

การประยุกต์ใช้กลยุทธ์ PEMEC เพื่อขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ปราณี จันธิมา* พรทิพย์ สาริโส**

บทคัดย่อ

บทนำ : การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนต้องการการมีส่วนร่วมจากชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาให้เกิดประสิทธิผล เข้มแข็งและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา และทดสอบประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเปรียบเทียบคะแนน ADL ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความพึงพอใจ

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยกลยุทธ์ PEMEC มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบ 3) ระยะดำเนินการ 4) การประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2562 - กรกฎาคม 2563 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 124 คน คือ 1) ภาคประชาชน 2) ภาคท้องถิ่น และ 3) ภาคสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจและแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : การใช้กลยุทธ์ PEMEC ทำให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเป็นระบบ ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพามีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมทุกด้านหลังดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และคะแนนความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมก่อนการดำเนินงานน้อยกว่าหลังการดำเนินงาน ($p < .001$)

สรุปผล : การนำกลยุทธ์ PEMEC มาใช้ในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมในชุมชนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพา การดูแลระยะยาว PEMEC

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย, E-mail: tukayee@gmail.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Received: April 20, 2021

Revised: October 5, 2021

Accepted: November 24, 2021

Application of the PEMEC strategy to strengthen community participation in for the care of dependent elderly in Srimuangchum sub-district Mae Sai District Chiang Rai Province

Pranee Chantima* Porntip Sareeso**

Abstract

Background: Long-term care (LTC) is for the care of dependent older people who require community network partners to provide sound and sustainable care.

Objective: To drive and examine the effectiveness of community participation in LTC by comparing ADL scores, a mean score of community participation, and satisfaction.

Methods: Participatory action research and the PEMEC strategy were used through the research consists of Public guidance, Educating, Marking ideas, Empowerment, and Collective agreement in the following four steps; 1) situation study, 2) model development, 3) action phase, and 4) outcome evaluation. This research was conducted from December 2019 to July 2020. The purposive sampling method was used throughout the study, with 124 participants from 1) the public sector, 2) the local government department, and 3) the health sector. The research instruments included the interview forms for participation, satisfaction, and opinions of the network partners. Data were collected through the interview and focus group discussion. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and the qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The study showed that the mean score of comprehensive engagement was significant ($p < .001$), that the score of satisfaction with participation was lower before the performance than after the performance ($p < .001$), and the ADL score of the dependent elderly had increased after the performance.

Conclusion: The PEMEC strategy was key to driving community engagement in LTC and improving activities of daily living in older people.

Keywords: community participation, dependent older people, long-term care, PEMEC

* Srimuangchum Sub-District Health Promoting Hospital, Mae Sai District, Chiangrai Province,
E-mail: tukayee@gmail.com

**Assistant Professor, Aging Care Research Unit (ACRU), School of Nursing, Mae Fah Luang University

บทนำ

ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.90 ของประชากรในปี พ.ศ. 2573¹ และใน 20 ปีข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ประเทศจึงได้กำหนดตัวชี้วัดให้ชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care; LTC) เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2559 - 2579)² และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 12 (ปี 2554 – 2564) ที่ให้ผู้สูงอายุ และผู้ที่ต้องพึ่งพาได้รับการดูแลทั้งในชุมชนและที่บ้านซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)³

จังหวัดเชียงรายมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 220,720 คน เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มพึ่งพาร้อยละ 6.00⁴ ตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และพบว่า ในปี 2562 มีกลุ่มพึ่งพา (คะแนนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน Activities of Daily Living; ADL ต่ำกว่า 12) ถึงร้อยละ 7.11⁵ ซึ่งสูงกว่าของจังหวัดเชียงราย เมื่อผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ส่วนหนึ่งมีอายุมากขึ้น ร่วมกับมีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ถ้าไม่มีระบบการดูแลช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ดี สามารถไปมาสะดวก ก็จะกลายเป็นผู้สูงกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น⁶ จากการวิเคราะห์การปฏิบัติงานในพื้นที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม

พึ่งพา พบว่า 1) ด้านคนและทีมงานมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลาง ขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย ใจ สังคมและปัญญาที่เข้มแข็ง โครงสร้างคณะทำงานยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน 2) ขาดการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง 3) กระบวนการทำงาน การดำเนินงานไม่มีระบบการดูแลและส่งต่อที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง จึงจำเป็นที่จะต้องขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาซึ่งต้องการการดูแลและการจัดบริการที่สังคมควรจัดให้มีขึ้นในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน เพื่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพและนโยบายทางด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพที่ดีของชุมชน จำเป็นต้องอาศัยพลังจาก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ พลังทางการเมือง (ภาครัฐ) พลังทางวิชาการ (องค์ความรู้) และพลังทางสังคม (ประชาชน)⁷ และ กลยุทธ์ 5 ประการหรือ PEMEC⁸ ประกอบด้วย 1) Public guidance การชี้นำสาธารณะ หลักการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างราชการกับชุมชน 2) Educating การให้ข้อมูลวิชาการ ข้อเท็จจริงครอบคลุมและเพียงพอ 3) Marketing ideas การประยุกต์ใช้แนวคิดทางการตลาดมาพัฒนาบริการ (Service) ที่คำนึงถึงความจำเป็น (Need) ความต้องการ (Want) ของชุมชน 4) Empowerment การส่งเสริมพลังอำนาจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการสร้าง

สุขภาพด้วยตนเอง และ 5) Collective agreement การกำกับดูแลโดยใช้ระเบียบแบบแผนที่ดีกลองร่วมกันของชุมชนเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่คาดหวัง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ PEMEC มาประยุกต์ใช้และดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR)⁹ ซึ่งเป็นการศึกษารวบรวม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปขอบเขตของการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การศึกษาชุมชน วิเคราะห์ปัญหา วางแผนลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผล อันจะส่งผลให้การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาเกิดประสิทธิผล ในระยะสั้นผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ระยะยาวผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เป็นระบบมีความต่อเนื่อง ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา โดยเปรียบเทียบคะแนน ADL ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนและความพึงพอใจระยะก่อนและหลังดำเนินการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 - กรกฎาคม พ.ศ. 2563 คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 124 คน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ภาคประชาชน ได้แก่ ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาจำนวน 11 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพาจำนวน 9 คน (คะแนน ADL ต่ำกว่า 12) ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 6 คน และคณะกรรมการผู้สูงอายุ 90 คน ส่วนที่ 2 ภาคท้องถิ่น จำนวน 4 คน โดยอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลศรีเมืองชุม อย่างน้อย 2 ปี ส่วนที่ 3 ภาควิชาการ จำนวน 4 คน คัดเลือกจากผู้ที่มีสมัครใจและสามารถเข้าร่วมวิจัย อ่านออกเขียนได้ สามารถโต้ตอบและสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สถานภาพส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส เป็นต้น
2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สำหรับ
 - 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา 2) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน และ 3) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องนอกชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมประเด็น การรับรู้ปัญหา การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา การให้การช่วยเหลือจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การเข้าถึงบริการ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .94 แล้วทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้และปรับปรุงข้อบกพร่อง
 3. แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา สำหรับญาติผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และ ผู้ดูแลด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 23 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน¹⁰ ดังนี้ 3 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมดำเนินการ

มาก 2 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมดำเนินการปานกลาง 1 คะแนน หมายถึงมีส่วนร่วมดำเนินการน้อย การแปลผลระดับการมีส่วนร่วม คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมระดับสูง

4. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา สำหรับสัมภาษณ์ตัวอย่างเช่นเดียวกับแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม¹⁰ ข้อคำถามมีจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุดการแปลผลระดับความพึงพอใจและความคิดเห็น เป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

5. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา สำหรับสัมภาษณ์ตัวอย่างเช่นเดียวกับแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแล ลักษณะข้อคำถามแบบปลายเปิดซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 5 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 นำไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ

ตัวอย่างจำนวน 3 ท่านแล้วนำผลการประเมินมาพูดคุยทำความเข้าใจจนเข้าใจตรงกันหมดทุกข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแล และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตรวจสอบคุณภาพโดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้าน LTC ผู้รับผิดชอบงาน LTC เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่สาย และพยาบาลวิชาชีพสำเร็จการศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องตามเนื้อหา Index of Congruence (IOC)¹¹ เท่ากับ .66 และความสอดคล้องตามโครงสร้าง เท่ากับ .66 หลังจากนั้น นำไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ความสอดคล้องตามเนื้อหา ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา เท่ากับ .96 และ .96 ตามลำดับ

ขั้นตอนในการวิจัย

แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะพัฒนา 3) ระยะดำเนินการ และ 4) ระยะประเมินผล ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ เป็นการศึกษารวมชนและวิเคราะห์สถานการณ์ โดยสนทนากลุ่มในหัวข้อ “ใส่ใจคนเฒ่า บ้านเฮาร่มเย็น” เป็นเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อร่วมกันค้นหาปัญหา จากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำนวน 6 คน ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ จิตอาสา กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 20 คน และผู้เกี่ยวข้องนอก

ชุมชน ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ประยุกต์ใช้กลยุทธ์ Public guidance ขับเคลื่อนการดำเนินงาน⁸ โดยเชิญตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาคประชาชนประกอบด้วยผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พระสงฆ์ ชมรมผู้สูงอายุ และญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ภาคท้องถิ่นประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุมและภาควิชาการ ได้แก่ รพ.สต. รพช. และ สสอ มาร่วมสนทนากลุ่ม ระยะดำเนินการ 1 เดือน

2. ระยะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หลังจากได้ประเด็นปัญหาและข้อค้นพบในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประยุกต์ใช้กลยุทธ์ Public guidance และ Marketing ideas กำหนดแนวทางในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา จัดตั้งคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ สถานบริการ ประสานหน่วยงานในการช่วยเหลือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนชุมชนจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เสนอโครงการเพื่อขอรับงบประมาณในการจัดกิจกรรมให้บริการ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน 1 เดือน

3. ระยะดำเนินการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยประยุกต์กลยุทธ์ Educating และ Empowerment ดังนี้⁸

3.1 Educating มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง รพ.สต. อปท. และ รพช. รพ.สต. สื่อสารนโยบายแผนกลยุทธ์ วิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กรและแผนงานให้กับทีมงานทราบ มีการกระจายอำนาจให้ผู้รับผิดชอบหลักของ

โครงการและผู้รับผิดชอบส่วนย่อยของโครงการที่จะทำให้อำนาจเป้าหมายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality Outcome Framework; QOF)¹² บูรณาการแนวปฏิบัติให้อยู่ในระบบการบริการประจำวัน เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมีการเตือนการใช้ยาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น พัฒนาความรู้ของผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยให้ส่วนราชการสนับสนุนด้านความรู้กระบวนการดูแลผู้สูงอายุ อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์และอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างเข้มข้น รพ.สต. ให้การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ จัดระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับจิตอาสา อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ บูรณาการการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุ รพช. รพ.สต. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดทำแนวปฏิบัติ (clinical practice guideline; CPG) ที่เป็นแนวทางของเครือข่ายบริการอำเภอแม่สาย การใช้โปรแกรม Family Folder Collector¹³ และสู่วัย Fighting ในการประเมิน ADL และติดตามเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สนับสนุนทางวิชาการ สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ให้ประชาชนทดลองคิด ปฏิบัติ เชื่อมการดูแลระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชน ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของทีมผู้ให้บริการและชุมชนใช้เวลาดำเนินการ 2 เดือน

3.2 Empowerment ส่งเสริมพลังอำนาจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน อปท. และ รพ.สต. สนับสนุนสื่อ สร้างความตระหนักและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (self-efficacy) โดยใช้ 5As ได้แก่ การถามเพื่อประเมินปัจจัย (ask/assess) การแนะนำ (advice) การให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย และมีส่วน

