในวันพระ และวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา

2.3.10 ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านการเงินจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และบางรายได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่ได้รับทุกคน และไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุบางราย

2.3.11 กิจกรรมโครงการที่ให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น โครงการหน้าบ้านสวย หลังบ้านสวน ที่ให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมภายในบริเวณบ้าน และในชุมชน

2.3.12 กิจกรรมแข่งขันกีฬาสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนในวันสำคัญทางศาสนา งานบุญประเพณีสำคัญของชุมชน

2.3.13 การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะจัดกิจกรรมอยู่คนเดียว ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานอยู่ด้วย หรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเดินทางไปร่วมกิจกรรมได้

2.4 การพิจารณาแรงเสริม และแรงต้านหรืออุปสรรค เกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ

2.4.1 แรงเสริม

- 1) ผู้สูงอายุมีความรักใคร่สามัคคีกันดี คอยให้ความช่วยเหลือดูแลกัน
- 2) สัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในชุมชน ซึ่งมีลักษณะเป็นเครือญาติ คอยให้ความช่วยเหลือ และดูแลซึ่งกันและกัน

- 3) ผู้สูงอายุมีลูกหลาน และมีเพื่อนบ้านที่มีน้ำใจคอยช่วยเหลือดูแล
- 4) มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในชุมชนรวมถึงผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มทำดอกไม้จันทน์ กลุ่มจักสานตะกร้า กลุ่มทอพรมเช็ดเท้า ช่วยสร้างเสริมความรัก ความสามัคคี และสร้างรายได้
- 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมตามประเพณี กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ การส่งเสริมอาชีพ
- 6) มีแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้สูงอายุ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ในบางพื้นที่
- 7) การมีส่วนร่วมระหว่าง บ้าน วัด โรงเรียน ในการทำกิจกรรมส่วนรวม
- 8) ชุมชนที่อยู่ใกล้หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถไปร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นได้มากขึ้น เช่น การไปร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย ไปร่วมกิจกรรมในวันสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดขึ้น
- 9) มีบุคลากรหน่วยงานรัฐติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำในชุมชน
- 10) ผู้สูงอายุเข้าวัดปฏิบัติธรรมในวันพระ ช่วงเข้าพรรษา การปฏิบัติธรรมภาคฤดูร้อน และวันสำคัญทางศาสนา เป็นการส่งเสริมภาวะทางอารมณ์ จิตใจ
- 11) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมสำคัญทางศาสนา
- 12) มีกองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน
- 13) ผู้สูงอายุบางคนมีความเป็นผู้นำ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้รับการยอมรับนับถือจากสมาชิกในชุมชน

2.4.2 แรงต้านหรืออุปสรรค

- 1) ผู้สูงอายุบางคนไม่มีลูกหลานคอยดูแล พาไปร่วมกิจกรรมที่จัดห่างจากชุมชนทำให้ไปร่วมกิจกรรมได้ไม่ต่อเนื่อง
- 2) ผู้สูงอายุมีภาวะความจำเสื่อมทำให้จดจำสิ่งต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ไม่ค่อยได้
- 3) กิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้น ไม่มีความต่อเนื่อง ถาวร เป็นเพียงการจัดขึ้นชั่วคราวชั่วคราวแล้วก็หายไป
- 4) ผู้สูงอายุบางคน หรือสมาชิกครอบครัวบางครอบครัวมองว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นไม่มีความสำคัญ ทำให้เสียเวลา จึงไม่เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น

5) ผู้สูงอายุบางคนต้องทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว ทำให้ไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้น้อย

6) ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีการใช้งานระบบสื่อสาร ทำให้ขาดผู้แนะนำหรือเรียกใช้บริการรถพยาบาลได้ ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพไม่ทั่วถึง

7) ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

8) ผู้สูงอายุที่ยังมีภาวะสุขภาพดี มีภาระต้องทำงาน ไม่ค่อยให้ความสนใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

9) สังคมมองว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีปัญหา หรือความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแล หรือช่วยเหลือ เพราะยังช่วยเหลือตัวเองได้ จึงเน้นไปให้ความสำคัญที่กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงมากกว่า

10) การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน เช่น เสียงจากการประกาศทางหอกระจายข่าวที่ได้ยินไม่ชัด หรือไม่ได้ยิน ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนไม่ทราบถึงการจัดกิจกรรม ไม่เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่จัดขึ้น

11) นโยบายการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีมีน้อย ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ซึ่งต้องมีการใช้งบประมาณค่อนข้างมากในการทำกิจกรรมแต่ละอย่าง

12) สภาพทางเศรษฐกิจปัจจุบันที่ข้าวของมีราคาแพง ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตสูงขึ้น รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

2.5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ

2.5.1 ควรมีการจัดเตรียมด้านสภาพทางจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุ ให้รับรู้เกี่ยวกับภาวะร่างกายที่เสื่อมลง การยอมรับในบทบาทหน้าที่ที่ลดลง เพื่อให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ แล้วค่อยดำเนินกิจกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตามมา

2.5.2 สร้างพลังใจให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตัวเอง ความสามารถในการทำประโยชน์ให้แก่ส่วนรวม ตามกำลังความสามารถของตนเอง

2.5.3 สร้างแนวคิดให้แก่คนรุ่นใหม่ ที่ควรให้ความรัก ความเคารพ และเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ สามารถร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและชุมชนได้

2.5.4 ควรมีการจัดให้ผู้สูงอายุได้ตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นประจำทุกปี

2.5.5 จัดให้มีบริการตรวจสุขภาพ โดยการตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ตรวจน้ำตาลในเลือด ตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจตา ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม แก่ผู้สูงอายุในวันสำคัญ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ วันเข้าพรรษา วันออกพรรษา เป็นต้น

2.5.6 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง อยู่กับคู่สมรส หรือผู้สูงอายุที่อยู่กับหลานที่เป็นวัยเด็กต้องได้รับการดูแล ประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินภาวะเครียดของผู้สูงอายุในครัวเรือน หรือในชุมชนอย่างน้อย ปีละ 3 ครั้ง

2.5.7 ควรมีการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ)

2.5.8 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. หรือ สุขบัญญัติแห่งชาติ

2.5.9 จัดตั้งกองทุนจากการระดมทุนในชุมชน องค์กรต่างๆ แหล่งทุนอื่นๆ เพื่อช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หรือใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

2.5.10 ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้และมีทักษะในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.5.11 สมาชิกครอบครัวควรให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองสุขภาพ คัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ ของผู้สูงอายุ โดยการพาไปรับบริการตรวจ หรือแจ้งให้ไปรับบริการตรวจตามกิจกรรมที่มีในชุมชน หรือตามที่หน่วยงานราชการจัดขึ้น

2.6 ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว และชุมชนของผู้สูงอายุ

2.6.1 ควรมีการจัดตั้ง และจัดกิจกรรมภายใต้กลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการขับเคลื่อน โดยผู้สูงอายุ มีการสำรวจขึ้นทะเบียน และเข้าร่วมเป็นสมาชิกของผู้สูงอายุในชุมชน มีการจัดกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุในชุมชน มีการระดมทุน จัดกิจกรรมภายใต้แนวคิดภูมิปัญญาชาวบ้าน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง บนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2.6.2 ส่งเสริมความเข้มแข็งของกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน โดยการให้การสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความรู้ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่หรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง

2.6.3 หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กลุ่ม/องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการประสานร่วมมือกันในการดำเนินงานหรือจัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน

2.6.4 จัดกิจกรรมให้ลูกหลานได้แสดงความรัก ความกตัญญู แสดงเคารพต่อผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

2.6.5 กิจกรรมที่จัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุควรจัดอยู่ในชุมชนในสถานที่ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวก เช่น จัดกิจกรรมฝึกอาชีพในชุมชน จัดกิจกรรมสันทนาการ

การละเล่นสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

2.6.6 จัดกิจกรรมเชิงรุกเกี่ยรผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างด้านการดูแลสุขภาพ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เป็นบุคคลต้นแบบ เช่น “กิจกรรมชื่นชมสมน้ำหน้า” ที่เป็นการประกาศยกย่องผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างให้สมหน้าตา และมีเกียรติ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ

2.7 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมการการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุ

2.7.1 การส่งเสริมให้ครอบครัวจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้ออำนวยต่อความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุในครัวเรือน

2.7.2 สมาชิกครอบครัวควรให้ความสนใจ คอยดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุเป็นประจำ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจว่าจะมีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือดูแลตนเองไม่ได้

