

# พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี

Model Development Long Term Care for Elderly of Phetchaburi Province Community

ดร.เกษณี โคนกตาทอง<sup>1</sup> วิทยา มาโนช<sup>2</sup> จรรยา สืบหนู<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการวิจัยแบบบูรณาการประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ การประชุมเชิงปฏิบัติการและการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 273 คน พื้นที่ 1 ตำบล จังหวัดเพชรบุรี ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นระบบตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์สรุปผลการประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระยะเวลา ตุลาคม 2553 ถึง กันยายน 2554 ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน One – way ANOVA และ t-test

ผลการวิจัย 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เพศหญิง อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร/หลาน สามารถพึ่งตนเองและช่วยเหลือสังคมได้ (ร้อยละ 60.8, 38.5 และ 96.3) 2) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสถานะสุขภาพด้าน การดูแลสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกต่อภาวะผู้สูงอายุ ด้านสังคมวัฒนธรรมและการเมือง บริการสวัสดิการสังคม ความต้องการของผู้สูงอายุ การบริการจัดการด้านสุขภาพ และความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต หลังดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินงาน ( $p < 0.05$ ) 3) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีแผนการดูแลด้าน สุขภาพ ครอบครัวยุติธรรม เศรษฐกิจ สวัสดิการ และ สิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะ ควรให้มีกิจกรรมดังนี้ การถ่ายทอดวัฒนธรรมและประเพณี การปลูกฝังความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และความสะอาดให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี

<sup>1</sup>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

<sup>2</sup>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ

<sup>3</sup>นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

## Abstract

Model development long term care for elderly as an integrative research design. Include of the quantitative research, participatory workshops and meetings. The purpose are to develop long-term care for the elderly in community. The sample was 273 people in one tambon of Phetchaburi Province, using a systematic random sampling and proportion of the elderly population. The research conducted in October 2010 to September 2011. The research instruments included data from a survey by interviewing, summary of workshops and meetings were analyzed by percentage, mean, standard deviation, One-way ANOVA and t-test.

Research finding that 1)most of the elderly were female, living with spouses and children/grandchildren, self-reliant and helping others (60.8, 38.5 and 96.3 percent); 2)compared the differences between the health status are as follows:- health and the environment, feelings of aging, social, cultural and political life, social welfare services, needs of the elderly, health services management and demand for security in their lives showed after an average score higher than before implementation ( $p < 0.05$ ); 3) health project of the elderly are as follows:- health, family, social, economy, welfare and the environment.

Recommendations:- Should to transmission of culture and tradition, cultivating gratitude to the patron, improve the environment within home, and facilities for the elderly to join the activities.

**Keywords :** Model Development, Long-term health care in the community, Phetchaburi Province

## ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

จากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยเฉพาะสาขาการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ขณะที่อัตราการเกิดลดลง สัดส่วนของผู้สูงอายุจึงมากขึ้น สหประชาชาติ ให้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี เพิ่มขึ้น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น 14% การคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกปี 2568 หรืออีก 14 ปีข้างหน้าทั่วโลกจะมีผู้สูงอายุมากกว่า 800 ล้านคน 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ประชากรของไทยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2547 มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนมากกว่า 10% และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2567 โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่า 20% (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2554)

เมื่อล่วงสู่วัยชราผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาในเรื่องความเสี่ยงของร่างกายบางส่วนต้องกินยาเป็นประจำ และมีโรคประจำตัวที่พบบ่อย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2550 พบโรค 6 อันดับแรก คือโรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอัมพาตอัมพฤกษ์ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ และโรค มะเร็ง (เรวัต วิศรุตเวช, 2552) ทั้งผู้สูงอายุจะประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน คือ 1)ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 2)ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ 3) ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ 4) ภาวะพึ่งพิงด้านสังคมและจิตใจเนื่องจากผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงอาศัยลูกหลานมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวเดี่ยวครองตนเป็นโสดมากขึ้น และย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยเพื่อประกอบอาชีพ กอปรกับอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้นหรือได้รับการรักษาที่ยืดชีวิตให้อยู่ยาวนานขึ้นแต่กลับพ่วงความพิการมาด้วยจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูกทอดทิ้งง่ายขึ้น(มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย[มส.ผส.], 2551)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุ 3 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมเข้มแข็งของชุมชนและสังคมและยุทธศาสตร์การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและยั่งยืน พร้อมทั้ง กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ยุทธศาสตร์ ดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมในชุมชนนั้นๆ(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชน

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

## บททวนวรรณกรรม

ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย(ศูนย์ทนายความทั่วไทย,ม.ป.ป.) แบ่งผู้สูงอายุ ตามอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ อายุระหว่าง 60-69, 70-79 และ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป แบ่งตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และ แบ่งตามความมีโรค คือ ไม่มีโรคแข็งแรง และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง (กระทรวงสาธารณสุข, 2548, หน้า 25) การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ (Aging Process) เป็นขบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายเริ่มตั้งแต่อยู่ ในครรภ์ จนเติบโตเป็นทารกและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ในช่วงเวลาเหล่านี้ เซลล์จะเปลี่ยนแปลงในทาง เสริมสร้าง ทำให้เจริญเติบโต เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้ว จะมีผลการสลายของเซลล์มากกว่าสร้างทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านจิตใจ อารมณ์ และ ด้านสังคม (สุจิตรา ผลประไพ, 2538) ผู้สูงอายุมีความต้องการ ด้านร่างกาย ในเรื่องสุขภาพที่แข็งแรง มีผู้ช่วยเหลือดูแล อาหารถูกสุขลักษณะ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัย การตรวจสุขภาพ การพัก

ผ่อนและการออกกำลังกาย ด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปี พ.ศ. 2549 มีวัยแรงงาน 6.4 คน ช่วยอุปการะผู้สูงอายุ 1 คน ในอีก 30 ปีข้างหน้า จะมีคนวัยแรงงานช่วยดูแล 2 คน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและสัดส่วนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว คนโสดเพิ่มขึ้น การหย่าหรือแยกกันอยู่เพิ่มขึ้นและมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยลดลง มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลงนำไปสู่ความต้องการการดูแลระยะยาว (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2553)

## การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการประกาศกฎบัตรออกตาวาที่ประเทศแคนาดา ปี 1986 ได้บัญญัติว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” หรือ “Health Promotion” หมายถึง “ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม” บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถปกป้องและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ หลักการส่งเสริมสุขภาพมี 5 ประการ คือ (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ (2) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ(3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (4) การพัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (5) ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2553) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคมสุขภาพเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ที่ให้ความสำคัญของระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคมซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ดูแลนอกระบบ ทั้งครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ผู้ที่ต้องการการดูแล รวมถึงผู้ดูแลในระบบที่หมายถึงทั้งบุคลากรทางด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม ในสาย

วิชาชีพและผู้ช่วยตลอดจนผู้ดูแลดั้งเดิมและอาสาสมัคร ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ต้องการ (องค์การอนามัยโลก, 1999 อ้างถึงใน กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สถานการณื ที่เรียกว่า “สังคมผู้สูงอายุ” และเป็น “สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” ในประเทศอังกฤษ มีระบบบริการสุขภาพ 3 ระดับคือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มี GP (การปฏิบัติงานของแพทย์) และ district nurse รับผิดชอบ ให้การรักษาพยาบาลประชาชน (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ฟ่องพรรณ อรุณแสง, กัลยา พัฒนศรี, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และรัชมล คดีการ, 2545) สหรัฐอเมริกา มีระบบ บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นบริการดูแลที่มีความต่อเนื่อง (continuum of older adult care) มีระบบ primary care ที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกตรวจกับแพทย์ (GP) หรือพยาบาล (NP) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือโรงพยาบาล ตามประกันสุขภาพ การดูแลด้านการป้องกัน การตรวจรักษา การส่งต่อการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care) การดูแลระยะ เปลี่ยนผ่าน (transitional care/ hospital) การดูแลระยะ ยาว ในผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนถึงการดูแล ระยะสุดท้าย (hospice care or palliative care) มีสถาน บริการสุขภาพทั้งในสถาบัน สถานบริการดูแลต่อเนื่อง ที่ บ้าน และในชุมชน (home health care และ community-based care) (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ฟ่องพรรณ อรุณแสง และมารีสา ไกรฤกษ์, 2545) ประเทศสิงคโปร์ มี แผนการดำเนินงาน 4 ระดับ คือ ระดับบุคคล ทุกคน ต้องมีสุขภาพดี มั่นคง และมีส่วนร่วมในสังคม ระดับ ครอบครัว ต้องการให้ครอบครัวเข้มแข็ง สามารถดูแลผู้สูงอายุ ทั้งช่วยตนเองได้และดูแลตนเองไม่ได้ ระดับชุมชน ต้องการให้เกิดเครือข่ายที่เข้มแข็งในการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุ ระดับชาติ ต้องมีการวางแผนการ ดำเนินการร่วมกันอย่างดีในระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดย ต้องคำนึงถึงสถานะเศรษฐกิจและพื้นฐานทางด้านสังคม (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ, 2545) ประเทศญี่ปุ่น มี แผนการในปี ค.ศ. 1999 เพื่อตอบสนองความต้องการการ ดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ 2 แห่ง คือ in-home service และ institutional service เป้าหมายคือ ให้ คนกลุ่มนี้มีสุขภาพที่ดี และเมื่อมีการเจ็บป่วยให้ได้รับการ

แก้ไขที่ทันการณ์และมีการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดการพึ่งพา มากที่สุด เพิ่มจำนวนการดูแล ประเภท แหล่ง ศูนย์ผู้ดูแลตามบ้าน ศูนย์บริการพยาบาลเยี่ยมบ้านและพัฒนา ผู้ดูแลที่บ้านให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะที่เพียงพอด้วยวิธีการต่างๆ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ, 2545) ประเทศไทย มีรูปแบบบริการผู้สูงอายุด้านสุขภาพ และบริการด้านสังคม แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การดูแลในสถาบัน (Institutional Care) และการดูแล โดยชุมชน (Community care) (กระทรวงสาธารณสุข, 2553, หน้า 32-35)

## วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบ Integrative Research โดย การศึกษาปัจจัยต่างๆ จากกลุ่มตัวอย่าง ที่เก็บข้อมูล จากแบบสอบถามที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุนำข้อมูลมาใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมผู้เข้าประชุมเป็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุในตำบล จำนวน 52 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล กำนันตำบล ผู้ใหญ่ บ้าน อาจารย์โรงเรียน ประชาชนชาวบ้าน และผู้สูงอายุ นำ ผลการประชุม (แผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในตำบล) ไป ดำเนินงานตามแผน หลังจากนั้นติดตามการดำเนินงาน ตามแผน จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อยืนยันรูปแบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับแผนพร้อม สรุปรูปแผนการดำเนินงานส่วนแผนการดำเนินงานในส่วนผู้ สูงอายุได้จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชมรมผู้สูงอายุใน ตำบลและชมรมผู้สูงอายุในตำบลที่ประสบผลสำเร็จเพื่อ เป็นแนวทางและเป็นพี่เลี้ยงในการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูง อายุในตำบล(ชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ชมรม จำนวน 42 คน เป็นประธานและคณะกรรมการชมรม) ติดตามประเมินผล 3 ครั้ง (เดือนละ 1 ครั้ง) แล้วสรุปรูปแผนการดำเนินงานที่ใช้ ดูแลผู้สูงอายุในตำบล และประเมินผลจากการเก็บข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่าง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ ประชากรผู้สูงอายุ 1 ตำบล ในจังหวัด เพชรบุรี มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปทั้งหมด 791 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดของกลุ่ม ตัวอย่าง ของยามานะ จำนวน 273 คน แล้วสุ่มกลุ่ม

ตัวอย่างเป็นระบบ ตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ

## เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถาม 2 ตอน ดังนี้:-

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพตนเอง และส่วนที่ 3 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล

ตอนที่ 2 ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 7 ส่วน

## คุณภาพของเครื่องมือและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบสอบถามผู้สูงอายุผู้วิจัยได้นำบางส่วนจากการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท (สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2547) นำมาปรับปรุงก่อนที่จะนำไปแบบสอบถาม(ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 7 ส่วน)ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้ววิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

ส่วนที่ 1 การดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (12 ข้อ) ความเที่ยง 0.80

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกต่อภาวะสูงอายุ (10 ข้อ) ความเที่ยง 0.79

ส่วนที่ 3 ด้านสังคม วัฒนธรรมและการเมือง (12 ข้อ) ความเที่ยง 0.79

ส่วนที่ 4 บริการสวัสดิการสังคม จำนวน (20 ข้อ) ความเที่ยง 0.68

ส่วนที่ 5 ความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ (12 ข้อ) ความเที่ยง 0.84

ส่วนที่ 6 การบริการจัดการด้านสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ ความเที่ยง 0.83

ส่วนที่ 7 ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต จำนวน 5 ข้อ ความเที่ยง 0.92

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และการทำ Technical Hearing จากผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในตำบล

2. กำหนด Conceptual Framework ของการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และผลสรุปจากการทำ Technical Hearing และ แบบสอบถามผู้สูงอายุ

3. จัดประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participation-Appreciation-Influence-Control: PAIC) เพื่อระดมความคิดในการจัดทำแผน/โครงการ/กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4. จัดประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) เป็นการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และแก้ปัญหาร่วมกัน

5. ติดตามการดำเนินงานตามแผน/โครงการ/กิจกรรม พร้อมทั้งสรุปผลดำเนินงาน

6. เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามผู้สูงอายุ ในกลุ่มตัวอย่างเดิม

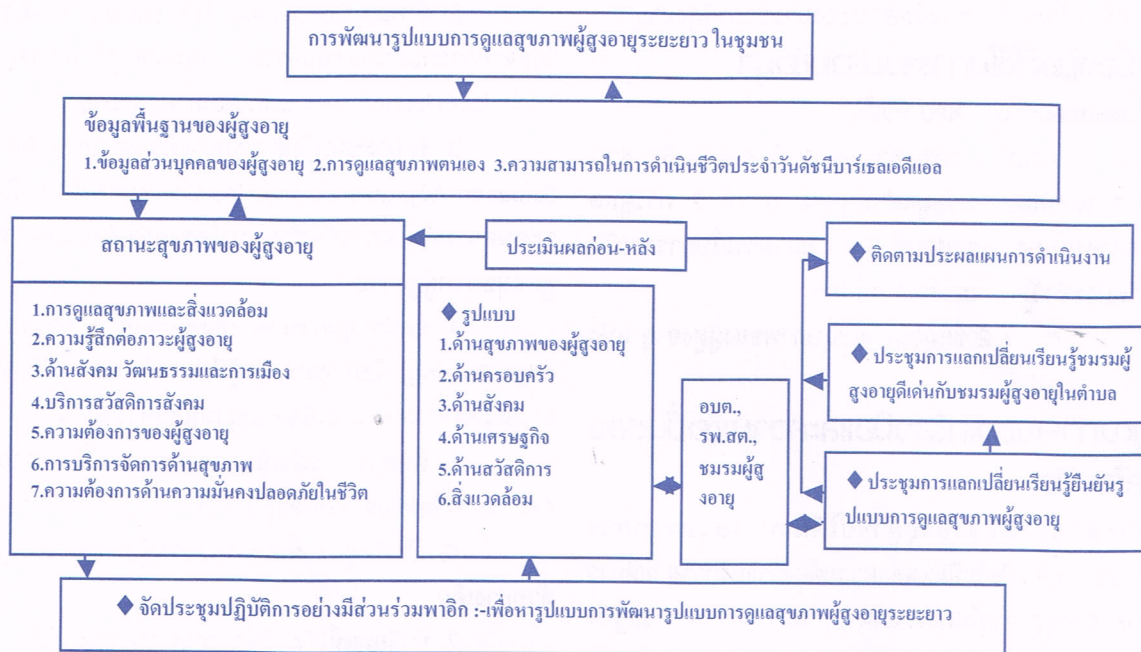
7. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โดยการชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลเป็นความลับ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง คือ One – way ANOVA และ Dependent Student t-test



## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 60.8 และเพศชาย ร้อยละ 39.2 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อายุ 70-79 ปี และอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 45.4, 38.1 และ 16.5 ตามลำดับ) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส และรองลงมาหม้าย หย่า (ร้อยละ 53.8 และ 32.2) ศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และรองลงมา ศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 98.9 และ 1.1) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ประถมศึกษา และรองลงมาไม่ได้ศึกษา (ร้อยละ 86.4 และ 10.6) ปัจจุบันแหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุด ส่วนใหญ่เป็นบุตร และรองลงมาจากการทำงาน (ร้อยละ 36.6 และ 33.3) ฐานะการเงิน ส่วนใหญ่พอใช้ไม่เหลือเก็บ และรองลงมาพอใช้ตามอัตภาพ (ต้องระมัดระวังในการใช้จ่าย) (ร้อยละ 50.5 และ 27.1) บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสและบุตร/หลาน รองลงมาอยู่กับบุตร/หลาน และผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว (ร้อยละ 38.5, 31.9 และ 4.4 ตามลำดับ) ผู้ดูแล เมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นบุตร และรองลงมาเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 61.2 และ 22.7)

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกายพบว่าส่วนใหญ่ไม่เคย (ร้อยละ 35.5) และเป็นประจำทุกวัน (ร้อยละ 23.8) สุขภาพโดยทั่วไปส่วนใหญ่แข็งแรง (ร้อยละ 78.0) และไม่แข็งแรง (ร้อยละ 22.0) การมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรค (ร้อยละ 65.9) และไม่มีโรค (ร้อยละ 34.1) โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 44.7) และโรคสายตา (ร้อยละ 22.0) การตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่ปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 48.0) และปีละ 2-3 ครั้ง (ร้อยละ 29.3) สามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ร้อยละ 96.3 สามารถพึ่งตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 2.9 สามารถที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการหรือทุพพลภาพ ร้อยละ 0.7

ผลของคะแนนรวมสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง พบว่า คะแนนรวมของความรู้สึกทั้ง 7 ส่วน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการดำเนินงานสูงกว่าก่อนดำเนินงานพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตาราง 1

