

การศึกษาวิจัยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง
ณ วัดห้วยเกียง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Title Research model of long-term care for elderly people in the community, measured as the
Centre at Wat Huay kang. Tambon Nong district division San Sai district, Chiang Mai.

อุมาพร นิ่มตระกูล

บทคัดย่อ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

งานผู้สูงอายุ
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งคัดเลือกจากผู้สูงอายุ พระ กรรมการวัด เทศบาล ผู้นำชุมชน อสม. บุคลากรทางสาธารณสุขที่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยตาม วัน เวลา และกิจกรรมที่กำหนดด้วยความตั้งใจ จำนวน 125 คน รวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โครงการอบรมให้ความรู้ เครื่องมือประเมินสุขภาวะของผู้สูงอายุ เกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เริ่มตั้งแต่การสนทนากลุ่มและการใช้กระบวนการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อระดมสมองหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ปัญหาที่ได้จากการระดมสมองซึ่งได้แก่ ปัญหาทางกาย ปัญหาทางจิตใจ ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ นำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุตามปัญหาดังกล่าว ความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้ประกอบด้วยความต้องการความรู้ด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ความต้องการความรู้ด้านแนวคิดด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้สูงอายุความต้องการความรู้ด้านโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ความต้องการความรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ความต้องการความรู้ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น ความต้องการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากการเสริมสร้างความรู้ดังกล่าวพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ได้รับความ รู้มากถึงร้อยละ 71.20 เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ รองลงมาคือความรู้เรื่องการจัดนันทนาการ การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีความสุขและการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างละเอียดถี่ถ้วน ร้อยละ 66.4 สำหรับการนำความรู้ไปช่วยเหลือตนเอง พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่นำความรู้ไปช่วยเหลือตัวเองได้มากกว่าร้อยละ 80.0

นอกจากนี้จากการประเมินรับรองผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในตำบลหนองหาร ตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกรมอนามัย พบว่ามีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบตามองค์ประกอบ 6 ข้อ คือ (1) มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) (2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ (3) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข (5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล (6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม (กลุ่ม 2 ติดบ้าน และ กลุ่ม 3 ติดเตียง)ซึ่งกระบวนการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนดังกล่าวดำเนินการขับเคลื่อนโดยวัดเป็นศูนย์ กลางในการเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสำหรับข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลางครั้งนี้เน้น กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยอาศัยกระบวนการปฏิบัติงาน ในพื้นที่ชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง เริ่มตั้งแต่กระบวนการทำความเข้าใจระบบชุมชน กระบวนการหาและการใช้ทุนทางสังคมของพื้นที่ กระบวนการขยายเครือข่ายในชุมชน และกระบวนการสนับสนุนและกระตุ้นให้ชุมชนเกิดกิจกรรมและมีกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการระดมสมองหาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองปัญหา ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง เพื่อขยายผลในการนำไปใช้และควรขยายเครือข่ายวัดต้นแบบศูนย์กลางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยผลักดันให้เป็นนโยบายของกระทรวงอย่างเป็น

รูปธรรม และควรเน้นการบูรณาการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

Abstract

This research is a research workshop on the participation (Participatory Action Research) with the purpose to study the model of long-term care for elderly people in the community, measured as the Center. By studying from a sample that selects from the elderly. The Committee of community leaders, municipal public health workforce capable of asom participates in research projects based on the date, time and activities determined by the intention of 125 workers gather information from tools such as survey data, in-depth interviews. Knowledge training projects. Measurement tools: well-being of the elderly The benchmark long-term elderly care of public health department Analyze data using complex statistics to describe the content and. Study results found that studies patterns of long-term elderly care in the community, measured as the Center is focused on the participation of the community in the framework. Starting from the discussion groups and the use of the power generation process. (Empowerment) to brainstorm issues and needs of the elderly. Problems that result from the brainstorm, which include physical problems. Psychological problems. Social economic problems. Bring the priority of the problem of the elderly in order to meet the needs of the elderly, according to the problem. The needs of the elderly who have comprised the knowledge requirement, welfare for the elderly. Demand for conceptual knowledge of changes to the body soul society, elderly people need knowledge of common diseases in the elderly. Knowledge of requirements management environment. Against the elderly The knowledge requirement to assist the elderly at the beginning. The knowledge requirements. Health care for the elderly by strengthening the knowledge that most research participants receive a. Know a lot about 71.20

