



แบบแสดงรายละเอียดการเสนอผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่องที่ ๑

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไห อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

ของ

นางสาวกาเหว่า คำโคตร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ ๕๖-๒-๐๑-๓๖๐๒-๐๐๑

งานบริหารงานสาธารณสุข สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลกุดไห
อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

พ.ศ. ๒๕๖๔

ชื่อเรื่อง : การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไท อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

ชื่อผู้ศึกษา : กาเหว่า คำโคตร.

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ. งานบริหารงานสาธารณสุข สำนักปลัดเทศบาล

เทศบาลตำบลกุดไท อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร.

ปีที่ศึกษา. : 2564.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไท อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ ภายใต้บริบทของชุมชน ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – กันยายน 2564 โดยมีพื้นที่เป้าหมายคือ หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย จำนวน 3 หมู่บ้าน มีผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 10 คน ผู้นำชุมชน 3 คน แกนนำผู้สูงอายุ 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 9 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชั่วโมง (CG) 7 คน ผู้บริหาร 2 คนเจ้าหน้าที่สุขภาพ 4 คน รวม 50 คน โดยใช้กระบวนการพัฒนาตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เห็นความชัดเจนของการสร้างองค์ความรู้ใหม่โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้ 1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึกสนทนากลุ่ม 2) นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาวางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทาง ปฏิบัติร่วมกัน 3) ปฏิบัติตามแผน สะท้อน และปรับปรุงการปฏิบัติ 4) ประเมินผลการปฏิบัติภาพรวม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. CG ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการคิด วางแผนดำเนินกิจกรรม และประเมินผล มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทุกคน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10 คน ได้รับการดูแลสุขภาพกาย ใจ จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม อย่างครบถ้วน โดยการมีส่วนร่วมของตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. CG ผู้นำชุมชน รวมถึงกลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐเช่น รพ.สต. และเทศบาลตำบลกุดไท ซึ่งเป็นผู้ขับเคลื่อนและสนับสนุนงบประมาณ กำลังคนและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ครอบครัวมีปัญหาทางสังคมลดลงและมีรายได้เพิ่มขึ้น ชุมชนเกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ สามารถดูแลและช่วยเหลือกันได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ , การพัฒนา, การมีส่วนร่วม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่าย ขอขอบพระคุณ นายกเทศมนตรีตำบลกุดไห ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย ตำบลกุดไห อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตตำบลกุดไห โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบคุณผู้สูงอายุและครอบครัว กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน บ้านกุดไหหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 6 และ 11 คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย ผู้เข้าร่วมในโครงการที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาเป็นอย่างดี อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา

กาเหว่า คำโคตร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
3. ขอบเขตของการศึกษา	4
4. คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	4
5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	6
2. การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย	19
3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน	32
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
1. พื้นที่ในการศึกษา	39
2. กลุ่มเป้าหมาย	39
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	40
4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและความน่าเชื่อถือของข้อมูล	43
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
6. ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา	45
7. การวิเคราะห์ข้อมูล	48
8. จริยธรรมในการศึกษา	49

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษาและอภิปรายผล	
1. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	50
2. แผนการพัฒนากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	68
3. ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ	70
4. ประเมินผล	76
5. อภิปรายผลการศึกษา	78
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	
1. สรุปผลการศึกษา	85
2. บทเรียนที่ได้จากการศึกษา	87
3. ข้อเสนอแนะ	87
เอกสารอ้างอิง	88
ภาคผนวก	93
ภาคผนวก ก	93
ภาคผนวก ข	97

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ขอบเขตบริการดูแลระยะยาว	24
ตารางที่ 2 นวัตกรรมกายอุปกรณ์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น	73

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรสูงอายุกำลังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นข้อมูลจาก World Population Prospects ฉบับปรับปรุงใหม่ปี 2562 ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2019) คาดการณ์ว่าในปี 2593 ประชากรโลก 1 คน ในทุก 6 คน (ร้อยละ 16) จะมีอายุสูงกว่า 65 ปี ขยับมาจากทุก 11 คน (ร้อยละ 9) ในปี 2562 และในปี 2593 ประชากร 1 ใน 4 ที่ยังมีชีวิตอยู่ในยุโรปและอเมริกาเหนือจะอายุมากกว่า 65 ปี คาดการณ์ว่าประชากรที่อายุมากกว่า 80 ปี จะเพิ่มขึ้น 3 เท่า จาก 143 ล้านคนในปี 2562 เป็น 426 ล้านคน ในปี 2593 และจากการคาดการณ์ประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพต่างๆและนำไปสู่ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มจำนวนของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นผู้ที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองและจำเป็นต้องได้รับการดูแล จากสถานการณ์ที่จำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น และระยะเวลานานขึ้น เพราะร่างกายถดถอยลง ความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตัวเองลดน้อยลง และจำนวนมากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงต้องการคนช่วยดูแลให้บริการทั้งด้านกิจวัตรประจำวันทั่วไป และด้านการพยาบาล มีตัวเลขที่แสดงให้เห็นว่าประชากรสูงอายุก่อนที่จะเสียชีวิตจะต้องใช้ชีวิตในโรงพยาบาลหรือใช้ชีวิตโดยต้องพึ่งพิงผู้อื่นโดยเฉลี่ยประมาณ 9 ปี จำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ความต้องการการดูแลในส่วนนี้ก็เพิ่มมากขึ้น

การดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีปัญหาเรื้อรัง หรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย หรือความพิการ การพัฒนาระบบควรต้องมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรม และคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ขณะที่รัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแล โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่มีครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน มุ่งเน้นด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสุขภาพเป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย การมีสุขภาพที่ดีย่อมเกิดจากการที่บุคคลทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ในทางกลับกันการที่บุคคลมีสุขภาพไม่ดีย่อมเกิดจากการมีพฤติกรรมในการดูแล

สุขภาพที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม (Pender, N. J., 1996) การดูแลสุขภาพคือการกระทำของบุคคลที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของตน และนอกจากการที่ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองแล้วยังสามารถรับการดูแลจากบุคคลอื่นได้ด้วย หรือที่เรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการกระทำที่ส่งผลในทางบวกมากกว่าทางลบ ซึ่งมีผลให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น Cohen, S., & Syme, S. L. (Eds.), 1985 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการถดถอยของสมรรถนะร่างกาย และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะมีมากกว่าหนึ่งโรคประมาณร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในชีวิตประจำวัน และร้อยละ 15 มีภาวะพึ่งพิงด้านการทำงานบ้าน ขณะเดียวกันร้อยละ 0.8 และ 0.2 ของผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นและนอนติดเตียงตามลำดับ โดยภาพรวมมีผู้สูงอายุร้อยละ 30 และ 38 สำหรับเพศชายและหญิงตามลำดับที่ต้องการและมีผู้ดูแล ในขณะที่ร้อยละ 6 ของผู้สูงอายุที่ต้องการแต่ขาดผู้ดูแลในบ้าน จำเป็นต้องพึ่งพาเพื่อนบ้านชุมชนหรือสวัสดิการจากรัฐ (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2550)

การเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (WHO, 2003) ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการพึ่งพิงในชีวิตประจำวัน ซึ่งจากสำรวจข้อมูลสุขภาพประชาชนพบผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ร้อยละ 15.5 โดยพบว่าในเขตชนบทมีความชุกร้อยละ 16.5 ขณะที่ในเขตเมืองพบร้อยละ 13.5 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากรและคณะ, 2552) โดยเฉพาะปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานขั้นรุนแรงหรือที่เรียกว่า ภาวะทุพพลภาพรุนแรง ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลระยะยาว (Lafortune and Balestat, 2007) ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยเขตกรุงเทพมหานครพบความชุก ร้อยละ 19 (Jittapankul et al, 1994) และเขตชนบทพบ ร้อยละ 12 (Sihapark, et al, 2013) และจากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 10.1 ต้องมีผู้ดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน (Knodel & Chayovan, 2008; National Statistical Office, 2008)

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 และประมาณร้อยละ 6 มีภาวะสมองเสื่อม ในส่วนที่เป็น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) ประมาณร้อยละ 20 (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557)

ตำบลกุดโง้ง มีประชากรทั้งหมด 9,591 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,685 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุปี 2563 พบว่าความสามารถในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี 1,619 คน ร้อยละ 96.1 ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน 58 คน ร้อยละ 3.4 และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 8 คน ร้อยละ 0.5 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว 1,007 คน ร้อยละ 59.8 ส่วนใหญ่พบเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค 750 คน ร้อยละ 74.5 โรคที่ผู้สูงอายุป่วยมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง 460 คน ร้อยละ 45.7 โรคเบาหวาน 320 คน ร้อยละ 31.8 โรคข้อเข่าเสื่อม 174 คน ร้อยละ 17.3 โรคหลอดเลือดสมอง 35 คน ร้อยละ 3.5 โรคหัวใจ 12 คน ร้อยละ 1.2 ซึมเศร้า 10 คน ร้อยละ 0.9 ในตำบลรับผิดชอบ 2 รพ.สต. มีผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) 1 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) 8 คน (สรุปผลงานประจำปีตำบลกุดโง้ง 2564)

การดูแลระยะยาว จึงเป็นการดูแลที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและสังคม ซึ่งจะรวมถึงกิจกรรมที่ดำเนินการสำหรับคนที่ต้องการการดูแลโดยผู้ดูแลไม่เป็นทางการ ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ รวมถึงวิชาชีพ และ ผู้ช่วย และผู้ดูแลแบบดั้งเดิม และอาสาสมัคร (WHO, 2000) ภาวะทุพพลภาพรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ และทำให้เกิดการพึ่งพาระยะยาวที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งภาระการดูแลและภาระค่าใช้จ่าย ทั้งยังส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ (Lafortune and Balestat, 2007) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมานอกจากครอบครัวแล้ว ยังมีหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและท้องถิ่นที่มีบทบาทในการจัดการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในบางครั้งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีลักษณะแยกส่วน ขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่อง และครอบคลุม โดยเฉพาะบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ขาดคนดูแลรวมถึงบริการสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวยังมีจำกัด สถานการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ถึงความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนของตำบลกุดไฮ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไฮ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

3. ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไฮ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – กันยายน 2564 โดยมีพื้นที่เป้าหมายคือ หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย จำนวน 3 หมู่บ้าน มีผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 10 คน ผู้นำชุมชน 3 คน แกนนำผู้สูงอายุ 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 9 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชั่วโมง (Care Giver : CG) 7 คน ผู้บริหาร 2 คน เจ้าหน้าที่สุขภาพ 4 คน รวม 50 คน

4. คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

- 4.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 4.2 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) หมายถึงการจัดการบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชรา

ภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุข) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน ชุมชน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

4.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง หมายถึง การดูแลตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลูก-นั่ง การ เดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ซึ่งรวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การหุงหาอาหาร เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะพึ่งพิง (วัดด้วยเครื่องมือดัชนีบาร์เทิลหรือดัชนี ADL อยู่ระหว่าง 0 - 11 คะแนน) ถือเป็นผู้ที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งรายงานฉบับนี้เน้นหนัก ที่ความยากลำบากในการทำกิจกรรมพื้นฐานเป็นหลัก

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 5.1 ผู้สูงอายุได้รับสิทธิเท่าเทียมกับคนทั่วไปในทุกๆด้าน
- 5.2 มีบริการที่เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ท้องถิ่นและชุมชน
- 5.3 สร้างความรัก ความสามัคคีในชุมชน
- 5.4 ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากสังคม
- 5.5 ชุมชนเกิดความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ไม่ผลักภาระให้ส่วนใดส่วนหนึ่งรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว มีการแบ่งปันและช่วยเหลือดูแลกันในชุมชน

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไห อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย
3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชายและ เพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิดทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกันทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) คำจำกัดความดังกล่าวเป็นคำจำกัดความที่ประเมินจากสภาพร่างกายเป็นหลัก ซึ่งประเทศที่เจริญแล้ว ถือเอาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป อาทิ ประเทศ ในยุโรปและอเมริกาเหนือกำหนดให้ผู้สูงอายุ 65 ปี เป็นผู้สูงอายุ (Drolet, Schwarz & Yoon, 2010) หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 45 – 55 ปี ส่วนชายสูงอายุ อยู่ในช่วง 55 – 75 ปี

ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organisation, 2000) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุคือผู้มีอายุ 60 ปี และมากกว่าขึ้นไป องค์การอนามัยโลกได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุตอนต้น (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี (2) คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี (3) คนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์และมีสัญชาติไทย เป็นผู้สูงอายุหรือที่เรียกกันว่า "ผู้สูงวัย"(สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ดังนี้ 1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ 2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง 3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) เป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยอิงจากเกณฑ์ของ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2553) จำแนกทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่คือทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคมวิทยา มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา ประกอบด้วย 9 ทฤษฎีดังนี้

1.2.1.1 ทฤษฎีว่าด้วย คอลลาเจน (Collagen Theory) เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัส โปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเกิดการจับตัวกันมาก ทำให้เส้นใยหดสั้นเข้า ปรากฏรอยย่นมากขึ้น ถ้าอยู่ตรงข้อต่อจะมองเห็นปุ่มกระดูกชัดเจน ซึ่งการจับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ 30-35 ปี บริเวณที่มีการจับตัวได้แก่ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือดและหัวใจ

1.2.1.2 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่อมีอายุมากขึ้น ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันปดน้อยลง พร้อม ๆ กับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้นทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่าย และภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองจะไปทำลายเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้วไม่มีการแบ่งเซลล์ตัวใหม่เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

1.2.1.3 ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดจากกรรมพันธุ์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายช่วงคนเมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว

1.2.1.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation and Error Theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึง ภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุนั้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำหรือได้รับขนาดสูงทันที จะมีผลทำให้เซลล์ชีวิตสั้นลง สำหรับทฤษฎีความผิดพลาด เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA เป็นเอ็นไซม์ที่เพ่งสังเคราะห์ใหม่ เอ็นไซม์ที่ผิดปกติจะผลิตสารภายในเซลล์ จะมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ ถ้าจำนวน RNA ลดลงมากจะมีผลให้เสียชีวิต

1.2.1.5 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักร เชื่อว่าหลังใช้งานเสร็จแล้วมีการสึกหรอแต่สิ่งมีชีวิตต่างจากเครื่องจักรตรงที่สามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้เอง เช่น เนื้อเยื่อบางชนิด ได้แก่ ผิวหนังเยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เก่าที่หายไปอย่างต่อเนื่อง เป็นการชะลอความเสื่อมและถดถอยแต่ในระบบเซลล์อื่น ๆ เช่น เซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อ จะไม่มีการเพิ่มเซลล์ใหม่อีก ทั้งยังถูกทำลายทำให้มีการทำหน้าที่ของอวัยวะของระบบนั้น ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

1.2.1.6 ทฤษฎีว่าด้วยการอดอยาก (Deprivation Theory) เมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น เนื่องจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ระบบต่างๆ ภายในร่างกายเป็นผลทำให้การดูดซึมหรือการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ในเลือดไปสู่อวัยวะต่างๆ ได้รับออกซิเจนสารอาหารไม่เพียงพอ อวัยวะจึงเสื่อมลง

1.2.1.7 ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) กล่าวว่า ในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่สูงอายุ พบว่า มีการสะสมของสารบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์ และสารนี้จะไม่พบในคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อย สารที่สะสมนี้มีผลแทรกแซงกระบวนการเผาผลาญของเซลล์ ทำให้ประสิทธิภาพของการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงในที่สุดจะทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลงและเสียไปในที่สุด

1.2.1.8 ทฤษฎีว่าด้วยสารอนุมูลอิสระที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) กล่าวถึงการใช้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่น ๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ ซึ่งทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลงสารนี้ถูกเร่งให้เกิดมากขึ้นจากการฉายรังสี โดยปฏิกิริยาเผาผลาญวิตามินเอ วิตามินซีและไนอาซิน

1.2.1.9 ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress and Adaptation Theory) กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดในชีวิตประจำวัน ส่งผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลต้องเผชิญความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

สรุป ทฤษฎีทางชีววิทยา กล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมลงมากกว่าการสร้าง เช่น ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และหัวใจ ภูมิคุ้มกัน หรือภูมิต้านทานลดลง ผมหงอกเร็วขึ้น กระบวนการเผาผลาญ และระบบของร่างกายลดลง การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง และเสียหน้าที่ไปในที่สุด ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเผชิญ อาจทำให้เกิดภาวะเครียดส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้

1.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychoanalytic Theory) ประกอบด้วย 2 ทฤษฎีดังนี้

1.2.2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตด้วยความมั่นคง อบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่นได้เป็นอย่างดีมักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานและผู้อื่นได้โดยไม่เดือดร้อน ในทางกลับกัน ถ้าผู้สูงอายุเกิดมาอยู่ร่วมกับใครไม่ได้ ไม่อยากช่วยเหลือผู้อื่น จิตใจคับแคบ ผู้สูงอายุมักจะเป็นผู้ไม่ค่อยมีความสุข

1.2.2.2 ทฤษฎีความปรารถนา (Intelligence Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปรารถนาและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอมีการค้นคว้า และพยายามที่จะมีการเรียนรู้ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี มีฐานะเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

สรุป ทฤษฎีทางจิตวิทยา กล่าวว่า ผู้สูงอายุ จะมีความสุข หรือความทุกข์ ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตของผู้นั้น ผู้สูงอายุที่ยังปรารถนา และคงยังเป็นปราชญ์ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสนใจที่จะค้นคว้าหรือเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

1.2.3 ทฤษฎีสังคมวิทยา ประกอบด้วย 5 ทฤษฎีดังนี้

1.2.3.1 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) มีแนวคิดว่าการปรับตัวการเป็นผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาท คือบุคคลนั้นจะรับบทบาททางสังคมที่ต่างกันไปตามตลอดชีวิต เช่น บทบาทการเป็น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ความเป็นคนถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังรับผิดชอบ บุคคลจะอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุขได้ขึ้นอยู่กับปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ตนกำลัง

เป็นอยู่ได้เหมาะสมเพียงใด โดยอายุจะเป็นองค์ประกอบในการกำหนดบทบาทของแต่ละคนในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

1.2.3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมอๆ จะมีบุคลิกภาพที่กระฉับกระเฉง มีภารกิจอย่างสม่ำเสมอทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต ปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรม มีภาพพจน์ในด้านบวก ชอบเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ เป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการที่ต้องเป็นหม้าย การเกษียณอายุจากการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่นมีงานอดิเรก การเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรมสมาคม ชมรม

1.2.3.3 ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคม เป็นเพราะการถอนสภาพบทบาทของตนเอง ตามปกติผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมลงในขณะที่ปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการผู้สูงอายุ

1.2.3.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมให้มาทดแทนทางสังคมเก่าที่สูญเสียไป ยังคงปรับตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

1.2.3.5 ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) อายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นอายุ จากอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง

สรุป ทฤษฎีสังคมวิทยา กล่าวว่าบุคคลจะได้รับบทบาททางสังคมที่ต่างกันไปตามตลอดชีวิต เช่นเป็นพ่อ แม่ สามี ภรรยา และ บุคคลจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนว่าเหมาะสมเพียงใด และผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมอ ๆ จะมีบุคลิกกระฉับกระเฉง ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคม มักจะแยกตัวไปจากสังคม ผู้สูงอายุบางคนจะแสวงหาบทบาททางสังคม มาทดแทนสังคมเก่าที่เสียไป และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่อง

1.3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น เนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานระบบต่าง ๆ ทั่วร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาท ระบบหัวใจระบบหลอดเลือดระบบขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูก และระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักจะเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุด้านต่างๆ ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Biological Change) การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกส่วนของร่างกายผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและส่วนต่างๆที่พบโดยทั่วไปได้แก่ ผิวหนังบาง แห้งเหี่ยวย่น ลอกหลุดง่าย มักมีอาการคัน มีจ้ำเลือด เซลล์ ผมหงอกและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาและสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและการคิดเชิงซ้ำ การมองเห็นและการได้ยินลดลง การรับกลิ่นไม่ดี การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้รับรู้รสน้อยลง การรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรับรสอื่นๆ ฟันผุแตกหักง่าย เคลือบฟันบางลง เหงือกหุ้มคอพินร่นลงไป กระดูกเปราะและหักง่าย มีอาการปวดกระดูก เนื่องจากแคลเซียมลดลง ต่อมน้ำลายทำงานน้อยลง ทำให้รู้สึกปากแห้ง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง เกิด

ภาวะหัวใจวายได้ง่าย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้บ่อย ประกอบกับการไม่ได้ออกกำลังกาย พบอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเพศหญิง และปัสสาวะลำบากในเพศชายจากต่อมลูกหมากโตขึ้น นอกจากนี้การผลิตของฮอร์โมนต่างๆลดลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นโรคเบาหวานอย่างอ่อน และมีการสูญเสียไขมันออกไปกับปัสสาวะได้ผนังหลอดเลือดมีลักษณะหนาและแข็งขึ้น เพราะมีไขมันมาเกาะเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงเป็นเหตุให้ การขยายตัวและยุบตัวไม่ดี ต่อมาเพศทำงานลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง (เกสร ลำภาทอง,2549) การเปลี่ยนแปลงของสรีระทางร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง ปัญหาความเจ็บป่วย ทางร่างกายที่พบมากที่สุด โรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 และป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 คือโรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกอันได้แก่ การปวดหลัง ปวดเข่า ปวดเอว ไขข้ออักเสบ รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ (กรมอนามัย,2553)

1.3.2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่

1.3.2.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ยาก เพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัวและทางด้านจิตใจ พบว่า ร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว บอกว่ารู้สึกเหงา รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตก็เปลี่ยนไป เพราะเกษียณอายุจากการทำงาน มีกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ในคุณค่าของตัวเองลดลง

1.3.2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะของความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้านอกจากนี้รูปแบบของครอบครัวในสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กซึ่งประกอบด้วยสามีภรรยาและบุตรเท่านั้นกล่าวคือมีสมาชิกในครอบครัวอยู่กันไม่เกินสองรุ่นทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่ายปัญหาสุขภาพในประชากรของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุนั้น เกิดขึ้นจากการถูกทอดทิ้ง และการถูกตัดออกจากสังคม เช่น การออกจากงาน การออกจากความรับผิดชอบในหน้าที่เดิมที่เคยปฏิบัติ การขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน หรือจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่คงที่ มีความแปรปรวน จิตใจไม่มั่นคง เมื่อมีสิ่งใดมากระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยก็จะโมโห หงุดหงิด โกรธง่าย หรือน้อยใจ บางรายมีอาการซึมเศร้า หรือมีปฏิกิริยาต่อต้าน เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เป็นไปในทางเสื่อมสมรรถภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทางด้านร่างกาย จะเห็นว่าการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทางด้านจิตใจพบว่าสภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลง โดยจะหงุดหงิดง่าย และมีความวิตกกังวลสูง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของครอบครัว การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงทางสถานภาพสมรส เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเจ็บป่วยมักมีอาการรุนแรง และต้องใช้เวลาในการรักษา

และฟื้นฟูสภาพ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางสังคมที่เห็นได้ชัด โดยที่ในอดีต ครอบครัวไทย เป็นครอบครัวใหญ่ที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรให้ความเคารพ บูชา ยอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบัน สังคมไทย เปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน มองประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่ได้จากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ และการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งทางใจ กระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2553)

1.3.2.3 ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มากกว่าเรื่องของผู้อื่น

1.3.2.4 การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดกับคนอื่นสามารถพึ่งตนเองได้ระดับหนึ่ง

1.3.2.5 ยอมรับสภาพของการเข้าสู่วัยสูงอายุ จะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการศึกษาปฏิบัติ ตามคำสั่งสอนในศาสนาบางคนอยากอยู่ร่วมกับลูกหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว (กรมอนามัย, 2545)

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social Change) นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์แล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ เช่น

1.3.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน จากสังคมเกษตรกรรม เป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นมีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทเข้าเมือง ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญปัญหาการอยู่ตามลำพัง ไม่มีที่พักพิงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่ายปัญหาสุขภาพในประชากรของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่นในอดีตกับบุตรหลาน ต้องปรับตัวเข้ากับสังคมสมัยใหม่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุทุกคนอยากให้มีผู้ดูแลตลอดไปและต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแล

1.3.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี การได้รับวัฒนธรรมตะวันตกทำให้สังคมไทยมีลักษณะคล้ายสังคมตะวันตกมากขึ้น ค่านิยมหรือความเชื่อเดิมที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่นการเคารพพระบาวุโสหรือค่านิยมของความกตัญญูต่อบิดามารดาและผู้เฒ่าคุณ บุตรจะต้องทดแทนพระคุณของบิดามารดาเมื่อแก่ชราค่อยหมดไป

1.3.3.3 การปลดเกษียณหรือออกจากงานและการลดบทบาททางสังคมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมรู้สึกว่าการดูแลตนเองหมดความสำคัญ นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท ซึ่งการสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากที่สุด ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหงา โดดเดี่ยว

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2560) ได้ทำการสำรวจ ทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทยพบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อันเนื่อง

มาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ และแนวโน้มของการมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสาเหตุและแบบแผนของการเจ็บป่วยและการตายของประชากรตามมา ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ในประเทศพัฒนาแล้ว ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาเนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขได้พัฒนาไปมากประชากรไม่เพียงแต่มีอายุยืนยาวขึ้นแต่ใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดียาวนานขึ้นด้วยข้อมูลจากการศึกษาหลายแหล่งได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือพิการลดลงเป็นลำดับที่เป็นเช่นนี้น่าจะเนื่องมาจากคนสูงอายุในรุ่นหลัง ๆ มักจะได้รับการศึกษามากขึ้นซึ่งนำไปสู่การดูแลสุขภาพสุขภาพที่ดีขึ้นประกอบกับเทคโนโลยีนโยบายและระบบงานสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเป็นลำดับ

ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาผลกระทบของการเปลี่ยนเป็นประชากรสูงวัยต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดูเหมือนจะรุนแรงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมาก เนื่องจากช่วงเปลี่ยนผ่านทางประชากรนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหลายประเทศยังขาดความพร้อม ทั้งในด้านทรัพยากรองค์ความรู้บุคลากรและเทคโนโลยีด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงหลายด้านทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะ ในรูปของลักษณะและหน้าที่ ที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะและโครงสร้างทางสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านนี้ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตัวเองเพื่อรักษาสุขภาพกาย และจิตใจ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าในปัจจุบันโครงสร้างของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าว

1.4 แนวคิดผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing)

