



## การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน Development of a Health Care Model for Older People in the Community

อมร สุวรรณนิมิตร<sup>1</sup> นงเยาว์ มีเทียน<sup>2</sup> และ สุภาพร อาญาเมือง<sup>3</sup>  
Amorn Suwannimitr<sup>1</sup> Nongyaow Meethien<sup>2</sup> and Supaporn Aryamuang<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ศึกษาปัจจัย การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ 3) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐาน ทูทางสังคม และระบบเครือข่าย และ 4) ประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 385 คน ศึกษาระหว่าง เดือนมิถุนายน 2559-มีนาคม 2560 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดก่อนและหลัง การปฏิบัติการ ค่าความเชื่อมั่น 0.87 และ 0.79 ตามลำดับ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูล 40 คน และมีส่วนร่วมในระยยะปฏิบัติการ 100 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเอาใจใส่จากผู้ดูแล 2) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภาพรวมผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนในระดับสูง ยกเว้นด้านการส่งเสริม ให้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนสังคม 3) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนการเข้าร่วมกลุ่ม ทางสังคม และการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล และ 4) ผลการประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลในภาพรวมไม่เปลี่ยนแปลง สรุปว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท

**คำสำคัญ :** การพัฒนารูปแบบ ; การดูแลสุขภาพ ; ผู้สูงอายุ ; ชุมชน

<sup>1,3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

<sup>2</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University



## ABSTRACT

This participatory action research aimed: 1) to investigate the context, problematic situation and need in health care among older people, 2) to examine social support factors in care of older people, 3) to develop a health care model for older people in the community based on community-based concepts, social capital and relative system, and 4) to assess the health care model for older people in the community. A sample was 385 older people. The study was conducted between June 2016 and March 2017. Qualitative data were collected using a social support questionnaire and a test before and after the treatment, whose reliability coefficients were 0.87 and 0.79, respectively. Qualitative data were collected from focus group discussions and in-depth interviews of 40 informants of all the 100 participants in the operational stage. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-test. Qualitative data employed content analysis.

Findings of the study were as follows. 1) Most older people had complex health problems from chronic illness. They needed participation in social activities and attention from the caregivers. 2) The overall social support factor gained by older people was at high level except for its aspect of promoting participation and being part of the social community. 3) The health care model for older people in the community included social group participation support and empowerment of caregivers. And 4) results of the assessment of the health care model for older people in the community showed that the level of participation and being part of the social community increased significantly, while the caregivers' capacity enhancing as a whole did not changed. In conclusion, the model developed can be used to care for older people in the semi-urban and semi-rural community context.

**Keywords :** Development of a Model ; Health Care ; Older People ; Community

## บทนำ

องค์การอนามัยโลก (2015) ระบุว่าในปี 2015 และ 2050 ประชากรรวมผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะสูงขึ้นถึงเท่าตัวคือ จากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 โดยในปี 2050 ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุจะอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การจ้างงาน

สำหรับปัญหาผู้สูงอายุของไทยได้ถูกระบุไว้ในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2559) ว่าในปี 2559 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีจำนวนทั้งสิ้น 4.6 ล้านคน หรือคิดเป็น สัดส่วนร้อยละ 42.9 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 5.6 ล้านคนในปี 2564 โดยในปี 2557 นี้จำนวน ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 31.9 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยพึ่งพิงในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะ ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป จะมีสภาวะติดเตียงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.6 จากช่วงอายุ 60-64 ปีที่มีเพียงร้อยละ 0.9 ส่งผลต่อภาวะ

ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น โดยคาดว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ จะเพิ่มจาก 63,565.13 ล้านบาทในปี 2553 เป็น 228,482.21 ล้านบาท ปี 2565 และจากรายงานของกระทรวง สาธารณสุข (2559) ซึ่งกล่าวถึงสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ในปัจจุบันว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความจำเป็นต้อง อาศัยอยู่ในครอบครัวภายใต้ภาวะจำกัดไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลเงิน และ วัสดุอุปกรณ์ในการดูแล นอกจากนั้นยังพบว่า ร้อยละ 4.8 เจ็บป่วย เรื้อรังรุนแรง ผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ ร้อยละ 10 เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในการเตรียมรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว กรมกิจการ ผู้สูงอายุ (2559) ได้อธิบายว่า รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของ ประเด็นปัญหาผู้สูงอายุมานานกว่า 20 ปี ดังปรากฏในรัฐธรรมนูญ ปี 2540 ซึ่งได้การระบุถึง ภารกิจที่จะต้องมิต่อประชากรผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ในปี 2542 แนวคิดที่ หลากหลายมาใช้เพื่อออกแบบการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุน ทางสังคม (Social Support) โดย House (2001) และ Hynek Jeábek (2010) ซึ่งว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการ ที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมที่อาจทำ



ให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น หรือการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่ง Hunt (2015) อธิบายว่าชุมชนชนมีความแตกต่างหลากหลาย จำเป็นต้องให้ความสำคัญ การดูแลแบบองค์รวมวิถีพุทธ โดยพระมหาอุดร สุทธิญาณ (เกตุทอง), (2556) การใช้ทุนทางสังคม โดย Andriani (2013) รวมถึงการใช้ระบบเครือข่าย โดยจงจิตต์ ฤทธิรงค์ (2556) และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิด การสนับสนุนทางสังคมมาใช้เป็นฐานในการวิเคราะห์สภาพปัญหา และความต้องการและออกแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงบริบทชุมชน การใช้ทุนทางสังคม และระบบเครือข่าย

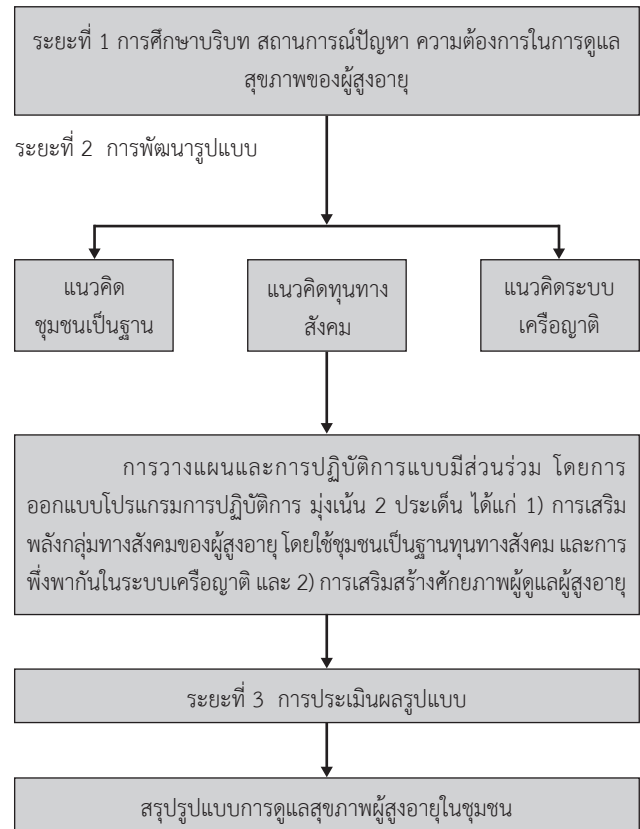
ในพื้นที่ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 1,077 คน โดยส่วนหนึ่งเจ็บป่วยเรื้อรัง และประสบปัญหาเช่นเดียวกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ และจากสภาพการณ์ของผู้สูงอายุดังกล่าว แม้ว่าจะมีการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและแนวทางการดูแลของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก แต่ยังไม่มีการบูรณาการแนวคิดมาใช้ร่วมกัน นอกจากนี้ในแต่ละพื้นที่ก็มีบริบทที่ต่างกันจึงจำเป็นต้องหารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. ศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ศึกษาปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ
3. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
4. ประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยนี้ ได้สังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีมาวางเป็นกรอบในขั้นตอนการศึกษาระยะที่ 1-2 ดังภาพที่ 1