ระหว่างการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ ผู้ร่วมวิจัยลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่าง การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา ก่อนและหลัง ดำเนินการ โดยใช้สถิติการทดสอบ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)¹⁴

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ผลการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้กลยุทธ์ PEMEC และ ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่าง จำนวน 124 คน เป็นเพศชาย 57 คน มีอายุเฉลี่ย 68.3 ปี (SD= 16.50) ร้อยละ 66.90 จบประถมศึกษา ร้อยละ 76.20 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.58 เป็นผู้สูงอายุ

2. ผลการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้กลยุทธ์ PEMEC

2.1 เชิงโครงสร้าง มีการจัดตั้งกองทุนให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านเศรษฐกิจ อาชีพ ด้านสังคม ศาสนา และสิ่งแวดล้อม ชุมชนมีการจัดทำผ้าป่าขยะ โดยให้นำขยะมาแลกเป็นของอุปโภคและบริโภคเพื่อใช้ในครัวเรือน ชุมชนสนับสนุนการใช้พื้นที่ในการอบรมและการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และทุกภาคส่วนร่วมสร้างธรรมนูญสุขภาพเกี่ยวกับการดูแล

ผู้สูงอายุในพื้นที่โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเข้าใจในการดูแลตนเองเกิดทักษะ มั่นใจในตนเองมากขึ้น (รู้จัก สนใจ สอบถาม ตัดสินใจปฏิบัติ แนะนำบอกต่อ) เรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จ

2.2 เชิงกระบวนการ 1) มีการแยกบริการให้มีความเหมาะสมตามกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาได้รับการดูแลครบทุกคน (เกณฑ์ร้อยละ 100) และผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาที่ได้รับการดูแลมีระดับ ADL ดีขึ้นร้อยละ 30.26 (เกณฑ์ร้อยละ 30) 2) มีข้อมูลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงตามแบบคัดกรองผู้สูงอายุ 10 ด้าน⁵ และมี CPG ที่เป็นแนวทางของเครือข่ายบริการอำเภอแม่สาย 3) มีระบบการให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และสหสาขาวิชาชีพสำหรับ รพช. ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ 4) มีการฟื้นฟูสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น การนวด ประคบ อบสมุนไพร จนเกิดนวัตกรรมลูกบอลผ่อนคลายสบายมือ และผ่อนคลายสบายเท้าด้วยก้ามมะพร้าวในบ้าน 5) มีการเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้สูงอายุแบบตามสะดวก มาเป็นตามแผนการดูแล (planned care) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ตรงปัญหาและตามเวลาที่กำหนด และ 6) มีการใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านสามารถเชื่อมโยงไปยังโปรแกรม JHCIS ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้บันทึกผลการปฏิบัติงานของ รพ.สต.ลดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล

3. ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา

3.1 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หลังการดำเนินงาน 8 เดือนพบว่า กลุ่มพึ่งพามีจำนวนลดลงจาก 76 คน

เป็น 43 คน ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มติดบ้านลดลง จาก 62 คน เป็น 39 คน และกลุ่มติดเตียงลดลง จาก 14 คน เป็น 4 คน¹⁵

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาก่อนและหลังดำเนินการพบบว่าก่อน

ดำเนินการระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลในทุกด้านในระดับปานกลางหลังดำเนินการระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมพบว่าหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาก่อนและหลังดำเนินการ (N=124)

การมีส่วนร่วมของตัวอย่างสามภาคส่วน	ก่อนการดำเนินการ	หลังการดำเนินการ	95% Confidence Interval of the Difference	p
-การมีส่วนร่วมในการวางแผน	1.96 (0.54)	2.55 (0.22)	2.47 - 7.22	<.001*
-การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม	1.99 (0.55)	2.59 (0.23)	2.52 - 5.57	<.001*
-การมีส่วนร่วมในการนิเทศติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน	1.99 (0.62)	2.56 (0.37)	1.35 - 4.39	<.001*
-การมีส่วนร่วมในการสะท้อนผลการดำเนินงาน	1.92 (0.63)	2.53 (0.30)	1.32 - 4.38	<.001*