เล็ก สมบัติ และคณะ (2554) ได้รวบรวมความหมายของผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing) ที่นักวิชาการจำนวนมากได้ให้ความหมายไว้ ทั้งในลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความสามารถที่จะทำงานต่อไปได้หลังการเกษียณอายุเป็นทั้งงานที่ได้รับค่าตอบแทน หรืองานอาสาสมัคร ที่เป็นประโยชน์ต่อความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว ชุมชน และประเทศ หรือการกล่าวถึงกิจกรรมใดๆ ที่ผู้สูงอายุได้ผลิตสินค้า บริการหรือเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพของทั้งสองอย่าง ไม่ว่าผู้สูงอายุจะได้เงินจากกิจกรรมนี้หรือไม่ก็ตาม ซึ่ง เล็ก สมบัติ และคณะ (2554) สรุปว่าผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing) ครอบคลุมถึงลักษณะต่างๆ ดังนี้

1. ผู้ที่เกษียณอายุหรือมีอายุ 60 ปีขึ้นไป และยังทำงานอยู่
2. ลักษณะการทำงานนั้น การผลิตสินค้า/บริการ หรือการทำงานที่เป็นการพัฒนาประสิทธิภาพของทั้งสองอย่าง กิจกรรมทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เช่น งานบ้าน การดูแลเด็ก งานอาสาสมัคร หรือการช่วยเหลือครอบครัว หรือเพื่อน โดยจะได้รับเงินค่าตอบแทน หรือไม่ได้รับค่าตอบแทนก็ได้ และค่าตอบแทนที่ได้รับอาจเพิ่มขึ้นตามลักษณะงาน ส่วนใหญ่มักจะมีบทบาทที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน อันเป็นการอุทิศเพื่อครอบครัว ชุมชน และสังคม

3. วัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ทำ เพื่อการฝึกทักษะ พัฒนาประสิทธิภาพ เพิ่มพูนความรู้ความสามารถ หรือบทบาทของบุคคลเมื่อสูงอายุ หรืองานที่สอดคล้องระหว่างสังคม และความ

คาดหวังส่วนบุคคล เพื่อเป็นประโยชน์ต่อความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว ชุมชน และประเทศ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า นิยามของผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing) จึงหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ยังคงทำงานหรือกิจกรรมในลักษณะของกิจกรรมเชิงธุรกิจหรือกิจกรรมบริการก็ได้ กิจกรรมที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ทั้งที่ได้รับความตอบแทนหรือไม่ได้รับความตอบแทนงานหรือกิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า เมื่อกล่าวถึงผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Ageing) นักวิชาการตัวบุคคลซึ่งยังมีศักยภาพในการทำงานหรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้ แต่หากจะเน้นที่กิจกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงบทบาทในการกระทำหรือดำเนินการ ก็อาจเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่าเป็นบทบาทเชิงสร้างสรรค์ของผู้สูงอายุ นั่นเอง

1.5 แนวคิดผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing)

คำว่า ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ได้ถูกเสนอโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาประชากรสูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เป็นความพยายามปรับเปลี่ยนแนวคิดจาก “ความต้องการพื้นฐาน (Need-based)” ที่มีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายแบบถูกกระทำ (Passive targets) เป็นแนวคิด “สิทธิขั้นพื้นฐาน (Rights-based)” จากหลักการพื้นฐานผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ ประกอบด้วย หลักการมีเสรีภาพ (Independent) หลักการมีส่วนร่วม (Participation) การได้รับการดูแล (Care) การบรรลุความพึงพอใจในตนเอง (Self fulfillment) และ ความมีศักดิ์ศรี (Dignity) ที่ได้ตระหนักถึงสิทธิของประชาชนอย่างเท่าเทียม เป็นการปฏิบัติ ในทุกมิติของชีวิต ตามวัยหรือเหมาะสมกับอายุของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีศักยภาพจะสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองและมิติอื่นๆ ของวิถีชุมชน

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้เสนอกรอบที่เป็นองค์ประกอบหลักของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ไว้ 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. สุขภาพ (Health) สุขภาพส่วนบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นเงื่อนไขของการดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระและพึ่งพาตนเอง ทั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกับทั้งปัจเจกบุคคล ครอบครัวและสังคมแวดล้อม
 2. การมีส่วนร่วม (Participation) ในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งกิจกรรมต่างๆ จะช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่า มีเกียรติศักดิ์ศรี และเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุตรหลาน ทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีและจะส่งผลต่อสุขภาพกายด้วย
 3. การมีหลักประกันความมั่นคง (Security) ของผู้สูงอายุ คือมีความมั่นคงปลอดภัยทางด้านร่างกาย มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- เล็ก สมบัติ และคณะ.(2554) กล่าวว่าความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ให้หนักที่ปัจจัยด้านสังคมเป็นหลัก กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อน และชุมชน หรือการบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ ประเด็นที่ให้ความสนใจถัดมาคือ ประเด็นทางเศรษฐกิจ ทั้งการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ และเป็นความมั่นคงในชีวิต ขณะที่ให้ความสนใจด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นลำดับหลัง

สำหรับประเทศไทย คำว่า Active Ageing มีผู้แปลเป็นภาษาไทยแตกต่างกันไป เช่น “สูงวัยอย่างมีคุณภาพ” “พลฒิพลัง” และ “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” กล่าวได้ว่า นักวิชาการของไทยให้

ความหมายของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพโดยให้สำคัญกับสุขภาพกายเป็นหลัก ความสามารถในการดูแลพึ่งตนเองได้ ตลอดจนการบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และสังคม อีกทั้งการมีอิสระ ความพอใจในชีวิต ตลอดจน การพัฒนาทางจิตและปัญญา ศักยภาพของผู้สูงอายุไทยพิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยใช้ทักษะความรู้ ความสามารถและภูมิปัญญาของตนให้เป็นประโยชน์ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2554)

1.6 แนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Ageing)

แนวคิดนี้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะมีลักษณะของผู้ที่มีศักยภาพ และมีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอยู่ โดยจะมองเป็นภาพรวมของผู้สูงอายุกับสภาพแวดล้อมทุกๆ ด้าน และเน้นมิติทางสังคม และอารมณ์ จากความพึงพอใจในชีวิตมองเห็นคุณค่าในตนเองการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นและมีกิจกรรมสร้างสรรค์ แนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนี้ มีประเด็นสืบเนื่องมาจากทฤษฎีการปล่อยวาง (Disengagement theory) ที่เชื่อว่าผู้สูงอายุต้องหยุดจากงานประจำ หรือวางมือจากบทบาททางสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการตามธรรมชาติที่ลดลงของผู้สูงอายุ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จได้นั้น จะต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวันต่างๆ ต่อมานักพฤติกรรมวิทยาพบว่าทฤษฎีนี้แคบเกินไปสำหรับการอธิบายผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายอย่างในปัจจุบัน และทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ที่เชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ประสบความสำเร็จ มักจะยังคงมีสิ่งที่ยังคงทำอยู่เป็นประจำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยกลางคน จนกระทั่งเป็นผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนี้ส่วนใหญ่วัดจากสุขภาวะ (Well-being) ต่างๆ เช่น ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ความสุข (Happiness) กำลังใจ (Morale) ความพอใจ (Contentment) และการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ที่สัมพันธ์กับมาตรวัดทางด้านลบ เช่น ภาวะ ซึมเศร้า ความวิตกกังวล ดังนั้น แนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ จึงเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเหมาะสมตามวัย ในทุกมิติของการดำเนินชีวิต อันได้แก่ การมีสุขภาพที่ดีมีส่วนร่วมหรือมีกิจกรรมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนมีความมั่นคงในชีวิต เน้นมิติทางสังคม และอารมณ์จากความพึงพอใจในชีวิต โดยการมองคุณค่าในตนเองและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.7 แนวคิดภูมิปัญญาผู้สูงอายุ

ความหมาย คำว่า “ภูมิปัญญา” (Wisdom) แปลตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 จากความหมายของคำว่า “ภูมิ” มีความหมายว่า พื้น ชั้น ส่วน “ปัญญา” มีหมายความว่า ความรอบรู้ ความรู้ทั่ว ความฉลาดเกิดแต่การเรียนรู้และคิด ดังนั้นภูมิปัญญา จึงหมายถึง พื้นความรู้ ความสามารถ นอกจากนี้ ยังมีคำที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาหลากหลาย อาทิ ภูมิปัญญาพื้นบ้านภูมิปัญญาชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น และภูมิปัญญาไทย เป็นต้น **ภูมิปัญญาไทย** หมายถึง องค์ความรู้ ความสามารถ ทักษะของคนไทยที่เกิดจากการส่งเสริมประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการการเลือกสรร เรียนรู้ปรุงแต่งและถ่ายทอดสืบต่อกันมา เพื่อใช้แก้ปัญหาและพัฒนาวิถีชีวิตของคนไทยให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและเหมาะสมกับยุคสมัย ดังนั้น ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ จึงหมายถึง ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ในตัวผู้สูงอายุที่เกิดจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ รวมทั้งความรู้ที่สั่งสมมาตั้งแต่บรรพบุรุษโดยการสืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง

1.8 แนวคิดความต้องการของผู้สูงอายุ

สภาวะที่เกิดจากความไม่สมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจความต้องการของคนเรามากไม่ได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ เมื่อได้รับการตอบสนองหนึ่งก็จะเกิดความต้องการมากขึ้นระดับหนึ่ง โดยความพึงพอใจของมนุษย์จะเกิดขึ้น เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองในระดับหนึ่ง ซึ่งเริ่มพัฒนาจากความต้องการระดับต่ำ (Lower Needs) ก่อน เมื่อได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้วจะเกิดความต้องการในระดับสูง (Higher Needs) ต่อไปโดยระดับความต้องการของมนุษย์มีอยู่ 5 ชั้น ดังนี้ (Abraham H. Maslow, 1970: 69-80)

เมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือประคับประคองจากสังคม ในสังคมไทยมีวัฒนธรรมในการดูแลพ่อ - แม่ ญาติ ผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันต้องยอมรับว่าสภาพเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนไป ย่อมมีผลกระทบต่อวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทย ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตามสังคมควรตระหนักถึงภาระความรับผิดชอบต่อ กลุ่มผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่สภาพร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลง ตามธรรมชาติความต้องการของผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้สึกต้องการในสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลในชีวิตประจำวัน เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัยข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของที่จำเป็นในการดำรงชีวิต รวมถึงการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และความต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวชุมชน และรัฐบาลเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุแบ่งได้ดังนี้ (อุทัยสุดสุข และคณะ, 2552)

1.8.1 ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

- ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์
- ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
- ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี
- ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย
- ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย
- ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวกรวดเร็ว

ทันทั่วทั้งที่

- ความต้องการได้รับการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ
- ความต้องการได้พักผ่อน นอนหลับเพียงพอ
- ความต้องการบำรุงรักษาร่างกาย และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

1.8.2 ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ : การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

และสังคมจำทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจ และอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงร่างกาย และสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีการปรับปรุง และพัฒนาจิตใจของตนเอง ให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว ดังนั้นเมื่อคนเราอายุมากขึ้น ความสุขุมเยือกเย็น จะมีมากขึ้นด้วย แต่การแสดงออก จะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้น (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2552) ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบ คือ

- การรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตนเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆ จึงเป็นไปได้ยากความจำก็เสื่อมลงต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ ส่วนใหญ่ในความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าการสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง เหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุ มีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่ายต้องการการยอมรับ และเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ

- ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อม เฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น

- การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้นคือ การเข้าใกล้กาลเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิต การยอมรับสภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุบางคนมุ่งสร้างความดีงามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น

- ความผิดปกติทางจิตใจและในวัยสูงอายุ แยกเป็นกลุ่มอาการทางจิต 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม และกลุ่มอาการผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์

1.8.3 ความต้องการทางด้านสังคม – เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

- ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น
- ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ
- ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด
- ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่รายได้บริการจากรัฐ

- ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน และสังคม

- ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง)

- ต้องการการประกันรายได้ และประกันความชราภาพ

1.8.4 ความต้องการด้านครอบครัว คือ ต้องการให้ลูกหลานรัก เอาใจใส่ ให้ความใกล้ชิด ยกย่องนับถือและยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มองเห็นคุณค่าของตนเอง และดูแลเป็นอย่างดีในยามป่วยไข้รวมทั้งต้องการแบ่งเบารภาระของลูกหลานการทำงานบ้าน ดูแลลูกหลาน

1.8.5 ความต้องการด้านสวัสดิการ ประกอบด้วย ความต้องการบ้านพักฉุกเฉิน ความต้องการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุ ความต้องการด้านการลดค่ารักษาพยาบาล ความต้องการลดค่าโดยสารเดินทาง ความต้องการศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ความต้องการการบริการเคลื่อนที่ และความต้องการรับการรักษาจากสถานอนามัยประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

1.9 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย

โดยปีพุทธศักราช 2542 เป็นวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา ประกอบกับองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ

รัฐบาล องค์กรเอกชน ประชาชน และสถาบัน ต่างๆ ได้ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุซึ่งได้ทำประโยชน์ในฐานะ "ผู้ให้" แก่สังคมมาโดยตลอด ดังนั้นจึงควรได้รับผลในฐานะเป็น "ผู้รับ" จากสังคมด้วย

ปัญญาผู้สูงอายุไทย เป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ จึงได้กำหนด สาระสำคัญไว้ดังนี้

ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ บทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกัน อย่างเป็นสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและ บริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถ ปรับบทบาทของตนให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยและตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ตามคตินิยม

ข้อ 6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในสังคมเป็นแหล่งภูมิปัญญาของคน รุ่นหลัง มีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดี และมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน

ข้อ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุ ผลตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรม ไทย ที่เน้นความกตัญญูตักเตือนและเอื้ออาทรต่อกัน

2. การดูแลและยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.1 แนวคิดของการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนเขตชนบท เป็นความร่วมมือร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยมีบริการดูแล อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการในชุมชนทั้งบริการระดับชุมชน และครอบครัว มี สารสำคัญดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ,2552)

การดูแลที่เป็นทางการ หมายถึง การดูแลโดยบุคลากรวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล และ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (CG) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.สต. โรงพยาบาล ชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ว่าการอำเภอ อบต. และสำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ประกอบด้วย ลักษณะของการดูแลที่เป็นทางการที่เป็นตัวแบบการดูแล ที่ดีของชุมชนชนบท เกิดจากการที่ผู้นำหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง เป็นผู้ริเริ่มจัดบริการผู้สูงอายุ ภายใต้บทบาทและขอบเขตภาระหน้าที่ของตนบางพื้นที่ริเริ่มโดยสถานบริการสาธารณสุข บางพื้นที่ ริเริ่มโดยหน่วยงานท้องถิ่น ในภาพรวมบริการที่เป็นทางการมีดังนี้

บริการด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนเขตชนบท เช่น บริการตรวจสุขภาพนอกสถานที่ บริการ ดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) บริการพยาบาลฉุกเฉินการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การแพทย์ และเครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ การให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพและอาการของโรค ส่วน บริการสังคมของชุมชนเขตชนบท เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. กองทุนชุมชน ได้แก่ สัจจะ กองบุญวันละ 1 บาท กองทุนสวัสดิการชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ การดูแลจากเพื่อนบ้าน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์เด็กเล็ก

การดูแลที่ไม่เป็นทางการ หมายถึง บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยครอบครัว เพื่อนบ้าน และ อาสาสมัคร ซึ่งส่วนใหญ่ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบหลัก มีเพื่อนบ้านและอาสาสมัคร ช่วยเป็นครั้งคราว การศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ระบุว่าครอบครัวที่มีการดูแลที่ดี ได้ดำเนินการ ดังนี้

1. **การดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคล** ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ทุกคนอยู่ใน สภาวะช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากจนถึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ดังนั้นการที่จะมีสุขภาพทางกายที่ดี ได้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลที่จะให้การช่วยเหลือเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคล ตั้งแต่การดูแลความ สะอาดของร่างกายทุกส่วน ตั้งแต่การล้างหน้า ปาก ฟันการอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ทำความ สะอาดเสื้อผ้า และเครื่องนอน

2. **การจัดเรื่องยา** ผู้ดูแลจึงมีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับยาถูกชนิด ถูก ขนาด ถูกเวลา และใช้ยาตามคำสั่งแพทย์

3. **การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว** การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย การช่วยในการเดิน การจัดท่านอน และการพลิกตัวตะแคงตัว เป็นต้น ลักษณะการแสดงออกที่เป็น การดูแลด้านการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการเดิน การพาผู้สูงอายุ ออกไปเที่ยวนอกบ้าน และการช่วยพลิกตัว

4. **การดูแลแผลกดทับ** การประยุกต์ใช้วัสดุ/อุปกรณ์ที่หาได้ง่ายมาช่วยในการดูแล การพลิกตัวตามเวลา และการรักษาแผลกดทับ

5. จัดทำอาหารที่เหมาะสม ในการดูแลด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุผู้ดูแลเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้สูงอายุตามความต้องการ และความเหมาะสมกับสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ ดังเช่นในบางครอบครัวผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

6. ดูแลด้านการขับถ่าย การปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อสะดวกต่อการขับถ่าย การใช้วัสดุใกล้เคียงตัวมาเป็นอุปกรณ์ช่วย การใช้ สมุนไพรช่วยในการขับถ่าย

7. การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับค่านิยมทางสังคม เพราะค่านิยมจะเป็นบรรทัดฐานได้แก่ การให้ความเคารพ เชื่อฟังคำสั่งสอน การให้ความดูแลเอาใจใส่และให้ความห่วงใย สนใจต่อความรู้และความต้องการของผู้สูงอายุ การอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา การหาผู้ดูแลแทน การขอคำแนะนำ ขออนุญาตก่อนที่จะดำเนินการทำสิ่งใด และการสร้างอารมณ์ขัน

8. การดูแลสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ผู้ดูแลใช้เป็นเทคนิคการดูแลสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ได้แก่ การใช้ศาสนาช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและจิตใจสงบ

2.2 ระบบการดูแลระยะยาว (Long term care)

2.2.1 ระบบการดูแลระยะยาว(Long term care) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ประเทศไทยจัดให้มีระบบการดูแลระยะยาวอย่างเป็นทางการในปี 2559 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งเป็นกองทุนขึ้นมาใหม่ ใช้ชื่อว่ากองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กองทุน LTC) ถือเป็นบริการใหม่ที่เพิ่มเข้ามาในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่แล้ว ในปี 2559 กองทุนจะครอบคลุมเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือมีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 และต้องเป็นผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ต่อมาปี 2562ขยายการครอบคลุมประชาชนทุกคน ที่มีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ไม่จำกัดอายุ และไม่จำกัดสิทธิ กองทุน LTC ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดสำคัญว่า ต้องจัดให้มีบริการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการ การดูแลแบบองค์รวมและบูรณาการในระยะยาวโดยใช้ต้นทุนทรัพยากรที่มีอยู่แล้ว เงินงบประมาณจึงถูกผันให้ท้องถิ่นผ่านทางกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่ สปสช. และ อปท. สมทบทุนร่วมกันท้องถิ่นที่จะเข้าร่วมกองทุน LTC ได้ จึงต้องเป็นท้องถิ่นที่เข้าร่วมกองทุนสุขภาพตำบลอยู่ก่อน นอกจากนี้ยังใช้ต้นทุนทรัพยากรที่มีอยู่เดิมในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และอาสาสมัครดูแลผู้พิการ (อผก.) รวมถึง ชมรมผู้สูงอายุที่หลายพื้นที่มีการจัดตั้งอยู่ก่อนแล้ว กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเป็นกลไกหลักในการบริหาร โดยวางเงื่อนไขให้

ท้องถิ่นต้องร่วมเติมทรัพยากรและกำลังคนเข้ามาในระบบ เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในระบบสุขภาพ (สัมฤทธิ์ ศรีธำ รงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่ ภายหลังเปลี่ยนมาเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พขอ.) ในฐานะระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีส่วนกลางสนับสนุนการพัฒนากำลังคน จัดอบรมผู้จัดการการดูแล (Care manager: CM) และผู้ช่วยผู้ดูแล (Care giver: CG) กองทุน LTC ของไทยให้ความสำคัญกับการให้การดูแลที่บ้านและในชุมชน มากกว่าการดูแลระดับสถาบัน โดยมองว่าบริการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จึงอาจไม่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะ (สัมฤทธิ์ ศรีธำ รงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) มุมมองเช่นนี้ทำให้ระบบกองทุน LTC ของไทย ให้ความสำคัญกับการผลิต CG เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้านและในชุมชนเข้ามาเป็นกำลังสำคัญในบริการ LTC (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2.2.2 ความหมายของการดูแลระยะยาว ในรายงานของ OECD ให้ความหมายการดูแลระยะยาวว่า “ชุดของบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ที่มี ภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ซึ่งบริการส่วนบุคคลนี้มักต้องให้บริการร่วมกับบริการทางการแพทย์พื้นฐาน บางอย่าง เช่น การทำแผล การบริหารความปวด การให้อาหาร การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือบริการดูแลแบบ ประคับประคอง” (OECD, 2005) ซึ่งความหมายดังกล่าวมุ่งไปที่การจัดบริการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นหลักในรายงานของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2015) ให้ความหมายที่กว้างกว่าการช่วยเหลือดูแล แต่มีมิติของการ ป้องกันฟื้นฟูด้วย โดยกล่าวว่า “เป็นกิจกรรมที่จัดโดยบุคคลอื่น โดยมุ่งให้ผู้สูงอายุเสียหรือเสี่ยงที่จะ สูญเสียกำลังความสามารถที่มีนัยสำคัญอย่างต่อเนื่อง สามารถดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติหน้าที่ ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน เกียรติและศักดิ์ศรีของตน” โดยมีหลักการสำคัญสอง ประการภายใต้ความหมายนี้ คือ

- 1) แม้ผู้สูงอายุจะสูญเสียสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังคง “มีชีวิต” ซึ่ง ควรต้องมีสิทธิ มีเสรีภาพที่จะปรารถนาถึงการมีความสุขในชีวิตและมีเกียรติศักดิ์ศรี
- 2) สมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรในการดำรงชีวนั้น สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอด อาจถดถอยลงเป็นลำดับหรือบางกรณีสามารถฟื้นฟูให้ดีขึ้นได้ นัยสำคัญคือกลุ่มผู้รับบริการการดูแลระยะยาวไม่ควรจำกัดเฉพาะกรณีสูญเสียสมรรถนะในการดูแลตนเองแล้ว แต่ควรครอบคลุมกลุ่มที่มี ภาวะพึ่งพิง และการฟื้นฟูที่ดีอาจทำให้ภาวะพึ่งพิงที่มีลดลงหรือหายไป

2.2.3 เป้าหมายการดูแลระยะยาว “การฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะ (Functional ability)” เป็นเป้าหมายของการดูแลระยะยาวมิใช่เพียงแค่การช่วยเหลือพื้นฐานในการดำรงชีวิต อย่างเดียวเช่น การช่วยเหลือให้สามารถไปไหนมาไหนได้ สร้างและรักษาความสัมพันธ์กับคนอื่นใน สังคม เรียนรู้พัฒนาและตัดสินใจ และได้ทำอะไรให้แก่ชุมชน Kane, R.A. เสนอว่าเป้าหมายระดับปัจเจกของการดูแลที่บ้าน (Individual-level goals of home care) 21 ควรประกอบด้วย 10 ประการดังนี้ (Kane, R.A., 1999)

- 1) สุขภาพดีขึ้นหรือไม่แยลง (Improve or maintain health)
- 2) อาการปวดหายไปและรู้สึกดีขึ้น (Promote comfort and freedom from pain)

3) สมรรถนะร่างกายดีขึ้นหรือชะลอการถดถอย (Improve or slow deterioration of functional ability)

4) ความรู้และทักษะการดูแลตนเองดีขึ้น (Improve consumer knowledge and self-care abilities)

5) ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น (Meet needs for care and assistance)

6) สุขภาพจิตดีขึ้น ไม่ซึมเศร้า (Enhanced psychological well-being)

7) สถานภาพทางสังคมดีขึ้น (Enhanced social well-being) มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีบทบาทในครอบครัว ชุมชน มีงานอดิเรก มีอาชีพ และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

8) อยู่อย่างมีความหวังและความหมาย (Promote meaningful lives)

9) ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด และมีอิสระในการตัดสินใจและเลือก (Maximizing consumer independence and autonomy)

10) สามารถอาศัยอยู่ในบ้านตนเอง (Allow the consumer to be at home) ขณะเดียวกันได้เสนอเป้าหมายระดับชุมชนและสังคมว่าควรประกอบด้วย

(1) มีบริการดูแลที่บ้านในชุมชนทุกพื้นที่

(2) ระยะเวลาการรอคิวในการรับบริการควรสั้นที่สุด

(3) ผู้มีแนวโน้มว่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมายควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ

(4) บริการมีคุณภาพมาตรฐาน

(5) ค่าใช้จ่ายในการรับบริการอยู่ในวิสัยที่จ่ายได้

(6) บริการดูแลที่บ้านภาครัฐกระจายอย่างเป็นธรรม

2.2.4 ขอบเขตบริการดูแลระยะยาว (Range of Long Term care services) เพื่อ

ตอบสนองต่อเป้าหมายในการฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะ และความเป็นอยู่ด้านต่างๆ จำเป็นต้องมีบริการที่หลากหลายที่บูรณาการ เชื่อมโยง และต่อเนื่อง จัดโดยคนในครอบครัว ผู้ช่วย ผู้ดูแล ผู้จัดการและประสานการดูแล บริการที่จัดโดยชุมชน และบริการในสถานบริบาล รวมถึงบริการที่สนับสนุนการจัดบริการของผู้ดูแล/ผู้ช่วยผู้ดูแลให้มีคุณภาพ เช่น บริการพักฟื้นชั่วคราว (Respite Care) บริการให้ข้อมูล การอบรม กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ และการคลังเป็นต้น ทั้งนี้บริการดูแลระยะยาวที่บ้านในชุมชน สามารถแยกแยะเป็น บริการด้านสังคม ด้านสุขภาพ และการบริหารการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยกลไกหลักที่สำคัญของการดูแลระยะยาวคือ การบริหารการดูแล โดยต้องจัดการให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นและให้เกิดการบูรณาการการดูแลอย่างองค์รวมในทุกด้านและตัดสินใจ และได้ทำอะไรให้แก่ชุมชน