2.7.3 ควรมีการสำรวจสภาพแวดล้อมภายในบริเวณบ้านและชุมชน พร้อมพัฒนาให้เป็นครอบครัวและชุมชนที่มีความสะดวกปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การทำราวจับภายในบริเวณบ้าน การจัดระเบียบสิ่งของภายในบ้านเพื่อลดสิ่งกีดขวางทางเดินป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนไปใช้ส้วมชักโครกแทนส้วมนั่งทั่วไป การจัดให้ผู้สูงอายุมีที่นอนอยู่ชั้นล่างของบ้าน ไม่ต้องขึ้นลงบันไดบ้าน

2.7.4 ควรมีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการรวมทุนเพื่อช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย หรือเมื่อมีความเดือดร้อนจำเป็น

2.7.5 สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือปรับปรุงสภาพแวดล้อม เพื่อความปลอดภัยในบ้านเรือนผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแล หรือมีฐานะยากจน

2.7.6 ส่งเสริมการเก็บออมของผู้สูงอายุ และครอบครัว เช่น จัดตั้งกองทุนเงินออมเพื่อเป็นทุนสำรองใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย

2.7.7 ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีอาชีพเสริมที่สามารถสร้างรายได้ตามกำลังความสามารถ เพื่อช่วยเหลือจุนเจือการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

2.7.8 จัดให้มีกลุ่มอาสาสมัครหรือจิตอาสาดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานคอยดูแลควรมีเพื่อนบ้านหรืออาสาคอยสอดส่องดูแลอย่างต่อเนื่องและให้ความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

2.7.9 ควรเพิ่มเบี้ยยังชีพ เพิ่มเงินบัตรสวัสดิการรัฐ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

2.8 การพิจารณาเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต

ที่ประชุมเสนอแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

2.8.1 จัดให้มีการสำรวจขึ้นทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน แบ่งตามกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง กลุ่มป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ ไร้ที่พึ่ง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่ลำพังผู้สูงอายุด้วยตนเอง หรือผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานคอยช่วยเหลือดูแล

2.8.2 คืบข้อมูลให้กับชุมชน เพื่อให้ชุมชนรับทราบถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน และร่วมเป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.8.3 จัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยที่มีพลัง ด้วยการปรับเปลี่ยน ด้านกระบวนการคิด การเตรียมพร้อมด้านร่างกาย สภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

2.8.4 จัดตั้งกลุ่มหรือชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน ผู้สูงวัยในชุมชน เพื่อทำหน้าที่คอยให้ความช่วยเหลือ ดูแล ให้คำแนะนำปรึกษาซึ่งกันและกัน รวมถึงการชวนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่วนรวมด้วยกัน

2.8.5 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการ ความจำเป็น สิ่งสนับสนุน อุปสรรค การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

2.8.6 วิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญการดำเนินงานที่สอดคล้องกับความต้องการ ความจำเป็นของผู้สูงอายุในชุมชน

2.8.7 ประสานสมาชิกครอบครัว หน่วยงาน ภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการ เพื่อบูรณาการงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว และภาคีเครือข่ายทำงานร่วมกัน

2.8.8 ดำเนินการตามแนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน โดยความร่วมมือของชุมชน และองค์กรในชุมชน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว ผู้นำชุมชน นักการเมืองท้องถิ่น โรงเรียน วัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การศึกษานอกโรงเรียน พัฒนาชุมชน เป็นต้น เพื่อจัดกิจกรรมให้มีความต่อเนื่อง โดยเน้นให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวก และมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

2.8.9 จัดกิจกรรมดูแลสุขภาพ โดยการตรวจสุขภาพพื้นฐานในชุมชน เช่น การวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว การตรวจช่องปากและฟัน การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะข้อเข่าเสื่อม และภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด

และหัวใจ ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจิตอาสาในชุมชน

2.8.10 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวทาง 4 อ. (อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม) 2 ส. (งดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา)

2.8.11 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคม โดยการแต่งตั้งให้ผู้สูงอายุเข้าไป มีบทบาทในกิจกรรมของชุมชนมากขึ้น เช่น กิจกรรมงานบุญประเพณีของชุมชน การพัฒนา หรือ แก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชน ร่วมกับคนทุกกลุ่มวัยในชุมชน

2.8.12 จัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการผ่อนคลาย การแสดงความสามารถ การถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญา การจัดกิจกรรมสันทนาการในชุมชน เช่น การจัดแข่งขันจักสาน ตะกร้า การแข่งขันทอดพรม ทำดอกไม้จันทน์ การแข่งขันกีฬาสำหรับผู้สูงอายุ การประกวดผู้สูงอายุ สุขภาพดี การจัดให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาแก่คนรุ่นหลัง เป็นต้น

2.8.13 จัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูเกียรติผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมชื่นชม สมน้ำหน้า เช่น ผู้สูงอายุต้นแบบด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีความเสียสละเพื่อกิจกรรมส่วนรวม ภูมิปัญญาชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตัวเอง และสร้างสรรค์พลังความคิดเพื่อกิจกรรมในครอบครัวและชุมชนต่อไป

2.8.14 การระดมทุนในชุมชนเพื่อจัดตั้งกลุ่มสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย หรือประสบปัญหาเดือดร้อนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

2.8.15 พัฒนาทักษะการอยู่ร่วมครอบครัวกับผู้สูงอายุ และการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ในครอบครัวแก่สมาชิกครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับ การให้ความรัก ความเคารพ และให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ในครอบครัว

2.8.16 สมาชิกครอบครัว ชุมชน องค์กร/หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมกัน วิเคราะห์ ประเมินกิจกรรมที่ดำเนินการ ปรับปรุง พัฒนา และค้นหาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความทันต่อเหตุการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา

สรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและภาคีเครือข่าย จากการร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย

1. การจัดบริการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานของรัฐ ทำหน้าที่ในการสำรวจ ขึ้นทะเบียน และพัฒนาระบบข้อมูลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน พัฒนาระบบการคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุทุกคน พัฒนาระบบการรับ-ส่งข่าวระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน เชื่อมโยง และคืนข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนอย่างสม่ำเสมอ การจัดระบบส่งต่อ การเชื่อมโยงระบบการดูแล

ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ในพื้นที่ กิจกรรมเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพ ความต้องการและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การจัดทีมสหสาขาวิชาชีพ การเยี่ยมบ้าน เยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน 2. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและภาคีเครือข่าย โดยการจัดทำระบบทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน (3 กลุ่ม) การสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์/การส่งข่าว/ข้อมูลด้านสุขภาพในชุมชน ระบบสำรวจคัดกรอง/การตรวจสุขภาพในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย แลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมวิเคราะห์ ส่งเสริมและแก้ปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน ครอบครัวใส่ใจให้การดูแลและให้ข้อมูลผู้สูงอายุในครัวเรือน ร่วมสนับสนุนการก่อตั้งและดำเนินการของกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ กองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมอาสาเพื่อผู้สูงอายุยามยาก กิจกรรมเสริมรักเสริมสุข ชื่นชม ยกย่อง การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ การเยี่ยมผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายในชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน จัดตั้งและดำเนินการ โรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมใส่ใจผู้สูงอายุตามประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น

3. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ภายหลังการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้เสนอรูปแบบต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อขอคำแนะนำการสร้างรูปแบบที่มีความสมบูรณ์เหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้

1. ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้ชัดเจน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของภาระงาน
2. ควรระบุแนวทางการพัฒนาศักยภาพ และบทบาทของสมาชิกครอบครัว ในการร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง
3. ควรมีการร่วมวิเคราะห์ข้อมูล ของหน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว และภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน การศึกษานอกโรงเรียน พัฒนาชุมชน เป็นต้น เพื่อจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โดยบูรณาการงานจากทุกภาคส่วน ทั้งด้าน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากร

4. ควรกำหนดกิจกรรมที่ใช้สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

5. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม

6. ควรมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางเดียวกัน

7. ควรมีการนำรูปแบบไปทดลองใช้ และประเมินผลในพื้นที่จริง

ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุ โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ภาคีเครือข่าย และสมาชิกครอบครัว มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ใช้ฐานข้อมูลเดียวกันในการดำเนินงาน ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

2. หน่วยบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานหลักในการรวบรวมข้อมูล นำเสนอข้อมูลต่อภาคีเครือข่าย และชุมชน ตามช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยประสานการทำงานกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ

3. สมาชิกครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมเข้าไปมีส่วนร่วมจัดสำรวจขึ้นทะเบียน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุ

4. ภาคีเครือข่าย ร่วมพัฒนาระบบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล บูรณาการงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบของชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ และ

5. เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต

ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ตามแนวคิดภาวะพึ่งพิง โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี 2) เพื่อศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี และ 3) เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษา 2 ระยะ คือ 1) ระยะสำรวจข้อมูลโดยการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิและการสัมภาษณ์ และ 2) ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย โดยใช้กิจกรรมการสนทนากลุ่ม สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ พ.ศ. 2561 จากรายงานมาตรฐานกลางกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด ร้อยละ 20.54 อัตราเพิ่มของผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.08 ขณะที่อัตราเพิ่มประชากรโดยรวม ร้อยละ 1.29 พ.ศ. 2559-61 พบกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะข้อเข่าเสื่อม และเสี่ยงต่อการหกล้ม อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้านการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากแผนงาน/โครงการของหน่วยบริการสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ พบว่า หน่วยงานหลักที่มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งดำเนินกิจกรรมด้านการคัดกรองภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และให้บริการตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วย แต่ยังไม่สามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทุกด้านเนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกพื้นที่ มีการจัดกิจกรรมตามประเพณีและวัฒนธรรม การจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านจิตใจ เช่น การจัดกิจกรรมธรรมะสำหรับผู้สูงวัย เข้าวัดปฏิบัติธรรม กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ด้านการมีส่วนร่วม

ของครอบครัวและภาคีเครือข่าย พบว่า ลักษณะของกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่จัดในพื้นที่ขาดการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย เช่น ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว กลุ่ม/องค์กรต่างๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น การดำเนินงานเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน มีกิจกรรมที่ซ้ำซ้อนกันในบางเรื่อง และระบบข้อมูลยังไม่ตรงกันในแต่ละหน่วยงาน

1.2 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.39 อายุเฉลี่ย 71.43 ปี (S.D. = 7.954) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 47.31 รองลงมาเป็นวัยกลาง (70-79) ร้อยละ 36.58 มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.61) รองลงมามีสถานภาพ หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 41.22 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 89.75) ไม่มีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม (ร้อยละ 77.31) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกไม่เกิน 4 คน (ร้อยละ 60) ในจำนวนสมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,594 คน พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 39.15) รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 38.46 พบผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง ร้อยละ 7.07 และอาศัยอยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเท่านั้น ร้อยละ 11.71 สมาชิกครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 51.95 ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 35.61 แหล่งข้อมูลที่ได้รับมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 23.90 รองลงมา คือ โทรทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และวิทยุ (ร้อยละ 15.37, 12.44 และ 7.80 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท (ร้อยละ 73.90) ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 37.07) รองลงมาคือ มีเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 32.93 ขณะที่พบมีไม่เพียงพอสูงถึงร้อยละ 30.00

1.3 ข้อมูลภาวะสุขภาพ แบ่งเป็นภาวะสุขภาพทางกาย และภาวะสุขภาพทางจิต

1.3.1 ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน ร้อยละ 20.00 น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 18.53 และมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 17.56 พบเพศชายมีเส้นรอบเอวเกิน 90 เซนติเมตร ร้อยละ 6.96 ขณะที่เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตร สูงถึงร้อยละ 38.12 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 39.76 โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.10 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.15 และป่วยมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 5.37 ปัญหาสุขภาพรายด้าน พบมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย/การเคลื่อนที่มากที่สุด (ร้อยละ 50.00) รองลงมา คือ การมองเห็น ร้อยละ 38.78 การนอนหลับพักผ่อน ร้อยละ 26.09 การรับประทานอาหาร ร้อยละ 25.61 และการขับถ่าย ร้อยละ 22.68 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่เคยสูบบุหรี่ และไม่เคื่อดื่มสุรา (ร้อยละ 76.83, 77.3 และ 69.83 ตามลำดับ) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.49 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 40.00

1.3.2 ด้านภาวะสุขภาพทางจิต พบว่า เคยมีภาวะเครียดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 24.15 วิธีการจัดการความเครียดที่นำมาใช้มากที่สุด คือ การพูดคุยกับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ไปพบเพื่อน ร้อยละ 21.71 รองลงมา คือ นั่งเล่น นอนเล่น เดินเล่น ออกกำลังกาย ร้อยละ 15.61 ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ร้องเพลง ฟังวิทยุ ร้อยละ 11.46 ทำสมาธิ ตั้งสติ ปล่อยวาง คิดบวก มองคนรอบข้าง ร้อยละ 11.46 ส่วนใหญ่สามารถจัดการความเครียดได้ดี (ร้อยละ 93.17) ผลการประเมินภาวะเครียด โดยใช้แบบประเมิน ST5 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะเครียดน้อย ร้อยละ 72.68 รองลงมา คือ ปานกลาง ร้อยละ 19.75 และมากที่สุด ร้อยละ 4.39 ตามลำดับ การประเมินภาวะซึมเศร้า 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต พบว่า มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (ตอบว่า มี 6 ข้อขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 20.73 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทางจิต/อารมณ์ของตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับ ดี ร้อยละ 43.17 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.7 และ เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือด้านภาวะสุขภาพ (ร้อยละ 46.83)

1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 79.27) มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.34) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.79) ต้องการช่วยเหลือด้านการมีส่วนร่วม ร้อยละ 45.85

1.5 การมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีเงินเก็บสำรองค่าใช้จ่าย ในการดูแลสุขภาพในอนาคต แต่อาจไม่เพียงพอ (ร้อยละ 53.2) รองลงมาคือ มีและเพียงพอ ร้อยละ 35.1 ทำประกันชีวิต/ฌาปนกิจสงเคราะห์ ร้อยละ 84.15 ไม่มีการทำประกันการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 83.17 เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 97.56 มีผู้ดูแลนำส่งหน่วยบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 81.2 ส่วนใหญ่มีและใช้โทรศัพท์สื่อสาร (ร้อยละ 66.83) ไม่รู้จักหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินทางการแพทย์ (1669) ร้อยละ 46.59 บ้านเรือนส่วนใหญ่มีความมั่นคงแข็งแรง (ร้อยละ 84.39) ส่วนใหญ่ มีการจัดสภาพแวดล้อมบ้านเรือนให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกปลอดภัย เพียงพอ ร้อยละ 59.51 ไม่มีและมีแต่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 40.49 มีสมาชิกครอบครัว/บุตรหลานคอยช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย/ดูแลตนเองไม่ได้ในอนาคต ร้อยละ 95.12 ระดับการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ มาก (ร้อยละ 51.95) ต้องการความช่วยเหลือด้านการมีหลักประกันความมั่นคงปลอดภัย ในชีวิต (ร้อยละ 47.56)

1.6 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จากกระบวนการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม สรุปเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุโดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพภาคีเครือข่าย และสมาชิกครอบครัว มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ใช้ฐานข้อมูลเดียวกันในการดำเนินงาน

ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 2) หน่วยบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานหลักในการรวบรวมข้อมูล นำเสนอ ข้อมูลต่อภาคีเครือข่าย และชุมชน ตามช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพให้ ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยประสานการทำงานกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ 3) สมาชิกครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมเข้าไปมีส่วนร่วมจัดสำรวจขึ้นทะเบียน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุ 4) ภาคีเครือข่าย ร่วมพัฒนาระบบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล บูรณาการงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบ ของชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ และ 5) เป้าหมาย การดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต

2. อภิปรายผล

จากโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มีอัตราเพิ่มอย่างรวดเร็ว และทำให้อำเภอสวรรคภูมิ กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2561 จากรายงานมาตรฐานกลาง กระทรวงสาธารณสุข พบมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.54 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดย สมบูรณ์ ใน พ.ศ. 2564 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2559) ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ความชุกการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อัตราป่วยตายด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2559- 61) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น สอดคล้อง กับข้อมูลของ ระวี สัจจโสภณ (2556) ที่กล่าวว่า ปัญหาที่ตามมาจากการมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่ม สูงขึ้น คือ ปัญหาการพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ (Social dependency) ซึ่งเกิดจากประชากรวัย แรงงานต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกด้าน ซึ่งภาวะ ดังกล่าว จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในอนาคต ด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ยาวนานยิ่งขึ้น และลดระยะเวลา การเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

ด้านการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุปัจจุบันที่พบว่า หน่วยงานหลัก ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ขณะที่หน่วยงานอื่น มีการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุโดยทั่วไป ทั้งการ ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง การสนับสนุนเบี้ยยังชีพ รวมถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การจัดกิจกรรมปฏิบัติธรรม กิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน กิจกรรมวันผู้สูงอายุ วันแม่แห่งชาติ การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ ศิริวารังสรรค์ และเสนห์ แสงเงิน (2559) ที่พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ การดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว การดูแลสุขภาพของตนเอง และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ จัดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ขาดการขาดการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่นๆ เช่น การศึกษาตามอัธยาศัย พัฒนาชุมชน ที่มีการจัดฝึกอาชีพเสริมในชุมชนให้กับประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุในชุมชน แต่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนการทำอาชีพเสริมที่จัดฝึกอบรม และขาดความต่อเนื่องของกิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจากโครงการที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นโครงการที่กำหนดโดยหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินงานตามนโยบาย และงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน ขาดการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล และกำหนดกิจกรรมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

