

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ตามแนวคิดภาวะพลวัต โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอสุวรรณภูมิ และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี 2) เพื่อศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี และ 3) เพื่อออกแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษา 2 ระยะ คือ 1) ระยะสำรวจข้อมูลโดยการศึกษามูลเหตุภูมิและการสัมภาษณ์ และ 2) ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย โดยใช้กิจกรรมการสนทนากลุ่ม สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ อำเภอสุวรรณภูมิ พ.ศ. 2561 จากรายงานมาตรฐานกลางกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด ร้อยละ 20.54 อัตราเพิ่มของผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.08 ขณะที่อัตราเพิ่มประชากรโดยรวม ร้อยละ 1.29 พ.ศ. 2559-61 พบกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะข้อเข่าเสื่อม และเสี่ยงต่อการหกล้ม อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้านการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากแผนงาน/โครงการของหน่วยบริการสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ พบว่า หน่วยงานหลักที่มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งดำเนินกิจกรรมด้านการคัดกรองภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และให้บริการตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วย แต่ยังไม่สามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทุกด้านเนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกพื้นที่ มีการจัดกิจกรรมตามประเพณีและวัฒนธรรม การจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านจิตใจ เช่น การจัดกิจกรรมธรรมะสำหรับผู้สูงอายุ เข้าวัดปฏิบัติธรรม กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ แต่ยังไม่ได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ด้านการมีส่วนร่วม

ของครอบครัวและภาคีเครือข่าย พบว่า ลักษณะของกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่จัดในพื้นที่ขาดการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย เช่น ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว กลุ่ม/องค์กรต่างๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น การดำเนินงานเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน มีกิจกรรมที่ซ้ำซ้อนกันในเรื่อง และระบบข้อมูลยังไม่ตรงกันในแต่ละหน่วยงาน

1.2 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.39 อายุเฉลี่ย 71.43 ปี (S.D. = 7.954) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 47.31 รองลงมาเป็นวัยกลาง (70-79) ร้อยละ 36.58 มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.61) รองลงมาเป็นสถานภาพ หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 41.22 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 89.75) ไม่มีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม (ร้อยละ 77.31) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกไม่เกิน 4 คน (ร้อยละ 60) ในจำนวนสมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,594 คน พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 39.15) รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 38.46 พบผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง ร้อยละ 7.07 และอาศัยอยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเท่านั้น ร้อยละ 11.71 สมาชิกครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 51.95 ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 35.61 แหล่งข้อมูลที่ได้รับมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 23.90 รองลงมา คือ โทรทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และวิทยุ (ร้อยละ 15.37, 12.44 และ 7.80 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท (ร้อยละ 73.90) ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 37.07) รองลงมาคือ มีเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 32.93 ขณะที่พบมีไม่เพียงพอสูงถึงร้อยละ 30.00

1.3 ข้อมูลภาวะสุขภาพ แบ่งเป็นภาวะสุขภาพทางกาย และภาวะสุขภาพทางจิต

1.3.1 ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน ร้อยละ 20.00 น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 18.53 และมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 17.56 พบเพศชายมีเส้นรอบเอวเกิน 90 เซนติเมตร ร้อยละ 6.96 ขณะที่เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตร สูงถึงร้อยละ 38.12 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 39.76 โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.10 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.15 และป่วยมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 5.37 ปัญหาสุขภาพรายด้าน พบมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย/การเคลื่อนไหวที่มากที่สุด (ร้อยละ 50.00) รองลงมา คือ การมองเห็น ร้อยละ 38.78 การนอนหลับพักผ่อน ร้อยละ 26.09 การรับประทานอาหาร ร้อยละ 25.61 และการขับถ่าย ร้อยละ 22.68 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่เคยสูบบุหรี่ และไม่เคื่อดื่มสุรา (ร้อยละ 76.83, 77.3 และ 69.83 ตามลำดับ) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.49 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 40.00