percent common diseases in elderly people's knowledge is second to recreation. Care for the elderly and care for the elderly at home, each equally was 66.4 per cent for bringing knowledge to help yourself. I found that most of the research participants bring knowledge to help yourself get over 80.0 percent. in addition, the certification assessment of performance of long-term elderly care in Tambon Nong divided by benchmark long-term elderly care of public health department. I found that there is a standard assessment criteria, through the operation of health care the elderly have long reached the 6 elements 1. elders are based on groups of potential based on the ability to make a daily routine. (Activities of Daily Living: Barthel ADL) has 2 elderly clubs through Club ayukhunphap high criteria. 3. have a volunteer. Apply for elderly care in the community, 4. provide health care elderly people at home with quality (Home Health Care) by public health personnel 5. Dental health prevention campaigns are available in the district level. 6. the elderly care system 2 groups (Group 2 and group 3 lots next to beds), which paves the way for a process model of long-term care for elderly people in the community, operator powered by a zero measurement. The link is to engage all sectors that are relevant for the suggestion to study patterns of long-term elderly care in the community, measured as the central focus of this time. The process involved in the community on the basis of operational processes in the area of the community, measured as central to understanding processes starting from the Community system. Process of finding and using the social capital of the area. Process of expanding route networks in the community, and supports and encourages community activity occurred, and there is ongoing development activities. By focusing on community involvement to brainstorm issues and health needs in response to the problem, which is considered as a way to study the

model of long-term care for elderly people in the community, measured as the Center. In order to expand the effective implementation and should expand the network of the Central long-term elderly care in the community by the Ministry of Finance's policy is to push reforms. And should be focused on the integration of the various agencies involved.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วภายในช่วงเวลาอันสั้น จากการคาดการณ์ประชากรพบว่า อัตราการเข้าสู่ประชากรสูงอายุไทยจะใช้เวลาประมาณ 20 ปี โดยจะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี 2553 และเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัวในปี 2573 โดยพบว่า ปี 2557 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 15.30 ภาคเหนือมีการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะประชากรรวดเร็วกว่าระดับประเทศ ประมาณ 10 ปี โดยเฉพาะประชากรผู้สูงอายุในเขต 10 คิดเป็นร้อยละ 15.19 และจังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด จำนวน 241,217 คน รองลงมาเป็นเชียงราย จำนวน 177,892 คน และลำดับที่สามคือ นครสวรรค์ จำนวน 135,751 คน^[1] สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เวลาในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านคนและระบบมีน้อย โดยเฉพาะการเตรียมรับมือกับปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชากรสูงอายุ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุและการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มาเป็นระยะเวลาอันยาวนานในปัจจุบันแบบแผนการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้เปลี่ยนแปลงไปจากการเกิดโรคติดต่อไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อ และโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

สำหรับโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการตายในผู้สูงอายุได้แก่โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต อัมพาต ปอดอักเสบ และอุบัติเหตุ พบว่าโรคที่มีอัตราการตายสูงขึ้น ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคไต โดยในปี พ.ศ. 2544 พบอัตราการตายจากโรคดังกล่าว 97.6, 88.4 และ 89.6 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ^[2] และจากข้อมูลของสำนักสถิติแห่งชาติพบว่าอัตราการตายจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบการเจ็บป่วยและการตายจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเช่นกัน

การเจ็บป่วยเรื้อรังถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุทั้งนี้เพราะระยะเวลาการเจ็บป่วยจะยาวนาน มีอาการขึ้นๆ ลงๆ และต้องการการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงก่อให้เกิดอาการและผลกระทบจากโรคเรื้อรังต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมต่อผู้สูงอายุเองและครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลลดลงอย่างมาก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติจากการต้องเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวนมหาศาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนหนึ่งอาจยังสามารถควบคุมโรคของตนเองได้ จึงไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล แต่อีกส่วนหนึ่งอาจมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยมักจะก่อให้เกิดความรุนแรง และการฟื้นฟูสภาพจะเป็นไปด้วยความยากลำบาก และกินเวลานาน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยรุนแรงมักต้องการการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานกว่าวัยอื่น และต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมาก และจากการครองเตียงเป็นเวลานาน ทำให้โอกาสในการรับผู้ป่วยอื่นลดลง ดังนั้นโรงพยาบาลต่างๆ จึงมีแนวโน้มที่จะจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