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหา ความต้องการในการดูแลสุขภาพ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การวางแผนและการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและสรุปผลการศึกษา

รายละเอียดของแต่ละระยะ มีดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหา ความต้องการในการดูแลสุขภาพ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ทำการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงปริมาณ ประชากร คือ ผู้สูงอายุตำบลท่าขอนยางจำนวน 1,077 คน กลุ่มตัวอย่าง 385 คน โดยการเปิดตาราง



ของ Yamane ที่ความเชื่อมั่น 95 % ความคลาดเคลื่อน 4 % สุ่มตัวอย่าง โดยบังเอิญ การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุ 20 คน ผู้ดูแล 15 คน ผู้ใหญ่บ้าน 3 คน นายกเทศมนตรี และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 40 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ใช้แบบสอบถาม โดยประยุกต์เครื่องมือของ เล็กสมบัติ (2549) ค่าความเชื่อมั่น 0.87 เกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ

|              |                  |           |
|--------------|------------------|-----------|
| ระดับต่ำ     | ค่าเฉลี่ยระหว่าง | 1.00-2.33 |
| ระดับปานกลาง | ค่าเฉลี่ยระหว่าง | 2.34-3.67 |
| ระดับสูง     | ค่าเฉลี่ยระหว่าง | 3.68-5.00 |

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 1) การสนทนากลุ่ม โดยแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เช่น ปัจจุบันสถานการณ์ ปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร การดูแลผู้สูงอายุในอดีต และปัจจุบันเป็นอย่างไร แตกต่างกันอย่างใด ใครเป็นผู้ดูแลหลัก 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แนวคำถามแบบเดียวกันกับการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการตรวจสอบสามเส้า

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติการได้แก่ โปรแกรมปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยพัฒนาร่วมกันระหว่างทีมวิจัย แกนนำผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ อสม. ทุกหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านหัวขัว ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับทีมวิจัย

ระยะที่ 3 1) เครื่องมือประเมินผลการปฏิบัติการใช้แบบสอบถามก่อนและหลังปฏิบัติการ ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.75 และการสนทนากลุ่ม 2) เครื่องมือประเมินศักยภาพผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) แบบประเมินศักยภาพผู้ดูแลในภาพรวม (2) วัดความรู้การประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ และ (3) ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.78

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยทีมวิจัย จัดเวทีสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง 25 คน สัมภาษณ์เชิงลึก 15 คน การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยทีมวิจัย อสม. และผู้ช่วยนักวิจัย ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2559

ระยะที่ 2 ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 - มกราคม 2560 ทีมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบบันทึกการสังเกต การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรม และการบันทึกภาพกิจกรรม

ระยะที่ 3 เก็บข้อมูลโดยทีมวิจัย ระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ - 1 มีนาคม 2560

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 1 การวางแผนและการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ร่วมโครงการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน และ 2) กลุ่มผู้ดูแล ที่เป็น อสม./อผส. และ Caregivers จำนวน 50 คน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์และนำไปปรับใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดอบรม ในกิจกรรมต่อไป

ระยะที่ 2 การประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและสรุปผลการศึกษา ทำการศึกษาเปรียบเทียบก่อน-หลังปฏิบัติการ รวมถึงการประเมินกระบวนการ ปัญหาอุปสรรค โดยประเมินจากผู้ร่วมโครงการวิจัยในระยะที่ 2 คือ 1) ผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน และ 2) กลุ่มผู้ดูแล ที่เป็น อสม./อผส. และ Caregivers จำนวน 50 คน

