



การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

The Development of Homebound Elderly
in Sub-district Health Promoting hospital.

นิตติสารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มณฑิต อินทรกำแหง
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.สงัด เชื้อล้นฟ้า
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ร่วมเรียนรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัญหา และ พัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวให้เกิดความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการตามบริบทใช้ในชีวิตประจำวัน 24 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ และอาสาสมัคร 52 คน เข้ากระบวนการกลุ่ม เพื่อปลูกฝังจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อผู้มีพร่อง ความรัก ความกตัญญูต่อบุพการี เสริมแนวคิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว สุขภาพภาคประชาชน ธรรมนูญสุขภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่มทำการสำรวจ เรียนรู้ เก็บข้อมูล วิเคราะห์ ปัญหา ความต้องการ จากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 12 คน นำข้อมูลมาวางแผนและแก้ไขปัญหา วิเคราะห์คำตอบจากแบบสอบถาม สนทนา สังเกต ประเมินผลงาน และการถอดบทเรียน ผลการศึกษาพบว่า เกิดความร่วมมือ

ของเครือข่ายสุขภาพ มีการกำหนดกิจกรรม การวางแผน การมอบหมายงานทำให้เกิดกิจกรรม แผนงานโครงการ และร่วมแก้ไขปัญหา ตรงกับความ ต้องการตามบริบทของผู้สูงอายุ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน การมีส่วนร่วมจากระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นระดับ มากระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มขับเคลื่อน เพิ่มขึ้นจาก 16.06 เป็น 19.87 ระดับค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้นจาก 14.06 เป็น 17.7 และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่พึง ประสงค์ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับดีสูงกว่าก่อนการพัฒนา

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, การดูแลสุขภาพ

Abstract

This study is research to create the participation from all sectors ,share analysis and synthesis problems. The development of the elderly health care group. According to



the standard of long term care to appropriate. Consistent requirement according to context. The study 24 weeks target lead the community, family members and volunteers 52, group process. To arouse the consciousness responsibility for the benefactor, love, gratitude to the parents. Promoting the concept change in healthy elderly. Long term care, health public health statute by using group process survey. Learn data analysis. Problems and needs, from the elderly group 12 people. The plan and solve the problems. Analysis of responses from the questionnaire, discussion, observation, evaluation and The cooperation of health network is the planning, task assignments, caused project plan and addressing the needs of the elderly. According to the context at a given time. The average participation rate increased from moderate to high. The average level of knowledge of the group driving up from 16.06 to 19.87 levels mean knowledge score of the elderly group increased from 14.06 to 17.7 and practice in healthcare

Key words : health care, the elderly group on development,

บทนำ

การเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์ที่มีอัตราการเกิดและการตายสูงไปสู่สถานการณ์ที่มีอัตราการเกิดและการตายต่ำและเปลี่ยนเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ”

(Ageing Society) เนื่องจากประชากรมีอัตราการตายลดลงช่วงอายุขัยของประชากรก็มีระยะยาวนานมากขึ้นซึ่งโดยภายในปี พ.ศ. 2544-2643 จะเป็นยุคแห่งสังคมผู้สูงอายุ (จุฬาทิพย์ กองจันทร์ศรี ,อรสา กองตาล ,2553) ผู้มีอายุสูงขึ้นจะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีโรคประจำตัว ทำให้บทบาทเปลี่ยนไปจากเคยดูแลตนเองได้กลับต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2540 ข้อที่ 5 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล,2557) ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันเข้าสู่สุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียมกัน และต้องได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ เพื่อให้ประชาชนร่วมคิดหาแนวทางในการจัดการด้านสุขภาพของตนเองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หน่วยงานในสังกัดดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งเป็นเรื่องของชุมชนที่ควรจะต้องดำเนินการและวัดผลสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนและให้ถือเป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชนที่จะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา รับผิดชอบการดูแลคุณภาพชีวิตและสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเอง

ตั้งแต่ประมาณ ปี 2550 – ปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างจากการดูแลสุขภาพประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์เป็นครั้งคราว แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และตั้งรับเป็นหลัก การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขาดประสิทธิภาพและไม่สามารถ