เร็วขึ้น เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นผลให้ผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลด้วยภาระที่มีความเจ็บป่วยและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ (Disabled elderly) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการดูแลจากครอบครัวและสังคม ทั้งนี้เพราะผลจากความเจ็บป่วยอาจทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้พิการทุพพลภาพหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องการการดูแลด้านต่างๆ ได้แก่ (1) การทำกิจวัตรประจำวัน (2) การดูแลสุขภาพเบื้องต้น (3) การจัดการด้านอาหารและ (4) การตอบสนองด้านจิตใจ^[3]

การดูแลในด้านต่างๆ ดังกล่าวโดยทั่วไปในครอบครัวขยายจะเป็นหน้าที่ของบุคลากรในครอบครัวโดยเฉพาะบุตร แต่จากโครงสร้างครอบครัวของไทยในปัจจุบันซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นรวมทั้งความจำเป็นที่บุตรหลานต้องทำงานทำให้ครอบครัวไม่สามารถรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุได้ เห็นได้อัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุที่ลดลงอย่างต่อเนื่องจากในปี พ.ศ. 2537 มีคนในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) 9 คนที่ช่วยอุปการะผู้สูงอายุ 1 คน จนถึงปี พ.ศ. 2550 มีคนในวัยแรงงานเพียง 6 คน ที่ช่วยอุปการะผู้สูงอายุ 1 คน^[4] ทำให้เกิดการทอดทิ้งผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาเหล่านี้จึงเป็นหน้าที่ของชุมชนซึ่งหากชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุก็จะทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเหล่านี้สามารถมีชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในปัจจุบันได้มีการศึกษาวิจัยถึงรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งพบว่าความต้องการบริการสำหรับผู้ที่ต้องพึ่งพามีสูงขึ้น จากรายงานสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554^[1] พบว่าอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุในปี 2545 มีประชากรวัยกำลังแรงงาน 100 คน จะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ

ถึง 14 คน ปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 16 คน และในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็น 18 คน ส่วนใหญ่เป็นการดูแลในสถาบันสำหรับดูแลในชุมชน โดยมีการจัดบริการการดูแลที่บ้านโดยทีมสุขภาพและโดยอาสาสมัคร และได้มีความพยายามที่จะให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตามรูปแบบการบริการต่างๆ ในปัจจุบันไม่ได้แก้ปัญหาและสนองความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และต้องพึ่งพาผู้อื่นได้ ทั้งนี้เพราะปัญหาหลักของผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตในครอบครัว ในขณะที่บริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น การเยี่ยมบ้าน โดยทีมสุขภาพมีเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครมีเพียงวันละ 1 ครั้งเท่านั้น จะเห็นได้ว่าเป็นความจำเป็นที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องหารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องพึ่งพาที่เหมาะสมเป็นไปได้และคุ้มค่าคุ้มทุน ซึ่งจากข้อจำกัดของทรัพยากรบุคคลและงบประมาณทำให้รัฐต้องกำหนดกลยุทธ์และแผนการดำเนินงานด้านการดูแล^[5] ได้ให้ข้อเสนอทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการยืดอายุของการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้ได้ยาวนานที่สุด โดยได้เสนอให้มีทีมการดูแลสำหรับผู้สูงอายุแต่ละรายให้มีเกณฑ์หรือตัวชี้วัดในการจัดแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาระพึ่งพิงโดยดูใน ทุกมิติของรายได้ สุขภาพ และสังคม เพื่อให้เป็นเกณฑ์ในการจัดบริการการดูแลให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและให้มีการศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการและการจัดบริการในชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน เน้นการดูแลในครอบครัวและชุมชน และผสมผสานระบบบริการตั้งแต่สถาบันไปจนถึงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

จากทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุดังกล่าวจะเห็นได้ว่าชุมชนเป็นกุญแจ

สำคัญของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ การที่ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายรรวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน มีความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย จะทำให้เกิดระบบการดูแลที่ดีที่ทำให้ประชาชนทุกกลุ่มรวมทั้งผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามเนื่องจากประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วทำให้มีเวลาในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุน้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว การวางแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของทุกภาคส่วนยังขาดประสิทธิภาพและบูรณาการ ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาผลกระทบจากประชากรสูงอายุจำกัดเนื่องจากหลายจังหวัดของภาคเหนือได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วจึงเป็นความเร่งด่วนที่จะต้องพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือและกำหนดรูปแบบการดูแลระยะยาวที่สามารถใช้เป็นต้นแบบเพื่อขยายผลสู่พื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุและคนในชุมชน สถานที่ดำเนินการวิจัยได้คัดเลือกวัดห้วยเกียง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ดำเนินงานและชุมชนเป้าหมาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก กระบวนการ Empowerment ส่วนที่ 4 หลักสูตรการฝึกอบรมให้ความรู้ ส่วนที่ 5 แบบประเมินรับรองมาตรฐานตำบลที่มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกรมอนามัย วิธีการดำเนินงานศึกษาวิจัยได้กำหนด

ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนประกอบด้วยผู้สูงอายุ ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ สถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา พระ กลุ่มแม่บ้าน ชมรม ผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุในการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยการสนทนากลุ่ม และ วิเคราะห์แผนความคิดและความต้องการผู้สูงอายุ โดยกระบวนการ Empowerment เพื่อนำปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุมาวิเคราะห์ จัดลำดับความต้องการของผู้สูงอายุมากำหนดเป็น ปัจจัยเพื่อนำเข้าในการจัดกิจกรรมเพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้สูงอายุ พร้อมกับศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ตามเกณฑ์ มาตรฐานกรมอนามัย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนาด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.2 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 46.4 มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี ร้อยละ 40.8 และมีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.8 และพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.8 รองลงมาประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.2 โดยการ ประกอบอาชีพส่วนใหญ่พบว่าประกอบอาชีพ ค้าขาย ร้อยละ 26.5 สำหรับรายได้ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้ ร้อยละ 39.2 ส่วนใหญ่มีรายได้ ต่อเดือนระหว่าง 1 – 500 บาทต่อเดือน คิดเป็น ร้อยละ 75.5 รายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากการทำงาน ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 39.2 และจากบุตร – หลาน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ดังตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามอายุและเพศ

กลุ่มอายุ	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
60 - 69 ปี	21	36.21	37	63.79	58	46.40
70 – 79 ปี	30	58.82	21	41.18	51	40.80
80 ปีขึ้นไป	10	62.50	6	37.50	16	12.80

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามอาชีพและรายได้

อาชีพของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประกอบอาชีพ	49	39.2
ทำนา	4	8.1
ทำสวน	12	24.5
จักสาน	5	10.2
เย็บปักถักร้อย	3	6.1
ค้าขาย	13	26.5
รับจ้าง	12	24.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	76	60.8
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	76	60.8
มีรายได้	49	39.2

อาชีพของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1 – 500 บาท	37	75.5
501 – 1,000 บาท	12	24.5
แหล่งรายได้		
บุตร – หลาน	26	20.8
ทำงานด้วยตนเอง	49	39.2

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 22.4 รองลงมาคือเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.4 และโรคปวดข้อ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 4.8 ร้อยละ 4.8 ร้อยละ 2.4 และร้อยละ 2.4 ตามลำดับ

ข้อมูลดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 62.4 รองลงมาคือมีดัชนีมวลกายระหว่าง 20 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 28.8

ข้อมูลภาวะความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีความดันโลหิตเท่ากับ 140/90 mmHg. และน้อยกว่า 140/90 mmHg. ร้อยละ 36.8 และร้อยละ 9.6 ตามลำดับ

ข้อมูลพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าดื่มสุรา ร้อยละ 15.2 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 20.0 สำหรับการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าส่วนใหญ่ตรวจสม่ำเสมอ ร้อยละ 80.8 รองลงมาเคยแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 14.2 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกาย ร้อยละ 88.0

ข้อมูลผู้สูงอายุจำแนกตามการอยู่ร่วมกับครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ร้อยละ 92.0 รองลงมาคือผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ร้อยละ 8.0 ดังตาราง 3 – 6

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีโรคประจำตัว

โรคประจำตัวผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคปวดข้อ	6	4.8
โรคเบาหวาน	3	2.4
โรคความดันโลหิตสูง	46	22.4
โรคหัวใจ	6	4.8
โรคตับแข็ง	1	0.8
โรคถุงลมโป่งพอง	3	2.4
โรคไตวายเรื้อรัง	1	0.8
โรคอัมพาต	1	0.8
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	18	14.4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามดัชนีมวลกายและค่าความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ดัชนีมวลกายและค่าความดันโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>ดัชนีมวลกาย (n = 125)</u>		
ต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร	11	8.8
18.5 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	36	28.8
มากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร	78	62.4
<u>ความดันโลหิต (n = 125)</u>		
เท่ากับ 140/90 mm.Hg.	67	53.6
น้อยกว่า 140/90 mm.Hg.	12	9.6
มากกว่า 140/90 mm.Hg.	46	36.8

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>การดื่มสุรา</u>		
ดื่มสุรา	19	15.2
ไม่ดื่มสุรา	106	84.8
<u>การสูบบุหรี่</u>		
ไม่สูบบุหรี่	100	80.0
สูบบุหรี่เป็นประจำ	25	20.0
<u>การตรวจสุขภาพประจำ</u>		
ไม่เคย	-	-
เคยแต่ไม่สม่ำเสมอ	24	19.2
เคยสม่ำเสมอ	101	80.8
<u>การออกกำลังกาย</u>		
ออกกำลังกาย	110	88.0
ไม่ออกกำลังกาย	15	12.0

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการอยู่ร่วมกับครอบครัว

ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับครอบครัว	15	92.0
ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง	10	8.0

ข้อมูลสนทนากลุ่ม โดยการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก และ ข้อมูลจากระบบการ Empowerment

ปัญหาและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ
แบ่งได้ดังนี้

- ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อเข่า เดินไม่ไหว อ่อนแรง ขาตามปลายมือปลายเท้า ไม่สบาย ทำงานไม่ไหว ส่วนใหญ่สุขภาพไม่ดี ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อน อยากให้หายป่วย เพราะต้องดูแลตัวเอง ไม่อยากเป็นภาระของผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีอาการหูดัง ไม่ค่อยได้ยิน ปวดศีรษะบ่อยจาโรคความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อยตามตัว ปวดหลัง ปวดฟัน ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย

- ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ คิดมาก ใจน้อย หงุดหงิด จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย มีความรู้สึกเบื่อ เหงา ว่าเหว่ เครียด มีความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าลดลง

- ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้ลดลง เนื่องจากไม่ใช้วัยทำงาน ต้องใช้เงินจากเก็บหอมรอมริบ หรือทำงานเล็กๆ น้อยๆ ไม่พอกับค่าใช้จ่าย รอลูกหลานเอามาจุนเจือบ้าง

**เสนอแผนความต้องการของผู้สูงอายุ
จากการนำกระบวนการ Empowerment มี
ดังนี้**

- ความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ความต้องการการรักษาที่ดี ความต้องการมีคนดูแล ยามเจ็บป่วย ความต้องการทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดโรคและการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ใน

ผู้สูงอายุ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ไม่มีพิษต่อสุขภาพ ความต้องการเสริมสร้างความรู้และการดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ

- ความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการมีผู้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว ความต้องการความปลอดภัย อยู่ใกล้ชิดลูกหลาน ไม่ถูกลูกหลานทอดทิ้ง โดยเฉพาะเวลาเจ็บป่วย

- ความต้องการด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ความต้องการหาเลี้ยงชีพตามความสามารถ มีความรู้เพิ่มเติมในการหารายได้ ใช้ความรู้ความสามารถภูมิปัญญาที่มีอยู่ในการหาเลี้ยงชีพ โดยมีหน่วยงานต่างๆ ค่อยสนับสนุน ให้งานต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนการเข้ากิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทในการดูแลกันเองในสังคม

ข้อมูลการเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรการ เสริมสร้างความรู้

ความเข้าใจในการได้รับความรู้จากการเข้าอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างความรู้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนมาก ได้รับความรู้มากที่สุด ร้อยละ 71.20 เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ รองลงมาคือความรู้เรื่องการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นอย่างละเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 64.0 และการนำความรู้จากการอบรมไปช่วยเหลือตนเอง พบว่าผู้สูงอายุนำความรู้ไปช่วยเหลือตัวเองได้มาก ร้อยละ 80.00 รองลงมาคือช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง คือร้อยละ 13.6 ดังตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการได้รับความรู้ จากการเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างความรู้ (n=125)

ความเข้าใจในการได้รับความรู้	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ	75	60.0	35	28.0	15	12.0
2.แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้สูงอายุ	72	57.6	31	24.8	22	17.6
3.โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	89	71.2	30	24.0	6	4.8
4.การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ	81	64.8	39	31.2	5	4.0
5.การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น	80	64.0	40	32.0	5	4.0
6.การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	80	64.0	35	28.0	10	8.0

ข้อมูลแนวทางการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนได้ดำเนินงานตามองค์ประกอบดังนี้

1. มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 คือผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือ

ตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น สังคมและชุมชนได้ (ติดสังคม) ร้อยละ 93.44 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 คือผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) ร้อยละ 5.69 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด/ทุพพลภาพ (ติดเตียง) ร้อยละ 0.87 ดังตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการนำความรู้ไปช่วยเหลือตนเอง

การนำความรู้ไปช่วยเหลือตัวเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่วยเหลือตัวเองได้มาก	100	80.0
ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง	17	13.6
ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	5	4.0
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย	3	2.4

2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ เป็นการจัดตั้งและการดำเนินกิจกรรมของชมรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย

- 2.1 กลุ่มสมาชิกและสถานที่ตั้ง
- 2.2 การแต่งตั้งกรรมการและบทบาทหน้าที่
- 2.3 การกำหนดกฎ กติกา และระเบียบในการบริหารชมรม
- 2.4 การระดมทุน
- 2.5 กิจกรรมที่สำคัญของชมรม ได้แก่ การพัฒนาความรู้ ทักษะ ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแล

ตนเองได้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน ทางกาย การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย, วัดรอบเอว) การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การส่งเสริมสุขภาพจิต รวมทั้งการส่งเสริมอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ กิจกรรมทางสังคมและสาธารณะประโยชน์ การเป็นวิทยากร และการพัฒนาชมรม ให้เป็นแหล่งศึกษาดูงาน

3. มีอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีการดำเนินกิจกรรมโดยความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขได้แก่ PCU/ รพ.สต./สถาน

อนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้แก่ เทศบาลนครเมือง ตำบล/องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (อผส./อสม.)

4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นการดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน

5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล ประกอบด้วย

6. มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม (กลุ่ม 2 คือ กลุ่มติดบ้าน, กลุ่ม 3 คือ กลุ่มติดเตียง)

การอภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง จะเห็นได้ การศึกษาค้นคว้าเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยอาศัยกระบวนการปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ในการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่ร่วมคิดร่วมตัดสินใจร่วมทำ ร่วมตรวจสอบและร่วมรับประโยชน์ควบคู่ไปกับกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-Centered Development) และการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ (Problem-Learning Process) โดยกระบวนการเริ่มตั้งแต่กระบวนการที่ 1 คือ การทำความเข้าใจระบบชุมชน และการศึกษาชุมชนจากประสบการณ์การเข้าร่วมทำงานในชุมชน พบว่าการศึกษาชุมชนทำให้มีการปรับรูปแบบการทำงานจากเดิมมากขึ้นคือ การทำงานแบบแยกส่วนไม่เชื่อมโยงกันและนอกจากนี้ การเข้าไปศึกษาชุมชนเป็นการสร้างสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่กับชุมชน จะเห็นได้จากชาวบ้านให้การต้อนรับดี เรียกกินน้ำ กินข้าว จากการได้รับการตอบรับจากชาวบ้านดี รู้สึกดี แสดงว่าเขาให้ความสนใจ ซึ่งนับเป็นก้าวแรกของการให้ความร่วมมือสู่การพัฒนาเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือของกันและกันต่อไป กระบวนการที่ 2 ของการ

ปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนคือการหาและการใช้ทุนทางสังคมของพื้นที่พบว่าทุนทางสังคมซึ่งก่อให้เกิดความร่วมมือความสามัคคีการช่วยเหลือดูแลกันด้วยความเอื้ออาทรโดยเฉพาะ “คน” ที่เป็นผู้นำทั้งไม่เป็นทางการและเป็นทางการ ซึ่งมีลักษณะเป็นผู้นำที่มีความพร้อมหลายด้านเป็นผู้นำแสดงบทบาทในการบริหารจัดการเมื่อมีเหตุวิกฤติสามารถตัดสินใจเป็นผู้ประสาน แสวงหา ความร่วมมือจากกลุ่มแกนนำต่างๆ ในชุมชนให้เข้ามามีบทบาทตามความเหมาะสมรวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน สำหรับกระบวนการที่ 3 ของการปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนคือ การค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุ รวมทั้งการวิเคราะห์แผนความคิดและความต้องการของผู้สูงอายุ นำมาซึ่งกระบวนการเสริมสร้างความรู้ตามความต้องการของผู้สูงอายุและการขยายเครือข่ายภายในชุมชน เน้นการดำเนินกิจกรรมในชุมชนให้มีความต่อเนื่อง ยั่งยืนต้องอาศัยความร่วมมือของคนในชุมชนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย ภายใต้การเรียนรู้ร่วมกัน โดยที่ทุกคนเป็นเจ้าของไม่ใช้ทำเพื่อหมอหรือเพื่อผู้นำคนใดคนหนึ่ง เป็นการใช้พลังทางปัญญาที่ทุกคนมี เป็นการทำงานร่วมกันที่เป็นแบบแผนมีขั้นตอนมีเป้าหมายชัดเจน ซึ่งเป็นการก้าวเดินอย่างมั่นคง ทุกคนทุกกลุ่มมีความสำคัญเท่ากัน เป็นการหนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกัน และกระบวนการที่ 4 ของการปฏิบัติในพื้นที่ชุมชน คือ การสนับสนุนและกระตุ้นให้ชุมชนเกิดกิจกรรมและมีกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดกิจกรรมถือเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมชุมชนนั้น ได้มาร่วมกันระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาด้านต่างๆ ในชุมชน นับเป็นการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนที่เกิดจากการรวมพลังของคนในชุมชนที่เข้ามาด้วยความสมัครใจจะเห็นได้ว่าการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในชุมชนและชุมชนที่มีวัดเป็นศูนย์กลางทำให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมในวัด อาทิเช่น ชมรม

ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในวัดในการตรวจสุขภาพประจำปี การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพทางกายจากศูนย์ฟื้นฟูกิจกรรมบำบัดในวัด การจัดบริการนวดแผนไทย การให้การรักษาแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาพื้นบ้าน โดยเจ้าอาวาสวัดให้ใช้ศาลาการเปรียญเป็นสถานที่ให้บริการสุขภาพ ทำให้เกิดศูนย์สุขภาพชุมชนในวัด นอกจากนี้ในวัดห้วยเกียงเองได้เป็นวัดพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ เริ่มตั้งแต่กลุ่มเด็กและเยาวชน รวมตัวกันเป็นกลุ่มว่า “ละอ่อนไกล้วัด” เป็นลานกีฬา เป็นแหล่งเรียนรู้ ภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นแหล่งอนุรักษ์และสืบทอดดนตรีพื้นบ้าน และเป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน โดยผ่านเสียงตามสาย วิทยุชุมชน และทางเว็บไซต์ www.sutermanamusit.com จากที่กล่าวมาทั้งหมดผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนรวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุและชุมชนโดยอาศัยการสนับสนุนและกระบวนการ Empowerment เพื่อระดมสมองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อนำปัญหาดังกล่าวมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาย่างมีส่วนร่วมในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุแบ่งได้ดังนี้ คือ ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อเข่า เดินไม่ไหว อ่อนแรง ขาดตามปลายมือปลายเท้า ไม่สบาย ทำงานไม่ไหว ส่วนใหญ่สุขภาพไม่ดี ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อน อยากให้หายป่วย เพราะต้องดูแลตัวเอง ไม่อยากเป็นภาระของผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีอาการหูตึง ไม่ค่อยได้ยิน ปวดศีรษะบ่อยจาโรคความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อยตามตัว ปวดหลัง ปวดฟัน ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ คิดมาก ใจน้อย หงุดหงิด จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย มีความรู้สึกเบื่อ เหนง ว่าเหว่ เครียด มีความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าลดลง ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้ลดลง เนื่องจากไม่ช่วยทำงาน ต้องใช้เงินจากเก็บหอมรอมริบหรือทำงานเล็กๆ น้อยๆ ไม่พอกับค่าใช้จ่าย

