

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นอิสระ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้และมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต เป็นเป้าหมายที่สำคัญยิ่งกว่าการมีอายุยืนยาว องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวคิดภาวะพลพลัง (active ageing) ที่แสดงถึงภาวะสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายของภาวะหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) การมีสุขภาพที่ดี (Healthy) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ 3) ความมั่นคงปลอดภัยหรือการมีหลักประกัน (Security) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข รู้สึกมีคุณค่า พึ่งพาตนเองได้ ทำประโยชน์แก่ ครอบครัวและชุมชนได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดนี้แก่ประเทศต่างๆ ทั่วโลก เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาประชากรผู้สูงอายุ (World Health Organization 2002) เป้าหมายการจัดการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดดังกล่าว คือ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันภาวะทุพพลภาพ (prevent disability) และการส่งเสริมความเป็นอิสระให้มากที่สุด (enhance independence) การจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีจุดเน้นที่เฉพาะในแต่ละกลุ่มเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบคลุมความเป็นองค์รวม บูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ซึ่งต้องพิจารณามิติความสามารถในการทำหน้าที่ และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ร่วมกับโรคและความเจ็บป่วยที่มีอยู่ด้วยเสมอ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553) ปัญหาหลักของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพ การถูกลดบทบาททางสังคม ลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถูกมองว่าเป็นวัยพึ่งพิง และเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการกลายเป็นผู้รับบริการ ปัญหาความต้องการสวัสดิการจากรัฐ การแบกรับภาระด้านการรักษาพยาบาล การขาดพื้นที่ทางสังคมของผู้สูงอายุจะทวีสูงขึ้นเป็นลำดับในอนาคต (พรชัย ตระกูล วรานนท์ และคณะ 2555) การพึ่งพาตนเองอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุนั้นใหม่ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการใช้ความสามารถร่วมกับการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างทางสังคม ภายใต้การโต้เถียงเชิงคุณค่าระหว่างค่านิยมทางสังคมและคุณค่าของผู้สูงอายุนั้นใหม่ (มนตรี ประเสริฐรุ่งเรือง 2558) การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันมีหลายแนวคิด เช่น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การดูแลต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแล

แบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ 2552) ด้านการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แม้ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และศาสนาที่จะช่วยแบ่งเบาภาระที่เกินความสามารถของครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังมีความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากครอบครัวโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (เล็ก สมบัติ 2550) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาด้านผู้สูงอายุในอนาคตจึงต้องเปลี่ยนจากการมองผู้สูงอายุว่าเป็นเพียงผู้รับประโยชน์ทางสังคม ไปให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลับมามีบทบาทในฐานะผู้กระทำการพึ่งพาตนเอง สร้างประโยชน์ในฐานะทรัพยากรสำคัญทางสังคม (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 2555) การส่งเสริมความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุ เป็นการตระหนักถึงศักยภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความเป็นอยู่ การมีส่วนร่วมในสังคม ไม่เป็นเพียงการใช้งานทางร่างกายหรือมีส่วนร่วมในการใช้กำลังแรงงานเท่านั้น แต่รวมถึงบริบทในฐานะของเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้านและสมาชิกครอบครัว การพึ่งพาซึ่งกันและกัน เมื่อผู้สูงอายุสามารถพึ่งพิงตนเองได้ ช่วยให้ง่ายต่อการเป็นอิสระในการใช้ชีวิตและมีอิสรภาพในการกำหนดวิถีชีวิตในแบบของตนเองได้ (World Health Organization 2014)

การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ให้ผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมในการให้/รับข้อมูลข่าวสาร หรือรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ร่วมคิด วางแผน หารูปแบบ แนวทางวิธีการ/กิจกรรม ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตาม ในการดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยหลักการสร้างการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การรับฟังความคิดเห็น 3) การเกี่ยวข้อง 4) ความร่วมมือ และการเสริมอำนาจแก่ประชาชน ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย ต้องเกิดจากจิตใจที่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลต่อความต้องการของกลุ่มคนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของชุมชน โดยคำนึงถึงวิถีชีวิต ค่านิยม ประเพณี ทัศนคติของบุคคล เพื่อให้เกิดความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากความแตกต่างกันในลักษณะส่วนบุคคล เศรษฐกิจ และการได้รับข้อมูล (กองสุศึกษา 2556)

ปัจจุบันโครงสร้างอายุประชากรโลกกำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากอัตราเกิดของประชากรทั่วโลกลดต่ำลง ขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น การสูงวัยของประชากรย่อมมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ ใน พ.ศ. 2558 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือประชากรผู้สูงอายุประมาณ 901 ล้านคน หรือร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั้งโลกได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกได้ว่าเป็น “สังคมสูงวัย” แล้ว อย่างไรก็ตาม ในแต่ละภูมิภาคมีระดับการสูงวัยของประชากร