สนองต่อความต้องการตามบริบทผู้สูงอายุได้ ทำให้ปัญหาทางสุขภาพมีความรุนแรงและซับซ้อนมาก เกิดการเจ็บป่วยต่อเนื่อง มีปัญหาที่หลากหลาย (สาธิต บวรสันติสุทธิ์, 2558) ทั้งนี้ผลการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดอนสวรรค์ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556 ที่พบว่า ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านอยู่ด้วย จะทำให้คุณภาพชีวิตในครอบครัวลดต่ำลง โดยในปี 2556 รพ.สต.บ้านดอนสวรรค์ ต้องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบต่อเนื่องระยะยาวจำนวน 48 คน (กลุ่มติดบ้าน 36 คน และติดเตียง 12 คน) ซึ่งส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ร้อยละ 50 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 78 มีปัญหาทางสุขภาพกาย และการเคลื่อนไหวร้อยละ 90 มีปัญหาการกลืนและการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะร้อยละ 92 (สรุปรายงานประจำปี รพ.สต. บ้านดอนสวรรค์, 2556) ผู้วิจัยจึงเกิดแนวคิดที่จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยให้ชุมชนและเครือข่ายสุขภาพร่วมรับผิดชอบดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยมีความนโยบายตามระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และสามารถสนองต่อความต้องการที่แท้จริง พร้อมทั้งสร้างความยั่งยืนขยายผลดำเนินการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตอบสนองกับความต้องการตามบริบท และศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสวรรค์ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) 1 วงรอบ ตามขั้นตอน การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect)

กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ไม่ต่ำกว่า 6 ปี คือ 1) กลุ่มดำเนินงานเป็น ผู้นำชุมชน 16 คน อสม. 24 คน สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ 12 คน รวม 52 คน 2) กลุ่มผู้รับผลจากงานดำเนินงานเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 26 คนคัดเลือกโดยการคัดเลือกจากผู้สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยสามารถสื่อสารรู้เรื่อง ได้ความร่วมมือและสามารถเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นโครงการได้จำนวน 12 คนทำการวิจัยระหว่าง เดือน มีนาคม-กรกฎาคม 2558

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยไว้ 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ผลการดำเนินงาน ของ รพ.สต. ในพื้นที่ กองสาธารณสุขเทศบาลตำบล พัฒนาชุมชน และหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงทฤษฎากรรมมนุษย์ในระดับพื้นที่ โดยใช้ข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง

1.2 ศึกษาบริบทและข้อมูลพื้นฐานการดำเนินงาน ความต้องการในการพัฒนา โดยใช้การสำรวจชุมชน ผลจากข้อมูลแบบสำรวจการพัฒนา



คุณภาพชีวิต และการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตาม
กลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบ
กิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily
Living : ADL)

1.3 ติดต่อ ประสานงานผู้นำชุมชน
ผู้บริหารท้องถิ่น อาสาสมัครฯ เพื่อขอความเห็นชอบ
และความร่วมมือ พร้อมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย
และรับสมัครกลุ่มเป้าหมาย

1.4 ลงพื้นที่เพื่อประเมินศักยภาพ องค์
ความรู้ การปฏิบัติตัวของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้
เครื่องมือ แบบประเมินการมีส่วนร่วม ในการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแล
สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่ม ทดบ้าน ก่อน และหลังการ
พัฒนา

2. ระยะปฏิบัติการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) มี
ขั้นตอนคือ 1) การประชุมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
52 คน เพื่อ เรียนรู้ เกณฑ์มาตรฐานการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงาน ของหน่วยงานต้นสังกัด
2) ประชุมกลุ่มตัวอย่าง เพื่อระบุปัญหา ความ
ต้องการของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบมาตรฐาน
วิเคราะห์สถานการณ์ สรุปภาพรวมปัญหา สาเหตุ แนว
ทางการแก้ไขและพัฒนา โดยใช้วิธีการสนทนาแบบ
มีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระหลากหลายมุมมอง 3) ประชุมเชิง
ปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่าง 52 คน เพื่อวิเคราะห์สิ่งที่ได้
จากการลงพื้นที่ สังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน เพื่อ
ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตามกระบวนการกลุ่ม

2.2 ขั้นการลงมือปฏิบัติงานตามแผน
(Action) เป็นการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้
คือ แผนปฏิบัติการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตาม
มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และสภาพปัญหา
ตามบริบทและความต้องการ

2.3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) โดย
การสังเกตการมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่การ
ประชุมเชิงปฏิบัติการจนถึงการลงมือปฏิบัติงานตาม
แผน การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน และ
การประเมินผลการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการทั้งก่อน
ระหว่าง และหลังการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ

3. ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย

เป็นขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดย
การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เปรียบเทียบผลการ
ดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา จากข้อมูลที่เก็บ
รวบรวมได้จากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สรุปผลการ
ดำเนินการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการพร้อมทั้ง
วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงปริมาณ เป็น
เครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ คือ แบบสอบถามการมี
ส่วนร่วม, แบบวัดความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ
แบบประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ ทำการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ
ทั้งเนื้อหาและโครงสร้าง โดยมีค่าความเที่ยงตรง
เท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 โดยใช้วิธี
สัมประสิทธิ์ของอัลฟา

2. เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงคุณภาพได้แก่แบบ
สังเกตการมีส่วนร่วม โดยการสังเกตพฤติกรรมเดียว
ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ใช้โดยผู้สังเกตหลายคนแล้ว
นำข้อมูลมาพิจารณาหาความสอดคล้อง ส่วนแบบ



สัมภาษณ์ จะใช้คำถามปลายเปิดมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเนื้อหาครบถ้วนถูกต้องเหมาะสมตรงตามโครงสร้างและภาษา ส่วนของความเชื่อมั่นได้นำใช้การสัมภาษณ์ซ้ำและผู้ถูกสัมภาษณ์ยืนยันคำตอบของตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการสรุปเนื้อหาที่ได้จากแบบบันทึก แบบสังเกต แบบนิเทศ ติดตามการปฏิบัติงาน แบบสัมภาษณ์ กล้องถื่นรูป การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสรุปประเด็นสำคัญที่เป็นข้อค้นพบจากการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มตำบล และศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสวรรค์ อ.บ่อทอง จ.พิจิตร มหาสารคาม สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางด้านสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดองค์ความรู้ในการในการดำรงชีพตามกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม จนสามารถปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องตรงตามความต้องการตามบริบท ใช้เวลาศึกษา 24 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น ข้าราชการ สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข 52 คน เรียนรู้ตามกระบวนการกลุ่ม ทำการปลูกเร้าจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อผู้มีพระคุณ

ความรัก ความกตัญญูต่อบุพการี เสริมแนวความคิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงวัย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว สุขภาพภาคประชาชน ธรรมนูญสุขภาพ และทำการสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูล สังเคราะห์ วิเคราะห์ ปัญหาความต้องการจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่า กลุ่มนี้มีความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาความบกพร่อง ทางโภชนาการ เนื่องจากปัญหาการบดเคี้ยว การเสื่อมตามสภาพของร่างกาย ต้องการให้ครอบครัวหรือผู้ดูแล สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยยังขาดการปรับปรุงให้อากาศ สะอาดและความสะดวกและปลอดภัย การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การพักผ่อนไม่เหมาะสม ขาดผู้ดูแลที่ใกล้ชิด ส่วนความต้องการทางด้านจิตใจพบว่ามีความต้องการด้านการยอมรับจากครอบครัว สังคม ต้องการสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง ต้องการได้รับความสนใจหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมู่คณะ ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม บทบาทในสังคมลดลง พึ่งพาคนอื่นเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบที่เคยเรียนรู้ แบบสืบต่อกันมา ครอบครัวยังให้ความสำคัญของการมีชีวิตที่ยืนยาว มองปัญหาความเจ็บป่วยเกิดจากบุญ กรรม ปัญหาทางด้านสุขภาพมักจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จะมีบุตรหลาน เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือดูแล แต่บุตรหลาน ไม่มีความพร้อมหรือองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากนัก โดยมีการจัดทำแผนงานโครงการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาและสะท้อนผลการดำเนินงาน จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน AAR (After Action Review) การแบ่งงาน มอบหมายหน้าที่และติดตามประเมินผลแบบใกล้ชิดต่อเนื่อง ผลทำให้ผู้กลุ่มเป้าหมายได้เรียนรู้ ขึ้นชมในความสำเร็จจากการ



ทำงาน และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมหาทวิธีในการแก้ปัญหา ในการพัฒนางานแบบมีส่วนร่วมสามารถปรับวิธีคิด และวิธีการทำงานแบบสร้างสรรค์ และมีคุณภาพยิ่งขึ้นจนเกิดการปรับปรุงกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมตอบสนองความต้องการตามบริบทโดยมีผลของการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการขับเคลื่อนและพัฒนา เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนา การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน การรับผลประโยชน์จากดำเนินงานตามกิจกรรม และการประเมินผลของการพัฒนาเพิ่มขึ้นทุกด้านโดย มีค่าเฉลี่ยความต่างของการพัฒนาที่ 3.38 ก่อนการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 3.65 หลังการพัฒนา และมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในทุกด้านจากระดับปานกลาง เช่นในระดับมาก ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำแนกเป็นรายด้าน