ด้านภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี พบว่า ปัญหาโรคเรื้อรังที่มีความชุกมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดไขมันในเลือดสูง ไตวาย เป็นต้น ปัญหาสุขภาพรายด้านที่พบคือ ปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย/การเคลื่อนไหวที่ ปัญหาการมองเห็น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร ปัญหาการขับถ่าย ส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ภาวะสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับดี จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัย เนื่องจากภาวะเสื่อมของร่างกายที่มีความเสื่อมลงไปตามอายุที่มากขึ้น และมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ขาดการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะมีปัญหาภาวะสุขภาพทางกาย ในช่วงเวลาที่เร็วขึ้น ดังที่ มลฤดี โพธิ์พิจารย์ (2558) กล่าวว่า ปัญหาด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาด้านสุขภาพจากการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียนทั้งโรคทางร่างกาย และทางสมอง ด้านภาวะสุขภาพทางจิตจากการประเมินภาวะเครียดโดยใช้แบบประเมิน ST5 และประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถาม 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเครียดหรือเครียดน้อย และภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 72.68 และ 79.27 ตามลำดับ) ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเครียดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 75.85) และส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพจิตของตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 43.17) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.68) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และส่วนใหญ่เป็น

ผู้สูงอายุวัยต้น ที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (อ้างอิงในสำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม 2556) กล่าวว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นหรือช่วงต้น (Young-old) คือ ผู้มีอายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มที่ถือว่ายังมีสภาวะร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี ยังสามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพัง ช่วยเหลือตนเองได้

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวระดับมากในทุกด้าน ทั้งร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมปฏิบัติ ส่วนการมีส่วนร่วมในชุมชนพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชนโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.79) รองลงมาคือ ระดับมาก (ร้อยละ 45.37) ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัว จำเป็นต้องทำงาน เพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว เป็นช่วงวัยที่บุตรหลานแยกตัวไปตั้งครอบครัวใหม่ หรือต้องไปทำงาน ทำให้ต้องรับภาระดูแลบ้านเรือนด้วยตนเอง ขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน กลับค่อยๆ ลดลง เนื่องจากบทบาททางสังคมที่น้อยลง ต้องรับภาระในการดูแลครอบครัว ตนเอง และหลาน จึงทำให้ไปร่วมกิจกรรมของชุมชนได้น้อยลงไป สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ของ จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย และวราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2558) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมน้อยลง ทำให้ถอยห่างไปจากสังคม สังคมไม่ให้ความสำคัญ คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือไม่มอบหน้าที่ให้รับผิดชอบ

ด้านการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 97.56) มีบุตรหลานคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในอนาคตร้อยละ 95.12) สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ และคณะ (2555) พบว่า ระบบการเปลี่ยนแปลงจากการบริการเชิงรับ เป็นเชิงรุก ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วย หรือโรคเจ้าหน้าที่สามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบ้านเรือนอยู่อาศัยคงทนแข็งแรง (ร้อยละ 84.39) มีการจัดสภาพแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกปลอดภัย ร้อยละ 59.51 ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุส่วนใหญ่จะมีบุตรหลานที่มีอาชีพ หน้าที่การเงิน และมีเงินสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเรือนเพื่ออำนวยความสะดวกปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ แม้ไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน สอดคล้องกับ เล็ก สมบัติ (2550) กล่าวว่าครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แม้ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากปัจจัยภายนอก แต่ยังมีเชื่อมั่นว่าจะได้รับการดูแลจากครอบครัว โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากการสนทนากลุ่ม พบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน ฐานข้อมูลที่น่า

มาใช้มีความแตกต่างกัน กิจกรรมมีความซ้ำซ้อน ไม่ต่อเนื่อง ขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ครอบคลุมและภาคีเครือข่าย ดังนั้น แนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงควรมีการพัฒนากระบวนการข้อมูลให้มีความถูกต้อง สอดคล้องกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ กำหนดรูปแบบการดำเนินงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อเป้าหมายของการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำเนินชีวิต รู้สึกมีคุณค่า สามารถพึ่งพาตนเองได้ ทำประโยชน์แก่ครอบครัวและชุมชนได้ ดังที่องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดแนวคิดให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพลังหรือมีภาวะพลุดพลัง ซึ่งประกอบด้วย การมีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ได้เสนอรูปแบบเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ดังนี้ 1) หน่วยบริการสุขภาพสำรวจขึ้นทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่าย เสนอข้อมูลแก่ชุมชนและภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุกให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ประสานการทำงานร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายทุกระดับ 2) ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมจัดสำรวจขึ้นทะเบียน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุ 3) ด้านภาคีเครือข่าย ร่วมพัฒนาระบบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล บูรณาการงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการดำเนินงานในรูปของชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ และ 4) เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ที่ยังไม่มีกรนำไปทดลองนำไปใช้ในพื้นที่จริง จึงยังไม่สามารถเสนอได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะสามารถ ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้หรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอรูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้เพื่อนำไปทดลองใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ โดยเน้นที่การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คือ การเน้นที่การบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานหรือภาคีเครือข่าย และการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การร่วมกำหนดกิจกรรม เหล่านี้จะทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องรับรู้ถึงความสำคัญของการดำเนินงาน ร่วม

เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน และร่วมพัฒนาระบบการทำงานในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

3.1 ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เป็นปัจจุบัน โดยการพัฒนาร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้ฐานข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงกัน

3.2 ควรมีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ที่มีความชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อนกัน บุคลากรสามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้

3.3 การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านภาวะสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต โดยความร่วมมือของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ซึ่งจะทำให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว และชุมชนได้ รู้สึกมีคุณค่าและมีความมั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิตในอนาคต

3.4 การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ควรจัดในสถานที่ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้ง่าย เช่น จัดกิจกรรมในชุมชน การจัดบริการเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ร่วมกำหนด และดำเนินกิจกรรม

3.5 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และสถานการณ์เกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุที่ต้องการเตรียมความพร้อมในการจัดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

3.6 ควรศึกษาการดำเนินงานทุกกลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อนำมาบูรณาการร่วมกัน กำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายให้ชัดเจน สอดคล้องกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

4. ข้อจำกัดการวิจัย

4.1 การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมของภาคีเครือข่ายที่ไม่สามารถเชิญให้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ทุกกลุ่ม

4.2 การศึกษาภาวะพลัดพราก เป็นมุมมองในภาพที่กว้าง ทำให้การขมวดประเด็นการศึกษาได้ยาก มีประเด็นที่ต้องศึกษามาก เครื่องมือค่อนข้างมาก ทำให้เป็นอุปสรรคในการจัดเก็บ

ข้อมูลเพื่อการศึกษา โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูล อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่าย

4.3 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมสนทนากลุ่มครั้งละ 1 กลุ่ม แบ่งกลุ่มตามประเภทของตัวแทนที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อให้สามารถร่วมแสดงความคิดเห็นได้ โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของความแตกต่างกันในบทบาทหน้าที่ แต่จากการดำเนินกิจกรรมก็ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มยังมีประเด็นการร่วมเสนอแนวคิดที่ไม่แตกต่างจากบริบทที่เป็นอยู่มากนัก





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ*.
นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (2550). *คู่มือการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าแบบ Cognitive-behavioral therapy*. กรุงเทพฯ:
ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การสร้างเครือข่ายและ
การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน*.
สืบค้นจาก www.hed.go.th/linkhed/file/91.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามารชิตสาร*, 14(3), 358-439.
- กรรณิกา เจิมเทียนชัย. (2539). *การพัฒนารูปแบบการประเมินประสิทธิผลองค์การของวิทยาลัย
พยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. (วิทยานิพนธ์คุุณบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546*.
(พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสย์.
- กุศล สุนทรธาดา. (2553). คุณค่าด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย. ใน *เอกสารวิชาการสถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม*. (หน้า 65-83). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โกวิท พวงงาม. (2541). *การปกครองท้องถิ่นไทย : หลักการและมิติใหม่ในอนาคต*. กรุงเทพฯ:
มูลนิธิส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น.
- คณาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (2558). การดำรงชีวิตอย่างมีความสุข. ใน *เอกสาร
ประกอบการสอนรายวิชาศึกษาพื้นฐาน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*. เชียงราย:
สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
- คัมภีร์ สุดแท้. (2553). *การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก*.
(วิทยานิพนธ์คุุณบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- จินตวีร์ เกษมสุข. (2554). *การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม*. กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2549). *รายงานการวิจัยโครงการพหุมิติพลัง: กรณีศึกษาจากผู้สูงอายุที่ได้รับ
การยอมรับในสังคม*. กรุงเทพฯ: กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย และวารภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล. (2558). การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. (หน่วยที่ 2). ใน *ประมวลสาระชุดวิชา การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง การรักษาโรคเบื้องต้นและปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เจมส์ แอล. เกรย์ตัน. (2551). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน การตัดสินใจที่ดีกว่าโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม*. แปลจาก *The Public Participation Handbook. Making Better Decisions Through Citizen Involvement*. แปลโดย วันชัย วัฒนศัพท์, ถวิลวดี บุรีกุล และเมธิสา พงษ์ศักดิ์ศรี. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2556). ข้อพิจารณาโมทัศน์ใหม่ของ “นิยามผู้สูงอายุ” และ “อายุเกษียณ” ในประเทศไทย. *วารสารประชากร*, 4(1), 131-50.
- ชญาณิศ เขียวสด, สฤณี ผ่องแผ้ว, ไพจิตร วรรณจักร, ปิยะนุช เอกก้านตรง และบังอร กล้าสุวรรณ. (2554). *การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน*. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. สืบค้นจาก <http://203.157.71.148/Information/center/research/2054/shiyunid54.pdf>.
- ดิเรก วรรณเศียร. (2545). *การพัฒนาแบบจำลองแบบสมบูรณ์ในการบริหาร โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน สำหรับสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ทิสนา แจ่มมณี. (2550). *ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ช่วงเวฬุวรรณ. (2556). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสะตอ อำเภอ เขาสมิง จังหวัดตราด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php/about-elderly/book/65-book06>.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2544). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *การวิจัยเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก.

- บุญเชิด ชำนิศาสตร์. (2556). การพัฒนารูปแบบการบริหารวิชาการ ในการจัดการศึกษาปฐมวัย ของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การประถมศึกษา เพชรบุรี. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 10(2), 134-46.
- ปณิธิ บรรานัน. (2557). พฤติกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุและ “ทุน” ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงาน ด้านผู้สูงอายุ. *วารสารคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 33(3), 97-120.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ปัญญา ทองนิล. (2553). รูปแบบการพัฒนาสมรรถภาพการสอนโดยบูรณาการแบบสอดแทรก สำหรับนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์เพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้เรียน. (วิทยานิพนธ์ คุุชฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- เปลื้อง ณ นคร. (2560). *พจนานุกรมแปล ไทย-ไทย ความหมายของภาวะ*. สืบค้นจาก <https://dictionary.sanook.com/search/dict-th-th-pleang/ภาวะ>.
- พรชัย ตระกูลวรานนท์, สายฝน สุเอียนทรเมธี, รุ่งนภา เทพภาพ, ปณิธิ สุขสมบุรณ์, และพรทิพย์ เนติภารัตนกุล. (2554). *กระบวนการทางสังคมเพื่อกำหนด มาตรการสร้างเสริมสุขภาพประชากรสูงวัย: รายงานการศึกษาวิจัย แผนงาน เสริมสร้างนโยบายสาธารณะ ที่ดี (TUHPP)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550. (2550). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก. หน้า 1.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). *การดูแลผู้สูงอายุ (Elderly care)*. สืบค้นจาก <http://haamor.com/th/การดูแลผู้สูงอายุ/>.
- พิมพ์วิสุทธิ์ บัวแก้ว และระติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-109.
- พิสิฐ เทพไกรวัล. (2554). การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อคุณภาพการจัดการศึกษา ในโรงเรียนประถมศึกษาขนาดเล็ก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุชฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปนัดดา ปรีชฤกษ์ และญาณิศา โชติกะคาม. (2555). กระบวนการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2), 8-17.

- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 13-20.
- ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. (2553). *ระบาดวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพโรจน์ คะเชนทร์. (ม.ป.ป.). *พัฒนาการและทฤษฎีพัฒนาการ*. สืบค้นจาก <http://rdi.aru.ac.th/journal/pdf/20171010193021.pdf>.
- ภคพร กุลจิรันธร. (2549). *ภาวะพหุพลังของผู้สูงวัย (Active Ageing)*. สืบค้นจาก <https://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=shirley129&month=04-2016&date=30&group=1&gblog=18>.
- ภาณุ ออกกลิ่น. (2551). *ทฤษฎีการสูงอายุ*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี. สืบค้นจาก <http://110.164.51.229/newbcnu/attachments/WorksTeacher/Panu/20panu.pdf>.
- มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง และคุณฤทัย อายุวัฒน์. (2558). การสร้างทางเลือกในการพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุรุ่นใหม่. *วารสารประชากร*, 4(2), 23-45.
- มลฤดี โพธิ์พิจารย์. (2558). การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ. ใน *เอกสารประกอบการสอนกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://slideplayer.in.th/slide/10640116/>.
- มาลี สืบกระแสด. (2552). *การพัฒนารูปแบบขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา*. (วิทยานิพนธ์คุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสยาม, กรุงเทพฯ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559*. นครปฐม: พรินเตอร์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: พงษ์พาณิชย์เจริญผล.
- รศรินทร์ เกรย์, อุมภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระวี สัจโจโสภณ. (2556). บทความปริทัศน์: แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์*, 34(3), 471-90.

- รัชฎา พงษ์ธนกิจ. (2558). *การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน*. รายงานการประชุม
วิชาการและนำเสนอผลการวิจัยระดับชาติและนานาชาติ กลุ่มระดับชาติ ด้าน
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ
และนานาชาติ ครั้งที่ 7; มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, น. 2047-58.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: นานมีบุคส์
พับลิเคชั่นส์.
- เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกานต์ สักดาพร. (2554). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง
ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย*.
กรุงเทพฯ: สำนักงานมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงาน
ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ:
มิสเตอร์ ก้อปปี.
- _____ (2550). *ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และลัดดา คำริการเลิศ. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติ
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- วิชัย เอกพลากร. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5
พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาจเชื้อสัตย์, ศิริพันธ์ สาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม และจิณณ์สิธา
ณรงค์ศักดิ์. (2557). *การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น*.
วารสารสภาการพยาบาล, 29(3), 104-115.
- วิโรจน์ ผลเยี่ยม. (2557). *การพัฒนา รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานเขตพื้นที่
การประถมศึกษา*. (ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต ติพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลย
อลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, กรุงเทพฯ.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ เล่ม 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 9).
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550). *ตัวแบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชน*. *วารสารพหุสาขาวิทยา
และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 8(3), 1-9.

- ศิริณี ศรีหาคาก. (2556). *ผู้สูงอายุและผู้ดูแล: ความเปราะบางของสังคมผู้สูงอายุภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น. (2555). พฤติพลังของผู้สูงอายุไทย การบินผลทางประชากรและโอกาสทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในสังคมสูงวัย. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 4(7), 201-214.
- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนตะวันออก. (2543). *รายงานการติดตามการสำรวจข้อมูลผู้ด้อยโอกาสในเขตภาคตะวันออก*. ระยอง: ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). *รายงานประจำปี 2553 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้มีความเป็นธรรมด้านสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสน่ห์ แสงเงิน. (2559). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทไทย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(2), 182-191.
- สายฤดี วรกิจโกคาทร, ประภาพรธรรม จูเจริญ, กมลพรรณ พันพั่ง, สาวิตรี ทยานศิลป์ และดวงใจ บรรทัด. (2550). *ระบบการดูแลของผู้สูงอายุ. ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงอายุ: การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายสุนีย์ ปวุฒินันท์. (2541). *ความรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในโครงการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *ปีสุขภาวะที่สูญเสีย: รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554*. นนทบุรี: สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม. (2556). *รายงานประจำปี 2556*. กรุงเทพฯ.
สืบค้นจาก <http://www.oie.go.th/sites/default/files/attachments/publications/oie-annualreport2556.pdf>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2559). *รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง*.
สืบค้นจาก https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2561). รายงานมาตรฐานกลางจาก 43 แห่ง.

สืบค้นจาก https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. (2550). ตัวแบบ (Model) การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ในชุมชน (Community Care). ใน เอกสารวิชาการ สทส.ลำดับที่ 1/2550. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2548). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2556). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์. (ม.ป.ป.). บทบาท/บริบทของสถานบริการในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพฯ: หน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. อัดสำเนา.