ตารางที่ 1 ขอบเขตบริการดูแลระยะยาว

ประเภทบริการ	ตัวอย่างบริการ
1. บริการด้านสังคม	
ดูแลการปฏิบัติกิจวัตร	บริการแนะนำ ดูแล ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนบุคคล (ADL)	เช่น อาบน้ำ ป้อนอาหาร ขับถ่าย การลุกจากเตียง การเคลื่อนย้าย
ดูแลช่วยเหลืองานบ้าน	ทำความสะอาดบ้าน หุงหาอาหาร ซักผ้า จัดจ่ายซื้อของจำเป็น การบำรุงซ่อมแซมบ้าน
ช่วยเหลือการเดินทาง	จัดการ จัดหา และรับส่งในการเดินทาง เช่น ไปโรงพยาบาล
สนับสนุนทางสังคม	โทรศัพท์ไปคุย ไปเยี่ยม ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำในการตัดสินใจ
คุ้มครองทางกฎหมาย	การบริหารทรัพย์สินและการเงิน ป้องกันถูกหลอกลวง/ถูกทำร้าย
ปรับสภาพบ้าน	ปรับสภาพบ้านให้เอื้อต่อการดูแล เช่น ที่นอน ห้องน้ำ ราวทางเดิน พื้นบ้าน อุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ
ช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ	สนับสนุนเบี้ยยังชีพ จัดหา/ส่งเสริมอาชีพแก่ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล
2. บริการด้านสุขภาพ	
บริการทางการแพทย์	ให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไป สนับสนุนยา/เวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ จำเป็นต้องใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน
บริการพยาบาล	ประเมิน/วางแผนการดูแลเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น พ้นจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ลดเจ็บปวดทรมาน เช่น ทำแผล ดูแลสายสวนต่างๆ ให้อาหารทางเส้นเลือด เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ การฟอกไต เป็นต้น

ตารางที่ 1 ขอบเขตบริการดูแลระยะยาว (ต่อ)

ประเภทบริการ	ตัวอย่างบริการ
2. บริการด้านสุขภาพ	
บริการการให้ยา	ช่วยเหลือในการบริหารการให้ยา ทั้งยากิน ยาทา ยาเหน็บ ยาฉีด
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ฟื้นฟูความสามารถของสมรรถนะด้านต่างๆ ซึ่งจัดโดยพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด เช่น การบริหารข้อ ออกกำลังกายกล้ามเนื้อฝึกพูด ฝึกสมองและความจำฝึกการควบคุมกระเพาะปัสสาวะและลำไส้
บริการประคับประคอง	ดูแลช่วงท้ายชีวิตตามอาการให้ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบไม่ทรมาน
ธนาคารอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์	มีอุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่สามารถให้ยืมสำหรับผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน เช่น เตียงมีล้อและปรับเอนได้ เครื่องดูดเสมหะ เครื่องช่วยหายใจ ออกซิเจน
3. การบริหารการดูแล	
	ประชุมร่วมกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนเป้าหมายการดูแลเฉพาะราย จัดการจัดหา งบประมาณ ประสาน เพื่อให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็น การเดินทางติดตามประเมิน ให้ข้อมูลและประสานการผู้ให้บริการด้านต่างๆ

ที่มา: ปรับจาก Kane, R.A. (1999) และ Feldman และคณะ (2006)

โดยสรุปคือ เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง หรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมักมากกว่า และมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น

2.2.5 ความจำเป็นของการคัดกรองและตรวจประเมินภาวะพึ่งพิง

การคัดกรองระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุนั้นมีความจำเป็นสำหรับ “การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสม” มิได้ทำเพื่อเพียงให้ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่านั้น ขณะเดียวกันการคัดกรองจะมีประโยชน์ก็ต่อเมื่อมีบริการสาธารณสุขรองรับเมื่อพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากไม่มีบริการก็ไม่มีประโยชน์ใดๆกับในผู้สูงอายุในการคัดกรอง ทั้งนี้การคัดกรองเบื้องต้นสามารถดำเนินการได้โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยกรมอนามัยและผ่านการทดสอบมาแล้ว ซึ่งเมื่อทำการตรวจคัดกรองแล้วจะสามารถจำแนกผู้สูงอายุได้เป็นสามกลุ่มคือ

1. ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12/20 คะแนนและมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจเท่ากับหรือมากกว่า 5/8 คะแนน
2. ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกาย อยู่ในช่วง 5-11/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน
3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 0-4/20 คะแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คะแนน

การตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายรร่วมกับประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเมื่อผ่านการคัดกรองจำแนกข้างต้นแล้วต้องได้รับการประเมินโดย ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) เป็นระยะๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินซ้ำเพื่อดูความถูกต้องของการคัดกรอง ร่วมกับประเมินความจำเป็นด้านสาธารณสุขและด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลและได้รับบริการ 2) เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) สำหรับผู้ต้องได้รับบริการสาธารณสุขและการดูแล 3) ทำการประเมินซ้ำเป็นระยะตามความจำเป็น เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับการพึ่งพิงและการได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นของผู้สูงอายุเมื่อมีการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้วทั้งนี้ข้อมูลจากการคัดกรองและประเมินภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการหารือประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความตระหนักของคนในชุมชนท้องถิ่นและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายนั้นๆร่วมกัน

2.2.6 ขุดสิทธิประโยชน์ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องได้รับการทั้งในด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคม ทั้งนี้ ขุดสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขปรากฏตามภาคผนวก ข. ทั้งนี้ระดับการดูแลและความถี่ในการจัดบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามระดับความจำเป็นด้านสุขภาพ/สังคม และศักยภาพในการดูแลของครอบครัว

2.2.7 บุคลากรที่จำเป็นสำหรับการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

การจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่จำเป็นต้องมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการจัดการระบบเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ได้แก่

ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (LTC manager) เช่น บุคลากรสหวิชาชีพทาง การแพทย์และสาธารณสุขและอาสาสมัครต่างๆ มีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผนและ จัดการให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม โดย ทำการประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงติดตาม ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน นอกจากนั้นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขยังมี บทบาทในการมอบหมายภารกิจให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ รวมถึงการกำกับ การเข้าไป จัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปประเมินผลการดำเนินงานคุณสมบัติของ โดย จำนวนของผู้จัดการระบบฯ ขึ้นกับขนาดของประชากรผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลเป็นหลัก ในสัดส่วน ผู้จัดการระบบ 1 คนต่อผู้ช่วยเหลือดูแล 5-10 คน

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Trained Care Giver) หมายถึงผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยเป็นผู้ผ่าน การอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการนี้ อาจ พัฒนาขึ้นมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มารับการอบรมและได้รับ ค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการ ในปัจจุบันมีหลักสูตรการอบรมที่จัดโดยหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงศึกษา กระทรวงแรงงาน และปัจจุบันมีของกรมอนามัยร่วมด้วย ทั้งนี้หลักสูตรมาตรฐาน ตามที่กรมแรงงานกำหนดคือ 420 ชั่วโมง ซึ่งเมื่ออบรมหลักสูตรนี้แล้วสามารถมาสอบขึ้นทะเบียนได้ หากสอบได้จะได้รับประกาศนียบัตรและได้รับการคุ้มครองด้านแรงงาน (ค่าตอบแทน) ดังนั้นเพื่อ รักษาสิทธิแก่ผู้ช่วยเหลือดูแล จึงควรจัดการอบรมให้ได้ตามมาตรฐานกฎหมายแรงงานกำหนด อย่างไรก็ตาม การอบรมนั้นควรอบรมเป็นระยะและให้ปฏิบัติงานไปด้วย เช่น อาจจะเริ่มที่ 70 ชั่วโมงและให้ไป ทำงานและฝึกอบรมเฉพาะเพิ่มเติมเมื่อมีผู้สูงอายุในแต่ละลักษณะ เป็นต้น และสะสมให้ได้ครบ 420 ชั่วโมง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ 1 คน ควรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5-10 ราย คณะ ระดับของการมีภาวะพึ่งพิง นอกเหนือจากบุคลากรทั้งสองประเภทที่กล่าวข้างต้นแล้ว ต้นทุนทาง สังคมหลักที่ทุกพื้นที่มีคือ อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ/วัด/ โรงเรียน ซึ่งสามารถนำมาสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

2.2.8 ภาควิชาที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเฉพาะราย (Case conference and setting care plan)

เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการบริการสาธารณสุขที่หลากหลายและจำเพาะเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละคน และไม่สามารถจัดบริการได้เบ็ดเสร็จในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง อย่างน้อยก็ต้องมีการบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างบริการด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคม ซึ่งในการจัดบริการดูแลให้แก่ครอบครัวจำเป็นต้องระดมภาคีที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมหารือและวางแผนการดูแลเฉพาะราย

1. การระดมภาคีเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการสำรวจต้นทุนด้านสังคมของพื้นที่ว่า ในชุมชนมีต้นทุนทางสังคมอะไรอยู่บ้าง เพื่อนำมาใช้ให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสม ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่จะเป็นพื้นฐานในการกำหนดภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Care Plan) โดยทั่วไปภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ.สต. รพ.แม่ข่าย อสม./อผส. ชมรมผู้สูงอายุ ในบางพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทในแต่ละพื้นที่ อาจมีการขยายการมีส่วนร่วมไปยัง วัดและโรงเรียน ตลอดจนขยายบทบาทหน้าที่ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงพัฒนาสังคมฯ ได้ริเริ่มไว้ในพื้นที่ให้มาจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังมีต้นทุนทางสังคมบางประเภทอาจอยู่นอกพื้นที่ อาทิ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพพระดั่งจังหวัด สปสช. พมจ. สมาของผู้สูงอายุ ฯลฯ ซึ่งจะเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญที่จะสนับสนุนการดูแล

2. การประชุมร่วมเพื่อวางแผนการดูแล เมื่อสำรวจต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ และกำหนดภาคีหลักแล้ว การจัดประชุมเพื่อระดมความเห็นจากภาคีเกี่ยวข้องในการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจัดทำผังการดูแล (Care Map) กำหนดบทบาทของภาคีหลัก และระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อมาบริหาร จัดการให้เกิดระบบการดูแล โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) จะเป็นบุคคลสำคัญ ที่มีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมินวางแผนและบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(ติดบ้าน/ติดเตียง) เข้าถึงบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม

3. การวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) จะทำการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (รายละเอียดตามแบบประเมินในภาคผนวก ค) และศักยภาพของครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อประเมินหาความต้องการด้านบริการสาธารณสุขจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) อาจจัดทำเป็นแผนงานรายสัปดาห์ (Weekly Plan)/รายเดือน(Monthly Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนดจากนั้นผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) นำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ภาคีเกี่ยวข้อง โดยจัดการประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย(Case Conference) ร่วมกับภาคีหลักเพื่อร่วมอภิปรายแผนการดูแล ให้มีความเหมาะสม เป็นไปได้ และกำหนดตารางการดูแล ผู้รับผิดชอบการดูแลบริการด้านสาธารณสุขให้ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ นักการแพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์

นักพัฒนาชุมชน รวมทั้งการมอบหมายภารกิจแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลภาคทางการ (Care Giver)

4. การควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลการควบคุมติดตามกำกับ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในการตั้งเป้าหมายการดูแลนั้น จะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว เมื่อมีการมอบหมายบทบาทภาคีเกี่ยวข้องตามแผนการดูแล ผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) มีหน้าที่ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด

5. บทบาทหน้าที่ของส่วนต่างๆ

สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานส่วนกลาง

1. จัดทำกรอบแนวทาง ประกาศ ระเบียบ พื้นที่เป้าหมายร่วมกับเขตและกระทรวงสาธารณสุข

2. จัดสรรงบประมาณรายเขตที่จะโอนให้กองทุน อปท.ในพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินงาน

3. สนับสนุนด้านข้อมูลวิชาการ องค์ความรู้ และเครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็น

4. กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และเกณฑ์การได้รับการสนับสนุนตามชุดสิทธิประโยชน์

5. พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผน และบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในส่วนกลาง เขตและพื้นที่

7. จัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

8. ติดตามและประเมินผลการศึกษาและพัฒนาขยายผล

สปสช.สาขาเขต และเขตบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

1. ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน แก่กองทุน อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2. บริหารจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การฝึกอบรม Care Manager, Care Giver

3. ประสานสนับสนุนการดำเนินงานกลไกคณะกรรมการได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. ร่วมจัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

5. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาขยายผล

หน่วยบริการปฐมภูมิ (เช่น รพศ./รพท. และ รพ.ชุมชน)

1. จัดบริการ/บริหารการจัดบริการ ตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

2. จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับอำเภอ

กระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม

3. สนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนวิชาการแก่ รพ.สต. ดำเนินกิจกรรมบริการ ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. ปรับระบบการจัดบริการของสถานพยาบาล เพื่อรองรับความจำเป็นด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป (จาก Acute care oriented เป็น Chronic care oriented) ซึ่งต้องมีการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนโมทัศน์การจัดบริการ

5. แสวงหาความร่วมมือจากหน่วยบริการ หน่วยบริหารจัดการ อปท. อสม. อพส. รวมถึง สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชนร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ

6. พัฒนาการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในชุมชนที่มีความเชื่อมโยงกับสถานพยาบาล และบูรณาการระหว่างบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (เช่น รพ.สต.)

เป็นหน่วยบริการที่เป็นจุดเชื่อมต่อจากชุมชนเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้การปกครองส่วนท้องถิ่น) ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. จัดบริการเชิงรุก/บริหารการจัดบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุทั้งบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม

2. จัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ร่วมกับศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

3. จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับตำบล กระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับตำบลใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม

4. ประสานงานกับผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เพื่อให้ดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

5. ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อปท./ภาคประชาชน ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6. ร่วมกับผู้จัดการระบบฯ เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการทำงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ ทั้งการนิเทศติดตาม การให้คำปรึกษาทั้งทางด้านการดูแลและการทำงาน เช่นปัญหาด้านสัมพันธภาพ ด้านความเครียด

7. เสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ

8. แสวงหา ประสานความร่วมมือจาก รพช. สสอ. อปท.รวมถึง สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน พมจ. ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ

9. ร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

มีบทบาทหลักในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม จึงมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ การพัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ทั้ง ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล การสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ เช่น การจัดตั้งศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ การสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/ชมรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ และร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผล

Cohen & Uphoff (1997) การมีส่วนร่วม หมายถึง สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

สรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผล รวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนานั้นๆร่วมกัน

3.2 ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชน

องค์การอนามัยโลก (2001) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัย และสวัสดิการ รวมทั้งชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยเน้นเรื่องการพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชน ในการพัฒนาชุมชนของตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยดังนี้

การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวมาใช้ ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนได้เท่ากับการดูแลตนเอง

การจัดบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ไม่สอดคล้อง หรือไม่เป็นที่ยอมรับใน

ชุมชน ก่อให้เกิดการสูญเสียเปล่าเนื่องจากประชาชนไม่มารับบริการ

ชุมชนมีทรัพยากรมากมาย ทั้งด้านวัสดุ อุปกรณ์ กำลังคน สามารถนำมาใช้ซึ่งจะทำให้ชุมชนยอมรับและเข้าถึงการบริการ

ประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับกิจกรรมที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของตนเอง

การมีส่วนร่วมเป็นความร่วมมือ (Participation as Collaboration)

ลักษณะของการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย กิจกรรมอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ มีเป้าหมายหรือแรงจูงใจบางประการ กิจกรรมมีการกำหนดมาก่อนการตัดสินใจของประชาชน เช่นโครงการพัฒนาด้านสุขภาพ มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมแต่ไม่ได้ร่วมวางแผนหรือคิดตัดสินใจร่วมกับผู้ดำเนินการ การมีส่วนร่วมแบบนี้ยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคุณภาพการมีส่วนร่วม ใครมีส่วนได้ส่วนเสียหรือได้รับผลประโยชน์จากการดำเนินโครงการ

การมีส่วนร่วมเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Participation as Empowerment) เป็นแนวคิดที่กำลังเพิ่มสำคัญและได้รับการสนับสนุนมากขึ้นทุกขณะ ทั้งนี้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของโครงการพัฒนาต่างๆ พอสรุปได้ว่า การพัฒนาต้องถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจให้กับประชาชนที่มีส่วนร่วมในการจัดทำกิจกรรม ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงกลายมาเป็นศัพท์ของการพัฒนาทักษะและความสามารถของบุคคล ให้สามารถจัดการกับสิ่งต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนสามารถตัดสินใจและกระทำในสิ่งที่พวกเขาเชื่อว่าจำเป็นสำหรับตนเองว่าจะเลือกแก้ปัญหาใดก่อน และตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการช่วยแก้ไขปัญหของตนเอง นอกจากนี้มีประเด็นที่มองแตกต่างจากที่กล่าวมาคือ ความร่วมมือเป็นกระบวนการ หรือเป็นเป้าหมาย ทั้งสองมุมมองนี้แยกจากกันได้ยาก เนื่องจากเป้าหมายที่ดีนำไปสู่กระบวนการที่ดี และในทางกลับกันกระบวนการที่ดีนำไปสู่เป้าหมายที่ดีซึ่งผลลัพธ์ของการดำเนินการย่อมดีตามมา (นิติย์ ทศนิยม และสมพนธ์ ทศนิยม, 2555) ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการทำงานกับชุมชนเพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ชุมชนมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น และใช้ศักยภาพตนเองในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ด้วยการร่วมกันสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความดันโลหิตตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชนได้อย่างแท้จริง

3.3 ประเภทการมีส่วนร่วมของชุมชน

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) ได้กล่าวถึงประเภทของการมีส่วนร่วมโดยสามารถจำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมโดยตรง การมีส่วนร่วมในการบริหารเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการตัดสินใจเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบกิจกรรมโดยตรง เปิดโอกาสให้บุคคลอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในรูปของกรรมการที่ปรึกษาที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ เพราะกิจกรรมบางอย่างอาจมีอุปสรรค ไม่สามารถแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงจำเป็นต้องให้บุคคลอื่นเข้ามาร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้ผลการตัดสินใจเป็นที่ยอมรับแก่คนทั่วไปหรือเกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมโดยตรงจึงเป็นการร่วมอย่างเป็นทางการและมักทำเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น คำสั่งแต่งตั้ง หนังสือเชิญประชุม บันทึกการประชุม เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมโดยอ้อม การมีส่วนร่วมโดยอ้อมเป็นเรื่องของการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้บรรลุเป้าหมายอย่างไม่เป็นทางการ โดยไม่ได้ร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการบริหาร แต่เป็นเรื่องของการให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายเท่านั้น เช่น การบริจาคเงิน ทรัพย์สิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน เข้าช่วยสมทบ ไม่ได้เข้าร่วมประชุมแต่ยินดีร่วมมือ เป็นต้น

3.4 กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน มีนักวิชาการที่ได้ทำการวิจัย ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมตามประเด็นสำคัญต่างๆ ดังนี้

Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1997) ได้มีการนำเอากระบวนการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการทั้งหลายมาประมวลเป็นแนวคิดหลัก และได้จำแนก รูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นการกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานโครงการนั้นได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารการงานและการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคล

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

สรุป ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการศึกษา เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคิด ให้อำนาจในการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตในชุมชนมีอำนาจในการจัดการทรัพยากรเพื่อการแก้ไขปัญหาโดยทุกคนมีส่วนร่วม ให้ความสำคัญต่อประชาชน ค้นหาศักยภาพของคนในชุมชนให้มีส่วนร่วมพัฒนาสมรรถนะของตนเอง เพื่อช่วยเหลือคนในชุมชนในการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษามุ่งให้ความสนใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในประเด็น การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ และความต้องการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบบริการการดูแลระยะยาวใน 10 ประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลเสนอแนะต่อการพัฒนา และวางนโยบายการบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าพัฒนาการและแนวคิดในการจัดระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ นั้น ภาครัฐมีบทบาทในระดับต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางสังคมของแต่ละประเทศ การจัดบริการมีความครอบคลุมทั้งความต้องการการดูแลส่วนบุคคลและความเป็นอยู่ทั้งในสถานบริการและในชุมชน สิทธิประโยชน์อาจอยู่ในรูปแบบของเงินสด รวมทั้งการให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในด้านการเงิน แหล่งที่มาของการเงินการคลังของระบบประกอบด้วยภาษีทั่วไป การจ่ายเงินสมทบจากสามฝ่ายและจากกระเป๋าผู้ใช้บริการ การควบคุมค่าใช้จ่ายที่พบบ่อยคือการจ่ายร่วม ด้านการบริหารจัดการมีการกำหนดการได้รับสิทธิจากการประเมินภาวะพึ่งพิงร่วมกับระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดูแล ด้านการช่วยเหลือครอบครัว และเครือข่ายนอกระบบมีหลายรูปแบบข้อเสนอแนะคือ การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวต้องมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ภาครัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแล โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2554) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนผู้สูงอายุ” กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้กู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพรายบุคคล 854 ราย กลุ่มผู้กู้ 37 กลุ่ม ผู้ได้รับการสนับสนุนโครงการ 163 ราย และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกองทุน และสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ กลุ่มตัวอย่างที่กู้ยืมรายบุคคล เป็นผู้สูงอายุในวัยต้นมีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด ผู้กู้รายบุคคลได้นำเงินไปประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุดโดยนำเงินไปประกอบอาชีพค้าขาย ประเภท ‘ขายของชำ’ มากที่สุด การประกอบอาชีพในลักษณะเดิมทำอยู่แล้ว ขอกู้ยืมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงต่อยอดจากสิ่งที่มีอยู่ เช่น การลงทุนเพื่อเพิ่มผลผลิต การพัฒนาคุณภาพสินค้า การซื้อเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ทุนแรงเพื่อให้ การผลิตได้ผลผลิตจำนวนมาก และมีคุณภาพมากขึ้น เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งมีความก้าวหน้า และประสบความสำเร็จในอาชีพได้มากกว่าการกู้เงินไปเริ่มต้นทำสิ่งใหม่ภายใต้เงินที่จำกัด ซึ่งเป็นไปตามปัจจัยสำคัญในการเลือกประกอบอาชีพอิสระ คือ การมีทักษะความชำนาญที่มีอยู่เดิมเป็นพื้นฐาน อีกประการอีกหนึ่งคือการมีตลาดรองรับสินค้าที่ดี พบว่า ผลผลิตทางการเกษตรบางประเภทมีความต้องการของตลาดสูงสร้างรายได้ที่ดี แต่หากอาชีพนั้นๆไม่เป็นที่ต้องการของ และผู้กู้ไม่มีการวิเคราะห์ความต้องการของตลาดหรือนิยมทำตามๆ กัน ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จซึ่งแท้จริงแล้วปัจจัยหลักในการประกอบอาชีพไม่ได้มีเพียงทุนและความตั้งใจเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล (2555) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นใน จังหวัดนครราชสีมา กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) พบว่า มีความรู้ที่เกิดจากการดำเนินการใน 4 ด้าน คือ 1. การออกแบบวางแผนและการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ก) การจัดการทีมงานและกลุ่มอาสาสมัคร ข) การเตรียมข้อมูลโดยการกำหนดเป้าหมายผู้สูงอายุ 2. รูปแบบการเยี่ยมและดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่

การคืนข้อมูลสู่ชุมชน และการกำหนดรูปแบบการเยี่ยม ทั้งการเยี่ยมเชิงสังคม (Social model) และการเยี่ยมเชิงเทคนิค (Technical model) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. คู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ นำมาประยุกต์ให้เหมาะกับบริบทของปัญหาผู้สูงอายุ และบริบทของพื้นที่ 4. การติดตามประเมินผล การดูแลผู้สูงอายุ

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2556) โครงการวิจัยวิเคราะห์สถานการณ์และศึกษา นโยบายมาตรการในการจัดระบบสวัสดิการสังคมที่จำเป็นสำหรับครอบครัวผู้สูงอายุที่ประสบภาวะ ยากลำบาก กรณีศึกษา : ครอบครัวผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพัง และครอบครัวผู้สูงอายุอาศัยตาม ลำพัง ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการศึกษานี้จำนวน 4,561 ครอบครัว พบว่า สัดส่วนของครอบครัวผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพังโดยเฉลี่ยแล้ว พบในชนบทมากกว่า ในเมือง สำหรับสัดส่วนของครอบครัวผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ครอบครัวผู้สูงอายุอาศัยร่วมกันตามลำพัง และ ครอบครัวผู้สูงอายุอาศัยกับสมาชิกพิการ ทุพพลภาพ ไม่สามารถดูแลตนเองได้โดยเฉลี่ยพบในเมือง มากกว่าในชนบท สำหรับประเด็นปัญหาที่ทำให้เกิดความยากลำบากแก่ครอบครัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหา ด้านเศรษฐกิจ การเงิน (ร้อยละ 69.5) ปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย (ร้อยละ 68.9) สัมพันธภาพ ในครอบครัว (ร้อยละ 52.0) และสัมพันธภาพกับชุมชน สังคม (ร้อยละ 49.0) ตามลำดับ

เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ(2557) ได้ศึกษาวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ใช้เทคนิคการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของกลไกต่างๆ ในชุมชน วิจัยพื้นที่ 8 ตำบล ใน 4 อำเภอ ของจังหวัดนครปฐมและกาญจนบุรี กระบวนการวิจัย แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การเตรียม ชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่ายการทำงาน ทั้งผู้สูงอายุและกลไกต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ได้แกน นำชุมชนอย่างแท้จริง 2) การประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ 3) การประเมิน บทบาทหน้าที่และศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ 4) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไป สะท้อนกลับให้ชุมชน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และออกแบบโครงการ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน 5) การพัฒนาต่อยอดโครงการ กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง 6) การเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ วิพากษ์ข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างหลากหลายจากบุคคล ภายในและภายนอกโครงการ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยแบบบูรณาการครั้งนี้ คือ การดูแลผู้สูงอายุใน ลักษณะองค์รวม ควรให้ครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ โภชนาการที่เหมาะสม และการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการรายได้เพิ่มเติม และการ รักษา ส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุที่สอดคล้อง ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัย โดยคำนึงถึงความแตกต่าง ระหว่างพื้นที่เมือง ชนบท และสังคมวัฒนธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่าง ยั่งยืน ภายใต้การจัดการเครือข่ายความร่วมมือของกลไกต่างๆ ทั้งจากในและนอกชุมชน

ณัฐจิตตา เทวเลิศสกุล, วนิดา ศิริวรสกุลและชัชสรณ์ รอดยิ้ม (2559) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต ผลการวิจัย พบว่า

1. ปัญหาและอุปสรรคของผู้สูงอายุ (1) ด้านบุคลากร คือ บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุไม่ เพียงพอ (2) ด้านงบประมาณ คือ การจัดงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมต่อความ ต้องการของผู้สูงอายุ (3) ด้านการบริหารจัดการ คือ อำนาจหน้าที่ของเทศบาลนครรังสิตมีข้อจำกัดที่

ไม่ครอบคลุมการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุในบางเรื่อง (4) ด้านร่างกาย คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง และอาการเจ็บป่วย (5) ด้านจิตใจและอารมณ์ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความหงุดหงิดจากปัญหาสุขภาพ และปัญหาสภาพแวดล้อม (6) ด้านครอบครัวและสังคม คือ ปัญหาเศรษฐกิจที่ต้องดิ้นรนทำกินจนไม่มีเวลาปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว และ (7) ด้านรายได้และสวัสดิการ คือ รายได้ไม่สมดุลกับรายจ่าย