การติดตามประเมินผลระดับความพึงพอใจในการดูแลโดยรวมพบว่า ก่อนดำเนินการมีความพึงพอใจระดับมากและหลังดำเนินการมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจพบว่าหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาก่อนและหลังดำเนินการ (N=124)

ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างสามภาคส่วน	ก่อนการดำเนินงาน	หลังการดำเนินงาน	95% CI	p
ความพึงพอใจในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาโดยชุมชนมีส่วนร่วม	3.87 (0.87)	4.14 (0.62)	2.29 - 6.48	<.001*

อภิปรายผล

การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาโดยใช้กลยุทธ์ PEMEC ทำให้เกิดความไว้วางใจในชุมชน การมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และการมีความกระตือรือร้นของฝ่ายต่างๆ ทำให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเป็นระบบ

ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาได้รับการดูแลครบทุกคน และมีระดับ ADL ดีขึ้น ระดับการมีส่วนร่วมในทุกด้านและความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁶ มีแนวปฏิบัติ (CPG) ที่เป็นแนวทางของเครือข่ายบริการอำเภอแม่สาย การจัดบริการ

ตรงความต้องการของชุมชน ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น การใช้โปรแกรมและข้อมูลด้านสารสนเทศในการติดตามเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา สามารถเชื่อมโยงไปยังโปรแกรม JHCIS ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้บันทึกผลการปฏิบัติงานของรพ.สต.ลดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เกิดทักษะมั่นใจในตนเอง ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพระดับดีเด่น ทุกภาคส่วนร่วมสร้างธรรมนูญสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในการดำเนินงานดังกล่าวนี้ยังสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มวัยอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพาได้เช่นกัน ทั้งยังสามารถปรับการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มสุขภาพดีและกลุ่มเสี่ยงได้ด้วย การปรับโครงสร้างบริการให้มีความเหมาะสมตามกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ตัดบ้านและตัดเตียง การจัดระบบการเฝ้าระวัง ปรับปรุงและนำข้อค้นพบจากการวิจัยมาขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งในชุมชนและที่บ้าน จากภาคีหลัก 3 ส่วน ประกอบด้วยภาคประชาชน ภาคราชการ และภาคท้องถิ่นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะตามยุทธศาสตร์¹⁷ ได้รับการช่วยเหลือดูแลแบบองค์รวมเกิดชุมชนต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีระบบเยี่ยมบ้าน ผูกทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ระบบส่งต่อฉุกเฉินโดยชุมชนมีส่วนร่วม¹⁸ ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาสามารถเข้าถึงบริการของรัฐ และมีความพึงพอใจในบริการสวัสดิการที่มีอยู่

ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมองเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น¹⁹ ผู้สูงอายุและจิตอาสาออกเยี่ยมเยียนดูแลผู้สูงอายุในลักษณะ มิตรช่วยมิตร เพื่อนช่วยเพื่อน และเกิดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จิตอาสา ครอบครัว ชุมชนเจ้าหน้าที่ มีความสุขในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน²⁰ ข้อพึงระวังในการวิจัยนี้คือการร่วมแรง ร่วมใจและการดำเนินงานในทุกขั้นตอนต้องให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ในการดำเนินงานโดยชุมชนเอง ภาครัฐและภาคท้องถิ่นเป็นเพียงผู้สนับสนุน ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต้องชัดเจนสามารถวัดและประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การนำกลยุทธ์ PEMEC มาใช้ในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมในชุมชน ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพามีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นและจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพาตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุขลดลง กลยุทธ์นี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลกลุ่มพึ่งพาในช่วงอายุอื่นได้ โดยใช้ ADL เป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการดำเนินงานได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการวิจัยควรมีการขยายเวลาในการศึกษาเชิงคุณภาพและเก็บข้อมูลเชิงลึก เพื่อการจัดกิจกรรมพัฒนาให้ตรงตามกับผู้สูงอายุต้องการและทั่วถึง โดยเน้นการใช้กลยุทธ์ Marketing ideas และกลยุทธ์ Empowerment ให้มีความชัดเจนเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ด้านการปฏิบัติ การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา ควรมีการขยายลงสู่พื้นที่อื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยอปท. ควรมีบทบาทหลักและควรร่วมกับภาคี PEMEC มาใช้ในการดำเนินงาน