ไม่เท่ากัน ทวีปยุโรปมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงสุด ขณะที่ทวีปแอฟริกา มีสัดส่วนต่ำสุด ทวีปเอเชียมีประชากรราวหนึ่งในสามของประชากรโลก มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 508 ล้านคน หรือร้อยละ 56 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีประชากร 65.1 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 11 ล้านคน หรือร้อยละ 16.89 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 คือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 10 และมีอัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก คือ สูงกว่าร้อยละ 4.00 ต่อปี ขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นเพียงอัตราร้อยละ 0.50 ต่อปี เท่านั้น คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ กล่าวว่า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ใน พ.ศ. 2564 คือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของประชากรไทย และจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ใน พ.ศ. 2574 คือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุ สูงถึงร้อยละ 28 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2559) ปัญหาที่ตามมาจากการมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น คือ ปัญหาภาระพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ (Social dependency) ซึ่งเกิดจากประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกด้าน (ระวี สัจจโสภณ 2556) เมื่อผนวกกับสถานการณ์การอยู่อาศัยในครัวเรือนของผู้สูงอายุไทย พบว่า สถานการณ์ที่จัดว่าเป็นความเสี่ยงทางสังคมต่อผู้สูงอายุ คือ การที่ต้องอยู่คนเดียวและอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา พบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น มีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลจากการสำมะโนประชากร พ.ศ. 2513 มีกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 4.00 อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ร้อยละ 5.00 ทั้งสองกลุ่มนี้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามลำดับ จนถึง พ.ศ. 2557 จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พบว่า มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 7.90 และ 17.60 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มความต้องการผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2559) ด้านข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) ด้วยตนเองได้ตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไป หรือไม่สามารถกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระอย่างหนึ่งอย่างใดได้ มีแนวโน้มความชุกเพิ่มขึ้น จากรายงานการสำรวจร่างกายประชาชนไทย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2) พบความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.50 พบในเพศชาย ร้อยละ 12.70 และเพศหญิง ร้อยละ 17.80 (วิชัย เอกพลากร (บก.) 2553) และจากรายงานการสำรวจ ครั้งที่ 5 (2556-7) เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20.70 พบในเพศชาย ร้อยละ 16.60 และเพศหญิง ร้อยละ 24.10 และพบว่าความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น จากการสำรวจ ครั้งที่ 5 พบว่าความชุกเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 16.0 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.90 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และเป็นร้อยละ 31.20 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีแนวโน้มเช่นเดียวกันกับการสำรวจ ครั้งที่ 4 (วิชัย เอกพลากร (บก.) 2559)

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม จำเป็นต้องเข้าใจลักษณะของผู้สูงอายุ และตระหนักในเป้าหมายของการบริการผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม จะช่วยให้สามารถจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี (well elder) 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และ 3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553) การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไปและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน (ชญาธิศ เขียวสด 2554) การศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค (เพ็ญจันทร์ ลิทธิปริชาญ 2555) การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย 2557) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและความสามารถผู้สูงอายุในชุมชน (รัชฎา พงธณกิจ 2558) การศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุโขทัย (สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสน่ห์ แสงเงิน 2559) โดยส่วนใหญ่จะศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง เช่น ศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ 2557) ขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม ยังมีน้อย และจากสถานการณ์ปัจจุบันที่สัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ขณะที่สัดส่วนกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมักถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังหรือต้องดูแลกันเองมากขึ้น เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในช่วงระยะเวลาที่เร็วขึ้น ขาดผู้ดูแลมากขึ้น ในอนาคต ดังนั้นถ้าหากมีการดำเนินการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนได้มากขึ้น มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตมากขึ้น จนถึงบั้นปลายของชีวิต เหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพิงตนเองได้อย่างมีคุณภาพ และลดระยะเวลาของการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคตต่อไป

พ.ศ. 2559 จังหวัดร้อยเอ็ดมีประชากรทั้งหมด 990,259 คน มีผู้สูงอายุ 185,644 คน หรือ ร้อยละ 18.74 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การเป็นสังคมผู้สูงอายุ และใกล้เข้าสู่การเป็นสังคมอายุอย่างสมบูรณ์ จากข้อมูลผลการดำเนินการสำรวจข้อมูลภาวะพึ่งพิงจากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 165,648 คน หรือ ร้อยละ 89.23 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมากที่สุด คือ ร้อยละ