การมีส่วนร่วมพัฒนาการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ การมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมี ส่วนร่วม
1. ด้านการค้นหาสาเหตุของปัญหา	3.30	0.53	ปานกลาง	3.60	0.61	มาก
2. ด้านการวางแผน	3.40	0.38	ปานกลาง	3.58	0.88	มาก
3. ด้านการดำเนินงาน	3.38	0.37	ปานกลาง	3.78	0.75	มาก
4. ด้านการรับผลประโยชน์	3.35	0.27	ปานกลาง	3.63	0.88	มาก
5. ด้านการประเมินผล	3.51	0.42	มาก	3.68	0.69	มาก
โดยรวม	3.38	0.25	ปานกลาง	3.65	0.74	มาก



2.กลุ่มตัวอย่างในการขับเคลื่อนและพัฒนา มีการพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำรงชีพตามกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม ปัญหาและความต้องการ การป้องกันและแก้ไขความเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ยความต่างเพิ่มขึ้นเป็น 3.81 ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงความรู้กลุ่มขับเคลื่อน และพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ความรู้กลุ่มขับเคลื่อน และพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ			
	Mean	S.D..	$\bar{X}$ ผลต่างความรู้
ก่อนการพัฒนา	16.06	1.851	3.81
หลังการพัฒนา	19.87	0.387	

3. ผู้สูงกลุ่มติดบ้าน มีความรู้ ในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการดำรงชีพตามกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงตามวัย การทำจิตใจให้สงบสุข การยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัย การป้องกันและแก้ไขความเสื่อมที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ยความต่างเพิ่มขึ้นเป็น 3.71 ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตาราง 3 แสดงความรู้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในการดูแลสุขภาพตนเอง			
	Mean	S.D..	$\bar{X}$ ของผลต่าง
ก่อนการพัฒนา	14.06	1.851	3.71
หลังการพัฒนา	17.77	0.397	

4. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงกลุ่มติดบ้าน สามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ การดำรงชีพตามกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม การทำจิตใจให้สงบสุข การยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัย การป้องกันและแก้ไขความเสื่อมที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนา และการยอมรับ และให้ความร่วมมือ กับครอบครัว และผู้ดูแล เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ยความต่างเพิ่มขึ้นเป็น 14.17 ดังแสดงตามตารางที่ 4



ตาราง 4 แสดงการประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อน
และหลังการพัฒนา

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน			
	Mean	S.D..	$\bar{X}$ ของผลต่าง
ก่อนการพัฒนา	23.92	2.539	14.17
หลังการพัฒนา	38.08	4.680	

กระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เกิดจากการวิจัยการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสวรรค์ อำเภอชุมชม จังหวัดมหาสารคาม ส่งผลทำให้เกิดความสำเร็จ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. การเตรียมคน เตรียมเครือข่ายในการทำงานที่ประกอบด้วย ผู้บริหารชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ ตัวผู้สูงอายุ อาสาสมัคร หน่วยงานราชการ และผู้บริหารท้องถิ่น เครือข่ายมีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ

2. การสำรวจและประเมินสถานการณ์ ความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ตามแบบสอบถาม

3. การประเมินศักยภาพตามบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และกลไกการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของหน่วยงานหลัก ตั้งยกรรรมการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยในชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข

4. การสะท้อนกลับข้อมูล คืนให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กับทุกฝ่ายและองค์การบริหารส่วนตำบล กิจกรรรม ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน

5. การดำเนินงานตามแผนงานโครงการกิจกรรมที่กำหนดโดยกลุ่ม มีการมอบหมายงานการตรวจสอบและประเมินผลงานเป็นระยะ ก่อให้เกิดแผนงานโครงการเพื่อใช้พัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวนทั้งหมด 4 โครงการ และมีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง

6. การประเมินผลการดำเนินงาน โดยผู้นำชุมชน อาสาสมัคร กลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ทำการประเมินผลหลังจากดำเนินงานไปแล้ว 10 สัปดาห์ ซึ่งพบว่า การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8 องค์ประกอบ ได้มีแก้ไขปัญหาคอขวดที่ยังติดขัด ให้สามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนโครงการระยะสั้นและเร่งด่วน มี 4 โครงการ



7. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปบทเรียนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปบทเรียนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง พบว่า การประชุมทุกครั้งได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมประชุมด้วยดี โดยครั้งแรกของการประชุม ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดวันเวลาสถานที่ประชุม แต่ครั้งต่อมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กำหนดเองทั้งหมด ค่าใช้จ่ายค่าอาหาร ผู้ร่วมประชุมเสียสละช่วยกัน และให้เกียรติเคารพในความคิดเห็นของสมาชิกอย่างเท่าเทียมกัน ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

1. สภาพปัญหาด้านความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขจากแผนงานโครงการกิจกรรมที่จัดทำขึ้น ภายใต้โครงการให้รพ.สต. จัดกิจกรรมตรวจสุขภาพ และให้การดูแลสุขภาพ ให้มีการประเมินสุขภาพ ตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพดี และมีการรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมให้การช่วยเหลือ ตามความจำเป็น จัดกิจกรรมการส่งเสริมการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย สำหรับการตรวจรักษาสุขภาพปาก ฟัน และการจัดหาคายอุปกรณ์ที่เหมาะสมมาปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อเอื้อต่อความปลอดภัยและลดการเกิดอุบัติเหตุ

2. สภาพปัญหาทางด้านจิตใจ ได้รับการแก้ไข โดยให้มีการประเมินสุขภาพจิต (แบบประเมิน 2Q ,9Q) ทุกราย หากพบความผิดปกติ ให้รายงานผล และมีการฝึกทำจิตบำบัด จัดให้มีกิจกรรม เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยภาคีสุขภาพ ฝึกอบรม อสม ให้เป็น อสม

ในการดูแลและประสานงานกับครอบครัวผู้สูงอายุ มอบรางวัลผู้สูงอายุที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐาน จัดทำกิจกรรมพากลุ่มตัวอย่าง ตักบาตรรับประทานอาหารร่วมกัน ผู้ที่พัฒนาตนเองกลับมาเป็นกลุ่มติดสังคมได้ พาออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุอื่น และการทำงานปณิกกิจผู้สูงอายุ ในระดับตำบล

3. ปัญหาทางสังคม และเศรษฐกิจทำให้มีการประเมิน ความซ้ำซ้อนของการเจ็บป่วย พร้อมขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ เพื่อรับเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น สนับสนุนครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ให้มีอาชีพและมีรายได้ที่ไม่ให้ออกไปทำงานนอกบ้าน เช่น การทอเสื่อ การทำปลายนก ผลิตเย็บกระเป๋า การเลี้ยงจิ้งหรีด การเลี้ยงปลาดุก การเลี้ยงกบ และหาตลาดรองรับให้

4. การเตรียมความพร้อม ในผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม เพื่อป้องกันการติดบ้านในผู้สูงอายุ จัดให้มีการประเมินและตรวจสุขภาพประจำปี การแปลผล และรายงานความเสี่ยงของการเจ็บป่วย การจัดตั้งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ การตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ การบริหารจัดการเชิงนโยบาย ในระดับท้องถิ่น ได้มีการออกเทศบัญญัติเกี่ยวกับการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

อภิปรายผล

การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสวรรค์ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม มีประเด็นสำคัญที่จะอภิปราย ดังนี้

ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ ได้รับการแก้ไขเป็นระบบมากขึ้น ในทุกด้านโดยเกิด



จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน มีการบูรณาการงานเข้ามาร่วมแก้ไข เริ่มตั้งแต่ในระดับครอบครัว ชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น และเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดกรอบแผนงาน กิจกรรม ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และมอบหมายงานที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สรัญญา ปิ่นเพชร (2554: 84-85) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิภา จิตรากุล (2556:420-421) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในชุมชนนั้นต้องมีการสนับสนุนงบประมาณ การจัดการระบบการพัฒนา ศักยภาพ ผู้เกี่ยวข้องผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามา มีบทบาทในทุกขั้นตอน จะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนทำการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุจะมีการดูแลสุขภาพตามแบบที่เคยเรียนรู้ที่สถาบันในวัยหนุ่มสาว ซึ่งครอบครัวยังให้ความสำคัญของการมีชีวิตที่ยืนยาว ปัญหาความเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุเกิดจาก บุญ ธรรม โดยจะมีผลทำให้ ปัญหาทางด้านสุขภาพเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเรื้อรัง และผู้สูงอายุ จะมีบุตรหลานเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือดูแล แต่บุตรหลานไม่มีความพร้อมหรือองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะดา ดวงพิบูลย์ (2554: 76-77) ได้วิจัยระดับภาวะพึ่งพาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ กองจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล (2555) ทำการศึกษา

การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ พบว่า ผู้สูงอายุจะป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผู้ดูแลหลักคือบุตรหลานและครอบครัว การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและสร้างกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนางาน ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม ไม่สามารถทำงานด้วยตัวคนเดียวได้ จะต้องเชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพ เข้าใจในความแตกต่างของบุคคล มีความรัก และหวังดีต่อบุคคลอื่นด้วย กระบวนการทำงานแบบเสริมพลัง เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการวางแผน ซึ่งเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ และมีความสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่เกิดจากภาคประชาชนซึ่งผู้ดูแล อาสาสมัคร ผู้แทนจากองค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับฟังข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุ ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและร่วมคิดหาทางออกร่วมกัน ช่วยให้การพัฒนาการบริการมีความยั่งยืนได้มากกว่าการทำและคิดแทนโดยเจ้าหน้าที่ ซึ่งการเสริมแรงและสร้างพลังภายใน กระตุ้นกระแสความรัก ความกตัญญูจากครอบครัวและชุมชน มีผลทำให้ทุกภาคส่วนเกิดความร่วมมือ และต้องเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่ตนเองเคารพ รัก และร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอนทำให้เกิดแผนงานโครงการและกิจกรรมแบบต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร โพธินาม,พิศ แสนศักดิ์ และคณะ (2556) ได้วิจัยผู้สูงอายุไทยบริบทของจังหวัดมหาสารคาม สอดคล้องกับการศึกษา ของ นริสา วงศ์พนารักษ์ (2556) ได้ศึกษาเสริมสร้างสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชกร (2554:4) ได้ศึกษาเรื่องการสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของประชาชน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ



ชีวิต และการพัฒนาชุมชน สังคม ต้องอาศัยการมีส่วนร่วม
ร่วมจากสังคม ชุมชน และครอบครัว โดยมีปัจจัย
แนวทางหลักคือการให้บริการเชิงรุก เพื่อสร้างการมี
ส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีความเหมาะสม
สอดคล้องกับความต้องการ วิธีการดำเนินชีวิต และ
บริบทของแต่ละบุคคล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความ
กรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผศ.น.สพ.
ดร.มนกานต์ อินทรกำแหง อ.ดร.สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้าที่ได้
กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการปรับปรุง
แก้ไขงานวิจัย ขอขอบพระคุณ นพ.อภิชัย ลิมานนท์
นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน ดร.รัชนิภา
จิตรากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และนาย
ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ให้
ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือใน
การวิจัยในครั้งนี้ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุก
ท่านที่คอยให้การช่วยเหลือจนทำให้การศึกษาลุล่วง
นี้ประสบผลสำเร็จด้วยดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา



เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ,ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์.(2551) ระบบการดูแลระยะยาว:การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย.วารสารพยาบาลรามา.
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล.(2555).การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ.(2556).ภาวะสุขภาพจิต ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม .วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์.มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปิยะดา ด่วงพิบูลย์.(2552). การประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตอำเภอวังน้อย จังหวัดราชบุรี.วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ.(2555) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมาบแค.วารสารพยาบาลทหารบก.
- ไพบูรณ์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557).การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนิภา จิตรากุล.(2556).การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ (ปร.ด) มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.(2556).บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทยสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย .เจ. พรีน2 .โรงพิมพ์ กรุงเทพฯ.
- สาธิต บวรสันติสุขธิ. (2558).การเสวนาเรื่องบริหารความเสี่ยงในแบบที่คุณทำได้:เคล็ดลับการบริหารการเงิน. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดส์บุค.
- สมพร โพธิ์งาม, พศ สนั่นศักดิ์ และคณะ .(2553). ผู้สูงอายุไทย :บริบทจังหวัดมหาสารคาม วารสารกรีนดรีม [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ตค. 2557จาก:<http://www.smj.ejnal.com/e->
- สุพิตร วรรณชกร.(2554) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนในการจัดการสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน(2554).ปัญหาของนโยบายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยมหิดล .