

อนาคตภาพของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตามบริบทสังคมเมือง กรุงเทพมหานคร

The scenarios of Social and Health Service Management for Participatory Health Behavior Modification of Older Adults among Urban Community in Bangkok

สุภาพ ไทยแท้* ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง** กาญจนา กิริยางาม*** ทิพา มหาพรหม****

Suparp Thaitae,* Parinyaporn Thanaboonpuang,** Kanjana Kiriayangam,*** Tiwa Mahaprom****

*, *** คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี กรุงเทพมหานคร

*, *** Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.ราชบุรี

** Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ratchaburi Province

**** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.เชียงใหม่

**** Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,

Chiang Mai Province

** Corresponding Author: parinyaporn.th@bcnr.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และศึกษาอนาคตภาพของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุตามบริบทสังคมเมือง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 1,340 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 93 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสนทนากลุ่ม ค่าความตรงตามเนื้อหาระหว่าง 0.60 - 1 และความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการจำเป็นที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย คือ บริการรับส่งไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและการบริการแพทย์ทางเลือก ($PNI_{Modified} = 0.78$ และ 0.54) ตามลำดับ สุขภาวะทางสังคม คือ การอำนวยความสะดวกด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ($PNI_{Modified} = 0.73$) และ สุขภาวะทางปัญญา คือ การจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อรับความเปลี่ยนแปลงตามวัย ($PNI_{Modified} = 0.58$)

Received: October 27, 2022; Revised: December 9, 2022; Accepted: December 9, 2022



สรุปอนาคตภาพการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพฯ ต้องบูรณาการความต้องการจำเป็นและกระบวนการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมทุกระดับ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การจัดบริการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การสร้างเครือข่าย การสร้างการมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างช่องทางสื่อสาร

ดังนั้นการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องประเมินความต้องการจำเป็นและบูรณาการทักษะที่จำเป็นร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: อนาคตภาพ การจัดบริการทางสังคมและสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง

Abstract

This study was a mixed method research to assess the need for social and health service management for health behavior modification and study the scenarios of social and health service management for participatory health behavior modification of older adults among urban community in Bangkok. The quantitative data group were 1,340 participants and the qualitative data group were 93 participants. The research instrument consisted of questionnaire, semi-structured and focus group interview form. The content validity were between 0.60 - 1 and the reliability of total scale questionnaire was 0.85. The data were then analyzed by using percentage, mean and standard deviation. The results showed that the needs for urgent development consisted of 3 aspects. First, physical well-being aspect which was providing transportation to hospital for treatment and alternative medical systems ($PNI_{Modified} = 0.78$ and 0.54) respectively. Second, social well-being aspect which was to facilitate access to health care services ($PNI_{Modified} = 0.73$) and third, spiritual well-being aspect which was to organize the preparation activities for physiological changes by age ($PNI_{Modified} = 0.58$). The scenario of social and health service management must integrate the needs and development processes which consisted of the improvement health care competency that cover all levels and create an environment that enable health behavior modification such as providing health services to promote health care of older adults, collaboration, participation, social support and communication channel.

Therefore, the provision of social and health services to change health behaviors of older adults requires need assessment and integration of necessary skills together with creating an environment conducive to sustainable change in health behavior.

Keywords: scenario, social and health service management, health behavior modification, older people, urban community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2,000 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 22 ของประชากรรวมของโลก¹ ประเทศไทยจากการศึกษาของสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged society) มีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2576 จะเป็นสังคมสูงอายุอยู่ในระดับสุดยอด (Super-aged society) คือ มีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 28 ของประชากร² สัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากจำนวนคนเกิดลดลงและคนมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งเป็นผลจากประเทศไทยประสบผลสำเร็จในนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุข และเทคโนโลยี ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นส่งผลให้โครงสร้างประชากรประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้ต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่นๆ เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเสื่อมของร่างกายตามวัยและการดำเนินชีวิตจากวัยที่สูงขึ้น สภาพร่างกายเกิดความเสื่อมถอยย่อมมีความต้องการการดูแลสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ โดยมักพบปัญหาการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ จากการสำรวจประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ประเมินว่า

สุขภาพดีมีร้อยละ 42.7 และสุขภาพปานกลางร้อยละ 41.6 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก มีร้อยละ 10.7 และ 1.7 ตามลำดับ³ เมื่อจัดแบ่งประเภทผู้สูงอายุติดเตียงมีร้อยละ 1.3 ติดบ้าน ร้อยละ 1.8 และติดสังคม ร้อยละ 96.9 และในกรุงเทพมหานครมีกลุ่มติดบ้านมากกว่าภาคอื่นๆ⁴ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุมักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมลงจึงเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ และเกิดจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนในที่สุด เช่น ไตวายเรื้อรัง อัมพาต หากผู้สูงอายุปรับตัวกับความเจ็บป่วยไม่ได้อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา นอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังพบปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้มที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจ โดยสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุมีหลายปัจจัย ได้แก่ ความเสื่อมทางด้านร่างกายทำให้ความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวลดลง สังคมที่เปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตตามลำพัง ขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่ไม่เหมาะสม และการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมากขึ้น (Long-term care) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่เป็นชุมชนเมืองมีปัญหาและความขาดแคลน ผู้สูงอายุบางคนมีหน้าที่เลี้ยงหลานหรือขายของในร้านค้า วันทั้งวันไม่ได้ทำกิจกรรมอะไรที่ตัวเองชอบ⁵ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