97.10 รองลงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.40 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.50 ตามลำดับ พ.ศ. 2559 อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 18.62 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีถึงร้อยละ 98.07 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 2559) ขณะที่การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งมีการดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย หน่วยงานอื่นที่มีความสำคัญในการดำเนินงานดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการจัดการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ การจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมีการดำเนินงานดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care) แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ด้านการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ในปัจจุบันเริ่มมีการจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการจัดให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน การให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในบางพื้นที่แต่ยังเป็นส่วนน้อย การดำเนินงานไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ขาดการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมยังมีส่วนร่วมน้อย และยังไม่พบมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ ผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตามแนวคิดภาวะพลพลัง ซึ่งมีปัจจัยที่ศึกษา 3 ประการ คือ 1) การมีสุขภาพที่ดี (Healthy) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ 3) การมีหลักประกันการดำเนินชีวิต (Security) เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เกิดการบูรณาการงานร่วมกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย เพื่อเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นอิสระ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ และมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต ลดระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในอนาคต

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2.2 เพื่อศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2.3 เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

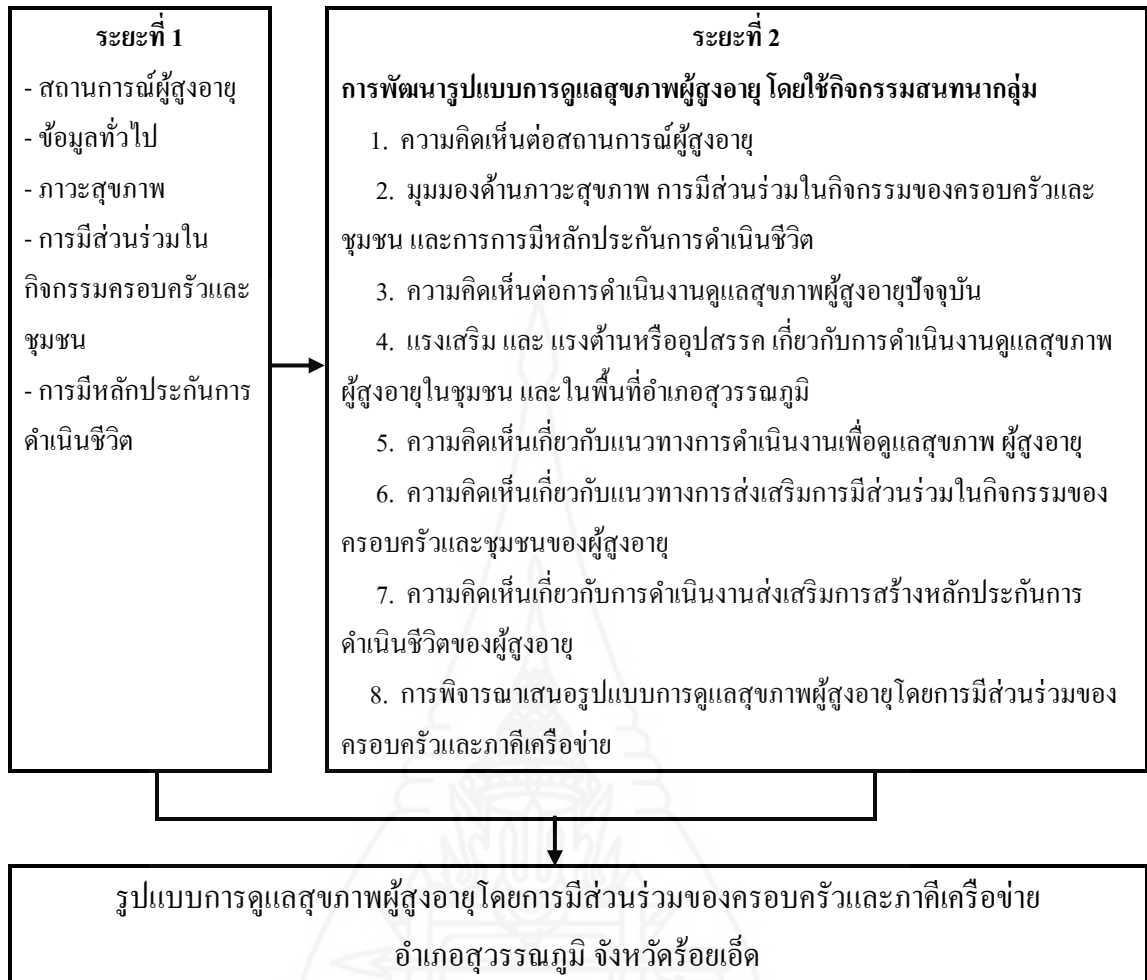
การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์และกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

3.1 สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ประกอบด้วย สถานการณ์ผู้สูงอายุในอำเภอสุวรรณภูมิ การดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

3.2 เป้าหมายของการพัฒนารูปแบบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World health organization 2002) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ การมีสุขภาพดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต

3.3 ออกแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตการวิจัย

4.1 ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก ผสมผสานกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและครอบครัว อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้กิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิต

4.2 ขอบเขตประชากร แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ และข้อมูลทั่วไปกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว และชุมชน และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต

1.1 ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หรือเรียกว่ากลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มดีสังคม จากการประเมินของบุคลากรสาธารณสุขหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 18 แห่ง ในงบประมาณ 2559 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทั้งที่มีและไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งหมด 12,438 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากร เพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จำนวน 410 คน โดยแบ่งโควตาตามสัดส่วนจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ จำนวน 18 แห่ง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแทนเข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ตัวแทนสมาชิกครอบครัว 10 คน ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข 10 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 5 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข 7 คน และตัวแทน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 8 เลือกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม แบ่งตามกลุ่มที่เป็นตัวแทน จำนวน 3 กลุ่ม และนำกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมารวมกันแล้วแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน

4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

4.3.1 ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูลทั่วไป เดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2561

4.3.2 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ สรุปรวบรวม ปรับปรุงแก้ไข และนำเสนอผลการพัฒนารูปแบบ เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2561

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 ตำแหน่ง/บทบาททางสังคมในปัจจุบัน หมายถึง ตำแหน่งทางสังคมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้รับและมีบทบาทร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามบทบาทที่ได้รับจนถึงวันสัมภาษณ์ เช่น เป็นสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สมาชิกสภาเทศบาล (สท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน คณะกรรมการวัด ผู้นำทางศาสนา ผู้นำทางพิธีกรรม พิธีกรในงานต่างๆ เป็นต้น

5.2 แหล่งข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ได้รับ หมายถึง ช่องทางหรือแหล่งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ผู้นำชุมชน นักการเมืองท้องถิ่น บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สมาชิกในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอื่นๆ

5.3 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว หมายถึง รายได้ที่ได้รับประจำของสมาชิกในครอบครัว เช่น เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ เงินจากการประกอบอาชีพ เงินเดือนของสมาชิกในครอบครัว เงินที่ได้รับจากบุตรหลานที่ส่งมาให้ประจำ นำมารวมกันเฉลี่ยต่อเดือน

5.4 ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายครอบครัว หมายถึง รายได้ประจำของครอบครัวที่ได้รับเทียบกับรายจ่ายที่จำเป็นและเป็นรายจ่ายประจำของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น เพียงพอและเหลือเก็บ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ และไม่เพียงพอ

5.5 การออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน ที่เกิดจากความตั้งใจปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ เช่น การเดินเร็ว เดินแอโรบิก วิ่ง ว่ายน้ำพลอง เป็นต้น

5.6 การผ่อนคลายความเครียด หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียด ไม่พอใจ โกรธ เช่น การทำสมาธิ ดูหนัง ฟังเพลง พูดคุยกับเพื่อนบ้าน หางานอดิเรกทำ ฟังธรรมะ เป็นต้น

5.7 ความต้องการช่วยเหลือ หมายถึง ความต้องการได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกครอบครัว องค์กร ญาติเครือญาติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

5.8 ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาวะที่เกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยง ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพเกี่ยวกับน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด การเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการนอนหลับ ภาวะทางอารมณ์ จากการประเมินภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ความต้องการช่วยเหลือด้านภาวะสุขภาพ

5.9 ภาวะสุขภาพทางจิต หมายถึง ภาวะที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทำให้มีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิด ทำให้เกิดภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า การหลีกเลี่ยงและแก้ไขภาวะที่กระทบต่อจิตใจ ของกลุ่มตัวอย่าง

5.10 การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในปัจจุบัน

5.11 การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัว และชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลจากการปฏิบัติ

5.12 การมีหลักประกันการดำเนินชีวิต หมายถึง การมีเงินเก็บสำรองไว้ใช้จ่ายเมื่อยามเจ็บป่วย หรือเมื่อไม่สามารถทำงานหารายได้ การมีสิทธิรักษาพยาบาล การทำประกันชีวิต ประกันการเจ็บป่วย การมีสิ่งสนับสนุน/ช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงปลอดภัย การมีบุตรหลานคอยช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย และความต้องการด้านหลักประกันในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

5.13 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง แนวทางการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบที่สามารถนำไปศึกษา และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นแนวทางเดียวกันเป็นระบบ และสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และมีหลักประกันความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 มีการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปเผยแพร่/ดำเนินการและพัฒนาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

6.2 ครอบครัวและภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญและมีการบูรณาการความร่วมมือให้การสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

6.3 ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ ได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมีคุณภาพ เป็นผู้สูงอายุที่มีพลังหรือมีภาวะพหุพลัง