2. ศักยภาพของผู้สูงอายุ (1) ด้านทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดที่เป็นระบบ มีประสบการณ์ มีความรู้ มีความคิดเป็นผู้นำ และมีการสื่อสารที่ชัดเจนพอสมควร (2) ด้านการทำงาน คือ ผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญมาช่วยทำงานพัฒนาชุมชน และ (3) ด้านการมีส่วนร่วมและการอยู่ร่วมกันในสังคม คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความยินดีมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน

3. ความต้องการของผู้สูงอายุ (1) ด้านร่างกาย คือ ต้องการศูนย์สุขภาพ และการดูแลตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (2) ด้านการพัฒนาความรู้ คือ ต้องการการอบรมให้ความรู้ด้านต่างๆ (3) ด้านรายได้และสวัสดิการสังคม คือ ต้องการรายได้จากเบี้ยยังชีพที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และ (4) ด้านครอบครัวและสังคม คือ ต้องการให้ลูกหลานดูแลเอาใจใส่ตนอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

4. แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง (1) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ คือ การจัดกิจกรรมสนทนาการให้กับผู้สูงอายุ (2) ด้านอาชีพ คือ การเชิญวิทยากร อาจารย์สอนอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และ (3) ด้านการบริหารจัดการ คือ การจัดตั้งชมรม 11 ชมรม มีประธานชมรมเป็นตัวแทนประสานงาน

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ในสถานการณ์สังคมที่ก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุนั้น จะมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังมีสุขภาพดี มีความสามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม ที่จะเกิดประโยชน์ในทางเศรษฐกิจกับสังคม โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ที่เป็นภูมิปัญญาอันมีคุณค่าประกอบกับการมีจิตสาธารณะที่ตระหนักในคุณค่าแห่งภูมิปัญญาตนเอง ที่จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลและสังคม เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตมีสุขภาพะด้านเศรษฐกิจและสังคม และผู้สูงอายุที่ยังคงทำกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือมีความพร้อมที่จะมีบทบาทเชิงสร้างสรรค์สำหรับครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กระบวนการพัฒนาตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์การศึกษาสถานการณ์และพัฒนา รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไห อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต รวมถึงการใช้แบบสอบถาม มีรายละเอียดของการศึกษาดังนี้

1. พื้นที่ในการศึกษา

ผู้ศึกษาเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย จำนวน 3 หมู่บ้าน คือบ้านกุดไห หมู่ที่ 1, 6 และ 11 ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีพื้นที่ติดกัน และเป็นหมู่บ้านที่มีความรักความเอื้ออาทรต่อกัน อีกทั้งยังเป็นหมู่บ้านที่มีความเข้มแข็ง ผู้นำชุมชน กลุ่มองค์กร ชมรมผู้สูงอายุ แกนนำในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในชุมชนมีความร่วมมือร่วมใจกันในการทำกิจกรรมในชุมชนซึ่งเป็นเครือข่ายที่เอื้อต่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีระยะเวลาศึกษา 1 ปี ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564

2. กลุ่มเป้าหมาย

ในการศึกษานี้ ได้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ จำนวน 50 คน ประกอบด้วย

2.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีข้อจำกัดในการ ปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเองโดยการประเมินศักยภาพความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activation of Daily Living : ADL) มีคะแนน 0-11 คะแนน เพศชายและหญิง มีภูมิลำเนาอยู่ ตำบลกุดไห อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร สมัครใจเข้าร่วมการศึกษานี้จนครบกำหนด จำนวน 10 คน

2.2 ผู้ดูแลหลักในครอบครัว คือบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในด้านการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

2.3 ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 3 คน แกนนำผู้สูงอายุ 5 คน

2.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บ้านละ 3 คน จำนวน 9 คน

2.5 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชั่วโมง (Care Giver : CG) จำนวน 7 คน

2.6 ผู้บริหาร 2 คน คือ นายกเทศมนตรีตำบลกุดไห ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย

2.7 เจ้าหน้าที่สุขภาพ 4 คน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (Care manger:CM) 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

ใช้ 3 วิธีการหลัก คือ

- 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)
- 2) การสนทนากลุ่ม (focus group)
- 3) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม
- 4) เครื่องมือประเมินภาวะพึ่งพาอาศัย

3.1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview)

โดยผู้ศึกษาใช้แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกกับ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้บริหารและ กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ โดยเน้นการ สัมภาษณ์เป็นการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ (Non – Structural Interview) เป็นคำถามปลายเปิด (Open-end) เพื่อให้ได้ข้อมูลและประเด็น ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับประสบการณ์ บทบาท หน้าที่ ปัญหา ความต้องการพัฒนางาน เพื่อนำมาวิเคราะห์ ให้เห็นความคิดหรือเหตุผลของแต่ละกลุ่ม เพื่อหารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่เหมาะสมเป็นไปได้ในชุมชน

3.1.1.1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ,ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นคำถาม ปลายเปิด (Open-end) ประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

(1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ ภาระการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับการช่วยเหลือ ด้านการดูแล ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในครอบครัว เพื่อใช้ในการเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์หาความ สัมพันธ์และแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะ พึ่งพิงที่เหมาะสม

(2) ชุดคำถามการศึกษาที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความหมายมุมมองเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวเป็นอย่างไร, ประสบการณ์ การดูแลระยะยาวเป็นอย่างไร, ความเป็นมา และสาเหตุของผู้สูงอายุที่เกิดการดูแลในภาวะพึ่งพิงเป็น อย่่างไร, ความต้องการและกิจกรรมการดูแลประจำวันเป็นอย่างไร, การใช้บริการดูแลระยะยาวใน สถานบริการสุขภาพเป็นอย่างไร,

2. เหตุผลของการเป็นผู้ดูแลคืออะไร, กิจกรรมการดูแลระยะยาวเป็น อย่่างไร, ปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลเป็นอย่างไร, ผลลัพธ์ที่ได้อะไรบ้างจากการเป็น, ความเชื่อ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างไร ภาระค่าใช้จ่าย ปัญหา และผลกระทบ ต่อวิถีการดำเนินชีวิตทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการ จัดการปัญหาของผู้ดูแลหลักและคนใน ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมาเป็นอย่างไร, บทบาทของครอบครัว และพลวัตร ในครอบครัว (Family Dynamic) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

3. วัฒนธรรมความเชื่อและวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
บริบททางสังคม วัฒนธรรมอะไรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ, การเปลี่ยนแปลงทางสังคม
และครอบครัวมีผลต่อวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร, การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
หรือมีการเจ็บป่วยระยะยาวในชุมชน เป็นอย่างไร, มุมมองของชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน
ชุมชนเป็นอย่างไร

3.1.1.2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร นายกเทศมนตรีตำบลกุตไผ่และ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย ,เจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นคำถามปลายเปิด
(Open-end) ประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

(1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่ง
และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

(2) ชุดคำถามเกี่ยวกับการศึกษาดังนี้

1. นโยบาย/แนวทางการบริหารงานในการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลกุตไผ่ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

2. ภาระและบทบาทของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การภาครัฐที่
เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

3. การบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่หน่วยงาน
ท่าน จัดทำขึ้นเป็นอย่างไร

4. แนวทางการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล
ผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นอย่างไร

5. ปัญหา ข้อจำกัด ข้อเสนอแนะ และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่
ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน ขององค์กรของท่านเป็นอย่างไร

3.1.2 การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม เป็นการรวบรวมข้อมูลและข้อคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมาย คือ
ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม.ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ผู้บริหาร และ
ผู้ให้บริการสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้แสดงทัศนคติ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างหลากหลาย
ตามกรอบประเด็นคำถามดังนี้

1. อาสาสมัครในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้อย่างไร,
บทบาทและดำเนินกิจกรรมอย่างไรในการดูแลผู้สูงอายุ, ผลการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมาเป็น
อย่างไร, ความต้องการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร,

2. ภาระและบทบาทขององค์การภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น และ ภาคประชาชน
ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร, การบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะ
ยาวที่จัดขึ้นเป็นอย่างไร, ปัญหาอุปสรรคและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร,
กฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

3. วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะ
พึ่งพิงในชุมชนเป็นอย่างไร, ทิศทางสังคม วัฒนธรรมอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่

ในภาวะพึ่งพิง และ สัมพันธ์กันอย่างไร , มุมมองของคนในชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร

4. แนวทางการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นอย่างไร

5. รูปแบบ หรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่นที่เหมาะสม เป็นไป ได้จริงตามบริบทควรเป็นอย่างไร

3.1.3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

เป็นการสังเกตขณะร่วมกิจกรรมการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมการร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน

3.1.4 การบันทึกภาคสนาม ผ่านการได้รับอนุญาตจากผู้ร่วมกิจกรรม โดยการใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ การสอบถาม ประชาชน ผู้นำชุมชน โดยมีอุปกรณ์ดังนี้ 1) สมุดจดบันทึกนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกตามความเป็นจริงที่ได้จากการ สังเกต การพูดคุย พฤติกรรมการแสดงออก ข้อเสนอแนะ และบรรยากาศขณะ ดำเนินกิจกรรมร่วมกันตลอดโครงการของกลุ่มเป้าหมาย โดยจดบันทึกภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลมีความเที่ยงตรงและมีความสมบูรณ์ ป้องกันการลืม 2) กล้องถ่ายภาพ ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการอ้างอิง และ 3) เทปบันทึกเสียง เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลขณะสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม ใช้ตรวจ สอบบทสนทนาทำให้เกิดความแม่นยำตรงของข้อมูล

3.2 เครื่องมือประเมินภาวะพึ่งพิงระยะยาว

ใช้เครื่องมือ The Barthel index (Collin et al., 1988) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและง่ายในการสื่อสารกับผู้ตอบ ประกอบด้วยการประเมิน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกนั่งจากเตียง การใช้ห้องน้ำ การเข้าและออกจากห้องน้ำ การล้างหน้า หวีผม อาบน้ำการเดินในทางราบ เดินขึ้นลงบันได แต่งตัว การกลืนอุจจาระ กลืนปัสสาวะ และเครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย (Jitapunkul, 1994) โดยใช้เกณฑ์การตัดสินภาวะทุพพลภาพรุนแรง คือ เท่ากับหรือน้อยกว่า 12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (Challis et al., 2000; Jitapunkul et al., 2003) จากงานวิจัยพบว่าใช้ระยะเวลาในเฉลี่ย 8 นาที ผู้สูงอายุสามารถตอบได้ไม่ยาก และมีค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา (Alpha)เท่ากับ .8458 (Sihapark et al, 2013)

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

4.1 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดกิจกรรมในชุมชนเสนอให้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลกุดบาก พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน COC,LTC โรงพยาบาลกุดบาก เพื่อพิจารณาตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความครอบคลุมทางเนื้อหาความถูกต้องเหมาะสมทางภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนจัดลำดับเนื้อหา จากนั้นผู้ศึกษานำมาแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับกลุ่มเป้าหมายและระยะเวลาของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

4.2 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

4.2.1 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ีระหว่างผู้ศึกษา กับผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสติสัมปชัญญะที่ดี เข้าใจในวัตถุประสงค์ กระบวนการศึกษา และมี เป้าหมายร่วมกัน มีการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองระหว่างสัมภาษณ์มีการย้อนถามกลับเพื่อยืนยัน ความถูกต้องก่อนการจบสัมภาษณ์ มีการสรุปประเด็นในการสนทนากลุ่ม ก่อนการจบการสนทนากลุ่ม มีการบันทึกข้อมูลทันทีหลังการสัมภาษณ์เสร็จ

4.2.2 ความเหมาะสมของข้อมูล โดยใช้การเก็บข้อมูลที่หลากหลายคือการเก็บข้อมูลจาก การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต การตีความ การวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.3 ความถูกต้องของข้อมูล การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการ ตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ในกระบวนการวิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลด้านวิธีการ (Methods triangulation) โดยการรวบรวมข้อมูลที่ใช้หลากหลายวิธีประกอบกัน ทั้งสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม ศึกษาเอกสาร การถ่ายภาพ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ การใช้ข้อมูลจาก ทุกแหล่งข้อมูล (Data Triangulation ในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ระยะเตรียมการ

5.1.1 ทบทวนเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1.2 เก็บรวบรวมสถิติผู้สูงอายุ จากฐานข้อมูลการบริการอิเล็กทรอนิกส์ (JHCIS)

5.1.3 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จากฐานข้อมูลการบริการอิเล็กทรอนิกส์ (JHCIS) คัดลอกรายชื่อ เพื่อประสานการเข้าร่วมใน การวิจัย

5.1.4 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยเก็บข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มี ความสามารถในการบันทึกรายละเอียดการสนทนา เข้าใจภาษาอีสาน มีการซักซ้อมรายละเอียดใน การจดบันทึก จนมีความเข้าใจและสามารถจดบันทึกได้โดยจดบันทึกขณะสนทนากลุ่ม

5.1.5 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

5.1.6 ขออนุญาตพื้นที่ในการทำการศึกษาครั้งนี้ โดยทำหนังสือแจ้ง ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขอ อนุญาตในการเก็บข้อมูลและดำเนินการศึกษาในพื้นที่และประสานกับชุมชน

5.1.7 ประสานงานกับ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ อสม.ผู้ ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ(CG) ผู้บริหาร และผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อประชาสัมพันธ์ การเข้าร่วม โครงการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา การปฏิเสธใน การเข้าร่วมการศึกษา รวบรวมจำนวนผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

5.1.8 ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ หรือ สนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาได้ส่งหนังสือนัดหมาย วัน เวลา ที่กลุ่มเป้าหมาย สะดวก

5.2 ระยะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีขั้นตอน รายละเอียดการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

5.2.1 สัมภาษณ์เจาะลึก ผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้ดูแล 10 คน เก็บข้อมูลที่บ้านผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณคนละ 45- 60 นาที โดยออกสัมภาษณ์เชิงลึก ในช่วง เดือน ตุลาคม 2563 ผู้ศึกษาขออนุญาตสัมภาษณ์ จดบันทึกข้อมูล บันทึกเสียงและบันทึกภาพ โดย ชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวมไม่ได้ มีการระบุชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ และให้ความมั่นใจในการเก็บข้อมูลเป็นความลับ หลังการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สรุปประเด็นให้แล้วเสร็จในแต่ละวัน หากมีข้อมูลบางส่วนที่ไม่ ครบถ้วน สัมภาษณ์เพิ่มในวันถัดไปจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

5.2.2 สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นการรวบรวมข้อมูลและข้อคิดเห็นจาก กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อสม. ผู้บริหาร และผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเปิดโอกาสให้แสดงทัศนคติ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างหลากหลาย ตามกรอบประเด็นคำถามที่เตรียมไว้ โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 90 นาที ตั้งแต่เวลา 09.30 น.- 11.00 น. สนทนากลุ่มในเดือน ตุลาคม 2563 สถานที่ในการสนทนากลุ่มคือ ศาลาวัดบ้านกุดไผ่ มี ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ครั้งละ 50 คน แบ่งกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน คณะทุกกลุ่มเป้าหมาย ผู้ศึกษา อธิบายขั้นตอนการสนทนากลุ่ม แบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบผู้ช่วยในการสนทนากลุ่ม ใน กระบวนการสนทนากลุ่ม ผู้ศึกษาขออนุญาตจดบันทึก บันทึกเสียง บันทึกภาพขณะสนทนากลุ่ม โดย ชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อประโยชน์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนการนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวม ไม่ได้มีการระบุชื่อผู้สนทนาผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา ขั้นแรกผู้ศึกษาแนะนำตัวเองและ ผู้ช่วยจดบันทึก 1 คน ผู้สังเกตการณ์ 1 คน และบันทึกภาพ 1 คน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมทั้งให้ สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ก่อนนำเข้าสู่ประเด็น การสนทนาตามแนวทาง ที่กำหนดไว้ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีโอกาสพูดคุยนแสดงความคิดเห็น มีการสรุปประเด็นการสนทนา ก่อนนำเข้าสู่ประเด็นอื่นทุกครั้ง พร้อมกับสรุปประเด็นการสนทนากลุ่มในภาพรวมโดยเปิดโอกาสให้ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาด การสนทนากลุ่มใช้เวลา 90 นาที โดยรักษาเวลาให้ได้ ตามที่กำหนด เมื่อปิดการสนทนากลุ่มผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนาที่ให้ความร่วมมือ และภายหลัง เสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล

6. ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ 1) วิเคราะห์ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 2) วางแผน และตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ 3) ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ และ 4) ประเมินผลการปฏิบัติ ดำเนินกิจกรรม 2 วงรอบ

6.1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ศึกษาบริบทชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลของชุมชน วิถีชีวิต ความเป็นอยู่เศรษฐกิจและสังคม ของชุมชน ที่สามารถเชื่อมโยงไปถึง การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแล

ผู้สูงอายุ (CG) ผู้บริหาร และผู้ให้บริการสุขภาพ โดยการสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม เพื่อให้ทราบสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบัน และปัญหาที่พบรวม ทั้งความต้องการในการพัฒนาแนวทางการ จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตาม บทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล นำข้อมูลที่ศึกษามาวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของชุมชน ปัญหาที่พบ และการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา ความต้องการการพัฒนา

6.2 วางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

จัดเวทีประชาคม โดยมีผู้เข้าร่วม ดังต่อไปนี้ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ผู้บริหาร และผู้ให้บริการสุขภาพ เดือน ตุลาคม 2563 เวลา 08.30 น.- 16.30 น. ณ ศาลาวัดบ้านกุดไผ่ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

6.2.1 ส่งหนังสือนัดหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามวัน เวลาที่นัดหมาย

6.2.2 ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการจัดเวทีประชาคม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1) นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวชุมชน 2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ปัญหาที่พบ รวมทั้งความต้องการการแก้ไขปัญหา และการพัฒนาในมุมมองของตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ผู้บริหาร และผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อใช้ข้อมูลเป็นฐานในการวางแผนพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

6.2.3 ผู้ศึกษานำเข้าสู่กระบวนการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ดังนี้

1) บริบทของชุมชนบ้านกุดไผ่ที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2) ข้อมูลสถิติ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) คุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการพึ่งพิงตนเอง 4) การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ปัญหาอุปสรรค 5) การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุของ CG อสม., ผู้นำชุมชน, ผู้บริหาร และผู้ให้บริการสุขภาพ หลังจากนั้นให้ชุมชนยืนยันความถูกต้องโดยเปิดโอกาสให้ ชุมชนตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและเพิ่มเติมข้อมูลส่วนที่ขาดให้ครบถ้วน

6.2.4 แบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 16 คน สมาชิกประกอบด้วยตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน โดยมีพยาบาล 2 คน นักวิชาการ 2 คน จาก รพ.สต. บ้านกลางและบ้านค้อน้อย เป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการทำกิจกรรมแต่ละกลุ่ม โดยมีหัวข้อในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังต่อไปนี้ 1) สมาชิกกลุ่มเล่าเรื่อง ความประทับใจและความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในบทบาทของแต่ละบุคคล 2) สมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์และอภิปรายถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากข้อ 1 ว่าเกิดขึ้นได้เพราะอะไร 3) สมาชิกในกลุ่มบอกถึงความคาดหวังของตนเองในการที่จะพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนให้ประสบผลสำเร็จ 4) ออกแบบกระบวนการปฏิบัติในการที่จะทำให้สำเร็จตามความคาดหวัง 5) ตัวแทนแต่ละกลุ่มออกมานำเสนอผลของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามรายละเอียดจาก ข้อ 1-4 6) ให้สมาชิกทุกคนร่วมกันวางแผนกิจกรรมตามการออกแบบของแต่ละกลุ่มเอามาผนวกเข้าด้วยกันผ่านการวิเคราะห์เหตุผลที่นำมาใช้ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการพัฒนา วางแผนเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและตัดสินใจ

เลือกแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชน ภายใต้บริบทของชุมชน โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมชัดเจน

6.2.5 ผู้ศึกษา สรุปแผนงานที่ได้มาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

6.3 ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ

ดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ตามแผนที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการ ให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนปฏิบัติตามแผนที่วางไว้หลังจากนั้นสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นระยะๆ โดยร่วมกันวิเคราะห์เกี่ยวกับผลการปฏิบัติกิจกรรมว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ แก้ไขปัญหาได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่เหมาะสม จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในส่วนใดบ้างเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และปรับปรุงการปฏิบัติ ให้เหมาะสมที่สุด หลังจากนั้นนำมาลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทุกครั้ง ขั้นตอนนี้ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ร่วมกันและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

6.4 ประเมินผลการปฏิบัติ

ประเมินผลการปฏิบัติตามกลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษา คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ 4) อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน CG 5) ผู้บริหาร และ 6) ผู้ให้บริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดในการประเมินผลแต่ละกลุ่ม ดังนี้

6.4.1 กลุ่มผู้สูงอายุประเมินผลการตรวจสุขภาพ, ADL เปรียบเทียบก่อนหลังดำเนินการประเมินความพึงพอใจ ร่วมกับการสังเกต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ

6.4.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประเมิน ผลความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยแบบประเมินความพึงพอใจ ร่วมกับการสังเกต

6.4.3 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน,CG ประเมิน ผลความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยแบบประเมินความพึงพอใจ ร่วมกับการสังเกต

6.4.4 กลุ่มผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยแบบประเมินความพึงพอใจ ร่วมกับการสังเกต

6.4.5 เจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยแบบประเมินความพึงพอใจ ร่วมกับการสังเกต

6.4.6 ผู้บริหาร ผลความพึงพอใจในการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยแบบประเมินความพึงพอใจ ร่วมกับการสังเกต

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข CG ผู้นำชุมชน ผู้บริการและผู้ให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้ที่ได้จากกลุ่มเป้าหมาย และจากการดำเนินกิจกรรมตลอดการศึกษา นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนสมบูรณ์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) โดยการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ต่างกัน เก็บข้อมูลจากผู้ร่วมศึกษาที่ต่างกัน และเก็บข้อมูลด้วยวิธีที่ต่างกัน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ความเป็นเหตุเป็นผลในการวิเคราะห์ ผู้ศึกษาจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะต้องทำการวิเคราะห์ให้ตรงประเด็นในการศึกษา มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ทบทวนข้อมูล ติดตามความเป็นจริง มีความซื่อสัตย์ ไม่ใช้ความรู้สึกส่วนตัวในการวิเคราะห์ข้อมูล และวิธีการตรวจสอบสุดท้ายคือการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอต่อผู้ร่วมศึกษาอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้องและค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมตลอดการศึกษา

การกำหนดรหัสข้อมูล ดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	รหัส
ผู้สูงอายุ	A
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	B
อาสาสมัครสาธารณสุข/CG	C
ผู้นำชุมชน/แกนนำ	D
ผู้บริหาร	E
ผู้ให้บริการสุขภาพ	F

0-00/วัน เดือน ปี แปลผลรหัสได้ดังนี้

รหัส 0	ตำแหน่งที่ 1	หมายถึง	รหัสของผู้ให้ข้อมูล
รหัส 00	ตำแหน่งที่ 2	หมายถึง	ลำดับของผู้ให้ข้อมูล

8. จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาในมนุษย์ ที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง ดังนั้นประเด็นในการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยที่ยึดประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักของ Stringer and Genat (2004) ได้แก่

1. การปกป้องผลประโยชน์ อันตราย และข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความมั่นใจในการศึกษา (Confidentiality) กระบวนการศึกษาทุกขั้นตอนของการศึกษาจะมีการสื่อสารข้อมูลให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และ ชุมชนได้รับทราบอย่างกระจ่าง ทุกขั้นตอนในกระบวนการศึกษา กิจกรรมการศึกษามีความยืดหยุ่น ปรับได้ตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดกับชุมชน

2. การขออนุญาตเกี่ยวกับการกระทำในข้อมูลเช่น การนำเสนอเผยแพร่ (Permissions) การศึกษาค้างนี้ กลุ่มเป้าหมายหลักของการดำเนินกิจกรรมศึกษา คือ ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความ

เพราะบางดั่งนั้นในการขออนุญาตเกี่ยวกับการศึกษา ผู้ศึกษายึดหลักการขออนุญาต จากชุมชน
ครอบครัว และผู้สูงอายุในพื้นที่การศึกษา รวมทั้งการขออนุญาตการเผยแพร่นำเสนอข้อมูลต่อผู้อื่น

3. แบบฟอร์มการขออนุญาต (Informed consent) ในแบบฟอร์มการขออนุญาต

ทำการศึกษานี้ ประกอบด้วย คือ

- (1) ขี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล
- (2) ขี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล
- (3) การขออนุญาตจากการศึกษา การยินยอมให้หรือไม่ให้ข้อมูลที่ไม่ต้องการตอบ

และสามารถหยุดการให้ข้อมูลได้หากมีความประสงค์

- (4) เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดระหว่างการดำเนินกิจกรรม
ตลอดระยะเวลาการศึกษา

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไห อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนครมีรายละเอียดที่จะนำเสนอเรียงตามหัวข้อต่อไปนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก
 - 1.2 สถานการณ์ การดูแลระยะยาวในชุมชน ตำบลกุดไห
 - 1.3 บทบาทของผู้ดูแล
 - 1.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
2. วางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน
3. ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ
4. ประเมินผล
5. อภิปรายผล

1. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ 10 คน เพศหญิง 6 คน ร้อยละ 60.0 ชาย 4 คน ร้อยละ 40.0 ช่วงอายุ 60 – 69 ปี 1 คน ร้อยละ 10.0 70 -79 ปี 2 คน ร้อยละ 20.0 80 ปีขึ้นไป 7 คน ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 78 ปี อายุอย่างน้อยสุด 60 ปี อายุมากที่สุด 97 ปี สถานภาพสมรส คู่ 6 คน ร้อยละ 60.0 หม้าย หย่า แยก 4 คน ร้อยละ 40.0 การศึกษา ประถมศึกษา 8 คน ร้อยละ 80.0 สูงกว่าประถมศึกษา 2 คน ร้อยละ 20.0 อาชีพ เกษตรกรรม 6 ร้อยละ 60.0 ไม่ได้ทำงาน 4 คน ร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สูงกว่า 5,000 บาท/เดือน 10 คน ร้อยละ 100

ข้อมูลด้านสถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว 8 คน ร้อยละ 80.0 เป็น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง 6 คน ร้อยละ 60.0 โรคหลอดเลือดสมอง 3 คน ร้อยละ 30.0 โรคไตวายระยะสุดท้าย 1 คน ร้อยละ 10.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่า 6 ปี 2 คน ร้อยละ 20.0 , 6 – 10 ปี 3 คน ร้อยละ 30.0 มากกว่า 10 ปี 5 คน ร้อยละ 50.0 ไม่ดื่มสุรา 10 คน ร้อยละ 100 สูบบุหรี่ 2 คน ร้อยละ 20.0 ไม่สูบบุหรี่ 8 คน ร้อยละ 80.0 ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) 8 คน ร้อยละ 80.0 กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน) 2 คน ร้อยละ 20.0

1.1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 10 คน เพศหญิง 8 คน ร้อยละ 80.0 ชาย 2 คน ร้อยละ 20.0 ช่วงอายุต่ำกว่า 50 ปี 8 คน ร้อยละ 80.0 50 – 59 ปี 2 คน ร้อยละ 20.0 อายุเฉลี่ย 40 ปี อายุอย่างน้อยสุด 25 ปี อายุมากที่สุด 55 ปี สถานภาพสมรส คู่ 9 คน ร้อยละ 90.0 หม้าย หย่า แยก 1 คน

ร้อยละ 10.0 การศึกษา ประถมศึกษา 5 คน ร้อยละ 50.0 สูงกว่าประถมศึกษา 5 คน ร้อยละ 50.0 อาชีพข้าราชการ 1 คน ร้อยละ 10.0 เกษตรกรรม 9 ร้อยละ 90.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 5,000 บาท 10 คน ร้อยละ 100

1.1.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชน/แกนนำผู้สูงอายุ

ผู้นำชุมชนทั้งหมด จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 3 คน เป็นเพศชาย และมี อายุ อยู่ในช่วง 50-59 ปี สมรส คู่ ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้ง 3 คน ร้อยละ 100 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่ง มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 100

แกนนำผู้สูงอายุ 5 คน อายุ อยู่ในช่วง อายุ 60-69 ปี 3 คน ร้อยละ 60.0 อายุ 70-79 ปี 2 คน ร้อยละ 40.0 ระดับการศึกษา ศึกษาในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรส คู่ ทั้ง 5 คน ร้อยละ 100

1.1.4 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) /CG

อสม. 9 คน เป็นเพศหญิง 5 คน 55.6 ชาย 4 คน ร้อยละ 45.4 ส่วนใหญ่มีอายุ ในช่วง 50-59 ปี 6 คน ร้อยละ 66.7 อายุมากที่สุด 59 ปี น้อยที่สุด 40 ปี อายุเฉลี่ย 50 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 การศึกษาระดับประถมศึกษา 7 คน ร้อยละ 77.8 ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 88.9 อายุการเป็น อสม. มากที่สุด 25 ปี น้อยที่สุด 5 ปี

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (CG) 7 คน เป็นเพศหญิง 6 คน ร้อยละ 66.7 เพศชาย 1 คน ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-59 ปี 4 คน ร้อยละ 57.1 อายุ น้อยสุด 40 ปี อายุมากที่สุด 75 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 85.7 ระยะเวลาการเป็น CG น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 100

1.1.5 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหาร

(1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) เพศชาย อายุ 49 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาปริญญาตรี ระยะเวลารับราชการ 27 ปี ประสบการณ์ทำงานในชุมชน 18 ปี

(2) นายกเทศมนตรีตำบลลูกใต้ เพศ ชาย อายุ 63 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาปริญญาตรีโท เอกบริหาร ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง 1 ปี

1.1.6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

(1) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย 1 คน เพศหญิง สถานภาพสมรส คู่ อายุ 49 ปี การศึกษา ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต ระยะเวลารับราชการ 28 ปี

(2) นักวิชาการสาธารณสุขและแพทย์แผนไทย ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย เพศหญิง 3 คน อายุ 33 27 และ 26 ปี ตามลำดับ สถานภาพสมรส โสด การศึกษา ปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตร 2 คน ปริญญาตรีแพทย์แผนไทย 1 คน ระยะเวลาทำงาน 10, 6 และ 5 ปีตามลำดับ ประสบการณ์การทำงานในชุมชน 10, 6 และ 5 ปีตามลำดับ

1.2 สถานการณ์และความต้องการการพัฒนา การดูแลระยะยาวตำบลลูกใต้

1.2.1 บริบท ตำบลลูกใต้ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร มีพื้นที่ครอบคลุม 11 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่เขตชนบทของอีสาน ห่างจากตัวจังหวัดสกลนคร 70 กม. ห่างจากตัวอำเภอ 10 กม. สภาพบ้านเรือนในชุมชนเป็นบ้านถาวรหลังใหญ่ มีถนนคอนกรีตเข้าสู่หมู่บ้าน การเดินทางเข้าออกสะดวก ประชาชนประกอบอาชีพทางการเกษตร ได้แก่ ทำนา สวนยางพารา ปลูกกล้วย ช่วงกลางวันคนวัยแรงงานจะออกไปทำนา ทำสวน ส่วนผู้สูงอายุทำงานที่บ้าน ส่วนสถานบริการสุขภาพ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง มีบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 15 คน ที่รับผิดชอบดูแลเป็นรายหมู่บ้าน มีระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 105 คน ส่วนอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง มีจำนวน 8 คน (7 คนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) นอกจากนี้พบว่ามีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเทศบาลตำบลลูกใต้ โดยทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลวิชาชีพ และนอกจากนี้พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสัมพันธ์อันดีกับชุมชน ชุมชนมีความเข้มแข็ง ประชาชนส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าภูไท รองลงมาเป็นย้อ และ กะเลิง พื้นฐานชนเผ่าภูไทจะมีความรักแน่นแฟ้น มีความเอื้ออาทร กระตือรือร้น และมีความรักความสามัคคี การดำเนินการอะไรจะทำการเป็นกลุ่มและสนับสนุนการทำงานดีทุกด้าน

วิถีชีวิตของชุมชน ประชาชนในตำบลลูกใต้ มีลักษณะเป็นความสัมพันธ์แบบเครือญาติ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย กิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตั้งแต่เช้าใส่บาตร หรือเข้าวัดทำบุญ เลี้ยงหลาน

สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน จากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคม คือ ลูกหลานของคนในชุมชนออกไปเรียนในตัวอำเภอ ลูกหลานจากครอบครัวไปทำงานต่างถิ่นเพื่อหารายได้ บางครอบครัวจึงมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุน้อยลง และบางครอบครัวอาจมีผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง โดยไม่สามารถคาดหวังในตัวลูกหลานของตนว่าจะพึ่งพาได้ในยามบั้นปลาย เนื่องจากลูกแต่ละคนแต่งงานแยกย้ายไปมีครอบครัวที่จังหวัดอื่น

1.2.2 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

1.2.2.1 ลักษณะชุมชนที่เอื้อต่อการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ลักษณะเด่นโดยรวมของตำบลลูกใต้คือ ผู้นำมีบทบาทเข้มแข็ง ไม่ว่าจะเป็นผู้นำภาคไม่ทางการ หรือผู้นำภาคทางการ การเข้าถึงแหล่งทุนสำหรับนำมาพัฒนาท้องถิ่น กล่าวคือ ผู้นำภาคทางการ เช่น นายกเทศมนตรีตำบลลูกใต้ สามารถเข้าถึงแหล่งงบประมาณโดยเสนอขอจากเทศบาลัญัติ ที่จัดสรรในการดูแลผู้สูงอายุได้เพียงพอ การเมืองท้องถิ่นที่เสถียร มีต้นทุนทางสังคม เช่น มีทรัพยากรคนที่เข้มแข็ง มีวัฒนธรรมชุมชนเข้มแข็ง เศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็ง รวมถึงการเป็นสังคมเครือญาติของพื้นที่ในชนบท ทำให้การช่วยเหลือดูแลด้านต่างๆเป็นไปได้ง่าย สะดวก รวดเร็วขึ้น

1.2.2.2 การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ครอบครัวยังคงมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามบริบทของชุมชนมีผลต่อการดำเนินบทบาทของครอบครัวในการดูแล กล่าวคือ ชุมชนที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานออกนอกชุมชนน้อย และมีเศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็ง ย่อมเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ

โดยลูกหลานในครัวเรือน การมีประเพณีวัฒนธรรมชุมชนที่เข้มแข็งก็ส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุ เอื้อต่อการรวมกลุ่ม และดำรงสถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมดูแลด้านสังคมประกอบด้วย

- 1) การส่งเสริมอาชีพ 2) การบริการสังคมสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ ในลักษณะของการบริจาคสิ่งของ การจัดหน่วยเคลื่อนที่ ช่อมแซมบ้านพักที่ทรุดโทรม โดยใช้แรงงานคนในชุมชน เป็นการช่วยเหลือโดยไม่รับค่าจ้าง ผู้สูงอายุทุกคนในหมู่บ้านได้รับเบี้ยยังชีพ และบางแห่งมีการเพิ่มวงเงิน มีเพียงหนึ่งพื้นที่
- 3) การจัดสวัสดิการแก่ประชาชนในชุมชน ในรูปแบบกองทุนสวัสดิการกองทุนวันละ 1 บาท จ่ายเงินให้แก่สมาชิกเมื่อเจ็บป่วย นอนโรงพยาบาล วันละ 150 บาทเบิกได้สูงสุดไม่เกิน 5 วัน 4) การเยี่ยมผู้สูงอายุ 5) การจัดกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรม เช่นรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุใน วันสงกรานต์ ทำบุญประเพณีต่างๆ 6) การจัดกิจกรรมสันทนาการ เช่น การทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เล่นดนตรีพื้นเมือง ร้องสรภัญญะ 7) กองทุนฌาปนกิจศพ เป็นการเก็บเงินคนในชุมชนเพื่อช่วยเหลือกันเองในชุมชน

เจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่รับผิดชอบดูแลคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านค้อน้อย และบ้านกลาง เจ้าหน้าที่สุขภาพมีทักษะด้านชุมชนดีมาก อาจเป็นเพราะทุกคนเป็นคนในพื้นที่ ทำให้เข้าใจบริบทของชุมชนได้ดี เข้ากับชาวบ้านได้ดี ร่วมทำกิจกรรมทางสังคมและประเพณี วัฒนธรรมกับชุมชนอยู่เสมอ สร้างความรัก ความสนิทสนมกับประชาชนได้ดีส่งผลให้การทำงานต่างๆ ได้รับความร่วมมือจากชุมชนได้ดี แต่ศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะสาขาผู้สูงอายุยังมีจำกัด มีเพียงนักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมผู้จัดการด้านผู้สูงอายุ (Care manager) ที่เข้าใจในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พยาบาล ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามบทบาท แต่ยังไม่เข้าใจในระบบการดูแลในบางเรื่อง การส่งต่อบริการระหว่างรพ.สต.กับโรงพยาบาล แม่ข่ายสะดวกมากขึ้น มีการประสานงานกันอยู่ตลอดเวลา ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เวชภัณฑ์ วิชาการและบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่ายนอกจากนั้น เทศบาลตำบลกุดโง้ง มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นคนรับผิดชอบงานดูแลระยะยาว ทำให้การประสานงานและขอความช่วยเหลือในการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาซับซ้อนได้ เช่นการทำแผลกดทับ เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ เปลี่ยนสายยางให้อาหาร เป็นต้น เป็นการแบ่งเบาภาระพยาบาล รพ.สต.ได้ดี นอกจากนั้น เทศบาลตำบลกุดโง้ง มีการจัดรถรับส่งผู้ป่วย กรณีฉุกเฉินและผู้ป่วยหนัก หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีความจำเป็นในการรับบริการ ระหว่าง รพ.สต.หรือโรงพยาบาลกุดบาก การเชื่อมต่อกันของบริการสุขภาพจึงมีระบบรองรับความครอบคลุม และเชื่อมต่อบริการที่ดี

สภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพิงระยะยาวของบ้านกุดโง้ง ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป 7 คน ร้อยละ 70.0 อายุต่ำกว่า 80 ปี 3 คน ร้อยละ 30.0 เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน (ADL5-11) 8 คน ร้อยละ 80.0 ติดเตียง (ADL 0-4) 2 คน ร้อยละ 20.0 อายุมากที่สุด 98 ปี ระยะเวลาเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เจ็บป่วย นานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัส เช่น การได้ยิน การมองเห็น ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้มได้ง่าย และ 6 ใน 10 คน มีการเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ต้อกระจก โรคข้อเสื่อม ส่วนใหญ่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วม มากกว่า 1 โรค ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่อ่อนแอ เกิดภาวะแทรกซ้อน และการรักษาที่ซับซ้อน และทำให้เกิดการพึ่งพาผู้ดูแลมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะการเกิดภาวะโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องรักษา

โดยวิธี CAPD 1 ราย พบว่าเป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการพึงพาระยะยาวที่มีความรุนแรงและมีความซับซ้อนในการรักษา ต้องพึ่งพาผู้ดูแลที่ต้องมีทักษะและสามารถดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาและต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง แต่โชคดีที่หลานเป็นพยาบาลทำให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้สูงอายุเจ็บป่วยจาก Stroke 3 ใน 10 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุทุกคนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด และถูกส่งต่อให้กลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และจำหน่ายให้ไปดูแลที่บ้านและชุมชน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมตัวให้เข้าสู่ภาวะของผู้ดูแล ส่วนผู้ที่ได้รับการเตรียมตัวไม่ใช่ผู้ดูแลหลักและไม่ใช่นักในครอบครัว และยังพบว่าผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว บางกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น แผลกดทับ เมื่อผู้สูงอายุกลับสู่ชุมชนภาระหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นบทบาทของผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งการแสวงหาการรักษา การดูแลกิจวัตรประจำวัน

1.2.3 วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชุมชนเห็นว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัวของตน ครอบครัวที่ชุมชนเห็นว่ามีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดี ครอบครัวที่มีลูกคอยดูแลผู้สูงอายุอยู่ตลอดเวลา ไม่ทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ลูกซึ่งเป็นผู้ดูแลจะจัดเตรียมอาหาร เตรียมยาให้ในตอนเช้า และเที่ยง แล้วออกไปทำงาน บ้านเรือนที่อยู่ละแวกบ้านผู้สูงอายุ เป็นน้องของผู้ดูแล ว่างๆ ก็จะมาช่วยดูแลนอกจากนี้ ทุกสัปดาห์ อสม. และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นประจำ

“ลูกเขาก็อะไรให้ในตอนเช้า ไปรับจ้าง กับข้าวก็จัดเตรียมไว้ให้ทั้งข้าวเช้า ข้าวเที่ยง บางวันลูกติดธุระ ญาติที่อยู่ละแวกบ้าน จะช่วยดูในช่วงที่ลูกไม่อยู่ ในกลุ่มของผู้สูงอายุ ก็จะไปเยี่ยมบ้านอาสาสมัครไปดูแลสองสัปดาห์ หรือทุกเดือน ก็แล้วแต่อาการเป็นยังไง”(C06, 20 ต.ต.63)

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทย ถูกผูกไว้กับค่านิยมวัฒนธรรมความเชื่อ เรื่องความกตัญญู กตเวทิต์ ที่เป็นบทบาทหน้าที่ของลูกต้องปฏิบัติต่อพ่อแม่ผู้มีพระคุณ และการดูแลผู้สูงอายุ หรือ พ่อแม่เป็นเรื่องภายในครอบครัว เป็นหน้าที่ของครอบครัวต้องจัดการด้วยตนเอง ในขณะที่ขนาดโครงสร้างของสังคมไทยมีขนาดเล็กลง โดยเฉพาะในสังคมชนบทการดูแลพ่อแม่เป็นเรื่องที่ถูกสังคมจับจ้อง หากลูกคนไหนไม่ปฏิบัติดูแลพ่อแม่จะถูกติตราจากสังคม เป็นคนเนรคุณ ออกตัญญู ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นลูกส่วนใหญ่จึงต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีผู้สูงอายุบางคนอยู่บ้านคนเดียว ลูกหลานผลัดกันมาดูแลโดยแบ่งเป็นเวรรับผิดชอบ

วัฒนธรรมความเชื่อและวิถีปฏิบัติสืบต่อกันมาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูพ่อแม่ผู้สูงอายุของบ้าน กุดไห ส่วนใหญ่ถือเป็นหน้าที่ของลูกสาว ลูกสาวถูกเลือกให้ทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ ดังเช่นในสังคมอีสาน ชุมชนมีความเชื่อว่าลูกสาวจะทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ได้ดีกว่าลูกชาย และลูกสะใภ้ดูแลพ่อแม่ของสามีไม่ได้เท่ากับลูกในสายเลือดดังนั้นในแต่ละครอบครัวเมื่อลูกคนอื่น ๆ แต่งงานแล้วจะต้องจะแยกครอบครัวออกไป จนเหลือเฉพาะลูกสาวคนเล็ก ในกรณีที่ลูกสาวคนเล็กไม่สามารถอยู่ดูแลพ่อแม่ได้ ลูกสาวคนอื่นที่พ่อแม่เห็นว่าเหมาะสมจะถูกเลือกให้ดูแลและอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ส่วนในกรณีที่ครอบครัวไหนไม่มี

ลูกสาว พ่อแม่จะเลือกลูกชายให้อยู่อาศัยกับพ่อแม่ ซึ่งผู้ที่จะทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ต่อไปจึงกลายเป็นลูกชายและลูกสะใภ้

“ส่วนใหญ่บ้านเราจะมีลูกสาวหล้ามาเลี้ยงดูพ่อแม่ ยามเจ็บป่วยกะเป็นลูกสาวนี่ละที่ดูแลทุกอย่าง ทั้งทำกับข้าว อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า เปลี่ยนแพมเพิส พาไปหาหมอ” (D01/ 20 ต.ค. 63)

“ฉันมีแต่ลูกชาย ลูกชายหล้ากับเมียอยู่ดูแลฉัน บ่ได้ไปทำงานที่อื่น เลี้ยงแม่อยู่นี่ละ” (A03/ 20 ต.ค. 63)

เพื่อนบ้าน ชาวคุ้ม ญาติ มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในช่วงที่ลูกหลานไปทำงาน ติดธุระ จะฝากให้ เพื่อนบ้าน ชาวคุ้ม ญาติ ดูแลแทน โดยไม่รับค่าตอบแทนใดๆ ซึ่งเป็นผลมาจากวัฒนธรรมทางสังคม ที่อยู่แบบพี่น้อง ญาติมิตร ทำให้มีความสนิทสนมใกล้ชิดกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน ทำให้แบ่งเบาภาระได้ในบางช่วงเวลา

“บางทีหนูไม่ว่าง มีธุระจำเป็น ก็ฝากให้ป้าที่อยู่ข้างบ้านช่วยดูแลแม่ให้ก่อนช่วงกลางวัน เป้าเพิ่นใจดี ช่วยดูแลหาข้าวให้กิน อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ต้องขอบคุณจริงๆ” (B05/ 20 ต.ค. 63)

1.2.4 คุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ คุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มองว่าตนเองเป็นภาระให้ลูกหลานต้องดูแล ไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวในเรื่องต่างๆ นอนหายใจทิ้งไปวันๆ มีบางคนที่สามารถช่วยงานบ้านเล็กๆน้อยได้บ้าง ทุกคนมองถึงการทำตัวให้มีประโยชน์ต่อครอบครัว แต่ไม่ได้มองในส่วนของการประพฤติปฏิบัติตัวที่ดีเสมอมาตั้งแต่ก่อนล้มป่วยจนถึงป่วย ซึ่งการชี้ให้ผู้สูงอายุได้เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การเสริมพลังอำนาจและกำลังใจให้กับผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นในลำดับต้นๆ ที่บุคคลในครอบครัว และคนในชุมชนจะช่วยกัน ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าตนเอง ได้รับการยกย่องเชิดชูจากลูกหลาน เพราะเป็นผู้ที่มีความประพฤติดี เช่นไม่เล่นการพนัน ไม่เที่ยวเตร่ ไม่ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น ไม่โกหก ไม่ทำตัวเป็นปัญหาแก่ใคร ด้านศาสนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้อยู่ในศีลในธรรม ถึงแม้บางคนเข้าวัด ทำกิจกรรมทางศาสนาไม่ได้ แต่ก็เปิดวิทยุฟังธรรม มีเมตตาธรรม เอื้ออาทร ไม่เบียดเบียนผู้ใด สร้างบุญสร้างกุศล การที่ท่านเป็นผู้ที่สั่งสมความดีงาม มีความประพฤติที่ดี ทำตัวพลเมืองดี ทำหน้าที่ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจึงอยู่ในฐานะ “บุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม” สามารถชี้แนะลูกหลาน คนในสังคม ในชุมชน ให้ดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องเหมาะสม การมีภูมิปัญญาด้านต่างๆที่สามารถถ่ายทอดวิชาความรู้ให้แก่ลูกหลานได้

“สมัยก่อนตาเป็นหมอยา ยาสมุนไพรทุกอย่างตาู้จักหมด จนมาล้มป่วยไปสัปดาห์ได้ กะเลยบ่ค่อยได้ใช้ความรู้ตรงให้ช่วยคนอื่นบางทีเอากระดูกโยนบ่มีคนสืบทอด” (A06/ 20 ต.ค. 63)

“ยายเป็นคนอยู่ในศีลในธรรม ฟังธรรมะ มีเมตตาธรรม สร้างบุญสร้างกุศล เฮ็ดแล้วจิตใจสงบ ยายไปบ่ได้กะฝากเงินให้ลูกหลานไปทำบุญแทน” (A04/ 20 ต.ค. 63)

“ตาสงสารลูกหลานที่ต้องมาดูแลยายตลอดเวลา ตาป่วยมานานช่วยตัวเองได้น้อยทุกอย่างเลยตกเป็นภาระให้เขาดูแล” (A08/ 20 ต.ค. 63)

ผู้สูงอายุต่างเชื่อว่าความกตัญญูยังคงดำรงอยู่ สิ่งนี้เป็นการตอบแทนทางสังคม การแสดงออกถึงความกตัญญูได้แก่ บุตรหลานมารดน้ำคำหัวในวันปีใหม่ สงกรานต์ ให้ความเคารพ เชื่อฟังคำสั่งสอน อุปการะด้วยการมอบทรัพย์สินเงินทอง ดูแลเอาใจใส่ ถึงแม้จะประสบความทุกข์ยาก ช่วยเหลือ

ตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย เพราะความเจ็บป่วย และต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็ยังมี ความหวังและเห็นคุณค่าของตนเอง

“ยามสงกรานต์ลูกหลานพากันมารดน้ำดำหัวให้ทุกปี แค้นใจตากะมีความสุขหลายแล้ว”

“สงกรานต์ปีนี้ลูกชายกมมาราบแล้วให้เงินยายไว้ใช้ ยายดีใจหลาย ลูกหลานปลื้มยาย ยังชัก แพงยายอยู่เสมอ” (A01/ 20 ต.ค. 63)

เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

สถานะทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุติดบ้านบางส่วนจะช่วยบุตรหลานทำงาน เช่น สาน มวยหนึ่งข้าวขาย สร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นบางส่วน ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอาการปวดแสบปวดตา เคลื่อนไหวลำบากช่วยงานบุตรหลานได้น้อย ไม่มีรายได้เสริม เช่นเดียวกับ ผู้สูงอายุติดเตียง ไม่สามารถสร้างรายได้ๆส่วนใหญ่มากจากบุตรหลาน

“ตายังสานมวย หาเงินให้ลูกหลานไปโรงเรียนได้อยู่ นั่งเฝ้าอยู่กับที่นี้ละ”

(A06/ 20 ต.ค. 63)

“ยายไปมาลำบาก ปวดขาหลาย หาเงินช่วยเขาไปได้มีแต่รอให้เขามาให้ใช้ให้กิน”

(A010/ 20 ต.ค. 63)

สังคมและวัฒนธรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีบทบาทในสังคมลดลงเพราะความ เจ็บป่วย ได้ทำประโยชน์ให้กับชุมชน ช่วยเหลือสังคมในด้านต่างๆน้อยลง ทำให้บทบาททางสังคมของ ผู้สูงอายุไม่มีความต่อเนื่องส่งผลให้แยกจากสังคมไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนอยู่แต่บ้านส่งผลให้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เพื่อทดแทนบทบาทหน้าที่ที่สูญเสียไป ซึ่งจะส่งผลต่อคุณค่าใน ตัวเองของผู้สูงอายุเช่นกัน ครอบครัวและชุมชนควรสนับสนุน บทบาทการเป็นปู่ ย่า ตา ยาย เป็นร่ม โพธิ์ร่มไทรให้ลูกหลานให้คำแนะนำลูกหลานในเรื่องต่างๆ

“ ยายล้มป่วยไปไหนไม่ได้ วัด งานบุญ ไม่ค่อยได้ไปช่วยเขา อยู่แต่บ้าน บางทีกะเหงา คือกิน” (A02/ 20 ต.ค. 63)

“ลูกหลานมีปัญหาเรื่องจัดงานบุญ ตั้งมุ้งคุณ เขากะมาถามยาย” (A07/ 20 ต.ค. 63)

สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

สิ่งแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นบ้านสองชั้นชั้นล่างก่ออิฐถือปูน ผู้สูงอายุอาศัยด้านล่าง มีห้องเฉพาะนอนบนพื้นมีสวนน้อยที่นอนบนเตียง ห้องน้ำส่วนใหญ่เป็นแบบ นั่งราบ ทำให้สะดวกในการขับถ่าย มีราวจับ ที่ลูกหลานทำให้ แสงสว่างภายในบ้านเพียงพอ มี บางส่วนที่อับทึบเพราะไม่มีหน้าต่างทำให้บางคนเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ส่วนสภาพแวดล้อมในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นทางคอนกรีตเสริมเหล็ก พื้นที่เป็นดินลูกรัง ทำให้เสี่ยงต่อการสะดุดล้ม

ความต้องการการดูแลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สวัสดิการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล โดยภาพรวมผู้สูงอายุต้องการให้มี บริการสุขภาพเคลื่อนที่ออกไปให้บริการถึงบ้าน อยากได้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เตียงผู้ป่วย รถเข็นนั่ง ที่นอนลม ไม่เท่า รองลงมาคือ ต้องการให้มีบริการให้ความรู้ แนะนำ การดูแลสุขภาพที่ถูก วิธีให้กับผู้ที่ดูแล และต้องการให้มีการจัดตรวจสุขภาพประจำปี

“ยายอยากให้หมอออกมาตรวจ และเยี่ยมบ้านเดือนละครั้งคือลื” (A02/ 20 ต.ค. 63)

สวัสดิการด้านรายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการได้รับส่วนลดพิเศษในการใช้บริการ สาธารณูปโภคและสาธารณูปการต่าง ๆ ของรัฐ รองลงมาคือ ต้องการให้มีการส่งเสริมในด้านอาชีพ เสริมที่เหมาะสมกับวัย และต้องการให้มีการจัดสรรเงินทุนเพื่อการประกอบอาชีพที่เหมาะสมให้กับคน ในครอบครัว

สวัสดิการด้านที่พักอาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ เหมาะสม รองลงมาคือ ต้องการให้มีการประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบให้ช่วยเหลือด้านที่พัก อาศัย ซ่อมแซมบ้านพักให้อยู่ได้

สวัสดิการด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ ต้องการให้เทศบาลจัดให้มีบริการรถรับส่งในกรณีที่เจ็บป่วยในเดินทางไปพบแพทย์ ที่โรงพยาบาล รองลงมาคือ ต้องการได้รับการดูแลจากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อสม. และต้องการสร้างเครือข่ายกับ ผู้สูงอายุเพื่อคอยดูแลให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

สวัสดิการด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุต้องการได้รับเงินช่วยเหลือนอกเหนือจากเบี้ยยังชีพ รองลงมาคือ ต้องการให้มีการ จัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุในสถานที่ราชการเช่น รพ.สต. โรงเรียน เทศบาลตำบลทุกหมู่ เช่น ทางลาด ราวจับในอาคารหรือในห้องน้ำ และที่จอดรถ เป็นต้น และต้องการให้ทางเทศบาล ดำเนินการในเรื่องการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุ

สวัสดิการด้านนันทนาการ โดยภาพรวมผู้สูงอายุ ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมในวัน สำคัญทางศาสนา เช่น กิจกรรมทำบุญ และบำเพ็ญประโยชน์ทุกวันพระ โดยผู้สูงอายุที่ไปร่วมกิจกรรม ไม่ได้ นิมนต์พระมาใส่บาตรหน้าบ้าน สนทนาธรรม ที่บ้าน เป็นต้น

1.3 บทบาทของผู้ดูแล

1.3.1 บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1) ผู้ดูแลมีหลายบทบาทในครอบครัวและต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง การศึกษาพบว่าผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 40 ปี ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่มีหน้าที่และรับภาระภายในครอบครัวเดิมอยู่แล้ว ได้แก่ ทำงานบ้าน ดูแลคนในครอบครัว และออกไปทำงาน เมื่อมีผู้สูงอายุในครอบครัวที่ต้องการการ ดูแลระยะยาว ผู้ดูแลเหล่านี้จึงต้องมีการเพิ่มขึ้น ในขณะที่หน้าที่ในการทำงานภายในครอบครัวเดิมก็ ยังคงอยู่เช่นเดิม นอกจากนี้พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระและทำ หน้าที่ดูแลตามลำพังเพียงคนเดียว มีเพียง 2 ครอบครัว ที่มีผู้ช่วยดูแลในครอบครัว หรือมีญาติพี่น้อง คนอื่น ๆ มาช่วยดูแล โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยของการดูแล 7 ปี ภาระการดูแลที่ยาวนาน และบทบาท เชีงซ้อนในครอบครัวทำให้เกิดผลกระทบตามมา เกิดความเหนื่อยล้า จัดสรรเวลาทำงานได้ไม่ เหมาะสม เกิดภาวะเครียด กำลังใจถดถอย เป็นต้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ ช่วยตนเองไม่ได้ในระยะยาว ทำให้เกิดอุปสรรคในการดูแลเป็นอันมาก ในขณะที่หน้าที่ในการทำงาน ภายในครอบครัวเดิมยังคงอยู่เช่นเดิม และครอบครัวมีขนาดเล็กลง ผู้ดูแลจึงจำต้องรับสภาพทำหน้าที่ เป็นผู้ดูแล ที่อยู่ในสภาวะ“เหมือนน้ำท่วมปาก (พูดไม่ได้)” การเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากญาติ พี่ น้องจึงเสมือนการเรียกร้องให้กับตัวเอง การแสดงออกทางคำพูดหรือการกระทำต้องระมัดระวัง ด้วย

ค่านิยมเรื่อง“กตัญญู กตเวที” ที่สังคมคาดหวังและกดทับผู้ดูแล ภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นจึงทำให้ผู้ดูแลที่อยู่ใน“ภาวะไร้อำนาจ”การต่อรองกับผู้คนและสังคม มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยและโดดเดี่ยว

2) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่พบว่า เป็นลูกสาว รองลงมาเป็น ภรรยา และลูกสะใภ้ การศึกษาพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 50 เป็นลูกสาว รองลงมา ร้อยละ 30 และ 20 เป็นคู่สมรสและลูกสะใภ้ ตามลำดับ ซึ่งจาก ค่านิยมและวัฒนธรรมไทย มักจะมองว่าลูกสาวเป็นคนที่เหมาะสมในการดูแลบิดา มารดา เพื่อแสดงความกตัญญู รองลงมาคือ ภรรยา พบว่าผู้ดูแลที่เป็นภรรยาสะท้อนเหตุผลในการดูแลคู่สมรสที่ต้องการพึ่งพาพะยะยาวว่าเกิดจากความรัก ความผูกพันในอดีตของคู่สมรส ทำให้ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแล “คู่ทุกข์คู่ยาก” ของตนเอง ไม่ทอดทิ้งกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาพะยะยาวเกือบทั้งหมดมีความรู้สึกพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับจากคู่สมรส ทั้งคู่สมรสที่เป็นสามี หรือภรรยา ที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ บางครอบครัว ลูกหลานเข้ามาทำงานในเมืองทำให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยกันเพียงลำพัง เมื่อผู้สูงอายุหรือคู่สมรสมีปัญหาต้องการการพึ่งพาพะยะยาว บทบาทและหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแลจึงตกเป็นของผู้สูงอายุที่เหลืออยู่ ในขณะที่ผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพร่วมด้วย ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพะยะยาว จึงส่งผลทำให้ผู้ดูแลบางส่วนเกิดปัญหาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายหลังการดูแลผู้สูงอายุ ในกรณีของครอบครัวที่ไม่มีลูกสาว ลูกสะใภ้ เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งของครอบครัวในการเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งพบว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างลูกสะใภ้และผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการทำบทบาทในการดูแลของลูกสะใภ้ การดูแลพ่อแม่ของสามีมีผลต่อการใช้ชีวิตคู่ของตนเอง แม้ว่าลูกสะใภ้อาจจะไม่ใช่ผู้ดูแลที่ดีที่สุดในการรับรู้ของสังคม แต่ในครอบครัวที่ไม่มีลูกสาว ลูกสะใภ้จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความจำเป็น

1.3.2 การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุตามสภาพที่พบ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ผู้ดูแลจะช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วนเช่น การประกอบไปอาบน้ำ เข้าห้องน้ำ ทำราวจับที่บันได ชานบ้าน จัดหายาไว้รับประทาน ทำอาหารให้ผู้ป่วยและพาไปตรวจตามนัด ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ผู้ดูแลจะกระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุและคอยสอบถามถึงการไปตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่พบ ผู้สูงอายุที่ติดเตียงผู้ดูแลจะดูแลในทุกเรื่อง ผัดเปลี่ยนกันดูแลระหว่างในครอบครัว

1.3.2.1 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ทุกคนอยู่ในสถานะช่วยตนเองได้น้อยมากจนถึงไม่สามารถช่วยตนเองได้เลย ดังนั้นการที่จะมีสุขภาวะทางกายที่ดีได้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลที่จะให้การช่วยเหลือเอาใจใส่ในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ตั้งแต่การดูแลความสะอาดของร่างกายทุกส่วน ตั้งแต่การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดเสื้อผ้า และเครื่องนอน การเปลี่ยนผ้าอ้อมผ้า

1.3.2.2 การดูแลเรื่องการรับประทานยา ผู้ป่วยสูงอายุ สายตาไม่ดี ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุตร หรือสะใภ้ คอยจัดยาไว้ให้ และมีการใช้ปากกาเมจิกเขียนรายละเอียดของยาให้ผู้ป่วยอ่านได้สะดวก ถ้าผู้ป่วยลืมทานยาก็จะจัดยาให้ผู้ป่วย บางคนมีโรคประจำตัวทานยาเวลาเดียวกับผู้ป่วยเบาหวาน เวลาตนเองทานยาก็จะถามผู้ป่วยว่าทานยาหรือยัง ทำให้ผู้ป่วยทานยาได้สม่ำเสมอ

“ฉันไปทำงานแต่เช้า ทำอาหารไว้ให้ เสริจก็เตรียมยาไว้วางไว้หลังตู้เย็น กินข้าวอิ่ม กินน้ำที่ตู้เย็น ก็จะมองเห็นยาทำให้พ่อไม่ลืมกินยา” (A05/ 20 ต.ค. 63)

1.3.2.3 การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว

ประกอบด้วย การช่วยในการเดิน การจัดท่านอน และการพลิกตัวตะแคงตัว เป็นต้น ลักษณะการ แสดงออกที่เป็นการดูแลด้านการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการเดิน การพาผู้สูงอายุออกไปเที่ยวนอกบ้าน และการช่วยพลิกตัว

1.3.2.4 การดูแลแผลกดทับ การประยุกต์ใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่หาได้ง่ายมาช่วยในการ

ดูแล การพลิกตัวตามเวลา และการรักษาแผลกดทับ ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง มีบางวัน ผู้ดูแล ติดธุระ วันนั้นทั้งวันผู้สูงอายุจะนอนในท่าเดียวตลอด เนื่องจากไม่มีคนมาดูแลแทนลูก

1.3.2.5 จัดทำอาหารที่เหมาะสม ในการดูแลด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุผู้ดูแลเป็นผู้

จัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้สูงอายุตามความต้องการ และความเหมาะสมกับสภาพทางร่างกายของ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเป็นผู้ประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลทราบว่าต้องปรุงอาหารที่มีรสจัด ใส่ผงชูรส เล็กน้อย ซึ่งบางครั้งผู้สูงอายุบ่นว่าอาหารจัดไปขอเติมน้ำปลาหรือปลาร้า ผู้ดูแลจะคอยเตือนและไม่ให้ เติมน้ำปลา ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่พอใจในบางครั้ง บางคนต้องเร่งรีบไปทำงาน ไม่มีเวลาทำอาหารก็จะ ซื้ออาหารจากร้านค้าในหมู่บ้านมาให้ผู้สูงอายุรับประทานในช่วงเช้า และเที่ยง ตอนเย็นถึงได้ ทำอาหารรับประทานเอง

1.3.2.6 ดูแลด้านการขับถ่าย การปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อสะดวกต่อการขับถ่าย

ส้วมเป็นแบบนั่งราบ ผู้สูงอายุติดเตียง จะใส่ผ้าอ้อมผ้า ผู้ดูแลจะเปิดดูทุกเช้า เที่ยง เย็น เมื่อเปลี่ยนถ่าย จะเปลี่ยนให้ทันที มีการใช้ สมุนไพรช่วยในการขับถ่าย เช่น มะขามแขก เป็นต้น

1.3.2.7 การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมี

ความสัมพันธ์กับค่านิยมทางสังคม เพราะค่านิยมจะเป็นบรรทัดฐานได้แก่ การให้ความเคารพ เชื่อฟัง คำสั่งสอน การให้ความดูแลเอาใจใส่และให้ความห่วงใย สนใจต่อความรู้และความต้องการของ ผู้สูงอายุการอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา การหาผู้ดูแลแทน การขอคำแนะนำ ขออนุญาตก่อนที่จะ ดำเนินการสิ่งใด และการสร้างอารมณ์ขัน พุดคุย ดุทีวี ฝ่าวิทุยด้วยกัน

1.3.2.8 การดูแลสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ผู้ดูแลใช้เป็น

เทคนิคการดูแลสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ได้แก่ การใช้ศาสนาช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย ใจและจิตใจสงบ การสร้างอารมณ์ขัน พุดคุย ดุทีวี ฝ่าวิทุยด้วยกัน ทำกิจกรรมเสริมสร้างจินตนาการ และสมอง เช่น เล่นเกมส์ นับเลข ร้องเพลง เป็นต้น

1.3.2.9 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มภายนอก หรือภายในบ้าน ผู้ดูแลจะ

คอยประคองเวลาเข้าห้องน้ำ หรือลงบันได มีการทำราวจับในห้องน้ำและระเบียงบ้าน มีการสังเกต อาการผิดปกติของผู้สูงอายุ ถ้ามีอาการวิงเวียน หน้ามืด ใจสั่น หกล้ม ก็จะได้ช่วยได้ทัน

1.3.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักจะขี้บ่น เวลาทำอะไรที่ไม่ถูกใจจะบ่นให้ผู้ดูแล ทำให้บางครั้งมีเรื่อง กระทบกระทั้ง มีปากเสียงกัน แต่เมื่อปล่อยเวลาไปสักพักก็กลับมาพุดคุยกันและขอโทษกัน ผู้ดูแล มักจะบ่นว่าผู้สูงอายุหัวดื้อ ไม่ยอมรับฟังทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตไม่ได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยอมรับว่ายังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในเรื่องของอาหาร การออก

กำลังกายที่เหมาะสม การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหว เป็นต้น ทำให้บางครั้งไม่สามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ดีเท่าที่ควร ผู้ดูแลบางคนต้องไปทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาเอาใจใส่ในตัวผู้สูงอายุเท่าที่ควร

“ผู้เฒ่าหัวคือ เว้ายาก เข้าใจยาก ไม่ให้กินเค็มก็จะโกรธไม่ยอมพูดด้วย)”

(B03/ 20 ต.ค. 63)

1.3.4 ผลกระทบจากการที่ผู้ดูแล ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1.3.4.1 ผลกระทบทางร่างกาย จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพา ระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดภาระด้านร่างกายแก่ผู้ดูแล ซึ่งความหนักเบาของการดูแลขึ้นกับระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพเดิมของผู้ดูแล ซึ่งภาระและผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแล ได้แก่ อาการเหนื่อยล้าร่างกาย เป็นภาระ การแสดงออกทางร่างกายที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนเพลียเมื่อยล้าร่างกาย อาการปวด กระตุกและกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดเข่า อ่อนเพลียไม่ได้พักผ่อน มีอาการ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด นอนไม่หลับ กินได้น้อย และน้ำหนักลด มีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ได้แก่ อาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัว เดิมมีอาการรุนแรงขึ้น หรือควบคุมไม่ได้ รวมทั้งได้รับบาดเจ็บจากการดูแลผู้สูงอายุ

1.3.4.2 ด้านอารมณ์ พบว่าในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ระยะยาวในช่วง ระยะแรก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกดี ภูมิใจที่ได้ดูแลพ่อแม่ แต่เมื่อระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานมากขึ้น อีกทั้งต้องรับผิดชอบดูแลตลอด 24 ชั่วโมง มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น มีอาการวิตกกังวล เครียด พบมากที่สุด ร้อยละ 80 ซึ่งอาการแสดงออกของภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ เครียด วิตกกังวล หงุดหงิด คับข้องใจ อารมณ์เศร้า พบร้อยละ 20 ซึ่งอารมณ์ที่แสดงออก ได้แก่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย น้อยใจ เกรงใจสามี และคิดอยากหนีออกจากบ้าน

1.3.4.3 ด้านเศรษฐกิจ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพา ระยะยาว พบว่า ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจต่อผู้ดูแลและครอบครัว ได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการแสวงหาการรักษา ค่าเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล และ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแล เช่น ผ้ารองกันเปื้อน (แพมเพิร์ส) อาหาร ซึ่งทำให้บางครอบครัวรายได้ไม่พอใช้ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจเดิมอยู่แล้ว 2) รายได้ลดลง เนื่องจากผู้ดูแลบาง ครอบครัวต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานประจำ เพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ ทำให้ขาดรายได้ 3) มีหนี้สินเกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีจำนวนมาก ได้ก่อให้เกิดภาระ ค่าใช้จ่ายต่อครอบครัว จนทำให้บางครอบครัวเกิดปัญหาด้านหนี้สินในการดูแล และ 4) ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ จากภาระการดูแลที่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือบาง

1.3.4.4 ด้านสังคม จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ระยะยาว ทำให้เวลาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลต้องไปกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแล กับครอบครัวและชุมชนลดลง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสและเกิดผลกระทบทางด้านสังคม 3 ประการ ได้แก่ 1) กิจกรรมทางสังคม ได้แก่ ไม่สามารถไปไกลได้ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนลดลง พบปะเพื่อน น้อยลง 2) มีปัญหาความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ได้แก่ ความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง กับคู่สมรส หรือแฟน

3) กิจกรรมส่วนตัวและครอบครัวลดลง ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
กิจกรรมภายในครอบครัว กิจกรรมในชุมชนลดลง

1.3.5 ความต้องการความช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลอยากได้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆด้าน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องการให้มีการแบ่งคุ้ม โดยให้ อสม./CG เป็นพี่เลี้ยง มาช่วยแนะนำดูแลทดแทนในวันที่จำเป็น ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ภายในคุ้มของตนเองเพื่อจะได้พูดคุยแลกเปลี่ยนและสร้างเสริมสัมพันธภาพให้ดียิ่งขึ้น

“เราแบ่งเป็นคุ้ม ผู้ดูแลมาทำกิจกรรมร่วมกัน ให้คำแนะนำกันเอง โดยอสม.หรือCG เป็นพี่เลี้ยง” (B09/ 20 ต.ค. 63)

“อยากให้อสม.หรือCG เข้ามาดูแลพ่อแทนตอนที่ไปธุระ อาจจะครึ่งวันหรือหนึ่งวันเต็ม” (B05/ 20 ต.ค. 63)

1.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

อสม. บ้านกุดไฮ ทั้ง 3 หมู่ จำนวน 53 คน ทุกคนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลโดยมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านในคุ้มของตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ตามเกณฑ์การปฏิบัติงานของอสม. 4 ครั้ง/เดือน) โดยออกเยี่ยมบ้านร่วมกับ ทีมหมอครอบครัว CG อสม.จะเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล คอยให้คำแนะนำ และคอยช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือต่างๆ ในส่วนที่ผู้ดูแลไม่อยู่บ้าน อสม.จะคอยช่วยเหลือในการดูแลด้านอาหาร ยาให้กับผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง บทบาทที่สำคัญอีกอย่างคือ อสม.จะคอยสำรวจและประเมินกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ(ADL)เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ และรายงานผลให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านค้อน้อยทราบและดำเนินการต่อไป

อสม.บางส่วนปฏิบัติหน้าที่ของ CG ด้วย บางคนเป็นคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล และคณะกรรมการกองทุนLTCตำบลกุดไฮ มีส่วนในการพิจารณางบประมาณในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ และเสนอแนวทางการการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม

“ผมเป็นทั้งประธานอสม.ตำบลกุดไฮ เป็น CG เป็นคณะกรรมการกองทุนและคณะกรรมการกองทุนLTC ทำให้มีความเข้าใจในการทำงานมากขึ้น” (C01/ 20 ต.ค. 63)

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver : CG) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชั่วโมง จำนวน 7 คน มี 6 คนที่เป็นอสม. อีก 1 คนเป็นแกนนำด้านสุขภาพมาก่อน หน้าที่ของ CG ออกปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุตาม Care Plan ที่ CM ได้จัดทำให้โดยปรับปรุงการปฏิบัติทุกสัปดาห์ เมื่อมีปัญหาในการดูแลปรึกษา CM หรือพยาบาลที่รับผิดชอบ ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ แตกต่างกันไปตามสภาพการเจ็บป่วย เฉลี่ยดูแลผู้สูงอายุ คนละ 3-6 ชั่วโมง/คน/ครั้ง หลังจากปฏิบัติงานเสร็จ ส่งรายงานการปฏิบัติงานให้ CM ทุกเดือน เพื่อนำไปเป็นหลักฐานการเบิกค่าตอบแทน ซึ่งค่าตอบแทนเป็นไปตามกฎระเบียบของกองทุน LTC

ผู้นำชุมชน ทำหน้าที่ปกครองดูแลทุกข์สุขของลูกบ้าน และเป็นตัวกลางในการเชื่อมประสานงานด้านนโยบายต่าง ๆ ของภาครัฐ ของแต่ละกระทรวงสู่ชาวบ้าน และเชื่อมประสานความต้องการและข้อมูลของชาวบ้านสู่ภาครัฐในแต่ละหมู่บ้านจะมีผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน และในตำบลจะมีผู้ปกครองสูงสุดของตำบล คือกำนัน และมีสารวัตรกำนันเป็นผู้ช่วยของกำนัน ซึ่ง

ผู้นำชุมชนในกลุ่มนี้ ปัจจุบันมีวาระในการทำงานจนเกษียณอายุ 60 ปี ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ส่วนหนึ่งเป็น คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล

การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ชุมชนมีจุดแข็งคือ คนในชุมชนมีความรัก ความสามัคคี ให้ความร่วมมือและเสียสละในการทำกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ในชุมชน ทำให้การ ดำเนินงานในเรื่องต่างๆ ประสบความสำเร็จ มีทุนทางสังคมคือ กลุ่ม องค์กรต่างๆ ในชุมชนที่พร้อม จะมอบเงินทุนในการทำโครงการด้านสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้นำการออกกำลังกาย เป็นคนคอยอำนวยความสะดวก ให้แก่ผู้สูงอายุที่สนใจจะออกกำลังกายโดยการเดิน - วิ่ง รำผ้าขาวม้า ร้องสาร์ภัญญะ ส่วนผู้นำตาม ธรรมชาติในชุมชน โดยเฉพาะแกนนำผู้สูงอายุ ผู้นำทางศาสนาพุทธ มีวัดเป็นศูนย์รวมจิตใจ เป็นแหล่ง ที่สนับสนุนให้ความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ แก่ผู้สูงอายุในชุมชน และยังมีกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มทอเสื่อ กลุ่มทอผ้า ชมรมผู้สูงอายุ หรือ กลุ่มออกกำลังกายของผู้สูงอายุ กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มจำศีล

“ชาวบ้านเขามีความรัก ความสามัคคี ผู้นำว่าอย่างไร ชาวบ้านก็จะว่าตามกัน”

(D01/ 20 ต.ค. 63)

“บ้านเรามีกลุ่มต่างๆในหมู่บ้านที่ทำกิจกรรมภายในกลุ่มช่วยเหลือดูแลกันเอง”

(D03/ 20 ต.ค. 63)

เทศบาล พบว่า มีบทบาทเกี่ยวกับการพัฒนา การบริหารจัดการกับปัญหาความเดือดร้อน ของประชาชนในชุมชน มีนายกเทศบาล เป็นผู้บริหารสูงสุด และมีสมาชิกเทศบาล ซึ่งได้มาจากการ เลือกตั้งของประชาชน เทศบาลเป็นสถานที่ตั้งของกองทุนสุขภาพตำบลทุกตำบล ที่ได้รับการจัดสรร งบประมาณจากสำนักงานปลัดประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับงบประมาณจากเทศบาลตำบลทุกตำบล งบประมาณดังกล่าวเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประชาชนทุกกลุ่มวัย และดูแลด้าน สวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชน จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน ผู้เกี่ยวข้องและการสังเกต แบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมของเทศบาลตำบลทุกตำบล พบว่ากิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ ถูกกล่าวถึงมากที่สุด คือการช่วยเหลือด้านสวัสดิการเบี้ยยังชีพ ซึ่งสวัสดิการเบี้ยยังชีพที่ผู้สูงอายุได้รับ ประกอบด้วย เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ ต่ำกว่า 70 ปี จะได้คนละ 600 บาท 70 - 79 ปี 700 บาท 80 - 89 ปี 800 บาท 90 ปีขึ้นไป 1,000 บาท ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะได้รับการ สนับสนุนเบี้ยผู้พิการอีก เดือนละ 800 บาท จากการศึกษาพบว่าเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความ จำเป็นและสามารถช่วยเหลือในการดำรงชีพของผู้สูงอายุที่พึ่งพาพระยาวและครอบครัว โดยเฉพาะ ครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ นอกจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้วพบว่าเทศบาลตำบลทุกตำบลยัง มีการ จัดกิจกรรมความช่วยเหลือและการดูแลผู้สูงอายุบางส่วนในช่วงโอกาสสำคัญ เช่น การช่วยเหลือ เกี่ยวกับเครื่องนุ่งห่มในช่วงหน้าหนาว จัดกิจกรรมรดน้ำดำหัว การสนับสนุนกายอุปกรณ์แก่ผู้สูงอายุที่ ทุพพลภาพบางราย ได้แก่ Walker และ รถเข็น ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุ ให้การ สนับสนุนโครงการของผู้สูงอายุที่เสนอขอในงบของกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างไรก็ตาม พบว่า การช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่พึ่งพาพระยาว ส่วนใหญ่ไม่ได้ครอบคลุม เช่น การสนับสนุน กายอุปกรณ์ และอุปกรณ์การสนับสนุนไม่ตรงกับความต้องการ

เทศบาลตำบลภูเก็ต เป็นหน่วยงานสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมี กองทุนหลักประกันสุขภาพสุขภาพตำบลเป็นกลไกที่สำคัญ ของการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ มีการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเขียนในบทบัญญัติของเทศบาล นอกจากนี้ยังใช้เงินจากกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อใช้แก้ไขปัญหาผู้สูงอายุร้อยละ 15 ของเงินทั้งหมด หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักคืองานพัฒนาสังคม จะดูแลในการสร้างรายได้ การได้รับสวัสดิการต่างๆ ตามความเหมาะสม ส่วนกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า "กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว" หรือ "กองทุน LTC" เป็นกองทุนย่อยที่อยู่ภายใต้ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลภูเก็ต ซึ่งกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตำบลภูเก็ต เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2560 มีวัตถุประสงค์เพื่อ สนับสนุนและส่งเสริม การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์และ อัตราการชดเชยค่าบริการที่กำหนด โดยมี คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำหน้าที่บริหารจัดการ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ นายกเทศมนตรี เป็น ประธานอนุกรรมการ ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ รพ.สต.ในพื้นที่ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (CG) เป็นอนุกรรมการ โดยมี ปลัดเทศบาลตำบลภูเก็ต เป็นเลขานุการ

เจ้าหน้าที่สุขภาพ มีผู้ดูแลหลักคือพยาบาลวิชาชีพ ร่วมกับ CM ซึ่งเป็นนักวิชาการ สาธารณสุข มีแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง มีระบบการ ส่งต่อที่เหมาะสม ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ให้บริการทำหัตถการตามจำเป็น

ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager:CM) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแล ผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง บทบาทหน้าที่ ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการและการประสานการดูแลให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการดูแลระยะยาว ตามชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แผนการดูแล (Care Plan) ได้แก่ ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล จัดประชุมกลุ่มเพื่อ ปรีกษาปัญหารายกรณี และ เชื่อมประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง 2) การบริหารจัดการ พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ บริหารจัดการและการกำกับติดตามการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินแผนงานและผลการ ปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

1.4.1 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

อสม. ปัญหาผู้สูงอายุ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ให้ความร่วมมือในการทำ กิจกรรมดูแลช่วยเหลือต่างๆ ทำให้ อสม. ขาดความมั่นใจในตนเอง แก้ไขปัญหาโดยพยายามอธิบายให้ ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญในการทำกิจกรรมนั้นๆ ชี้ให้เห็นข้อดีและข้อเสียในกิจกรรมที่ทำ อสม. ที่ ไม่ใช่ อสม.เชี่ยวชาญ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้และทักษะในการดูแลน้อย วิธีแก้ไข จัดประชุม เชิงปฏิบัติการ โดยให้ความรู้และฝึกทักษะ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุ มีการเก็บรายงานและผลงานใน การประเมินผล การประสานงานกับ จนท. รพ.สต. ยังไม่เป็นระบบ ไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษร ถ้ามี