ระยะที่ 3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา จัดกลุ่มชุดข้อมูล และนำไปอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และ t-test เปรียบเทียบผลก่อน-หลังปฏิบัติการ

### สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ การดูแล และการสนับสนุนทางสังคม

1.1 บริบทของชุมชน เป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ภายใต้วัฒนธรรมประเพณีอันดีงามที่สืบทอดต่อกันมา แต่เนื่องจากชุมชนเหล่านี้อยู่ในบริเวณที่ตั้งของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงมีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมค่อนข้างมาก ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัว แต่ยังคงมีการแบ่งปันช่วยเหลือกันยังคงปรากฏให้เห็นในกลุ่มเครือญาติ และในชุมชน

1.2 ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 70 ปี จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุร้อยละ 50.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.5 รายได้เฉลี่ย 4,718 บาท ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน เฉลี่ย 4 คน อาศัยอยู่กับ บุตร หลาน ญาติ แห่เลี้ยงได้มากกว่าร้อยละ 90 มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ



ผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 60 มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองและผู้อื่นได้

1.3 ผลการวิเคราะห์ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องการให้มีการดูแลช่วยเหลือ ดังนี้ 1) อยากให้คนในครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่เวลาไม่สบายให้พาไปหาหมอ โทรมาถามข่าวคราวหรือส่งเงินมาให้ 2) อยากให้เพื่อนบ้านและคนในชุมชนมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ให้ผู้นำช่วยเหลือนำส่งโรงพยาบาลในกรณีเจ็บป่วยหรือไม่มีอยู่ หรือเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ต้องการให้มีการส่งเสริมการออกกำลังกาย การให้แนะนำและคำปรึกษาด้านสุขภาพ และ 4) ด้านศาสนา อยากให้ลูกหลานพาไปไหว้พระทำบุญ

2. ผลการศึกษาระดับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนระดับสูง ( $\bar{X}=4.1$ ) ยกเว้นด้านการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน/สังคม ( $\bar{X}=3.6$ ) ซึ่งผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้สูงอายุสะท้อนว่าได้รับการดูแลค่อนข้างดี แต่จะมีข้อจำกัดคือขาดการรวมกลุ่มทำกิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม

| การสนับสนุนทางสังคม                       | $\bar{X}$  | S.D.        | ระดับ      |
|---|------------|-------------|------------|
| <b>1.ปัจจัยภายใน</b>                      |            |             |            |
| 1.1 ด้านจิตใจอารมณ์                       | 4.2        | 0.80        | สูง        |
| 1.2 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า       | 4.2        | 1.10        | สูง        |
| 1.3 การช่วยเหลือ                          | 4.1        | 0.90        | สูง        |
| <b>2.ปัจจัยภายนอก</b>                     |            |             |            |
| 2.1 การส่งเสริมให้มีส่วนร่วม              |            | 1.00        | ปานกลาง    |
| 2.2 การดูแล/สนับสนุนจากภาคีเครือข่าย      | 4.4        | 0.70        | สูง        |
| 2.3 การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ/อื่นๆ | 4.1        | 0.90        | สูง        |
| <b>เฉลี่ย</b>                             | <b>4.1</b> | <b>0.90</b> | <b>สูง</b> |

3. การวางแผนและการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

จากผลการศึกษาระยะที่ 1 ทีมวิจัยได้สรุปประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพ ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพ 2) การสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้มีส่วนร่วม ซึ่งมีความเฉลี่ยต่ำกว่าทุกด้าน 3) ความต้องการฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพให้กลับมาใช้ชีวิต มีพลังในการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน และ 4) ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่มีต่อ อสม. ในการเป็นที่ปรึกษาและการดูแลเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การออกแบบปฏิบัติการ (Interventions)

แผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1) แผนการเสริมพลังทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรม “อยู่อย่างมีพลังและยังประโยชน์ต่อสังคม” “สมุนไพรใกล้บ้านใกล้ตัว” “กินอยู่อย่างไรให้แข็งแรง” และ “ยึดเหยียดสมวัย” และ 2) แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล

4. การประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและสรุปผลการศึกษา ภายหลังจากปฏิบัติการ พบว่า

1) ผลการเสริมพลังทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การพึ่งพากันในระบบเครือข่ายและทุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.00$ )

2) ผลการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล พบว่า ในภาพรวมศักยภาพของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.67$ ) แต่มีบางประเด็นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ทักษะการป้องกันการล้ม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการปฏิบัติการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินก่อนและหลังปฏิบัติการ

| รายด้าน                     | ก่อนก่อนปฏิบัติการ |      | หลังหลังปฏิบัติการ |      | t     | sig |
|-----------------------------|--------------------|------|--------------------|------|-------|-----|
|                             | $\bar{X}$          | S.D. | $\bar{X}$          | S.D. |       |     |
| 1. การส่งเสริมให้มีส่วนร่วม | 3.60               | 0.90 | 4.20               | 0.80 | 4.63* | .00 |
| 2. การพัฒนาศักยภาพการดูแล   | 4.40               | 0.70 | 4.50               | 0.90 | 1.43  | .67 |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาที่ชี้ว่า ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน/สังคม

ดังนั้น รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่เหมาะสม คือ การสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยการประยุกต์ใช้ทุนทางสังคม ได้แก่ ทุนคน วัฒนธรรมประเพณี ระบบเครือข่าย เพื่อนบ้าน การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

## อภิปรายผลการวิจัย

1. ประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีปัญหาสุขภาพ และปัญหาด้านอื่นๆ ต้องการความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ จีราพร ทองดี (2557) ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และอนันฐมา ปิ่นแก้ว (2557) ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายสูง



2. ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ แนวคิดของ Cohen, Gottlieb & Underwood (2000) House (2001) Hynek Jeábek (2010) Boltz, Capezuti, Fulmer and Zwicker (2012) ที่ระบุถึงความเชื่อมโยงระหว่างการดูแลโดยบุคคลในครอบครัวที่กับสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พยาม การดี และคณะ (2559) ที่ชี้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุเผชิญความเครียด การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมได้

3. ความเหมาะสมของโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

โปรแกรมนี้เหมาะสมกับการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ แต่ไม่เหมาะสมกับการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล เพราะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ Hunt (2015) ที่ระบุว่าการทำงานบนฐานชุมชนต้องคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรมครอบครัวและชุมชน แต่สำหรับในกลุ่มผู้ดูแล พบว่าไม่เปลี่ยนแปลงซึ่งไม่สอดคล้องกับงานของ สุภาพร แนวบุตร (2558) ที่ระบุว่าเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลและช่วยให้เกิดการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง มีแรงจูงใจที่จะดูแลผู้อื่นและตนเองมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากในบริบทของพื้นที่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารได้ดี จึงมีศักยภาพค่อนข้างสูงเป็นทุนเดิม

3. ผลการปฏิบัติการ พบว่าการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดของ House (2001) ซึ่งระบุว่าสนับสนุนทางสังคมอาจเกิดจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดหรือเจ็บป่วยได้ เช่นเดียวกันกับงานของ ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล (2557) ซึ่งชี้ว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุต้อง ได้แก่การจัดให้เข้ากิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน หรือจัดให้มีผู้ดูแลโดยผู้ที่มีความรู้ และมีทักษะในการดูแล

4. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการส่งเสริมการสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยใช้แนวคิดทุนทางสังคม ชุมชนเป็นฐาน และการอาศัยกัน ในระบบเครือข่ายดินน้ามีความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ถัดดา คำการเลิศ (2555) และนพรัตน์ วิชระจรกุล (2555) ที่ระบุว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต้องส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงการพึ่งพากันของระบบเครือข่าย เช่นเดียวกัน จงจิตต์ ฤทธิรงค์ (2556) ที่กล่าวถึงการดูแล