สุจริต สุวรรณชีพ, นันทนา รัตนกร, กาญจนา วณิชรมณีย์, พรรณี ภาณุวัฒน์สุข และนันทน์ภัท ประสานทอง. (2558). แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สุชาดา ทวีสิทธิ์. (2553). บทบรรณาธิการ: การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์เพื่อการวิจัยผู้สูงอายุ. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสวรัย บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ), ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. นครปฐม: ประชากรและสังคม.

สุนีย์ อังศุภาสกร. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

สุพัตรา ศรีวิชชากร, ปิยธิดา คูหิรัญรัตน์, ระวีวรรณ เผ่ากัณหา, วัชริน ลินชวานนท์, เกษม เวชสุทธานนท์ และคณะ. (2552). การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน: ระบบ หลักการ แนวทางปฏิบัติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน.

- สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2557). วุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 17(มกราคม-ธันวาคม), 231-248.
- โสภณ เมฆธน. (2552). *ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เอมอร จารุรังษี. (2551). การเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 17(1), 43-84.
- Anthony, O.C. (2010). Managing Behavior and Emotional Issues in Older People. *The Social Science*, 5(5), 401–413.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
- Brager. G., Specht, H.. & Torczyner. J. L. (1987). *Community org. mizin8 (2nd cd.)*. New York: Columbia University Press.
- Chowdhury. (1989). *Let Grassroots Speak: People's Participation Self-Help Groups and NGO's in Bangladesh*. University Press Ltd., Dhaka.
- Cowgill D. O. (1986). *Aging Around the World*. Belmont, Ca.: Wadsworth.
- Eliopoulos, C. (1995). *Manual of gerontological nursing*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Good, Carter V. (2205). *Dictionary of Education*. (5th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Husen , T. and Postlethwaite, T. Neville. (1994). *Self-Directed Learning : A Guide for Learners and Teacher*. New York: Association Press.
- Jitapunkul, S. and S. Wivatvanit. (2008). National Policies and programs for the aging population in Thailand. *Aging International*, 33(1), 62-74.
- Junxia Chen, Shiho Murayama and Kiyoko Kamibeppu. (2010). Factors related to well-being among the elderly in urban China focusing on multiple roles. *BioScience Trends*, 4(2), 61-71.
- Keeve, P. J. (1988). *Model and Model Building Educational Research Methodology and Measurement: An international Handbook*. Oxford : PergamonPress.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607 – 610.
- NECTEC's Lexitron Dictionary. (2017). *ความหมายของภาวะ*. สืบค้นจาก <https://dict.longdo.com/search/ภาวะ>.
- Oakley and Marsden. (1984). *Approaches to participation in rural development*. Geneva ILO.
- Orimo, H., et, al. (2006). Reviewing the definition of “elderly”. *Japan Geriatrics Society*, 6, 149–158.

- Pallavi Banjare, Rinshu Dwivedi and Jalandhar Pradham. (2015). *Factors associated with the life satisfaction amongst the rural elderly in Odisha, India*. Published online.
Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4687085/>.
- Smith, Edward W. (1980). *The Education's Encyclopedia*. New York: Prentice – Hall.
- Stoner, A.F. and Wankel, C. (1986). *Management*. (3rd.ed). New Delhi : Prentice-Hall.
- The Editors of Encyclopaedia Britannica. (n.a). *Old age*. Retrieved from <https://www.britannica.com/science/old-age>.
- Tosi, H.L., & Carrol,S.J. (1982). *Management*. (2 nd ed). New York: John Wiley and Sons.
- United Nations. (2013). *World Population Ageing 2013*. Department of Economic and Social Affairs Population Division.New York. ST/ESA/SER.A/348.
Retrieved from <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>.
- Uotinen, V. (2005). *I am Old and I feel: Subjective Age in Finish Adults*. yväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Westergaard. K. (1986). *People's participation, Local government and Rural Development: The Case of West Bengal, India (CDR Research Report 8)*. Copenhagen: Centre for Development Research.
- Willer, D. (1986). *Scientific Sociology: Theory and Method*. Englewood cliff, NJ.: Prentice Hill.
- World Bank. (1995). *World Bank Participation Sourcebook*. Washington, D.C.: World Bank.
- World Health Organization (WHO). (n.a). *Definition of an older or elderly person: Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project*.
Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. (Access : 25 December 2016)
- World Health Organization. (1998). *The World Health Report 1998: Life in the 21st century A vision for all*. Geneva; Switzerland: WHO Printed in France.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing A Policy Framework*. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, april 2002.
- World Health Organization. (2014). *Ageing and Life Course*. Retrieved from http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/.

Yuriek, A. G., et al. (1980). *The Aged Person and Nursing Process*. New York: Appleton, Century-Crofts.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัย

สืบช่วยธรรมมาภิบาล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายสมหมาย คชนาม

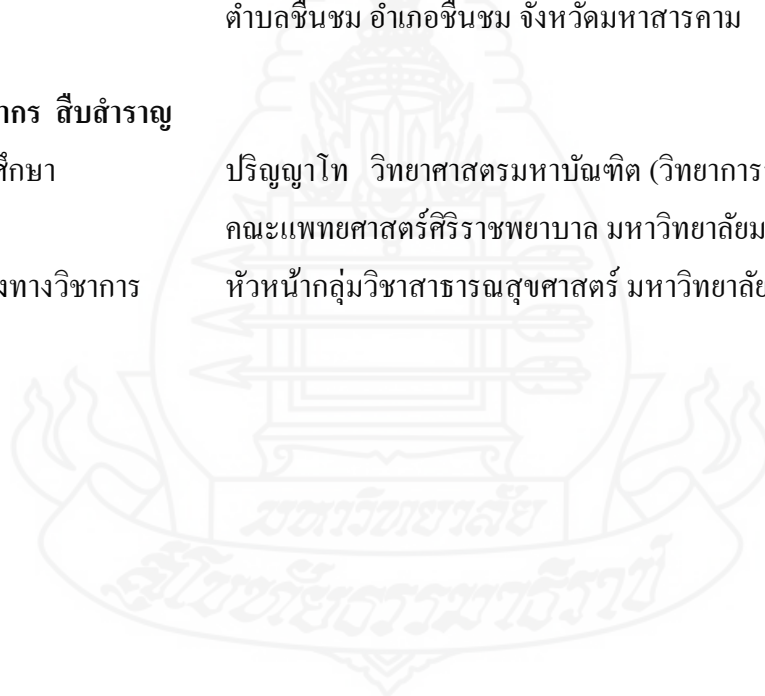
วุฒิการศึกษา	ปริญญาเอก ศึกษาศาสตร์คุณวุฒิบัณฑิต (ประชากรศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งทางวิชาการ	ผู้จัดการสำนักวิจัยและสถิติ ดร.สมหมาย คชนาม

2. นายชาติ ยะวร

วุฒิการศึกษา	ปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำแหน่งทางวิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชื่นชม 8 หมู่ 10 ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

3. นายพลกร สืบสำราญ

วุฒิการศึกษา	ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งทางวิชาการ	หัวหน้ากลุ่มวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี





ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สกลนคร

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย
อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
ข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เนื้อหา
ของแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพ	
- ภาวะสุขภาพกาย	จำนวน 10 ข้อ
- ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน 22 ข้อ
ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4 การมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต	จำนวน 11 ข้อ

ผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามที่ตรงตาม
ความเป็นจริงของท่าน มา ณ โอกาสนี้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลดังกล่าวไปวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย
ในภาพรวม ข้อมูลของท่านจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

ประพันธ์ มังสระคู

นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วิชาเอกบริหารสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามหรือให้ข้อมูลตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง	Sex []
2. อายุ.....ปี (จำนวนปีเต็ม คำนวณโดยใช้ พ.ศ.ปัจจุบัน-พ.ศ. เกิด)	Age []
3. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่า	Mar []
4. ท่านจบการศึกษาระดับใด (ตามเกณฑ์กระทรวงศึกษาธิการ) () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา (ป.4, ป.6) () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) () 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า () 5. อนุปริญญาตรีหรือเทียบเท่า/ปวท./ปวส. () 6. ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	Edu []
5. ตำแหน่งหรือบทบาททางสังคมของท่านในปัจจุบัน () 1. ไม่มีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม () 2. มีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง เช่น กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล มัคคนายกวัด กรรมการกองทุนหมู่บ้าน ฯลฯ	Rol []
6. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ด้วยกันอย่างน้อย 1 เดือนนับถึงปัจจุบัน.....คน เพศชาย.....คน เพศหญิง.....คน	Mem []
7. จำนวนสมาชิกครอบครัวแบ่งตามกลุ่มวัย 7.1 วัยก่อนเรียน (0-5 ปี)คน 7.2 วัยเรียน/นักเรียน (0-24 ปี และกำลังเรียน/ศึกษา)คน 7.3 วัยทำงาน (15-59 ปี)คน 7.4 วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)คน	
8. จำนวนสมาชิกครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง/เจ็บป่วยต้องรับการรักษาต่อเนื่อง.....คน	