ปัญหาในการดูแลก็จะรายงานผ่านประธาน อสม. และประธาน อสม. จะเป็นผู้รายงานหรือประสานงานกับ จนท. อีกทอดหนึ่ง ทำให้บางครั้งใช้เวลานานในการติดต่อประสานงาน

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG) ยังขาดทักษะในการให้การดูแลที่ซับซ้อนและยุ่งยากเช่น การทำแผลกดทับ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลการให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวน เป็นต้น ต้องการอบรมฟื้นฟูและฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญเพิ่มขึ้น CG มีจำนวนน้อยแต่ผู้มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น อยากให้จัดอบรม CG เพิ่มเพื่อมาช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ

ผู้นำชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมได้ไม่ต่อเนื่องเนื่องจากภาระงานที่ได้รับในด้านอื่นๆ การประสานงานกับ รพ.สต. บ้านค้อน้อย และเทศบาล ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะประสานงานแบบไม่เป็นทางการ และการส่งต่อข้อมูลทั้งสองทางมีน้อยทำให้ไม่มีข้อมูลในการวางแผนของงบประมาณมาช่วยเหลือกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เทศบาล การประสานงานกับชุมชนมีปัญหาในบางครั้ง การดูแลผู้สูงอายุในด้านจัดการรับส่งเพื่อไปโรงพยาบาล ยังมีความล่าช้า และรถไม่เพียงพอ

เจ้าหน้าที่สุขภาพ มีภาระงานรับผิดชอบมาก ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดำเนินไปได้ไม่เต็มที่ เวลาในการออกปฏิบัติงานไม่ตรงกัน ทำให้การออกเยี่ยมบ้าน ให้การดูแลผู้สูงอายุไปได้ไม่พร้อมกันทุกวิชาชีพ ความชำนาญของเจ้าหน้าที่แต่ละตำแหน่งมีไม่เท่ากัน การรับรู้นโยบายและแนวทางปฏิบัติไม่ครอบคลุม

1.4.2 ความต้องการการพัฒนาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ต้องการให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะให้แก่ อสม. เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประเมิน ADL พร้อมการแปลผล การทำกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ แบ่งคุ้ม ให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยงในแต่ละคุ้ม ดำเนินกิจกรรมร่วมกัน โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมให้มากที่สุด การทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว

“อยากให้หมอจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ฝึกปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น จะได้มั่นใจ” (C03/ 20 ต.ค. 63)

1.4.3 การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของผู้บริหาร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย ให้ข้อมูลตามหัวข้อที่สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

1) นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของรพ.สต.บ้านค้อน้อย
อิงตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเสนอของบประมาณจาก กองทุน LTC หัวละ 6,000 บาท/คน/ปี

2) เป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ได้รับการดูแลองค์รวม ด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม ได้รับการดูแลเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

3) แผนปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านค้อน้อย มีหน้าที่ในการอำนวยการในเรื่องของงบประมาณในการจัดการประชุม ใช้เวลา 1 วัน

โดยมอบหมายให้ CM พยาบาล อสม. ผู้นำชุมชน ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ สามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาได้โดยมีการระบุกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย สถานที่ งบประมาณ ผู้รับผิดชอบ ชัดเจน

4) มาตรการเพื่อกระตุ้นการทำงานในการดำเนินงาน มีการสร้างแรงจูงใจในการทำงานโดยการจ่ายค่าตอบแทน ในรูปของเงินปฏิบัติงานส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน และเงินค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาราชการ โดยเบิกจากกองทุน LTC

5) แนวทางการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ เวลา เทคโนโลยี) ในการดำเนินงานในชุมชน รพ.สต.บ้านค้อน้อย มีการจัดสรรทรัพยากรโดยผู้อำนวยการรพ.สต.เป็นคนแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ให้กับเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.มีคนรับผิดชอบงานหลัก 1 คน คือ CM เป็นนักวิชาการสาธารณสุข มีหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำรายงานและดำเนินการให้บริการตามนโยบาย เป็นพยาบาลวิชาชีพ ดูแลให้การพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อน ได้เบิกจ่ายในรูปของเงิน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน เป็นค่าตอบแทนในการ ออกเยี่ยมบ้าน ด้านวัสดุอุปกรณ์ ได้มีการสนับสนุนโดยมี แบบฟอร์มเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์เยี่ยมบ้าน ภายอุปกรณ์ เป็นต้น ส่วนด้านการจัดการในการดำเนินงานการคัดกรองการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้รับผิดชอบงานจะเป็นคนประสานงานระหว่างหมู่บ้านกับสถานบริการ และอำนวยความสะดวกให้แก่เพื่อนร่วมงานในด้านของการให้คำแนะนำและการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการส่งรายงานประจำเดือน

นายกเทศมนตรีตำบลกุดไฮ

แนวทางการบริหารงานในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1) เทศบาลมีนโยบายชัดเจนในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ เน้นการสร้างรายได้ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ การปรับปรุงสภาพแวดล้อม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและครอบครัว

2) แผนปฏิบัติการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ยังไม่มีการกำหนดชัดเจน แต่มีการประชุมคณะกรรมการกองทุน LTC 4 เดือน/ครั้ง หรือทุกครั้งที่มีการนำเสนอเคสผู้สูงอายุเพื่อของบประมาณสนับสนุนรายละ 6,000 บาท โดยนายกเป็นประธานการประชุม

3) มาตรการเพื่อกระตุ้นการทำงานในการดำเนินงาน มีการสร้างแรงจูงใจในการทำงานโดยการสนับสนุนงบประมาณในการทำโครงการของงานบริหารงานสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง

4) แนวทางการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ เวลา เทคโนโลยี) เทศบาลมีการจัดสรรทรัพยากรโดย หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาลตำบลกุดไฮเป็นคนแบ่งหน้าที่ให้กับเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานหลัก 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นฐานในการดำเนินงานและดำเนินการให้บริการตามนโยบาย ประสานงานทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน อำนวยความสะดวกให้กับภาคีเครือข่าย เทศบาลสนับสนุนงบประมาณ

ในการดำเนินงานตามโครงการที่แต่ละรพ.สต.เสนอเข้ามา โดยนายกเทศมนตรีเป็นผู้เซ็นอนุมัติงบประมาณ

“เทศบาลเรามีนงบประมาณให้แก่ส่วนราชการในเขตรับผิดชอบของเรา ซึ่งเรามีกองทุนสุขภาพตำบล กองทุนLTC หรือเทศบาลญัตติ สามารถเสนอโครงการเพื่อขอพัฒนางานได้ทุกงาน”

2. แผนการพัฒนากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

เมื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจนแล้วเสร็จ ผู้ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์และจัดทำข้อมูลเพื่อส่งคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชน จัดเวทีประชาคม เพื่อแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น โดยคืนข้อมูลสถานการณ์ที่ศึกษาให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบ ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล หลังจากนั้นร่วมกับภาคีเครือข่ายระดมสมองจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบ วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 เวลา 08.30 น.- 16.30 น. ณ ศาลาวัดบ้านกุดไผ่ ต.กุดไผ่ อ.กุดบาก จ.สกลนคร โดยมีกระบวนการดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ศึกษาคืนข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ ให้กับชุมชน

2.2 จัดเวทีประชาคมในชุมชนเพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาวางแผนการพัฒนาและตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ได้แผนการพัฒนาดังต่อไปนี้

ด้านผู้สูงอายุ

1. สร้างเสริมกำลังใจให้ผู้สูงอายุ โดยทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมบ้านทุกเดือน
2. สร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมต่างๆที่บ้าน โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมคิดเสนอแนวทาง กิจกรรมที่ต้องการทำร่วมกับครอบครัวและชุมชน
3. ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านต่างๆ ดังนี้ สวัสดิการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล สวัสดิการด้านรายได้ สวัสดิการด้านที่พักอาศัย สวัสดิการด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุนและ สวัสดิการด้านนันทนาการ

ด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. สร้างขวัญ กำลังใจให้กับผู้ดูแล
2. เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ
3. สร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของชุมชน

ด้านผู้นำชุมชน/อสม./CG/แกนนำผู้สูงอายุ

1. ร่วมทำแผนพัฒนารูปแบบบริการการดูแลระยะยาว ร่วมกับเทศบาลตำบลกุดไผ่, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ
3. ขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมต่อเนื่อง เพิ่มการเข้าถึงกิจกรรม ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4. เขียนและเสนอโครงการสร้างเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู สมรรถภาพผู้สูงอายุในชุมชน
5. ออกแบบบริการโดยชุมชนเพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้านเจ้าหน้าที่สุขภาพ

1. วางแผนปฏิบัติงานโดยมีส่วนร่วมและประสานงานกับเทศบาลให้เป็นไปในทางเดียวกัน
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการเข้าร่วมอบรมฟื้นฟู ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM)
3. ปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ด้านผู้บริหาร

1. เข้าร่วมประชุมรับทราบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของท้องถิ่นระดับจังหวัด
2. ศึกษาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารงาน LTC
3. สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนางาน LTC

3. ปฏิบัติตามแผน สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ

3.1 ปฏิบัติตามแผน

1. จัดตั้งคณะทำงาน ตำบล LTC ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี เป็นประธาน กำนันตำบลลูกใต้ เป็นรองประธาน ผอ.รพ.สต.ทั้ง 2 แห่งเป็นเลขา คณะกรรมการประกอบด้วย ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลลูกใต้ 1 คน ประธานอสม. ตำบล 1 คน ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ตัวแทน CG 2 คน CM 1 คน เจ้าหน้าที่สุขภาพ 2 คน รวม 13 คน จัดประชุมคณะทำงานทุก 2 เดือน หรือเมื่อมีเหตุจำเป็นเร่งด่วน

2. เชิญประชุมคณะกรรมการบริหารงานระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อพิจารณาแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีหน้าที่พิจารณาจัดหา กำหนดอัตราค่าบริการและเห็นชอบให้รพ.สต. เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้ายประกาศ โดยให้มีองค์ประกอบอย่างน้อยดังต่อไปนี้

1) นายกเทศมนตรีตำบลลูกใต้	ประธานอนุกรรมการ
2) ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ (2 คน)	อนุกรรมการ
3) ผู้อำนวยการ รพ.ของรัฐในพื้นที่หรือผู้แทน (1 คน)	อนุกรรมการ
4) สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน (1 คน)	อนุกรรมการ
5) ผอ.รพ.สต. (1 คน)	อนุกรรมการ
6) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (1 คน)	อนุกรรมการ
7) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (1 คน)	อนุกรรมการ
8) ปลัดเทศบาลตำบลลูกใต้ (1 คน)	อนุกรรมการ/ เลขานุการ

3. เชิญประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพิจารณา จัดหา กำหนดอัตราค่าบริการ ประกาศ เรื่องหลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริมการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2559 ตำบลลูกใต้ เห็นชอบให้ รพ.สต.ในเขตตำบลลูกใต้ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามข้อ 7/1 เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับบริการ

ตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้ายประกาศ ความถี่ ทุก 3 เดือน หรือตามความเหมาะสม

4. กระบวนการพัฒนาภาคชุมชน

(1) คัดกรองระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ เพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย โดยการคัดกรองเบื้องต้นสามารถดำเนินการได้โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) โดยใช้แบบคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอล เอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน จำแนกผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) 12-20 คะแนน 2) ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) 5-11 คะแนน 3) ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนน 0-4 คะแนน

(2) การตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุร่วมกับประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย โดยเฉพาะผู้ที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเมื่อผ่านการคัดกรองแล้วต้องได้รับการประเมินโดยผู้จัดการการดูแล (CM) เป็นระยะๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินซ้ำเพื่อดูความถูกต้องของการคัดกรอง ร่วมกับประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพและด้านสังคมที่ต้องได้รับการดูแล 2) เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Individual Care Plan; CP) และ 3) ทำการประเมินซ้ำเป็นระยะเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับการพึ่งพิงและการได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ

(3) จัดประชุมร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (Case conference) เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการทั้งบริการสุขภาพและบริการด้านสังคมที่หลากหลาย และจำเพาะเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นแตกต่างกันของแต่ละคน และต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ดูแลร่วมกันระหว่างบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคม ซึ่งในการจัดบริการดูแล ให้แก่ครอบครัวจำเป็นต้องระดมภาคีที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมหารือและวางแผนการดูแลเฉพาะรายอยู่จะเป็นพื้นฐานในการกำหนดภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่มาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Care Plan) โดยทั่วไปภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท. รพ.สต. ทีมสหวิชาชีพ รพ.แม่ข่าย อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) ผู้นำชุมชน วัด และโรงเรียน จัดทำผังการดูแล (Care Map) กำหนดบทบาทของภาคีหลัก และระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อบริหารจัดการให้เกิดระบบการดูแลโดยผู้จัดการการดูแลระยะยาว (CM) จะเป็นบุคคลสำคัญ ที่มีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผนและบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการด้านสังคมที่จำเป็น

(4) การวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Individual Care Plan; CP) ผู้จัดการดูแล (Care manager) จะทำการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และศักยภาพของครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อประเมินหาความต้องการด้านบริการดูแลระยะยาว จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (CP) รายเดือน ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวจากนั้นนำเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (CP) แก่ภาคีเกี่ยวข้องโดยจัดการประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Care Conference) ร่วมกับภาคีหลัก เพื่่อมอภิปรายแผนการดูแล ให้มีความเหมาะสม เป็นไปได้ และกำหนดตารางการดูแล ผู้รับผิดชอบการดูแลบริการด้านสุขภาพให้ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย

ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกรนักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งการมอบหมาย ภารกิจแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ก่อนที่จะมีการดำเนินการตามแผนการดูแลผู้จัดการการดูแลระยะยาว (CM) ต้องมีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และยอมรับในแผนการดูแล

(5) สนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุตำบลทุกหมู่ มีการดำเนินงานช่วยเหลือสมาชิกในชมรมรวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหมู่บ้าน ได้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในชมรมและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

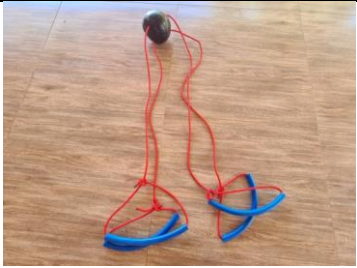
(6) จัดตั้งกลุ่ม “พี่ช่วยน้อง เพื่อนช่วยเพื่อน” โดยสมาชิกในกลุ่มจะเป็นคนละเวกบ้านเดียวกัน โดยแต่ละกลุ่มจะมี อสม./CG ร่วมกันดูแล 1 คน สมาชิกในกลุ่ม ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล พี่น้อง ญาติมิตร ดูแลกันในทุกเรื่อง พุดคุยทำกิจกรรมและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

(7) กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ โดยสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุและแกนนำในชุมชน ช่วยกันขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ดังนี้

- 1) สุขสบาย ส่งเสริมการบริหารข้อต่อต่างๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ, คัดเลือกบุคคลต้นแบบคนสู้ชีวิต เพื่อสร้างเสริมกำลังใจและเป็นแรงผลักดันให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคนอื่นๆ
- 2) สุขสนุก การรวมกลุ่มของชมรมผู้สูงอายุ ในวันพระ ทำกิจกรรมจรรโลงใจต่างๆร่วมกัน เช่นเล่นดนตรีพื้นเมือง ร้องสรภัญญะ โดยสมาชิกชมรมไปทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง
- 3) สุขสง่า สร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลูกหลาน ญาติมิตร ให้ความเคารพและขอคำแนะนำในสิ่งที่ผู้สูงอายุถนัด พุดคุยให้กำลังใจ
- 4) สุขสว่าง เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงโดยภาคีเครือข่าย การมอบของใช้ที่จำเป็นเช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับ เป็นต้น การให้เงินช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต
- 5) สุขสงบ นั่งสมาธิ ฝึกหายใจคลายเครียด นวดคลายเครียด นิมนต์พระไปใส่บาตรที่บ้านผู้สูงอายุ สันทนาธรรม

(8) สร้างนวัตกรรมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ภายอุปกรณ์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 นวัตกรรมกายอุปกรณ์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น

ชนิดกายอุปกรณ์	คุณสมบัติ
	เก้าอี้นั่งถ่าย <u>การนำไปใช้</u> ใช้เป็นที่นั่งถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ สำหรับผู้ป่วยที่เดินไม่ได้ เดินลำบาก เข้าห้องน้ำลำบาก <u>ราคา</u> ต้นทุน แล้วแต่วัสดุที่ใช้เฉลี่ย 250- 400 บาท
	ยางยืดยึดชีวิต <u>การนำไปใช้</u> ใช้เพื่อช่วยในการสร้างมวลกล้ามเนื้อในส่วนต่างๆ เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่กล้ามเนื้ออ่อนแรง และผู้สูงอายุที่ข้อติด ข้อเสื่อม <u>ราคา</u> ต้นทุนเส้นละ 20-30 บาท แล้วแต่ขนาดความ
	ไก่อายัดบีบมือ <u>การนำไปใช้</u> ใช้เพื่อช่วยในการบริหารข้อมือ นิ้วมือ ฝ่ามือ เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่กล้ามเนื้ออ่อนแรง และผู้สูงอายุที่ข้อติด ข้อเสื่อม ที่สำคัญใช้บีบเรียกผู้ดูแลเมื่อต้องการความช่วยเหลือ(ใช้แทนกริ่ง หรือกระดิ่ง) <u>ราคา</u> ต้นทุนตัวละ 20-30 บาท
	รอกกะลา <u>การนำไปใช้</u> ช่วยบริหารกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้สูงวัย บำบัดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยในเรื่องแก้อาการโรคข้อไหล่ ข้อมือ ข้อศอก ติด และหลอดเลือดยืดหยุ่น <u>ราคา</u> ต้นทุนเฉลี่ย 200 บาทต่อชิ้น
	ไม้ไผ่ขนาดเท้า <u>การนำไปใช้</u> ใช้ขนาดเท้าเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้สูงอายุที่มีอาการชาปลายเท้า <u>ราคา</u> ต้นทุน ใช้ไม้ไผ่ที่มีในบ้าน

5. กระบวนการพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุข

- (1) ทีมสหวิชาชีพร่วมกันตรวจสอบสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุ เมื่อพบอาการผิดปกติให้การรักษา หรือส่งต่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลกุดบาก อย่างเหมาะสม
- (2) CM กำกับ ติดตามให้คำปรึกษาแนะนำการดำเนินงานของ CG ทุก 2 สัปดาห์

(3) CM ประเมินและทบทวน CP ร่วมกับ CG และญาติ รวมทั้งอาจปรึกษาปัญหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

(4) CM ประสานกับหน่วยบริการจัดบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) ทำหน้าที่บริการดูแลด้านการพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านเภสัชกรรมและด้านอื่นๆ ตามความจำเป็น อาทิ สุขภาพช่องปาก สุขภาพจิต แก่ผู้สูงอายุที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำและฝึกสอนญาติและหรือ CG ในการดูแลช่วยเหลือ

(5) มีการสงักรักษาต่ออย่างเหมาะสม

(6) CM จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ ให้พร้อมใช้ มีการทำทะเบียนยืม ทะเบียนคุมอุปกรณ์ต่างๆ โดยประสานงานกับศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

(7) นักกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทยจากโรงพยาบาลกุดบาก ร่วมกับ จนท. รพ.สต.และภาคีเครือข่ายในชุมชน ออกให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง หรือตามความจำเป็นแต่ละราย

(8) ทีมสหวิชาชีพและทีมหมอครอบครัว CM CG เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2 ครั้ง/ เดือนและกลุ่มติดเตียง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือมากกว่าตามความเหมาะสมของแต่ละราย

(9) การควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล

6. กระบวนการพัฒนาในส่วนขอเทศบาลตำบลกุดไฮ

(1) อบรมพัฒนาศักยภาพและทักษะแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน จัดอบรม 1 ครั้ง และให้ความรู้ในแต่ละหมู่บ้านโดยจัดกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วย

(2) อบรม อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (CG) เพิ่มจำนวน 20 คน

(3) ส่งพยาบาลประจำเทศบาล และรพ.สต.ที่ขาดแคลนบุคลากร ไปอบรม CM เมื่อมีการเปิดอบรม

(4) อบรมพัฒนาศักยภาพและทักษะ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ(CG)/ครอบครัวผู้สูงอายุ/อสม. เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามสถานการณ์ทั้งแบบเป็นกลุ่มและรายบุคคล มีการเรียนรู้จากข้างเคียงโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและกัน

(5) สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนสวัสดิการด้านต่างๆเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุด้านต่างๆ ดังนี้ สวัสดิการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล สวัสดิการด้านรายได้ เช่น จ่ายเบี้ยยังชีพ การจัดหาอาชีพเสริมให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล สวัสดิการด้านที่พักอาศัย เช่นการซ่อมแซมบ้านเรือนให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและยากจน และสวัสดิการด้านนันทนาการ เช่น เล่นดนตรีพื้นเมือง

(6) ประสานงานกับทุกภาคส่วนเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

(7) สร้างภาคีเครือข่าย เพื่อเป็นภาคีในการเสริมแรงผู้สูงอายุและครอบครัวในการทำกิจกรรมด้านต่างๆ ทั้งองค์กรภาครัฐและภาคประชาชน เช่น อปท. รพ.สต.,โรงพยาบาล,โรงเรียน,พัฒนาชุมชน,อสม.,CG เป็นต้น

(8) สร้างการมีส่วนร่วมโดย ชุมชนมีส่วนในการระดมทุน จัดหาวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรับบริจาค จัดหาเงินทุนโดย จนท.รพ.สต.,อสม. ชมรม ผู้สูงอายุ เพื่อจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

(9) สร้างการสื่อสารสาธารณะ เข้าถึงง่าย รับทราบข่าวสารได้รวดเร็ว รายงานภารกิจ ข้อความช่วยเหลือได้สะดวกรวดเร็วทั่วถึง เช่นสร้างกรู๊ปไลน์ดูแลผู้สูงอายุของตำบล จัดหมายข่าว ประกาศทางหอกระจายข่าว โทรศัพท์ เป็นต้น

(10) ประชุมติดตามผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน

3.2 สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติ

มีการสะท้อนการปฏิบัติเป็นระยะ โดยสะท้อนหลังทำกิจกรรมต่างๆ ตามห้วงเวลาที่ กำหนดไว้ ปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ก็วางแผนการปฏิบัติในเดือนถัดไป ส่วนที่สามารถปฏิบัติได้ดี ก็ดำเนิน ต่อไป มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง และ คอยให้คำชี้แนะในส่วนที่ขาด ซึ่งวงล้อของการสะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ หมุนเป็น 2 วงรอบ คือ 6 เดือน/ครั้ง

การสะท้อนหลังจากการประเมินผล การปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายการดูแลเฉพาะราย ซึ่งในการตั้งเป้าหมายการดูแลจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย โดย กำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว เมื่อมีการมอบหมายบทบาทภาคีเกี่ยวข้องตามแผนการ ดูแลผู้จัดการการดูแล (Care manager) มีหน้าที่ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และ ประเมินซ้ำเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม ประชุมร่วมภาคีเกี่ยวข้อง เพื่อประเมินแผนการดูแล เพื่อ ปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุตลอดจนการประเมิน ผลระบบการดูแลในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคีเกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาให้ระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทั้งนี้ ตามกรอบการบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ เมื่อมีการจัดทำ CP เรียบร้อยแล้วให้เสนอคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาให้ความเห็นชอบ เพื่อเสนอให้คณะกรรมการ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลอนุมัติต่อไป

4. ประเมินผล

4.1 ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลตามแนวทาง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้สูงอายุมีสภาวะ สุขภาพกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ ดีขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนรอบข้างและบุคคลอื่น เมื่อพบปัญหาจะมีครอบครัวและเพื่อนบ้าน คอยมาช่วยแก้ไข ปัญหา ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ จากการ สอบถาม ผู้สูงอายุและการสังเกตพบว่า มีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการโดยรวม และมีความ พึงพอใจในการทำกิจกรรมย่อยทุกคน

4.2 ด้านผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจะมี ความกระตือรือร้น ในการที่จะแสวงหาความรู้ทั้งจากตำรา จากเพื่อน หรือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรม

4.3 ด้านอสม. /CG ให้ความร่วมมือ และมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมร่วมกัน ในกลุ่มสมำเสมอทุกคนความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ จากการสอบถาม อสม. มีความพึงพอใจ ในการดำเนินโครงการโดยรวม และมีความพึงพอใจในการทำกิจกรรมย่อยทุกคนการมีส่วนร่วมในการ

สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ให้ความร่วมมือ และมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมร่วมกันในกลุ่มสมาชิกทุกคน

4.4 ด้านผู้นำชุมชน/แกนนำในชุมชน ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการจากการสอบถามผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการโดยรวม และมีความพึงพอใจในการทำกิจกรรมย่อยทุกคน การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือ และมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมสมาชิกทุกคน ผู้ชุมชนนำมีความรู้และทักษะในการดูแลสนับสนุนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากการสังเกตการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน การถาม-ตอบ และการเยี่ยมบ้าน

4.5 ด้านผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สุขภาพ

4.5.1 ผู้บริหารและผู้ให้บริการสุขภาพมีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการทุกคน

4.5.2 ผู้ให้บริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

4.6 เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน

4.7 เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตำบลกุดไผ่ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลทุกไท อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร

5. อภิปรายผลการศึกษา

จากการพัฒนาพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไผ่ อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร มีประเด็นสำคัญที่สามารถอภิปรายข้อค้นพบได้ดังนี้

5.1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

สภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาระยะยาวของบ้านกุดไผ่ ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีระยะเวลาเจ็บป่วยนานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงของระบบประสาทสัมผัส เช่น การได้ยิน การมองเห็น ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้มได้ง่าย และ 6 ใน 10 คน มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ต้อกระจก โรคข้อเสื่อม ส่วนใหญ่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วม มากกว่า 1 โรค 3 ใน 10 คน ป่วยด้วย Stroke ร่วมกับเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่อ่อนแอเกิดภาวะแทรกซ้อนและการรักษาที่ซับซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสวีเดน ประเทศเยอรมันและประเทศอังกฤษ ที่พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ (Jagger et al., 2007) และพบว่าโรคเรื้อรังร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ทำให้โอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าโรคเรื้อรังร่วมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรง (Sihapark et al, 2013)

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดมีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เป็น บุตรของผู้สูงอายุ คู่สมรสและลูกสะใภ้ ตามลำดับ ซึ่งตรงกับบริบทสังคมไทยที่หน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุมักจะเป็นบุตรโดยครอบครัว เป็นการดูแลในจากบุตรหลานและสมาชิกครอบครัว ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลด้านจิตใจ ย่อมได้รับความผาสุก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริภาณี ศรีหาค (2557) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเข้มแข็งของวิถีปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว เป็นความเข้มแข็งที่มีอยู่ในชุมชน (Caffrey, 1992) และ Sawatphol, Pengpinit and Srisuraphol (2018) ศึกษาการดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่าการดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนยังคงเป็นบทบาทของครอบครัว ผู้ดูแลหลักคือบุตร การดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการดูแลด้านสังคม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ชุมชนนำโดยชมรมผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน ได้ไปที่ที่บ้านของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพอใจและไม่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของThanakwang (2008) ศึกษาเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชน พบว่าเครือข่ายและการเกื้อหนุนโดยเพื่อนมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐ ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง การบริการเชิงรุกการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ในส่วนการดูแลกิจวัตรประจำ จะเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวอย่างไรก็ตามพบว่าการดูแลพ่อแม่ในอนาคตอาจจะเปลี่ยนแปลงตามบริบทวัฒนธรรม(Caffrey,1992) โดยเฉพาะปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยมีขนาดเล็กลงผู้ดูแลมีบทบาทและรับภาระในการประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัววิธีการ

ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจึงได้รับผลกระทบและผู้ดูแลส่วนใหญ่ จึงต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพัง

การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีหลายบทบาทในครอบครัวและต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 40 ปี ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่มีหน้าที่และรับภาระภายในครอบครัวเดิมอยู่แล้ว และออกไปทำงาน เมื่อมีผู้สูงอายุในครอบครัวที่ต้องการการดูแลระยะยาว ผู้ดูแลเหล่านี้จึงต้องมีการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระและทำหน้าที่ดูแลตามลำพังเพียงคนเดียว โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยของการดูแล 7 ปี ภาระการดูแลที่ยาวนาน ประกอบกับการไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ในระยะยาว ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องทำงาน และบทบาทเชิงซ้อนในครอบครัวทำให้เกิดผลกระทบตามมา เกิดความเหนื่อยล้า จัดสรรเวลาทำงานได้ไม่เหมาะสม เกิดภาวะเครียด กำลังใจถดถอย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังต้องประกอบอาชีพ และไม่มีประสบการณ์และดูแลเพียงลำพัง ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (รัชณี สรรเสริญ และ คณะ, 2554, ศิราณีศรีหาภาค, 2556) และการศึกษาของวรรณรัตน์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 25.7 ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะและพบว่าญาติในครัวเรือนไม่สามารถให้การดูแลได้ ทำให้ผู้ดูแลมีรู้สึกเหน็ดเหนื่อยและโดดเดี่ยว ทำให้เป็นภาระและเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านอารมณ์ จิตใจ รวมถึงด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไร้อำนาจต่อรองทั้งในครอบครัวและในสังคมมีปัญหาสุขภาพ ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และขาดกาสนับสนุน สอดคล้องกับการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ในช่วง 5 ปีแรก พบว่ามีผู้ดูแล เพียงร้อยละ 35 ที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2553) ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ระยะยาวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้พบว่า โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นจากร้อยละ 28.9 เป็นร้อยละ 31.0 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 7.5 จากปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ.2550 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ผลกระทบจากการที่ผู้ดูแล ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากการศึกษาพบว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการดูแลระยะยาวที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเกือบ 24 ชั่วโมงและอาศัยร่างกายมากที่สุดส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณรัตน์ ลาวัณ (2548) ที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออก พบว่าผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อวัน และพบว่า 1 ใน 4 มีปัญหาในการดูแล ได้แก่ ขาดความรู้ ไม่มีเวลาเหนื่อย และสื่อสารกับผู้ป่วยลำบาก และพบว่า 1 ใน 4 ของญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว และด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือความเจ็บปวด ไม่สุข **ผลกระทบด้านอารมณ์** พบว่าระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน อีกทั้งต้องรับผิดชอบดูแลตลอด 24 ชั่วโมง มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น มีอาการวิตกกังวล เครียด หงุดหงิด คับข้องใจ พบมากที่สุด ร้อยละ 80 อารมณ์เศร้า พบร้อยละ 20 คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 55 มีอารมณ์ซึมเศร้า และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว ที่มีระยะเวลานอนเฉลี่ย 6.88 ± 1.42 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลต้องการระยะเวลาการดูแลและเวลาพักผ่อน รู้สึกเครียดหงุดหงิดและ ความต้องการหาคนมาช่วยดูแล (ดุสิต จันทยานนท์

และคณะ, 2554) ทั้งนี้เนื่องจากภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเกือบตลอด 24 ชั่วโมงเพียงลำพังทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสทางสังคม ขาดโอกาสในการดูแลตนเอง และไม่มีช่องว่างให้กับการพักผ่อนหรือการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเผชิญกับความเครียดและ ไม่มีทางออก ส่งผลกระทบทางอารมณ์อื่นๆ โดยเฉพาะอารมณ์เครียดรุนแรงจนเกิดการทำร้ายผู้สูงอายุทั้งทางวาจา และ ทางร่างกาย ที่มีผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิดต่อการกระทำของตน **ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ** พบว่าก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจต่อผู้ดูแลและครอบครัว ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง มีหนี้สินเกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีจำนวนมาก ได้ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัว ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ จากภาระการดูแลที่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ(2552) พบว่าต้นทุนของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องแลกมาด้วยการเสียสละของครอบครัวพบว่าผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะร้อยละ 3.14 เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุ สมองเสื่อมพบว่าการดูแลทำให้เกิดภาระทางการเงิน (พารุณี เกตุกราย, 2550) ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างครอบครัวของประเทศไทยปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้นผู้สูงอายุมีบทบาทในการประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว ภาระการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่เคยมีผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคน แปรเปลี่ยนเป็นภาระการดูแลเพียงลำพังของผู้ดูแลเพศหญิงในครอบครัวที่มีบทบาทหาเลี้ยงครอบครัวทำให้รายได้ครอบครัวลดลง อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแล และการแสวงหาการรักษาที่สถานบริการของรัฐภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวได้ ทำให้ครอบครัวเกิดภาระและผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว **ผลกระทบด้านสังคม** พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ทำให้เวลาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลต้องใช้ไปกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับคนรอบข้างและชุมชนลดลง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสและเกิดผลกระทบทางด้านสังคม ไม่สามารถไปไกลได้ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนลดลง พบปะเพื่อนน้อยลง มีปัญหาความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด กิจกรรมส่วนตัวและครอบครัว กิจกรรมในชุมชนลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) พบผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 50 ต้องใช้เวลาดูแลมากกว่าครึ่งวัน ทั้งนี้เนื่องจากในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ยิ่งทำให้ปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับคนรอบข้างลดลง โดยเฉพาะญาติพี่น้องที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ดูแล ภาระการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องภายในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบและรับภาระเองเพียงลำพัง จึงทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำกิจกรรมในสังคม ทำให้ภาระที่มีอยู่ไม่ได้รับการปลดปล่อย และทำให้มีความขัดแย้งกับญาติพี่น้องที่ไม่ช่วยเหลือซึ่งพบถึงร้อยละ 38 โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบด้านสังคมมากที่สุดถึงร้อยละ 86

5.2 รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาพบว่า หน่วยบริการด้านสาธารณสุข ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านค้อน้อย เทศบาลตำบลกุดไผ่ และภาคีเครือข่ายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อสม. CG แกนนำผู้สูงอายุ ได้มีการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาที่พบ ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา หาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน จนเกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลกุดไผ่ขึ้น สิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดการสร้างการมีส่วนร่วมที่ดีคือ การที่ชุมชนได้กำหนดนโยบายการ

ดูแลโดยชุมชนขึ้น ซึ่งการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) โดยการบริการที่จัดให้ในชุมชนหรือที่บ้านของผู้รับบริการ เช่น บริการทางการแพทย์ การพยาบาล พยาบาลชุมชน และบริการช่วยเหลืองานบ้านปรับปรุงบ้านเรือน (ติดตั้งราวยึดจับ พื้นผิวกันลื่น พื้นต่างระดับ) บริการสายด่วนสำหรับผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินและบริการให้คำปรึกษา บริการเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัคร บริการฟื้นฟู นอน เพื่อนช่วยเพื่อน บริการคลายทุกข์และจัดการทำพิธีศพ และบริการสัญญาณช่วยเหลือเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2550)

เทศบาลตำบลกุดโหม้นนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวชัดเจน ให้การสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ทางการแพทย์และกายอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือการไปตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด การให้บริการเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย การประสานงานที่ไร้รอยต่อ และการให้บริการขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของประเทศไทยได้มีนโยบายที่สำคัญ 3 ประการ ที่เกี่ยวข้องกับการผู้สูงอายุ คือการปฏิรูประบบสวัสดิการด้านสุขภาพ ภายใต้พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พรบ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (Jitapunkul and Wivatvanit, 2009; National HealthSecurity Office, 2002, วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ คณะ, 2553) นโยบายดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับสุขภาพของผู้สูงอายุและมีส่วนที่จะทำให้ภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุลดลงโดย 1) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวก และทำให้เกิดการจัดระบบบริการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น 2) ทำให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการและจัดบริการตามข้อกำหนดสำหรับผู้สูงอายุตาม พรบ.ผู้สูงอายุ และ 3) ทำให้เกิดการปกป้องสิทธิของผู้สูงอายุทั้งทางด้านสังคมและด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยรัฐบาลและส่วนท้องถิ่น (Jitapunkul and Wivatvanit, 2009; National Health Security Office, 2002; คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553)

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนตำบลกุดโหม้น เป็นภารกิจหลักของหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ส่วน ได้แก่ 1) ผู้จัดการดูแล (Care Manager) เป็นอัตรากำลังหลักที่สำคัญในระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งมีบทบาทหน้าที่พัฒนาปรับปรุงและจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนให้เป็นไปตามมาตรฐานของชุดสิทธิประโยชน์ กองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2) แผนการดูแล (Care Plan) เป็นแผนการดูแลที่ถูกออกแบบสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะรายเป็นรายสัปดาห์/รายเดือน/รายปี ซึ่งถูกออกแบบโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) เป็นบุคลากรในชุมชนที่ถูกพัฒนาเพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายภายใต้การมอบหมายของผู้จัดการดูแล 4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) พบว่าการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการจัดระบบบริการที่ใช้บ้านของผู้สูงอายุเป็นฐาน ซึ่งกิจกรรมการบริการอยู่ภายใต้แผนการดูแลรายบุคคลอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุ ซึ่งสถานบริการในระดับปฐมภูมิมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าชุมชนที่มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนและพยาบาล (Home Health Care) ซึ่งมีบทบาทในด้านการดูแล การกำลังใจผู้สูงอายุ และการให้ความรู้ เตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแล ทั้งในด้านการดูแล จะช่วยเสริมแรงแก่ครอบครัวและเป็นเครือข่ายในการดูแลที่ดี ที่ช่วยเติมเต็มระบบการดูแลระยะยาวให้มี

ความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2552) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sawatphol, Pengpinit, Senanikorn and Srisuraphol (2018) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่า การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่น กิจกรรมที่มีความสำคัญ คือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการดูแลนอก ได้แก่ กลุ่มเครือญาติ กลุ่มเพื่อนบ้านครัวเรือนแบบชิด กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลายและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์เชื่อมโยง และช่วยเหลือกัน

5.3 ผลการพัฒนา

การพัฒนาด้านผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการให้ความรู้ตามที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลต้องการ ฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลผู้สูงอายุ การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนและคนอื่นๆ เป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ กระทำเพื่อการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมายและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง และส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และเห็นคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล (2555) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นใน จังหวัดนครราชสีมา กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่ามีความรู้ที่เกิดจากการดำเนินการใน 4 ด้าน คือ 1) การออกแบบ วางแผนและการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2) รูปแบบการเยี่ยมและดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ การคืนข้อมูลสู่ชุมชน และการกำหนดรูปแบบการเยี่ยม ทั้งการเยี่ยมเชิงสังคม (Social model) และการเยี่ยมเชิงเทคนิค (Technical model) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) คู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ นำมาประยุกต์ให้เหมาะกับบริบทของปัญหาผู้สูงอายุ และบริบทของพื้นที่ 4) การติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ

การพัฒนา อสม. CG และผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุในชุมชน โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ อสม./CG/ผู้นำชุมชน/แกนนำผู้สูงอายุ สามารถสนับสนุนและเสริมพลัง ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีศักยภาพและกำลังใจในการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง ด้วยในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมศักยภาพของอสม. โดยการพัฒนา อสม. เชี่ยวชาญ (การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนส่งผลให้ อสม. เข้าถึงตัวผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553)

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีการปรับปรุงการให้บริการเชิงรุกในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และรับผลสำเร็จร่วมกัน มีการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทีมสหวิชาชีพสามารถวิเคราะห์บริบทของผู้สูงอายุและครอบครัว สร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน ลดช่องว่างของความกลัว ความอาย และสามารถเสริมพลัง (Empower) ทั้งต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและให้การสนับสนุนตามเงื่อนไขของผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างเหมาะสม รวมถึงการเสริมความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชนให้เข้ามามีบทบาทในการดูแล ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. 2553)

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไห อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – กันยายน 2564 โดยมีพื้นที่เป้าหมายคือ หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อน้อย จำนวน 3 หมู่บ้าน มีผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 10 คน ผู้นำชุมชน 3 คน แกนนำผู้สูงอายุ 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 9 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม หลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชั่วโมง (care giver : CG) 7 คน ผู้บริหาร 2 คน เจ้าหน้าที่สุขภาพ 4 คน รวม 50 คน และเมื่อได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนำไปปฏิบัตินำร่องใน 3 หมู่บ้าน คือบ้านกุดไห หมู่ 1 หมู่ 6 และ 11 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต โดยมีขั้นตอนในการศึกษาดังนี้ 1) ศึกษาบริบทของชุมชนและศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 2) วางแผนแผนการปฏิบัติ 3) ลงมือปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ ประเมินผลการปฏิบัติ และนำผลการประเมินย้อนกลับไปปรับปรุงแก้ไขการทำงาน 4) ประเมินผลภาพรวม ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต วิเคราะห์เชิงเนื้อหา สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้สูงอายุ 10 คน เพศหญิง 6 คน ร้อยละ 60.0 ชาย 4 คน ร้อยละ 40.0 ช่วงอายุ 60 – 69 ปี 1 คน ร้อยละ 10.0 70 -79 ปี 2 คน ร้อยละ 20.0 80 ปีขึ้นไป 7 คน ร้อยละ 70.0 อายุเฉลี่ย 78 ปี อายุน้อยสุด 60 ปี อายุมากที่สุด 97 ปี ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว 8 คน ร้อยละ 80.0 เป็น เบาหวานและความดันโลหิตสูง 6 คน ร้อยละ 60.0 โรคหลอดเลือดสมอง 3 คน ร้อยละ 30.0 โรคไตวายระยะสุดท้าย 1 คน ร้อยละ 10.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่า 6 ปี 2 คน ร้อยละ 20.0 , 6 – 10 ปี 3 คน ร้อยละ 30.0 มากกว่า 10 ปี 5 คน ร้อยละ 50.0 ไม่ดื่มสุรา 10 คน ร้อยละ 100.0 สูบบุหรี่ 2 คน ร้อยละ 20.0 ไม่สูบบุหรี่ 8 คน ร้อยละ 80.0 ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) 8 คน ร้อยละ 80.0 กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน) 2 คน ร้อยละ 20.0

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุทั้งหมดมีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เป็น บุตรของผู้สูงอายุ คู่สมรส และลูกสะใภ้ ตามลำดับ ผู้ดูแลมีหลายบทบาทในครอบครัวและต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 40 ปี ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่มีหน้าที่และรับภาระภายในครอบครัวเดิมอยู่แล้ว และออกไปทำงาน เมื่อมีผู้สูงอายุในครอบครัวที่ต้องการการดูแลระยะยาว ผู้ดูแลเหล่านี้จึงต้องมีการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่าครอบครัว

ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระและทำหน้าที่ดูแลตามลำพังเพียงคนเดียว โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยของการดูแล 7 ปี ภาระการดูแลที่ยาวนาน ประกอบกับการไม่มีประสิทธิภาพการดูแล ผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ในระยะยาว ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องทำงาน และบทบาทเชิงซ้อนในครอบครัวทำให้เกิดผลกระทบตามมา เกิดความเหนื่อยล้า จัดสรรเวลาทำงาน ได้ไม่เหมาะสม เกิดภาวะเครียด กำลังใจถดถอย ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทั้งด้าน ร่างกาย อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม

1.2 รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการศึกษาพบว่า หน่วยบริการด้านสาธารณสุข ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านค้อน้อย เทศบาลตำบลกุดไฮ และภาคีเครือข่ายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อสม. CG แกนนำผู้สูงอายุ ได้มีการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาที่พบ ร่วมกัน วางแผนแก้ไขปัญหา หาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน จนเกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบล กุดไฮขึ้น สิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดการสร้างการมีส่วนร่วมที่ดีคือ การที่ชุมชนได้กำหนดนโยบายการดูแลโดยชุมชนขึ้น ซึ่งการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Care)

เทศบาลตำบลกุดไฮมีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวชัดเจน ให้การสนับสนุนทั้งด้าน งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ทางการแพทย์และกายอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือการไปตรวจที่ โรงพยาบาลตามนัด การให้บริการเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่าย การประสานงานที่ไร้รอยต่อ และการให้บริการขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนตำบลกุดไฮ มีองค์ประกอบ 4 ส่วน ได้แก่ 1) ผู้จัดการดูแล (Care Manager) 2) แผนการดูแล (Care Plan) 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) 4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) พบว่าการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการจัดระบบบริการที่ใช้บ้านของผู้สูงอายุเป็นฐาน ซึ่งกิจกรรมการบริการอยู่ภายใต้แผนการดูแลรายบุคคลอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุ ซึ่งสถานบริการในระดับปฐมภูมิ มีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าชุมชนที่มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนและพยาบาล (Home Health Care) ซึ่งมีบทบาทในด้านการดูแล การให้กำลังใจผู้สูงอายุ และการให้ความรู้ เตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแล ทั้งในด้านการดูแล จะช่วยเสริมแรงแก่ครอบครัวและเป็นเครือข่ายในการดูแลที่ดี ที่ช่วยเติมเต็มระบบการดูแลระยะยาวให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

1.3 ผลการพัฒนา

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10 คน ได้รับการดูแลสุขภาพกายใจ จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม อย่างครบถ้วน โดยการมีส่วนร่วมของตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. CG ผู้นำชุมชน รวมถึงกลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐเช่น รพ.สต.และเทศบาลตำบลกุดไฮ ซึ่งเป็นผู้ขับเคลื่อนและสนับสนุนงบประมาณ กำลังคนและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ครอบครัวมีปัญหาทางสังคมลดลงและมีรายได้เพิ่มขึ้น ชุมชนเกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ สามารถดูแลและช่วยเหลือกันได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2. บทเรียนที่ได้จากการศึกษา

- 2.1 การศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้ศึกษามีโอกาสพัฒนาตนเองในเรื่องความรู้และทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา
- 2.2 ได้เรียนรู้การทำงาน ภายใต้บริบทของพื้นที่อย่างเป็นระบบ การทำงานเป็นทีม
- 2.3 ได้เรียนรู้การทำงานแบบไร้รอยต่อ

3. ข้อเสนอแนะ

- 3.1 การนำผลการศึกษาไปเผยแพร่และควรนำเสนอผลสำเร็จการดำเนินงานครั้งนี้แก่ผู้บริหาร เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนได้ครอบคลุมในระดับอำเภอ
- 3.2 ควรศึกษาต่อยอดโดยศึกษาเชิงลึก ครอบคลุมมิติหรือเนื้อหาสาระเพิ่มเติมจากเดิม อาทิ
 - การพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชนให้มีความยั่งยืน
 - การศึกษาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
 - การจัดตั้งกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 14 (3) กันยายน – ธันวาคม.
- กรมอนามัย. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. (2553). กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,
- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพลและคณะ. (2557).การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม .วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข , 8 (2) , 120-131
- ณัฐธิดา เทวเลิศสกุล, วณิศา ศิริวรสกุลและชัชสรณ์ รอดยิ้ม. (2559). แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาระให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต. Veridian E-Journal, Silpakorn University; ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ. 9 (1) เดือนมกราคม – เมษายน
- ดุสิต จันทยานนท์และคณะ. (2554). ทศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 1(1), 58-65.
- นิตย ทศนิยม, สมพนธ์ ทศนิยม.(2555). การสร้างเสริมสุขภาพ :การสร้างพลังอำนาจ.ขอนแก่น; คลังนาวิทยา.
- นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล (2555) รายงานฉบับสมบูรณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นในจังหวัดนครราชสีมา. สาขาวิชาแพทยศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.).(2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร :บริษัทพงษ์พาณิชย์เจริญผลจำกัด.
- เมตต์ เมตต์การุณจิต. (2553 ก). การจัดการศึกษา : โดยชุมชน เพื่อชุมชน และสังคมไทย. กรุงเทพฯ : ไทร่มเกล้า.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2559.กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560.
- เยาวลักษณ์ ปรปักษ์ขามและจรรยา ภัทรอาษา. (2550). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2547. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1(2), 98-115
- รัชนี้ สรรเสริญ และ คณะ, 2554. สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรีสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. การพยาบาลและการศึกษา. 4(1): 2 – 16.
- เล็ก สมบัติ และคณะ. (2554). ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย. สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- วรรณรัตน์ สุวรรณดารา และคณะ. (2552). การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุใน
เขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.
- วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทาง
ปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ.
กรุงเทพมหานคร :บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชนี สรรเสริญ และยุวดี รอดจากภัย. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ
ของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข,
19(1), 62-78.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2552). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่4
พ.ศ.2551-2. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.].
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2552). “ภาพรวมประชากรสูงอายุในประเทศไทย” ใน ชื่นตา วิชชาวุธ
(บรรณาธิการ). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550.
(หน้า 42-43). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา
ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพฯ : ที่คิวพี จำกัด.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2553). “ประชากรสูงอายุไทย” ใน
ลัดดา ดำริการเลิศ (บรรณาธิการ). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552.(หน้า8-9).
สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพฯ : ที่คิวพี จำกัด.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบท
ไทย.กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2554). การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน
ผู้สูงอายุ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โดยการสนับสนุนทุนจาก กองทุนผู้สูงอายุ และ
สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ศิริณี ศรีหาคาศ ,โกมาตร จึงเจียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2557). ผลกระทบ และภาวะการณ์ดูแล
ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สืบค้นจาก
<https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4028/hs2116.pdf?sequence=3&isAllowed=y>วันที่สืบค้น 8 ตุลาคม 2563
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). โครงการศึกษาเพื่อหารูปแบบการ
ส่งเสริมการมีงานทำแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท. โดยการสนับสนุนทุนจาก สำนักงาน
ปลัดกระทรวงแรงงาน.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี
พ.ศ.2550.กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). (2558). คู่มือการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
(Long term care)ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. สืบค้นจาก
www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202/คู่มือ%20LTC%20.pdf
วันที่สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2563

- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. บันทึกข้อความเรื่องการดำเนินโครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุ ปี 2553-2554. ลงวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ.2553.
- สุพัตรา ศรีวิชชกรและคณะ. (2556). **โครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม**. นครปฐม:สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2561). **รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด.
- อุทัย สุดสุขและคณะ. (2552). **รายงานการวิจัย โครงการศึกษา สถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- Caffrey, R.A. (1992). Caregiving to the elderly in Northeast Thailand. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, 7(2), 117-134.
- Challis, D., et al.(2000). Dependency in older people recently admitted to care homes. **Age and Ageing**, 29(3), 255-260.
- Cohen, J.M. and Uphoff, N.J. (1997) **Rural development participation : Concept and Measures For Project Design implementation and Evaluation**. London :Rural Development Committee Center For International Studies CornellUniversity.Cohen, S., & Syme, S. L. (Eds.). (1985).**Social support and health**. Academic Press.Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., and Horne, V. (1988). The Barthel ADL index: a reliability study. **Disability and Rehabilitation**, 10(2), 61-63.
- Drolet, A., Schwarz, N. & Yoon, C. (Editor.). (2010).**THE AGING CONSUMER Perspectives from Psychology and Economics**. Routledge Taylor & Francis Group 270 Madison Avenue. New York.
- Friedman S (2006) Urinary Function. In: Meiner SE, Lueckenotte AG, editors. **Gerontologic nursing**. 3rd ed. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier.
- Jagger, C., et al.(2007). Cohort differences in disease and disability in the young-old: findings from the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC-CFAS). **BMC Public Health**, 7, 156.
- Jitapunkul S., Kamolratanakul P. Ebrahim S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. **Age and Ageing**, 23(2), 97-101.
- Jitapunkul, S., & Wivatvanit, S. (2009). **National Policies and Programs for the Aging Population in Thailand**. *Ageing Int.* 33, 62-74.

- Kane, R. & Rubenstein, L. Z. (1998). assessment of functional status. In: PATHY, M. S. J. (Ed.) **Principles and practice of geriatric medicine**. 3rd ed. Chichester, Wiley.
- Knodel J and Chayovan N (2008) Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand. Population Studies Center
- Lafortune G. and Balestat G. (2007) **Trends in Severe Disability Among Elderly People**: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. OECD Employment, Labour and Social Affairs Committee. Health Working Papers,.
- Maslow, Abraham. (1970). **Motivation and Personality**. New York : Harper and Row Publishers.
- National statistical office (2008). **Report on the 2007 survey of the older persons in Thailand**. Bangkok: National Statistical Office, Thailand.
- Pender, N. J. (1996). **Health promotion in nursing practice (3rd ed.)**. Stamford, Conn: Appleton and Lange,
- Stringer, E. & Genat, W. J. (2004). **Action research in health**. Columbus, Ohio: Person Prince Hall.
- Sihapark S, Kuhirunyarath P and Chen H. (2013). **Severe Disability Among Elderly Community Dwellers in Rural Thailand: Prevalence and Associated Factors**. Ageing International. (August,10): DOI 10.1007/s12126-013-9190-7.
- Sawatphol, C., Pengpinit T., Senanikorn, A. & Srisuraphol, W. (2018). **Care for elderly dependents in the Northeast of Thailand**. Journal of MCU Peace Studies, 5(Special Issue), pp.387-405. [in Thai] น้อย (Sihapark, Chuengsatiansup & Tengrang, 2014)
- Thanakwang, K. (2008). **Social networks and social support influencing health-promoting behaviors among Thai community-dwelling elderly**. Thai Journal of Nursing Report, 12(4), pp. 243-258. [in Thai]
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). **World Population Ageing 2019**. United Nations . New York.
- World Health Organization (2000). **Ageing and Intellectual Disabilities - Improving Longevity and Promoting Healthy Ageing: Summative Report**. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2000). **Home-based long-term care: Report of a WHO study group**. Geneva: WHO.

World Health Organization (2002). **Active ageing: a policy framework**. Retrieved September 10, 2015, from http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.