โดยเครือข่ายที่มีความสำคัญ รวมถึงจินตนา อาจสันทียะ และพรนภา คำพราว (2557) ซึ่งเสนอว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ควรมีการดูแลที่บ้านและโดยชุมชน

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังทางสังคมเพิ่มขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือผู้สูงอายุรายอื่นได้ โดยใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน ควรมีการออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบเป็นองค์รวม และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน รวมถึงการใช้แนวคิดทุนทางสังคม โดยเฉพาะทุนทางวัฒนธรรม ความกตัญญู ความเป็นเครือญาติ ยังคงเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนากลไกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จึงควรส่งเสริมให้นำมาประยุกต์ใช้ให้มากขึ้น

2. องค์กรภาคีต่างๆ ควรมีการบูรณาการการทำงานและส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากข้อจำกัดผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ จึงควรวิจัยหารูปแบบในการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรวมถึงการใช้วิถีชีวิตใหม่ในการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส

2. ผลการวิจัยชี้ว่าศักยภาพของผู้ดูแลไม่เปลี่ยนแปลง จึงควรพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมอื่นๆ ที่มีเหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้ดูแลต่อไป



## เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552*. สืบค้นเมื่อ ธันวาคม 2559. จาก [http://www.dop.go.th/main/law\\_list.php?id=28](http://www.dop.go.th/main/law_list.php?id=28).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย พ.ศ.2559*. สืบค้นเมื่อ กรกฎาคม 2559. จาก [http://www.info.dmh.go.th/ilaw/files/mophplan\\_2559\\_final\\_0.pdf](http://www.info.dmh.go.th/ilaw/files/mophplan_2559_final_0.pdf).
- จินตนา อาจสันเทียะ และ พรนภา คำพราว. (2557, กันยายน-ธันวาคม). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 123-127.
- จีราพร ทองดี, ดารารวรรณ รองเมือง และ ฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2557). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 88-99.
- จงจิตต์ ฤทธิรงค์. (2556). *เครือข่ายญาติของผู้สูงอายุไทยในชนบท กรณีศึกษาอำเภอนางรองจังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพรัตน์ วัชรจรกุล. (2555). *การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน*. ในการดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในชุมชน. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (บก). นครปฐม : ที คิว พี.
- พระมหาอุดร สุทธิญาโณ. (เกตุทอง). (2556). *ศึกษาสุขภาพแบบองค์รวมวิถีพุทธในพระไตรปิฎก*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พยาม การดี พรรณพิมล สุขวงษ์ และดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1), 40-51.
- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และอนันต์ธมา ปิ่นแก้ว. (2558, กรกฎาคม-ธันวาคม). ความสำคัญของเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน. *The Public Health Journal of Burapha University*, 10(2); 109-116.
- ยุทธนา พูนพานิช และ แสงนภา อุทัยแสงไพศาล. (2557, มีนาคม-เมษายน). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(2); 226-238.
- สรินทร์ เกรย์ และสาลินี เทพสุวรรณ. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ. *สงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*. 20(1), 203-228.
- ลัดดา ดำริการเลิศ. (2555). สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. ใน *สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (บก). การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ*. นครปฐม : ที คิว พี.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ : มิสเตอร์ ก๊อปปี.
- สุภาพร เนบุตร. (2558, ตุลาคม-ธันวาคม). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(4); 30-40.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564*. สืบค้นเมื่อ ตุลาคม 2559, จาก <http://www.nesdb.go.th/download/plan12>.
- Andriani, L. (2013). *Social Capital: A Road Map of Theoretical Frameworks and Empirical Limitations*. Retrieved December 2016, from <http://www.bbk.ac.uk/management/docs/workingpapers/WP1.pdf>.
- Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T. & Zwicker, D. (2012). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (4<sup>th</sup> ed.). New York : Springer.
- House, J.S. (2001). Social isolation kills, but how and why. *Psychosomatic Medicine*, 63, 273-274.
- Hunt, R. (2015). *Community-based Nursing* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Hynek, J. (2010). *Social Capital Theory: Germany*. Retrieved July 2016, from <http://14.139.206.50:8080 /jspui/bitstream/1/2391/1/Theory.pdf>.