รอลูกหลานเอามาจนเจ็บป่วย สำหรับความต้องการของผู้สูงอายุจากการนำกระบวนการ Empowerment มีดังนี้ ความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ความต้องการการรักษาที่ดี ความต้องการมีคนดูแลยามเจ็บป่วย ความต้องการทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดโรคและการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ไม่มีพิษต่อสุขภาพความต้องการเสริมสร้างความรู้และการดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการมีผู้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว ความต้องการความปลอดภัย อยู่ใกล้ชิดลูกหลาน ไม่ถูกลูกหลานทอดทิ้ง โดยเฉพาะเวลาเจ็บป่วย ความต้องการด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ความต้องการหาเลี้ยงชีพตามความสามารถ มีความรู้เพิ่มเติมในการหารายได้ ใช้ความรู้ความสามารถภูมิปัญญาที่มีอยู่ในการหาเลี้ยงชีพ โดยมีหน่วยงานต่างๆ ค่อยสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนการเข้ากิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทในการดูแลกันเองในสังคม การเสริมสร้างความรู้หรือความเข้าใจในการเข้าร่วมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ได้มาจากการระดมสมองโดยการสนทนากลุ่มในเรื่องความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นและจากการเสริมความรู้หรือความเข้าใจในการเข้าร่วมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากได้รับความรู้มากที่สุดร้อยละ 71.2 เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ รองลงมาคือความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นอย่างละเท่าๆ กัน คือร้อยละ 66.4 และนอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุนำความรู้ไปช่วยเหลือตัวเองได้มาก ร้อยละ 80.0 รองลงมาช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง ร้อยละ 13.6^[6] พบว่าผู้สูงอายุต้องการความรู้จากแพทย์และ

พยาบาลอันดับ 1 เพราะมีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.9 นอกจากนี้พบว่าตำบลหนองหาร มีการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ผลการศึกษาพบว่า การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลางมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครบตามองค์ประกอบ 6 ข้อ คือ (1) มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) (2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ (3) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข (5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล (6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม (กลุ่ม 2 ติดบ้าน และ กลุ่ม 3 ติดเตียง) ซึ่งกระบวนการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนดังกล่าวดำเนินการขับเคลื่อนโดยวัดเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง จะเห็นได้ว่าการศึกษารุ่นนี้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยอาศัยกระบวนการปฏิบัติงาน ในพื้นที่ชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง เริ่มตั้งแต่กระบวนการทำความเข้าใจระบบชุมชน กระบวนการหาและการใช้ทุนทางสังคมของพื้นที่ กระบวนการขยาย

เครือข่ายในชุมชน และกระบวนการสนับสนุนและกระตุ้นให้ชุมชนเกิดกิจกรรมและมีกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการระดมสมองหาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองปัญหา ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง เพื่อขยายผลในการนำไปใช้ การขยายเครือข่ายวัดต้นแบบศูนย์กลางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยผลักดันให้เป็นนโยบายของกระทรวงอย่างเป็นรูปธรรม และควรเน้นการบูรณาการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานการสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554.
2. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, (2544). แผนงาน/โครงการที่ตอบสนอง นโยบาย.กระทรวงสาธารณสุข
3. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และคณะ,(2550). การศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดเชียงใหม่
4. รายงานสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2550.
5. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ,(2552). ทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย.
6. วิไลวรรณ ทองเจริญและลิวรรณ อนุนาภิรักษ์, (2543). วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1 (4).