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
9. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพหรือไม่ () 1. ไม่ได้รับ () 2. ได้รับ	
10. แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมากที่สุด	
11. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท	
12. ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายของครอบครัว () 1. ไม่เพียงพอ () 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ () 3. เพียงพอและเหลือเก็บ	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ

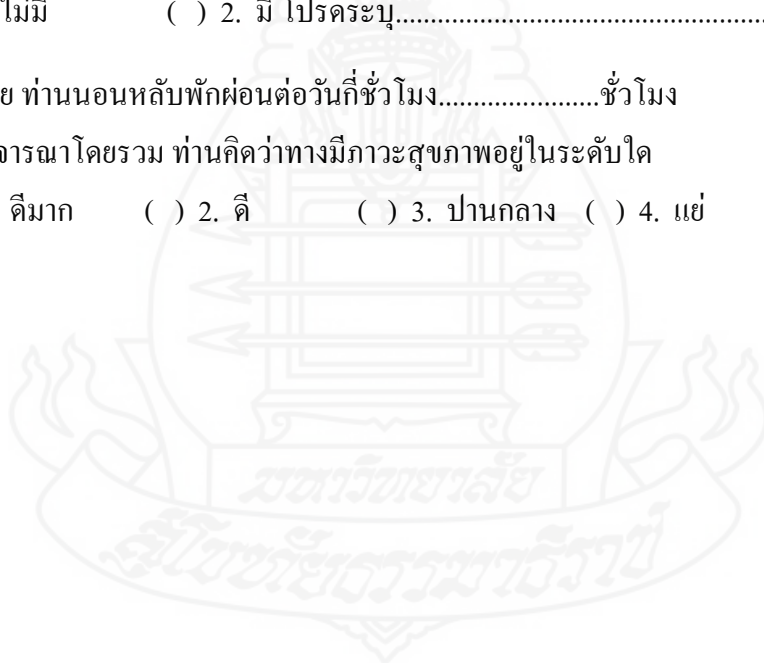
คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริงของท่าน

ตอนที่ 1 ภาวะสุขภาพทางกาย

- น้ำหนักของท่านในปัจจุบัน.....กิโลกรัม
- ส่วนสูงของท่านในปัจจุบัน.....เซนติเมตร
- ความยาวเส้นรอบเอวของท่าน.....เซนติเมตร (วัดโดยผู้สัมภาษณ์)
- ท่านมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังหรือไม่
() 1. ไม่มี
() 2. มี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] ความดันโลหิตสูง	[] เบาหวาน	[] ไตวายเรื้อรัง
[] เก๊าต์	[] รูมาตอยด์	[] หอบหืด
[] วัณโรค	[] ลมชัก	[] ถุงลมโป่งพอง
[] โรคหัวใจและหลอดเลือด	[] ไขมันในเลือดสูง	[] มะเร็ง
[] โรคหลอดเลือดสมอง	[] อื่นๆ ระบุ.....	
- ท่านมีปัญหาด้านการมองเห็น เช่น ตาพร่ามัว สายตาสั้น สายตายาว ต้อกระจก ต้อเนื้อ
() 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุ.....

6. ท่านมีปัญหาการรับประทานอาหาร เช่น เบื่ออาหาร มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวอาหาร มีปัญหาการกลืนอาหารติดคอ สำลักอาหาร
 1. ไม่มี 2. มี โปรดระบุปัญหา.....
7. ท่านมีปัญหาการขับถ่าย หรือระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูก ถ่ายลำบาก ท้องอืดแน่นท้อง ปวดแสบร้อนท้อง ถ่ายเหลวบ่อยๆ คลื่นไส้ อาเจียน
 1. ไม่มี 2. มี โปรดระบุ.....
8. ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เดินไม่สะดวก เดินไกลๆ แล้วปวดขา ปวดหลัง มีนชาที่ขาเวลาเดิน
 1. ไม่มี 2. มี โปรดระบุ.....
9. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่ เช่น นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก นอนมากเกินไป นอนกรน นอนละเมอ มีอาการหายใจไม่ออกขณะนอนหลับ
 1. ไม่มี 2. มี โปรดระบุ.....
9. โดยเฉพาะ ท่านนอนหลับพักผ่อนต่อวันที่ชั่วโมง.....ชั่วโมง
10. หากพิจารณาโดยรวม ท่านคิดว่าทางมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับใด
 1. ดีมาก 2. ดี 3. ปานกลาง 4. แย่ 5. แย่มาก



ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพทางจิต

1. การประเมินภาวะความเครียด ตามแบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (ST-5) ขอให้ท่านประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0-3 คะแนน ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

- 0 หมายถึง ไม่มี
 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง คือ มี 1-2 วันต่อสัปดาห์
 2 หมายถึง บ่อยครั้ง คือ มี 3-4 วันต่อสัปดาห์
 3 หมายถึง เป็นประจำ คือ มี 5-7 วันต่อสัปดาห์

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
		คะแนนรวม.....คะแนน			

2. การประเมินภาวะซึมเศร้า ตามแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ

ข้อแนะนำ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายเพิ่มเติม

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือไม่ (เกือบตลอดทั้งวัน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. รู้สึกหมดกำลังใจอยาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่เคยชอบและเคยทำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. รู้สึกผิดหวังในตนเอง และโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. รู้สึกอยากอยู่คนเดียวไม่อยากยุ่งกับใคร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. คิดอะไรไม่ออก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
10. หลงลืมง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. คิดอะไรอีกอาด เชื่องช้ากว่าปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยกว่าเดิม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

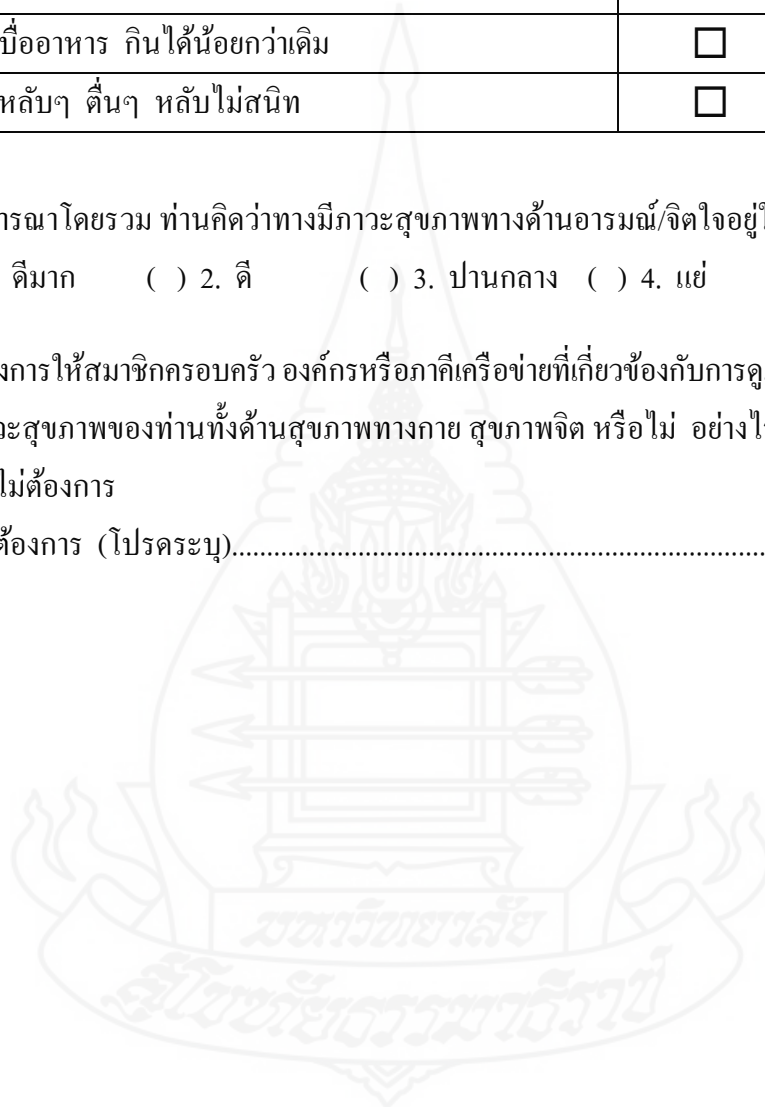
3. หากพิจารณาโดยรวม ท่านคิดว่าทางมีภาวะสุขภาพทางด้านอารมณ์/จิตใจอยู่ในระดับใด

() 1. ดีมาก () 2. ดี () 3. ปานกลาง () 4. แย่ () 5. แย่มาก

4. ท่านต้องการให้สมาชิกครอบครัว องค์กรหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุช่วยเหลือด้านภาวะสุขภาพของท่านทั้งด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต หรือไม่ อย่างไร

() 1. ไม่ต้องการ

() 2. ต้องการ (โปรดระบุ).....



ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน

คำชี้แจง ในรอบปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของครอบครัวและชุมชน ดังต่อไปนี้หรือไม่ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับความเป็นจริง โดยมีคะแนน ดังนี้

- 3 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมมาก
 2 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง
 1 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย
 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีส่วนร่วม

ประเด็นการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม			
	3	2	1	0
ด้านการแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน				
1. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว เช่น แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการซ่อมแซมต่อเติมอาคารบ้านเรือน การลงทุนในการประกอบอาชีพ การจัดซื้อสิ่งของที่จำเป็นสำหรับครอบครัว การจัดงานบุญ/ประเพณีของครอบครัว การเดินทางเพื่อท่องเที่ยว เป็นต้น				
2. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ในครอบครัว เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ปัญหาการขาดแคลนเงินทุนในการประกอบอาชีพ เป็นต้น				
3. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น การจัดงานบุญ/ประเพณีสำคัญของหมู่บ้าน การพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน การดำเนินงานของกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น				
4. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชน เช่น ปัญหาการขาดแคลนน้ำใช้/แหล่งน้ำประปา ปัญหาการจัดการขยะในชุมชน ปัญหาโรคติดต่อในชุมชน ปัญหายาเสพติดในชุมชน เป็นต้น				

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม			
	3	2	1	0
ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ				
5. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการจัดกิจกรรมของครอบครัว เช่น การซ่อมแซมต่อเติมอาคารบ้านเรือน การลงทุนในการประกอบอาชีพ การจัดซื้อสิ่งของที่จำเป็นสำหรับครอบครัว การจัดงานบุญ/ประเพณีของครอบครัว การเดินทางเพื่อท่องเที่ยว เป็นต้น				
6. ท่านมีส่วนร่วมในวางแผนวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัว เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ปัญหาการขาดแคลนเงินทุนในการประกอบอาชีพ เป็นต้น				
7. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการจัดกิจกรรมของชุมชน เช่น การจัดงานบุญ/ประเพณีสำคัญของหมู่บ้านการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน การดำเนินงานของกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น				
8. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในวางแผนวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่น ปัญหาการขาดแคลนน้ำใช้/แหล่งน้ำประปา ปัญหาการจัดการขยะในชุมชน ปัญหาโรคติดต่อในชุมชน ปัญหายาเสพติดในชุมชน เป็นต้น				
9. ท่านมีส่วนร่วมเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น การจัดงานประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ประเพณีแห่เทียนพรรษา ประเพณีตักบาตรเทโว การจัดงานผ้าป่า การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชน เป็นต้น				
การร่วมปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน				
10. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว				
11. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ของครอบครัว				
12. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน				
13. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชน				
14. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนร่วมกับหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ที่มีการจัดกิจกรรมในชุมชน				

15. ท่านต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว องค์กรหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนหรือไม่ อย่างไร
- () 1. ไม่ต้องการ
- () 2. ต้องการ โปรดระบุ.....
-

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต

1. ท่านมีเงินเก็บหรือเงินสำรองสำหรับการใช้จ่ายในการดูแลเมื่อท่านเจ็บป่วยหรือเมื่อท่านไม่สามารถทำงานเพื่อหาเงินได้
- () 1. ไม่มี () 2. มีและเพียงพอ () 3. มีแต่อาจจะไม่เพียงพอ
2. ท่านมีการทำประกันชีวิต/แผนกักสวงเคราะห์หรือไม่
- () 1. ไม่มี () 2. มี
3. ท่านมีการทำประกันการรักษาพยาบาลหรือประกันการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือไม่
- () 1. ไม่มี () 2. มี
4. ท่านสามารถไปรับบริการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพตามสิทธิรักษาพยาบาลได้โดยไม่มีปัญหา
- () 1. ไม่ได้ () 2. ได้
5. เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินท่านมีผู้ที่จะพาท่านไปรับบริการรักษาพยาบาลได้ทันทีหรือไม่
- () 1. ไม่มี () 2. มี
6. ปัจจุบันท่านมีและใช้โทรศัพท์เพื่อการติดต่อสื่อสารหรือไม่
- () 1. ไม่มี () 2. มี
7. ท่านรู้จักหมายเลขฉุกเฉินทางการแพทย์เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่
- () 1. ไม่รู้จัก () 2. รู้จัก คือ หมายเลข.....

8. สภาพบ้านเรือนที่ท่านอาศัยอยู่ในปัจจุบันมีความมั่นคงแข็งแรงสามารถอยู่อาศัยได้ตลอดช่วงอายุขัยของท่านหรือไม่
- () 1. ไม่มั่นคงแข็งแรง () 2. มั่นคงแข็งแรง () 3. ไม่แน่ใจ
9. บ้านเรือนที่ท่านอาศัยอยู่ในปัจจุบันมีอุปกรณ์และมีการจัดการสภาพแวดล้อมที่สามารถเอื้ออำนวยให้ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้สะดวกปลอดภัยทั้งในปัจจุบันและอนาคต
- () 1. ไม่มี () 2. มีแต่ไม่เพียงพอ () 3. มีและเพียงพอ
10. ท่านมีบุตรหลานที่คอยดูแลช่วยเหลือและไม่ทอดทิ้งเมื่อท่านเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- () 1. ไม่มี () 2. มี () 3. ไม่แน่ใจ
11. ท่านต้องการการช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว องค์กรหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุด้านการมีหลักประกันหรือไม่ อย่างไร
- () 1. ไม่ต้องการ
- () 2. ต้องการ โปรดระบุ.....



ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจง โครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับชี้แจงโดยหัวหน้าโครงการวิจัย/ผู้ช่วยวิจัย เพื่อขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยจากท่าน พร้อมขอให้ท่านลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

ชื่อ โครงการ	การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
ชื่อผู้วิจัย	นายประพันธ์ มั่งสระคู
สถานที่วิจัย	อำเภอสุวรรณภูมิ
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน	043581261
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่	0854116445
โทรศัพท์บ้าน	043030203

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ เพื่อพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ มีการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไปเผยแพร่/ดำเนินการและพัฒนาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ครอบครัวและภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญและมีการบูรณาการความร่วมมือ ให้การสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ ได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมีคุณภาพ เป็นผู้สูงอายุที่มีพลังหรือมีภาวะพลุดก

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ สามารถให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์เพื่อนำวิเคราะห์และนำเสนอประกอบการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีเป้าหมายในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต อย่างต่อเนื่อง ลดช่วงเวลากการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 410 คน ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ประมาณ 30-60 นาที

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ การสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของท่าน ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน การมีหลักประกันความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ด้านการเงิน การมีหลักประกัน การประกันสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการรักษาพยาบาล การมีผู้ช่วยเหลือดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในบ้านเรือนและชุมชน โดยมีข้อคำถาม ข้อมูลทั่วไป 14 ข้อ ภาวะสุขภาพทางกาย 10 ข้อ ภาวะสุขภาพทางจิต 22 ข้อ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน 15 ข้อ และการมีหลัก ประกันความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต 14 ข้อ ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 – 60 นาที สัมภาษณ์ครั้งเดียว

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

- กรณีเป็นการศึกษาด้านสังคมศาสตร์หรือพฤติกรรมศาสตร์ เช่น การสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นคือ ท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียดกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรือเสียเวลา

หากท่านไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อการรับบริการรักษาพยาบาลของท่าน หรือต่อการรับบริการจากหน่วยงานรัฐอื่นๆ ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือองค์กรของรัฐ ที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ประการใด (ถ้าโครงการใดที่ผู้วิจัยจะมีการถอนผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยออกจากโครงการ ให้ระบุพร้อมเกณฑ์ในการถอน และระบุนการได้รับการช่วยเหลือ ตามความเหมาะสมต่อไป)

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
ตำบล..... อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45130 โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นายประพันธ์ มั่งสระภู หัวหน้าโครงการวิจัย ที่หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 0854116445 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะรับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ**การบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต** และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูล โดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/ วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือพยาน

ลงชื่อ..... พยาน วันที่.....
(.....)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายประพันธ์ มั่งสระคู
วัน เดือน ปีเกิด	13 ตุลาคม 2516
สถานที่เกิด	อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2542 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2549 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2552
สถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ตำแหน่ง	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