- Kandee, P., Sukwong, P., & Wiangkham. D. (2016). Perceived social support of community-dwelling rural elderly in northern Thailand. *J Mental Health Thailand*, 24(1), 40-51.
- Putnam. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York : Touchstone Rockefeller Center.
- World Health Organization (WHO). (2015). *Fact sheet of active aging: A policy framework*. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on aging. Madrid, Spain.

## Translated Thai References

- Aatsanthia, J. & Khamphrow, P. (2014). The model of care for the older adults in community. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 123-127. [In Thai]
- Department of Older Persons (DOP). (2016). *The 2nd National Plan on the Elderly 2002-2021*. Retrieved December 2016, from [http://www.dop.go.th/main/law\\_list.php?id=28](http://www.dop.go.th/main/law_list.php?id=28). [In Thai]
- Dumrikarnlert, L. (2013). Situation and need of caring the elderly in community. In S. Srivanichakorn (Ed.), *Integrated care for the elderly in community*. Nakhon Pathom : T.Q.P. [In Thai]
- Gray, R., & Thepsuwan, S. (2014). Factors affecting stress of those giving care for older persons. *Songklanakarinn Journal of Social Sciences and Humanities*, 20(1), 203-228. [In Thai]
- Kandee, P., Sukwong, P., & Pinkaew, A. (2015). Perception of social support of the elderly in the Upper North rural areas. *Journal of Mental Health of Thailand*, 24(1), 40-51. [In Thai]
- Nebutr, S. (2015). Effects of empowerment program on self-care ability of a caregiver in family. *Journal of Nursing and Education*, 8(4), 30-40. [In Thai]
- Office of the National Economics and Social Development Board. (2016). *The 12<sup>th</sup> National Economics and Social Development Plan B.E. 2560-2564. (A.D. 2017-2021)*. Retrieved Oct 2016, from <http://www.nesdb.go.th/download/plan12>. [In Thai]
- Phoonphanich, Y. & Uthaisaengphaisan, S. (2014). The model for promoting health care by community for aging society accommodation. *Journal of Health Science*, 23(2), 226-238. [In Thai]
- Phongsangphan, P., & Pinkaew, A. (2015). The importance of networks for supporting older people in community. *The Public Health Journal of Burapha University*, 10(2), 109-116. [In Thai]
- Phramaha Udon Suddhiyanon (Ketthong). (2013). *A study of holistic health in Buddhist way found in Tipitaka* (Unpublished doctoral dissertation). Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Bangkok, Thailand. [In Thai]
- Ritthirong, J. (2013). *Kinship networks of the Thai elderly In a rural area : A case study of Nang Rong district, Buriram province* (Unpublished doctoral dissertation). Mahidol University, Bangkok, Thailand. [In Thai]
- Sombat, L. (2006). *The project on family's care for older persons today*. Bangkok : Mr. Copy. [In Thai]
- The Ministry of Public Health. (2016). *1<sup>st</sup> Strategy of Ministry of Public Health: Health Development by Age Group*. Retrieved July 2016, from [http://www.info.dmh.go.th/mophplan\\_2559\\_final](http://www.info.dmh.go.th/mophplan_2559_final). [In Thai]
- Thongdee, J. Rongmueang, D. & Naakchattree, C. (2014). Health status and quality of life among the elderly in the southern border provinces of Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 22(3), 88-99. [In Thai]
- Watcharakhajonkul, N. (2012). Integrated care for the elderly in community. In S. Suppattra Srivanichakorn (Ed.), *integrated care for the elderly in community*. Nakhon Pathom : T.Q.P. [In Thai]