กรุงเทพมหานคร (กทม.) มีฐานะเป็นเมืองหลวงของประเทศไทยที่เป็นศูนย์กลางความเจริญทุกด้าน โดยพื้นที่การปกครองแบ่งเป็น 50 เขต



ประชากรที่เป็นผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งข้อมูลจากสถิติการลงทะเบียนกรรมการปกครอง พบว่า กรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นอันดับ 1 ของประเทศ ซึ่งกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1,124,223 คน เพศชาย 475,306 คน เพศหญิง 648,917 คน จำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิต 17,063 คน⁶ ซึ่งให้เห็นว่า กรุงเทพมหานครก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีบริบทวิถีการดำเนินชีวิตแตกต่างจากชุมชนในต่างจังหวัดหลายๆ ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างของพื้นที่ กรุงเทพมหานคร 2) ด้านการดำรงชีวิต 3) ด้านการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบเนื่องจากการแข่งขันทางเศรษฐกิจ 4) ด้านมลพิษทางอากาศจากทั้งโรงงานอุตสาหกรรมและการเผาไหม้ของเชื้อเพลิง 5) ด้านความแออัดของประชากร 6) ด้านปัญหาการจราจรที่ติดขัด และ 7) ด้านความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นความเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงมหาดไทยจึงร่วมกันขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพชุมชนในกรุงเทพมหานคร โดยมีเป้าหมายแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติ ด้วยหลักการใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมตามแนวทาง “ประชารัฐ” ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งจะนำไปสู่การเสริมสร้างให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต สังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป นอกจากนี้การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยและเกิดโรคได้ง่าย โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) รวมถึงปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุจึงต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน โดยปัจจุบันมีการศึกษาและพัฒนา

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเฉพาะด้าน เช่น การปรับพฤติกรรมบริโภค การออกกำลังกาย และการป้องกันล้ม เป็นต้น⁸⁻¹⁰ แต่ยังขาดบริการทางสังคมและสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงกับความต้องการจำเป็นและบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ดังนั้น ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจึงยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงศึกษาเรื่องอนาคตภาพของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุตามบริบทสังคมเมือง และนำองค์ประกอบที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านต่างๆ ให้เห็นชัดเจนเป็นรูปธรรมและสามารถประยุกต์ใช้กับบริบทและสภาพสังคมของประเทศไทย

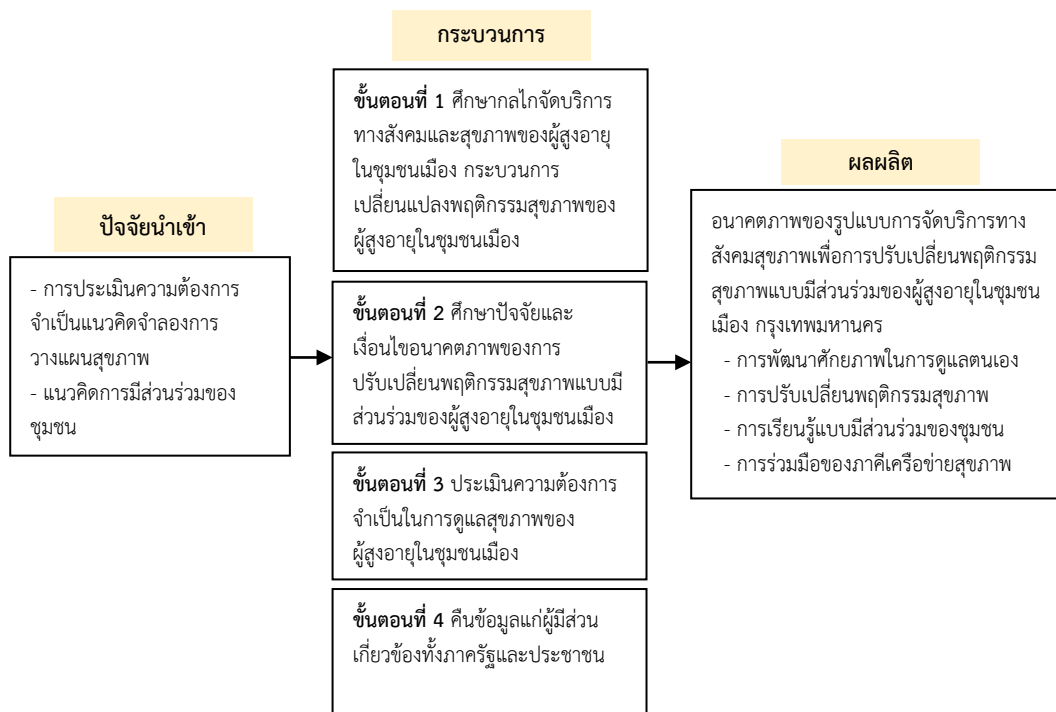
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุตามบริบทสังคมเมือง กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษานาตภาพของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุตามบริบทสังคมเมือง กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ครอบคลุม 3 ประเด็น ได้แก่ การประเมินความต้องการจำเป็น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการจำเป็น (Needs assessment) ในการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน การระบุปัญหา การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การประเมินข้อมูลและสารสนเทศ การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์งานประเมินความต้องการจำเป็น และการนำข้อค้นพบไปใช้ประโยชน์¹¹⁻¹³ 2) องค์ประกอบของรูปแบบการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพ

เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ศึกษาตามแนวคิดแบบจำลองการวางแผนสุขภาพ (PRECEDE framework)¹⁴ การวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคคล การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (Enabling factors) ปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (Reinforcing factors) อย่างเป็นระบบ¹⁴ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Pearse & Stiefel¹⁵ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินงาน การร่วมรับผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง และการร่วมประเมินผล ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-method) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) การศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตามบริบทสังคมเมือง กรุงเทพมหานคร และ 2) อนาคตภาพของรูปแบบการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุตามบริบทสังคมเมือง กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่างกันยายน 2563 - มกราคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 5,676,648 คน¹⁶

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร 25 เขต ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือมีภาวะพึ่งพา 2) มีความสามารถในการสื่อสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพ 3) อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และ 4) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

การเก็บแบบสอบถาม กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ de Vaus¹¹ ระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 95 บนข้อตกลงของประชากรมีลักษณะต่างกันแบบ 50/50 ซึ่งถือเป็นขนาดตัวอย่างที่ปลอดภัยและมากที่สุดเท่าที่ยอมรับได้ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 400 คน เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นเมืองที่มีประชากรจำนวนมากและเป็นเมืองที่มีลักษณะการปกครองที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันตามเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มพื้นที่การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น

3 กลุ่ม ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร และกรุงเทพมหานคร ซึ่งแต่ละกลุ่มกำหนดขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 400 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,440 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร และกรุงเทพมหานคร ซึ่งแล้วจับฉลากเขตในแต่ละกลุ่มๆ ละ 4 เขต รวม 12 เขต แล้วจับฉลากชุมชนในแต่ละเขตๆ ละ 3 ชุมชน รวม 36 ชุมชน และแต่ละชุมชนจับฉลากบุคคล จำนวน 40 คน ซึ่งได้รับแบบสอบถามกลับคืนที่มีข้อมูลถูกต้องและครบถ้วน จำนวน 1,340 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.05

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information) ใช้กระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 25 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 25 คน และการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 9 คน ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 11 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ร่วมกับใช้เทคนิคการบอกต่อ (Snowball technique) ในการค้นหาผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุ คือ 1) อายุ 60 ปี ขึ้นไป มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือมีภาวะพึ่งพา 2) มีความสามารถในการสื่อสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพ 3) อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป และ 4) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้นำชุมชน คือ 1) เป็นผู้นำชุมชน 3 ปี ขึ้นไป 2) มีความสามารถในการสื่อสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพ 3) อาศัยอยู่ในชุมชน ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป

และ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงาน คือ 1) เป็นผู้มีความรู้และปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป 2) มีความสามารถในการสื่อสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพ และ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบสนทนากลุ่ม รายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือฉบับที่ 1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และแบบสอบถามแบบเติมคำ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ อายุ และระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ที่ตอบสนองรายการคู่ (Dual-response format) โดยให้เลือกตอบพร้อมกันทั้งในสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย จำนวน 18 ข้อ สุขภาพจิต/อารมณ์ จำนวน 12 ข้อ สุขภาพสังคม จำนวน 16 ข้อ และสุขภาพปัญญา จำนวน 11 ข้อ การให้คะแนน 5 ระดับ เริ่มจากน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เกณฑ์การแปลผลตามค่า $PNI_{Modified}^8$ ดังนี้

ค่า $PNI_{Modified}$ น้อยกว่า 0.30 หมายถึง ไม่จำเป็นต้องพัฒนา

ค่า $PNI_{Modified}$ ระหว่าง 0.30 - 0.49 หมายถึง ต้องได้รับการพัฒนา

ค่า $PNI_{Modified}$ ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป หมายถึง ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน

เครื่องมือฉบับที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้ครอบคลุมประเด็นความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบทชุมชนเมือง ปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน และการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพผู้สูงอายุที่ชุมชนต้องการ และประเด็นอื่นๆ ที่เสนอแนะให้ปรับปรุงคุณภาพบริการด้านสุขภาพ/สังคมของผู้สูงอายุ

เครื่องมือฉบับที่ 3 แบบสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้ครอบคลุมประเด็น ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ แนวทางสร้างการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบทชุมชนเมือง แนวทางพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพผู้สูงอายุที่ชุมชนต้องการ ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบทชุมชนเมือง และประเด็นอื่นๆ ที่เสนอแนะให้ปรับปรุงคุณภาพบริการด้านสุขภาพ/สังคมของผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สำหรับแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและแบบสนทนากลุ่ม ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ ค่า IOC ของเครื่องมือทั้ง 3 ฉบับ มีค่าระหว่าง 0.60 - 1 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ของแบบสอบถามรายด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย



สุขภาวะทางจิต/อารมณ์ สุขภาวะทางสังคม และ สุขภาวะทางปัญญา เท่ากับ 0.88, 0.84, 0.85 และ 0.82 ตามลำดับ ส่วนแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสนทนากลุ่มได้นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ยื่นเอกสารเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย นวมินทราชิตราชนคร และสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร

2. นำหนังสือขอความร่วมมือดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย นวมินทราชิตราชนคร ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างกันยายน 2563 - มกราคม 2564

4. เมื่อได้แบบสอบถามกลับคืนมา ผู้วิจัยจะเก็บเอกสารใส่ซองปิดผนึก และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติต่อไป

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยอธิบายเช่นเดียวกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงดำเนินการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหาต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัย นวมินทราชิตราชนคร หมายเลขรับรองที่ KFN-IRB2019-06 และผ่านการพิจารณาโดยสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร หมายเลข

รับรองที่ 75 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยมีการแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กิจกรรม กระบวนการ วิธีการของการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา และระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความต้องการจำเป็น ด้วยการ ใช้สูตร Modified Priority Needs Index (PNI_{Modified}) โดยหาผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสภาพที่คาดหวัง (I) กับค่าเฉลี่ยสภาพที่เป็นจริง (D) หาค่าเฉลี่ยสภาพที่เป็นจริง (D) และจัดอันดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นตามค่า PNI_{Modified} จากมากไปหาน้อย

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการบันทึกเทปมาถอดเทปอย่างละเอียด (Verbatim) โดยถอดคำต่อคำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ใส่ความคิดของตนเองที่ถือเป็นข้อสรุปลงไป โดยทำการบันทึกทันทีหลังจากสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มเสร็จ รวบรวมข้อมูลจากการบันทึกเทป และ Field note ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้วิจัยและทีม จากนั้นแปลความหมายของข้อมูล สร้าง Code ต่างๆ ขึ้น มาเพื่อการวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลและแบ่งประเภทตามเนื้อหา (Themes)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็น ผู้สูงอายุ จำนวน 1,340 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง จำนวน 873 คน ร้อยละ 65.15 มีอายุเฉลี่ย 66.62 ปี (SD = 7.67) มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 846 คน ร้อยละ 63.13 อาศัยอยู่ในโซนกรุงเทพ ตะวันออกมากที่สุด จำนวน 356 คน ร้อยละ 26.57 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 703 คน ร้อยละ 52.46 ไม่ได้ทำงาน จำนวน 552 คน ร้อยละ 41.19 รายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 767 คน ร้อยละ 57.24 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 1,155 คน ร้อยละ 86.19 และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนเฉลี่ย 6.66 ปี (SD = 4.71)

การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการ จัดบริการทางสังคมและสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบท ชุมชนเมือง ด้วย $PNI_{Modified}$ พบว่า ด้านสุขภาวะ ทางกาย ความต้องการจำเป็นที่ต้องพัฒนาอย่าง เร่งด่วน ได้แก่ 1) บริการรถรับส่งผู้สูงอายุเพื่อไป รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล และชุมชนต้องการ การบริการแพทย์ทางเลือกเพื่อดูแลสุขภาพ ($PNI_{Modified} = 0.78$ และ 0.54) ตามลำดับ ส่วน ความต้องการจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนา คือ ความรู้และอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (การพลัดตกหกล้ม) ($PNI_{Modified} = 0.47$)

ด้านสุขภาวะทางจิตใจ/ อารมณ์ ไม่มีความ ต้องการจำเป็นที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน ส่วนความ ต้องการจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนา ได้แก่ สถานที่ พักผ่อนหย่อนใจสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมกลุ่มอาชีพ เพื่อเสริมสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ และกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุพบปะสังสรรค์หรือแสดงความสามารถ ($PNI_{Modified} = 0.49, 0.44$ และ 0.43) ตามลำดับ

ด้านสุขภาวะทางสังคม ความต้องการ จำเป็นที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน ได้แก่ สวัสดิการ ที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการบริการทาง สุขภาพ ($PNI_{Modified} = 0.73$) ส่วนความต้องการ จำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนา ได้แก่ กิจกรรมที่ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เป็นจิตอาสาช่วยเหลือสังคม และกิจกรรมฝึกทักษะความจำเป็นหรืออาชีพที่มี ความเหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ ($PNI_{Modified} = 0.43$ และ 0.40) ตามลำดับ

ด้านสุขภาวะทางปัญญา ความต้องการ จำเป็นที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน ได้แก่ กิจกรรม เตรียมความพร้อมเพื่อรับความเปลี่ยนแปลงตามวัย ($PNI_{Modified} = 0.58$) ส่วนความต้องการจำเป็นที่ ต้องได้รับการพัฒนา ได้แก่ กิจกรรมที่ส่งเสริม ความเข้าใจและสัมพันธ์ภาพที่ระหว่างสมาชิกใน ชุมชนที่มีวัยต่างกัน และการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี ($PNI_{Modified} = 0.47$ และ 0.41) ตามลำดับ

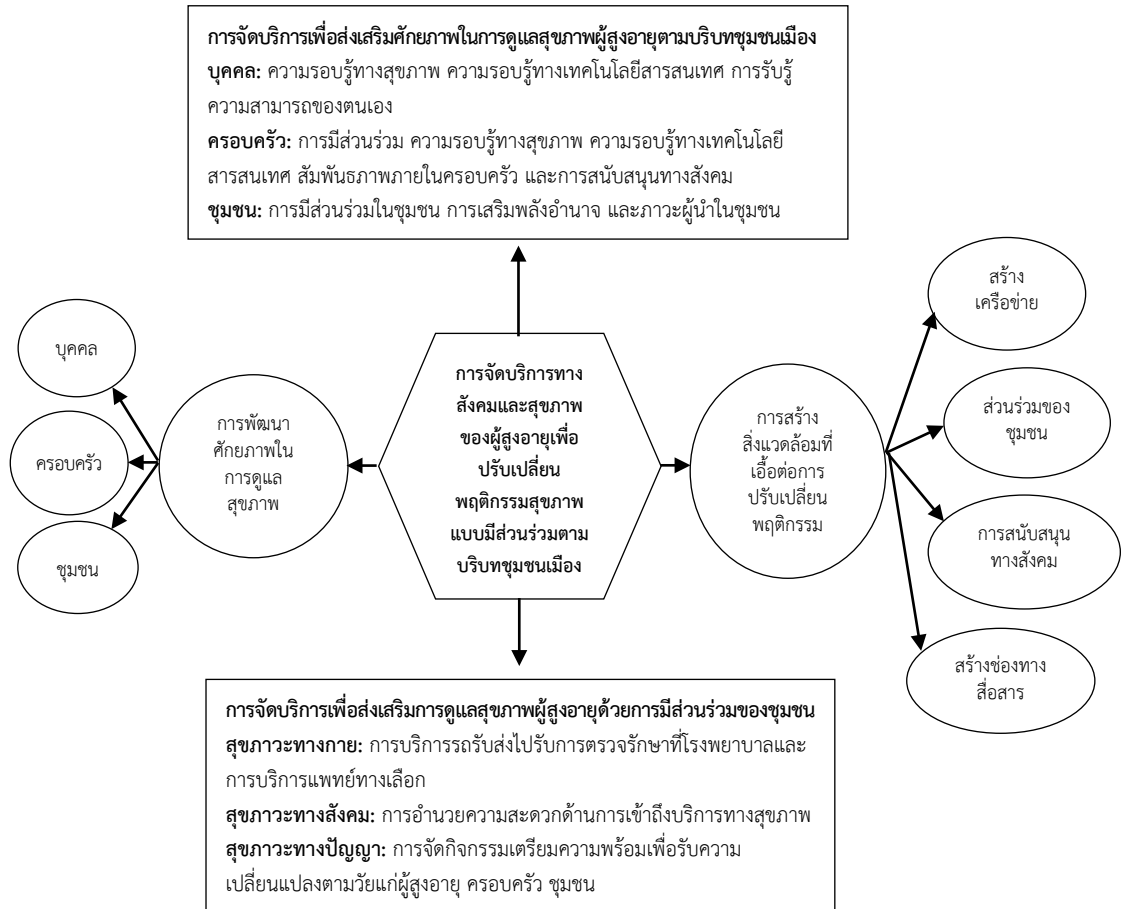
ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุ

รายการที่ประเมิน	ความต้องการจำเป็น		
	$PNI_{Modified}$	การแปลผล	ลำดับ
สุขภาวะทางกาย			
1. ความรู้และอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (การพลัดตก หกล้ม)	0.47	ต้องได้รับการพัฒนา	3
2. บริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุเพื่อไปรับการตรวจรักษาที่ โรงพยาบาล	0.78	ต้องการพัฒนาเร่งด่วน	1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุ (ต่อ)

รายการที่ประเมิน	ความต้องการจำเป็น		
	PNI _{Modified}	การแปลผล	ลำดับ
3. บริการแพทย์ทางเลือกเพื่อดูแลสุขภาพ เช่น การนวด การฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพร	0.54	ต้องการพัฒนาเร่งด่วน	2
สุขภาวะทางจิตใจ/ อารมณ์			
1. สถานที่พักผ่อนหย่อนใจสำหรับผู้สูงอายุ	0.49	ต้องได้รับการพัฒนา	1
2. กิจกรรมกลุ่มอาชีพเพื่อเสริมสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ	0.44	ต้องได้รับการพัฒนา	2
3. กิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุพบปะสังสรรค์หรือแสดงความสามารถ	0.43	ต้องได้รับการพัฒนา	3
สุขภาวะทางสังคม			
1. กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เป็นจิตอาสาช่วยเหลือสังคม	0.43	ต้องได้รับการพัฒนา	2
2. กิจกรรมฝึกทักษะจำเป็นหรืออาชีพที่มีความเหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ	0.40	ต้องได้รับการพัฒนา	3
3. สวัสดิการที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ	0.73	ต้องการพัฒนาเร่งด่วน	1
สุขภาวะทางปัญญา			
1. กิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อรับความเปลี่ยนแปลงตามวัย	0.58	ต้องการพัฒนาเร่งด่วน	1
2. การดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี	0.41	ต้องได้รับการพัฒนา	3
3. กิจกรรมส่งเสริมความเข้าใจและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกที่วัยต่างกัน	0.47	ต้องได้รับการพัฒนา	2

จากการศึกษาความต้องการจำเป็นและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มสามารถพัฒนาอนาคตภาพของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านการพิจารณาความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งสามารถสรุปอนาคตภาพของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 กระบวนการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทุกระดับโดยเน้นสร้างความรู้ความเข้าใจทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนเมือง เช่น ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ความรอบรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT literacy) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Relationship) การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และการส่งเสริมภาวะผู้นำ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ เหล่านี้ดำเนินการผ่านการจัดบริการเพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลสุขภาพตามบริบทชุมชนเมืองที่มีความแตกต่างกันในแต่ละระดับ ส่วนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นการสร้างสิ่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถใช้ศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยการอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ และช่วยลดอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (Collaboration) จากทุกภาคส่วน และการสร้างช่องทางสื่อสาร (Communication) โดยผ่านการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 อนาคตภาพของการจัดการบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพเป็นการส่งเสริมสมรรถนะที่ใช้ในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล เป็นการเสริมสร้างความเข้าใจผ่านกระบวนการโค้ช (Coaching) ที่เน้นเรื่องความรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศ และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) ระดับครอบครัว เป็นการสร้างความเข้มแข็งและเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศ การเสริมสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว และ 3) ระดับชุมชน เป็นการสร้างความ

ร่วมมือของชุมชน การเสริมพลังอำนาจ และการส่งเสริมภาวะผู้นำในชุมชน ดังตัวอย่างคำกล่าวดังนี้

“เดี๋ยวนี้อะไรๆ ก็ดูได้จากโทรศัพท์นัดหมอก็ทำผ่านโทรศัพท์ เพื่อนบ้านก็มีคลิปออกกำลังกาย ดูยา หายของกินก็ได้ด้วย ป้าต้องหัดเล่นมั้งละ”

ผู้สูงอายุ คนที่ 3

“เรื่องดูแลตัวเองอยู่ที่ใจ ถ้าเราคิดว่าทำได้เราก็ทำได้ ถ้าเราคิดว่าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เราก็ทำไม่ได้ ถ้าเราไม่ท้อไม่สบายมันก็หายได้”

ผู้สูงอายุ คนที่ 1

“มีผู้นำที่ดีเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ
ที่ทำให้คนอยากดูแลสุขภาพ อยากปรับตัว และ
อยากมาทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพทั้งประธานชุมชน
และแกนนำชุมชนเป็นตัวอย่างที่สำคัญ”

ผู้สูงอายุ คนที่ 5

“ครอบครัว ลูกหลานสำคัญที่สุด
สำหรับคนแก่เพราะช่วยดูแลทุกอย่าง บางที่เพื่อน
บ้านก็ช่วยกันดู ฝากๆ กันดูแลเวลาที่พ่อแม่ไม่สบาย
แล้วเราไปทำงาน”

ผู้สูงอายุ คนที่ 7

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางบวกของผู้สูงอายุ
เช่น การสร้างช่องทางสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ระหว่างผู้สูงอายุ บุคคลในชุมชน และผู้ปฏิบัติงาน
การสนับสนุนทางสังคม และอำนวยความสะดวก
ต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อ
สุขภาพ การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม
ของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และการสร้างเครือข่าย
ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และ
ภาคีเครือข่ายในการเสริมสร้างศักยภาพทาง
สังคมของชุมชน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องเริ่มต้น
จากชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่การตัดสินใจ
การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง
และประเมินผลเพื่อให้เกิดความเป็นส่วนหนึ่งของ
ชุมชนและความร่วมมือในการจัดบริการสุขภาพที่
จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
ไปในทางที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน ภาพอนาคตภาพ
ของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมใน
กลุ่มผู้สูงอายุตามบริบทสังคมเมืองกรุงเทพมหานคร
ตัวอย่างคำกล่าว ดังนี้

“ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้นำอุทิศตน
และเสียสละเพื่อส่วนรวม มีจิตใจที่ดีต่อกัน การมี
ส่วนร่วมของคนในชุมชนมีความสำคัญมาก ทำให้
รู้สึกว่าเป็นชุมชนของเรา รู้สึกว่าตนเองเป็นเจ้าของ”

แกนนำชุมชน คนที่ 3

“ความสัมพันธ์ การพูดคุยสื่อสารกัน
ภายในครอบครัวและชุมชนช่วยให้สามารถเข้าใจ
ความคิด ปัญหา และความรู้สึกของแต่ละคน บางที่
ถ้าเราไม่คุยกัน ไม่ช่วยกันคิดจะไม่สามารถแก้ไข
ปัญหาได้ สมัยนี้คุยกันได้หลายทาง โทรศัพท์ โลก
เพชบุรีทางไหนก็ได้”

ครอบครัว คนที่ 7

“บางที่เราก็ต้องไปดูคนอื่นไปถาม
ชุมชนอื่นดูมั้งว่าคนของเค้าทำด้วยใจถึงร่างกาย
แข็งแรง สุขภาพดี มีเพื่อนมาก เบาหวาน ความดัน
ลดลง เค้าก็ถามเคล็ดลับเรื่องความสามัคคีชุมชน
เรา เราเป็นพันธมิตรกันมีอะไรก็บอกกันได้”

แกนนำชุมชน คนที่ 1

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการ
จัดบริการทางสังคมและสุขภาพผู้สูงอายุตาม
บริบทชุมชนเมือง ด้วย PNI^{Modified} พบความต้องการ
จำเป็นที่สำคัญที่สุด คือ ด้านสุขภาวะทางกาย
ต้องการบริการรองรับส่งผู้สูงอายุไปรับการตรวจ
รักษาที่โรงพยาบาล ด้านสุขภาวะทางสังคม คือ
สวัสดิการที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการ
บริการทางสุขภาพ สุขภาวะทางปัญญา คือ กิจกรรม
เตรียมความพร้อมเพื่อรับความเปลี่ยนแปลงตามวัย
ซึ่งทั้ง 3 ข้อ มีค่าเฉลี่ย PNI^{Modified} มากกว่าร้อยละ
0.50 ที่ถือว่าจำเป็นต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน¹⁷ เมื่อ
พิจารณาเห็นว่าสุขภาวะทางกายและสุขภาวะ
ทางสังคมมีความต้องการที่สอดคล้องกัน คือ สิ่ง
อำนวยความสะดวกพื้นฐานที่ช่วยแก้ไขปัญหา
โดยตรงเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการเข้าถึง
ระบบสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันระบบ
ออนไลน์มีบทบาทสำคัญในการนัดหมาย ปรึกษา
การเข้าถึงบริการและข้อมูลข่าวสารต่างๆ จึงอาจ
เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ
เนื่องจากความเสื่อมทางด้านร่างกาย ความสามารถ
ดูแลตนเองลดลง ความช่วยเหลือการเตรียมความ

พร้อมหรือพัฒนาทักษะดังกล่าวจะช่วยลดข้อจำกัดให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ส่วนสุขภาพทางปัญญาผู้สูงอายุต้องการเข้าใจความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งเมื่อได้รับความรู้และมีที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะส่งผลให้มีกำลังใจและประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม¹⁸ ดังนั้นทั้ง 3 ข้อ จึงเป็นความต้องการจำเป็นต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน

อนาคตภาพของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตามบริบทสังคมเมืองกรุงเทพมหานคร เป็นการจัดการบริการทางสังคมและสุขภาพที่เน้น 2 กระบวนการ คือ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพเป็นการส่งเสริมสมรรถนะที่ใช้ในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ และครอบครัวรวมทั้งชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยระดับบุคคลเน้นสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะสำคัญที่ทำให้บุคคลเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพ ซึ่งถือนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลและการตัดสินใจทางสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องบูรณาการทักษะและความสามารถที่หลากหลาย¹⁹⁻²¹ และความรอบรู้ทางสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ³ ส่วนระดับครอบครัว เป็นการสร้างความเข้มแข็งและเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมดูแล

สุขภาพผู้สูงอายุโดยเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่นเดียวกับระดับบุคคลแต่เพิ่มการเสริมสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว และระดับชุมชนเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนด้วยกระบวนการเพิ่มศักยภาพและเสริมพลังอำนาจและการสร้างภาวะผู้นำในชุมชนซึ่งจะช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุได้

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไปในทางบวกถือเป็นแนวทางการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนจากการที่บุคคลและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมจึงลดภาวะพึ่งพิงได้ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องคำนึงถึงความต้องการจำเป็นของชุมชนเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เร่งด่วนและตอบโจทย์ความต้องการทางสุขภาพได้อย่างเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย การจัดบริการรถรับส่งไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล การบริการแพทย์ทางเลือก การจัดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ การอำนวยความสะดวกด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อรับความเปลี่ยนแปลงตามวัย รวมทั้งการสร้างช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุ บุคคลในชุมชน การให้ข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านประเมินคุณค่าจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ปฏิบัติงานที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ²² ส่วนการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคีเครือข่ายในการเสริมสร้างศักยภาพทุนทางสังคมในบริบทชุมชนเมืองมีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัย

Fivecoat, Sayers & Riegel²³ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจในการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการและรักษาโรค ดังนั้นการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมืองจึงควรพัฒนาทั้งศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนร่วมกับสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพผู้สูงอายุสามารถนำอนาคตภาพของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพฯ ไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสมและการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน
2. สถาบันที่จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมือง

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Population Fund. Aging in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York: The United Nations Population Fund; 2012.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Annual report of the Thai elderly 2021. Nonthaburi: National Board of Elderly; 2021. (in Thai).
3. Thaithae S, Thanaboonpuang P, Mahaprom T. Factors affecting health care behaviors of the elderly among urban community in Bangkok. Royal Thai Navy Medical Journal 2020;48(2):393-406. (in Thai).
4. National Statistical Office. Survey of the elderly population in Thailand 2021. [Internet]. [cited 2022 October 22] Available from: <http://www.nso.go.th>. (in Thai).

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำอนาคตภาพของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพผู้สูงอายุ ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพที่พัฒนาจากข้อมูลอนาคตภาพของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพฯ ครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ สสส. (สำนัก 7) ผู้รับทุนหลัก คือ คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี



5. Apiratnanok W, Jungyoudee Y. Let's move together towards a active aging society. [Internet]. [cited 2019 October 18]. Available from: <https://www.hsri.or.th/people/media/care/detail/5737>. (in Thai).
6. Public Health and Environmental Strategy Division. Summary of the Bangkok Metropolitan area elderly database. [Internet]. [cited 2019 October 18] Available from: <http://www.bangkok.go.th/hesd/page/main/1686>. (in Thai).
7. The Office of Health Strategy Administration, Thai lifestyle. Draft regulations of the Prime Minister's Office on District Health Board, 2017. [Internet]. [cited 2018 February 14] Available from: <http://thlp.ops.moph.go.th/pdf>. (in Thai).
8. Kumkong M, Suwanaraj M, Saetiew S. Food and nutritional management model for older adults using the mother's food guideline: a case study of the elderly club, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2018;5(3):53-68. (in Thai).
9. Sommung P, Sakulkim S, Jitsophakul N, Phimsan C, Jareonpol O. Effects of home exercise on exercise behavior and physical fitness among elderly in Khunpadpeng sub-district municipality, Suphanburi province. Journal of Health Education 2019;42(1):43-54. (in Thai).
10. Nimitarnun N, Klinhom W, Wattakiecharoen J, Thipkaew C. The development of fall prevention model of the elderly through community participation. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2020;21(2):389-99. (in Thai).
11. Wongwanich S. Needs assessment research. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2007. (in Thai).
12. Corday D. An assessment from the policy perspective. In: Wachter K, Strat M. The future of meta-analysis. New York: Sage; 1990. p. 99-120.
13. Gaber J. Meta-needs assessment. Evaluation and Program Planning 2000;23(2):139-47.
14. Green LW, Kreuter MW. Health program planning an educational and ecological approach. New York: Quebecor World Fairfield; 2005.
15. Pearse AC, Stiefel M. Inquiry in participation: a research approach in UNRISD participation programme. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 1979.
16. Department of Older Persons. Measures to implement national agenda on aged society: 6 sustainable 4 change. [Internet]. [cited 2019 April 10] Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1551432930-155_0.pdf. (in Thai).
17. Wongwanich S. Alternative strategies for developing research and evaluation culture and capability of professional teachers as a change agent for driving to knowledge-based schools: a complete needs assessment research. Journal of Research Methodology 2005;18(2):193-211. (in Thai).

18. Bilhmat P, Pothong P, Lemso W, Kaewsod S, Dongnadeng HA. The needs for health care among the elderly in the Trang Municipality area of Trang province. *Journal of Humanities and Social Sciences SKRU* 2020;2(1):29-50. (in Thai).
19. Nutbeam D. Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion* 2015;42:450-5.
20. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80.
21. Karimy M, Koohestani Hr, Araban M. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetol Metab Syndr* 2018;10:86.
22. Kwanjaroensub S, Suwannapong N, Tipayamongkholgul M, Manmee C. Health need assessment and accessibility to health services of rural elderly in Wihandaeng district, Saraburi province. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2019;46(1):214-30. (in Thai).
23. Fivecoat HC, Sayers SL, Riegel B. Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2018;17(7):598-604.