1.3.2 ด้านภาวะสุขภาพทางจิต พบว่า เคยมีภาวะเครียดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 24.15 วิธีการจัดการความเครียดที่นำมาใช้มากที่สุด คือ การพูดคุยกับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ไปพบเพื่อน ร้อยละ 21.71 รองลงมา คือ นั่งเล่น นอนเล่น เดินเล่น ออกกำลังกาย ร้อยละ 15.61 ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ร้องเพลง ฟังวิทยุ ร้อยละ 11.46 ทำสมาธิ ตั้งสติ ปล่อยวาง คิดบวก มองคนรอบข้าง ร้อยละ 11.46 ส่วนใหญ่สามารถจัดการความเครียดได้ดี (ร้อยละ 93.17) ผลการประเมินภาวะเครียด โดยใช้แบบประเมิน ST5 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะเครียดน้อย ร้อยละ 72.68 รองลงมา คือ ปานกลาง ร้อยละ 19.75 และมากที่สุด ร้อยละ 4.39 ตามลำดับ การประเมินภาวะซึมเศร้า 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต พบว่า มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (ตอบว่า มี 6 ข้อขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 20.73 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทางจิต/อารมณ์ของตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับ ดี ร้อยละ 43.17 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.7 และ เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือด้านภาวะสุขภาพ (ร้อยละ 46.83)

1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 79.27) มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.34) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.79) ต้องการช่วยเหลือด้านการมีส่วนร่วม ร้อยละ 45.85

1.5 การมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีเงินเก็บสำรองค่าใช้จ่าย ในการดูแลสุขภาพในอนาคต แต่อาจไม่เพียงพอ (ร้อยละ 53.2) รองลงมาคือ มีและเพียงพอ ร้อยละ 35.1 ทำประกันชีวิต/แผนกึ่งสงเคราะห์ ร้อยละ 84.15 ไม่มีการทำประกันการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 83.17 เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 97.56 มีผู้ดูแลนำส่งหน่วยบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 81.2 ส่วนใหญ่มีและใช้โทรศัพท์สื่อสาร (ร้อยละ 66.83) ไม่รู้จักหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน ทางการแพทย์ (1669) ร้อยละ 46.59 บ้านเรือนส่วนใหญ่มีความมั่นคงแข็งแรง (ร้อยละ 84.39) ส่วนใหญ่ มีการจัดสภาพแวดล้อมบ้านเรือนให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกปลอดภัย เพียงพอ ร้อยละ 59.51 ไม่มีและมีแต่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 40.49 มีสมาชิกครอบครัว/บุตรหลานคอยช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย/ดูแลตนเองไม่ได้ในอนาคต ร้อยละ 95.12 ระดับการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ มาก (ร้อยละ 51.95) ต้องการความช่วยเหลือด้านการมีหลักประกันความมั่นคงปลอดภัย ในชีวิต (ร้อยละ 47.56)

1.6 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จากกระบวนการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม สรุปเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุโดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ภาคีเครือข่าย และสมาชิกครอบครัว มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ใช้ฐานข้อมูลเดียวกันในการดำเนินงาน

ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 2) หน่วยบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานหลักในการรวบรวมข้อมูล นำเสนอข้อมูลต่อภาคีเครือข่าย และชุมชน ตามช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยประสานการทำงานกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ 3) สมาชิกครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมเข้าไปมีส่วนร่วมจัดสำรวจขึ้นทะเบียน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุ 4) ภาคีเครือข่าย ร่วมพัฒนาระบบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล บูรณาการงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบของชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ และ 5) เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต

2. อภิปรายผล

จากโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มีอัตราเพิ่มอย่างรวดเร็ว และทำให้อำเภอสวรรคภูมิกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2561 จากรายงานมาตรฐานกลาง กระทรวงสาธารณสุข พบมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.54 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ใน พ.ศ. 2564 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2559) ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ความชุกการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อัตราป่วยตายด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2559- 61) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลของ ระวี สัจโสภณ (2556) ที่กล่าวว่า ปัญหาที่ตามมาจากการมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น คือ ปัญหาการพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ (Social dependency) ซึ่งเกิดจากประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกด้าน ซึ่งภาว่ดังกล่าว จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต ด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ยาวนานยิ่งขึ้น และลดระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