References

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Top 5 Incidence of Disease. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 2014. (in Thai).
2. Keleher H, Murphy B. Understanding health: A determinants approach. Melbourne: Oxford University Press; 2004.
3. Office of Policy Development and Research. Driving the District Health System (DHS). Bangkok: Office of Policy Research and Development, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai).
4. Office of Academic Promotion and Support. Strategy for Academic Promotion and Support, Social Development and Human Security 2012 - 2016. Bangkok: Office of Academic Promotion and Support; 2012. (in Thai).
5. Srimuangchum Sub-District Health Promoting Hospital. Summary of Elderly Health Information in 2019. [Internet]. 2019 [Cited 2019 Sep 30]; Available from https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b8980. (in Thai).
6. Sutthinarakorn W. Participatory action research and conscientization. Bangkok: Siam Piritus; 2014. (in Thai).
7. Muensaen N, Kraiphikul S. Community participation for health promotion of the elderly in Thungluke Village, Chiang Dao District, Chiang Mai Province. Nursing Journal. 2014;41(1):1-12. (in Thai).
8. Wongprom J, Jongwutiwes K, Prasertsuk N, Jongwutiwes N. Community participation in the development of older persons' quality of life. Veridian E-Journal, Slipakorn University. 2015;8(3):41-54. (in Thai).
9. Phuangsomjit. Participatory Action Research on Research in Educational Administration. (Book 2 (Unit 6-10);3rd edition). Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University; 2014. (in Thai).
10. Klangkarn S, Promasatayaprot V. Principles of Research in Health Science. Mahasarakham: Faculty of Public Health Mahasarakham University; 2010. (in Thai).
11. Srisa-ard B. Basic Research. 9th edition. Bangkok: Suweeriyasan; 2013. (in Thai).
12. Ministry of Public Health. Strategy target and indicators of the Ministry of Public Health for the year 2020. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 1]; Available from http://www.pho.ln.th/images/doc/yuth/StrategyKpi63/strategy_and_kpi_2563_pdf. (in Thai).
13. Nhoothong W. Family folder collector; FFC+ V.2.1. PathumThani: National Electronics and Computer Technology Center (NECTEC)

- (October-December); 2017. (in Thai).
14. Chantavanich S. Qualitative Data Analysis. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013. (in Thai).
 15. Srimuangchum Sub-District Health Promoting Hospital. Summary of elderly health information in 2020 [Internet]. 2020 [Cited 2020 Sep 30]; Available from https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b8980. (in Thai).
 16. Meekhanon C, Wiriphiromkul S, Thammaapiphon K, Suthisukon P. The follow-up]evaluation and lessons learned of the thai elderly club association, Kanchanaburi Province. Nakhonprathom: ASEAN Institute of Health Development, Mahidol University; 2012. (in Thai).
 17. Sittipreechachan P, Priyatruk P, Chotkakam Y. Community participatory in the process of care of elderly at Mabcare Subdistrict. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2012;13(2):8-17. (in Thai).
 18. Suthison S, Norasarn S, Sanisi S, Saengpetch M. Stepping forward to participatory long-term elderly society in Dan Sub-District Community, Rasi Salai District, Sisaket Province. Sisaket: Sisaket Printing; 2012. (in Thai).
 19. Nanthabut K. Caring for elderly people of Na Sai Sub-District administrative organization in Li District Lamphun Province. Bangkok: Office of the National Health Promotion Fund; 2014. (in Thai).
 20. Chuchuea N. Development of a long-term elderly health care model by participation of Si Sub-District Municipality, Khun Han District, Sisaket Province. [Thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2016. (in Thai).