ด้านการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุปัจจุบันที่พบว่า หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ขณะที่หน่วยงานอื่น มีการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุโดยทั่วไป ทั้งการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง การสนับสนุนเบี้ยยังชีพ รวมถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การจัดกิจกรรมปฏิบัติธรรม กิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน กิจกรรมวันผู้สูงอายุ วันแม่แห่งชาติ การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ และเสนห์ แสงเงิน (2559) ที่พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ การดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว การดูแลสุขภาพของตนเอง และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ จัดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ขาดจำกัดด้านงบประมาณ และการขาดการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่นๆ เช่น การศึกษาตามอัธยาศัย พัฒนาชุมชน ที่มีการจัดฝึกอาชีพเสริมในชุมชนให้กับประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุในชุมชน แต่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนการทำอาชีพเสริมที่จัดฝึกอบรม และขาดความต่อเนื่องของกิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจากโครงการที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นโครงการที่กำหนดโดยหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินงานตามนโยบาย และงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน ขาดการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล และกำหนดกิจกรรมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

ด้านภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี พบว่า ปัญหาโรคเรื้อรังที่มีความชุกมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันในเลือดสูง ไตวาย เป็นต้น ปัญหาสุขภาพรายด้านที่พบคือ ปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย/การเคลื่อนไหวที่ ปัญหาการมองเห็น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร ปัญหาการขับถ่าย ส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ภาวะสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับดี จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัย เนื่องจากภาวะเสื่อมของร่างกายที่มีความเสื่อมลงไปตามอายุที่มากขึ้น และมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ขาดการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะมีปัญหาภาวะสุขภาพทางกาย ในช่วงเวลาที่เร็วขึ้น ดังที่ มลฤดี โพธิ์พิจารย์ (2558) กล่าวว่า ปัญหาด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาด้านสุขภาพจากการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียนทั้งโรคทางร่างกาย และทางสมอง ด้านภาวะสุขภาพทางจิตจากการประเมินภาวะเครียดโดยใช้แบบประเมิน ST5 และประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถาม 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเครียดหรือเครียดน้อย และภาวะซึมเศร้าน้อย (ร้อยละ 72.68 และ 79.27 ตามลำดับ) ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเครียดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 75.85) และส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพจิตของตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 43.17) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.68) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และส่วนใหญ่เป็น

ผู้สูงอายุวัยต้น ที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (อ้างถึงในสำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม 2556) กล่าวว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นหรือช่วงต้น (Young-old) คือ ผู้มีอายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มที่ถือว่ายังมีสภาวะร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี ยังสามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพัง ช่วยเหลือตนเองได้

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวระดับมากในทุกด้าน ทั้งร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมปฏิบัติ ส่วนการมีส่วนร่วมในชุมชนพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชนโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.79) รองลงมาคือ ระดับมาก (ร้อยละ 45.37) ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัว จำเป็นต้องทำงาน เพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว เป็นช่วงวัยที่บุตรหลานแยกตัวไปตั้งครอบครัวใหม่ หรือต้องไปทำงาน ทำให้ต้องรับภาระดูแลบ้านเรือนด้วยตนเอง ขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน กลับค่อยๆ ลดลง เนื่องจากบทบาททางสังคมที่น้อยลง ต้องรับภาระในการดูแลครอบครัว ตนเอง และหลาน จึงทำให้ไปร่วมกิจกรรมของชุมชนได้น้อยลงไป สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ของ จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย และวราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2558) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมน้อยลง ทำให้ถอยห่างไปจากสังคม สังคมไม่ให้ความสำคัญ คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือไม่มอบหน้าที่ให้รับผิดชอบ

ด้านการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 97.56) มีบุตรหลานคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในอนาคตร้อยละ 95.12) สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ (2555) พบว่า ระบบการเปลี่ยนแปลงจากการบริการเชิงรับ เป็นเชิงรุก ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วย หรือโรคเข้าหน้าที่สามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบ้านเรือนอยู่อาศัยคงทนแข็งแรง (ร้อยละ 84.39) มีการจัดสภาพแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกปลอดภัย ร้อยละ 59.51 ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุส่วนใหญ่จะมีบุตรหลานที่มีอาชีพ หน้าที่การงาน และมีเงินสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเรือนเพื่ออำนวยความสะดวกปลอดภัยให้กับผู้สูงอายุ แม้ไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน สอดคล้องกับ เล็ก สมบัติ (2550) กล่าวว่าครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แม้ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากปัจจัยภายนอก แต่ยังคงมีความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากครอบครัวโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากการสนทนากลุ่ม พบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน ฐานข้อมูลที่น่า

มาใช้มีความแตกต่างกัน กิจกรรมมีความซ้ำซ้อน ไม่ต่อเนื่อง ขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ครอบครัวและภาคีเครือข่าย ดังนั้น แนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงควรมีการพัฒนากระบวนการข้อมูลให้มีความถูกต้อง สอดคล้องกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ กำหนดรูปแบบการดำเนินงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อเป้าหมายของการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำเนินชีวิต รู้สึกมีคุณค่า สามารถพึ่งพาตนเองได้ ทำประโยชน์แก่ครอบครัวและชุมชนได้ ดังที่องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดแนวคิดให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพลังหรือมีภาวะพลพลัง ซึ่งประกอบด้วย การมีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันที่มั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ได้เสนอรูปแบบเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ดังนี้ 1) หน่วยบริการสุขภาพสำรวจขึ้นทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่าย เสนอข้อมูลแก่ชุมชนและภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบบริการเชิงรับและเชิงรุกให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ประสานการทำงานร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายทุกระดับ 2) ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมจัดสำรวจขึ้นทะเบียน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุ 3) ด้านภาคีเครือข่าย ร่วมพัฒนาระบบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล บูรณาการงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการดำเนินงานในรูปของชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ และ 4) เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ที่ยังไม่มีมีการนำไปทดลองนำไปใช้ในพื้นที่จริง จึงยังไม่สามารถเสนอได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะสามารถ ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้หรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอรูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้เพื่อนำไปทดลองใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแบบเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ โดยเน้นที่การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คือ การเน้นที่การบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานหรือภาคีเครือข่าย และการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การร่วมกำหนดกิจกรรม เหล่านี้จะทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องรับรู้ถึงความสำคัญของการดำเนินงาน ร่วม

เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน และร่วมพัฒนาระบบการทำงานในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

3.1 ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เป็นปัจจุบัน โดยการพัฒนาาร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้ฐานข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงกัน

3.2 ควรมีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ให้มีความชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อนกัน บุคลากรสามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้

3.3 การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านภาวะสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันการดำเนินชีวิต โดยความร่วมมือของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ซึ่งจะทำให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว และชุมชนได้ รู้สึกมีคุณค่าและมีความมั่นคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิตในอนาคต

3.4 การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ควรจัดในสถานที่ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้ง่าย เช่น จัดกิจกรรมในชุมชน การจัดบริการเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย ร่วมกำหนด และดำเนินกิจกรรม

3.5 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และสถานการณ์เกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการจัดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

3.6 ควรศึกษาการดำเนินงานทุกกลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อนำมาบูรณาการร่วมกัน กำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายให้ชัดเจน สอดคล้องกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

4. ข้อจำกัดการวิจัย

4.1 การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมของภาคีเครือข่ายที่ไม่สามารถเชิญให้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ทุกกลุ่ม

4.2 การศึกษาภาวะพลวัต เป็นมุมมองในภาพที่กว้าง ทำให้การขมวดประเด็นการศึกษาได้ยาก มีประเด็นที่ต้องศึกษามาก เครื่องมือค่อนข้างมาก ทำให้เป็นอุปสรรคในการจัดเก็บ

ข้อมูลเพื่อการศึกษา โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานในการจัดเก็บข้อมูล อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่าย

4.3 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมสนทนากลุ่มครั้งละ 1 กลุ่ม แบ่งกลุ่มตามประเภทของตัวแทนที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อให้สามารถร่วมแสดงความคิดเห็นได้ โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของความแตกต่างกันในบทบาทหน้าที่ แต่จากการดำเนินกิจกรรมก็ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มยังมีประเด็นการร่วมเสนอแนวคิดที่ไม่แตกต่างจากบริบทที่เป็นอยู่มากนัก