ตาราง 1

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนก่อนและหลังดำเนินงาน

รายการ	ก่อนดำเนินงาน		หลังดำเนินงาน		df	t	p
	Mean	SD	Mean	SD			
1. การดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อม	22.36	4.11	27.62	5.80	272	16.03	0.00*
2. ความรู้สึกต่อภาวะสูงอายุ	22.62	3.36	23.47	2.69	272	4.05	0.00*
3. ด้านสังคม วัฒนธรรมและการเมือง	24.65	4.05	26.65	3.84	272	7.12	0.00*
4. บริการสวัสดิการสังคม	21.47	3.10	26.93	4.37	272	16.87	0.00*
5. ความต้องการของผู้สูงอายุ	21.00	5.26	23.46	2.96	272	7.23	0.00*
6. การบริการจัดการด้านสุขภาพ	27.77	3.91	30.47	5.23	272	45.62	0.00*
7. ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต	10.45	3.78	11.37	3.11	272	4.36	0.00*
รวม	11.37	3.78	11.37	3.11	272	8.63	0.00*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า ด้านความรู้มีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการประชุมสูงกว่าก่อนเข้าประชุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ขณะประชุมมีการประเมิน 3 ด้านที่ประกอบด้วยผลการประเมินตนเองการประเมินโดยเพื่อน และการประเมินโดยผู้อำนวยการประเมินโดยเพื่อน และผลการประเมินโดยผู้อำนวยการความสะดวกของกลุ่มย่อย นำคะแนนเฉลี่ยทั้งสามด้านมาเปรียบเทียบกันพบว่าค่าเฉลี่ยทั้งสามด้านไม่มีความแตกต่างต่างกัน ( $p > 0.05$ ) จากกิจกรรมการจินตนาการในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต แสดงถึงสมาชิกภายในกลุ่มและต่างกลุ่ม มีความร่วมมือและแสดงความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันและไม่แตกต่างกัน ผลจากการประชุมโครงการและกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหาผู้สูงอายุ มีดังนี้ (1) ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุคือโครงการสุขภาพดีมีสุข (2) ด้านครอบครัว คือ โครงการครอบครัวอบอุ่น (3) ด้านสังคม คือ โครงการสัญญาใจ โครงการสายใย ครอบครัว อุ้มลูก จู๋หลาน เข้าวัด และโครงการครอบครัวอบอุ่นชุมชนเข้มแข็ง ด้านยาเสพติด (4) ด้านเศรษฐกิจ คือ โครงการพัฒนาอาชีพกลุ่มผู้สูงอายุ (5) ด้านสวัสดิการ คือ โครงการจัดอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และโครงการจัดทำสวนสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ (6) สิ่งแวดล้อม คือ โครงการสวนสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุและโครงการเพิ่มพื้นที่สีเขียวและการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชมรมผู้สูงอายุในตำบลเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนผลการดำเนิน

งานพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบล มีแผนการดำเนินโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตามข้อบัญญัติ ประจำปี และด้านสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการบริการผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุได้กำหนดกิจกรรมของชมรมและร่วมกันสร้างความเข้มแข็งของชมรม

## อภิปรายผล

จากการดำเนินการวิจัยพบว่าประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 60.8) อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 45.4) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 53.8) โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 44.7) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เรลเอ็ดแอลส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 1 (ร้อยละ 96.3) รองลงมาอยู่ในระดับที่ 2 (ร้อยละ 2.9) และสุดท้ายระดับที่ 3 (ร้อยละ 0.7) สอดคล้องกับการศึกษาของ มนู วาทีสุนทรและคณะ (2552) เรื่องการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในชนบทและไม่สอดคล้องกันในเรื่องการออกกำลังกายที่นิยมใช้ ได้แก่ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเดินเร็ว ตามลำดับผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยออกกำลังกาย ไม่ออกกำลังกายเพราะถือว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกาย โดยมีการทำงานตั้งแต่เช้าถึงเย็น ไม่เห็นข้อแตกต่างระหว่างการทำงานกับการออกกำลังกายและรองลงมาออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันสอดคล้องกับ อรรวรรณ์ คูหา และ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์ (2552) กล่าวว่าการทำงานใน

ผู้สูงอายุร้อยละ 67.8 ออกกำลังกาย และร้อยละ 22.2 ไม่ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยการเดินมากที่สุด รองลงมาคือการบริหารร่างกาย ร้อยละ 22.5 และวิ่ง ร้อยละ 6.2 ผู้ดูแล เมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นบุตร และรองลงมาเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 61.2 และ 22.7) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 51.4 เป็นบุตรสาว รองลงมาคือ คู่สมรสของผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.4 เรื่องสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนก่อนและหลังดำเนินการประสบผลสำเร็จที่ดีกว่าเดิมเกิดการประสานความร่วมมือร่วมใจให้เกิดการกระทำที่เป็นจริงพร้อมทั้งผลักดันบางส่วนหรือจุดที่คาดว่าเป็นสาเหตุของการทำให้การดำเนินงานไม่เกิดขึ้นผลการผลักดันเพื่อให้บรรลุถึงจุดประสงค์ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างจริงจังจึงมีการจัดประชุมการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นขึ้นนำข้อมูลที่เกิดจากการประชุมมาดำเนินงานในพื้นที่เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยมีชมรมผู้สูงอายุเป็นแกนนำ ผ่านการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทอย่างมากในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพเนื่องจากสามารถดึงผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนมาร่วมกิจกรรม

เพิ่มจำนวนผู้สูงอายุให้มากที่สุด กระจายไปทุกที่โดยเน้นชวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง เพื่อให้บรรลุต่อสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมผู้สูงอายุจะต้องสามารถบ่งบอกถึงปัญหาของตน และตระหนักถึงความต้องการของตนเองเพื่อนำสู่การปฏิบัติที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ตรงกับความหมายของบัญญัติว่า "การส่งเสริมสุขภาพ" หรือ "Health Promotion" จากการประกาศกฎบัตรออตตาวาที่ประเทศแคนาดา ปี 1986

**ข้อเสนอแนะ** จากข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย (1) ควรจัดให้มีการถ่ายทอดวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนในโรงเรียน (2) ชุมชนควรจัดกิจกรรมเรื่องการปลูกฝังความกตัญญูต่อบุพการีและผู้มีพระคุณ (3) ควรส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากการหกล้ม โดยเฉพาะห้องน้ำ (4) ครอบครัวและชุมชน ต้องจัดให้มีบรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมความสะอาดที่เอื้อต่อผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน (5) ควรสนับสนุนให้มีวัดเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ. (2553). *การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- มณู วาทีสุนทร และคณะ. (2552). *การเฝ้าระวังสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในชนบท*. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). (2551). *ทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย*. ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2551, จาก <http://prachatai.com/journal/2008/10/18390>
- เรวัต วิศรุตเวช. (2552, มีนาคม 9) "สธ.ชี้ 5 โรคเรื้อรังรุมเร้าคนชรา". มติชน
- วรรณภา ศรีธีรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, กัลยา พัฒนศร, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และรัชมล คดีการ (2545). *ระบบบริการ สุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- วรรณภา ศรีธีรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). *ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศอังกฤษ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- วรรณภา ศรีธีรัตน์ ผ่องพรรณ อรุณแสง และ มาริสา ไกรฤกษ์. (2545). *ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศสหรัฐอเมริกา*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.



- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และพ้องพรรณ อรุณแสง. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศออสเตรเลีย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2554). ประชากรสูงอายุ. ผู้แต่ง. ค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2554, จาก <http://www.cps.chula.ac.th/>
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. "ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว". วารสารสภาการพยาบาล, 25(3) (กรกฎาคม-กันยายน 2553), 5-8 ค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2554, จาก [http://www.tnc.or.th/les/2010/12/tnc\\_journal-425/vol25\\_3\\_pdf\\_15040.pdf](http://www.tnc.or.th/les/2010/12/tnc_journal-425/vol25_3_pdf_15040.pdf)
- ศูนย์ทนายความทั่วไทย. (ม.ป.ป.). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. ค้นเมื่อ 26 มีนาคม 2554, จาก <http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac=article&id=538974594&Ntype=19>
- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, (2552). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2550. สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน Publisher: Citation: วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว.1(2)(มี.ค.-มิ.ย.2552),22-31 <<http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2713>> 26 มีนาคม 2554.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548) คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการ คลินิกผู้สูงอายุ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. ค้นเมื่อ 26 มีนาคม 2554, จาก <[http://www.db4business.com/business\\_plan/sample\\_clinic.pdf](http://www.db4business.com/business_plan/sample_clinic.pdf)>
- สุจิตรา ผลประไพ. (2538). การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. กองโภชนาการ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. ค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2554, จาก <http://nutrition.anamai.moph.go.th/Aging/Html/chap1.html>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). มติสมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552. นนทบุรี: ผู้แต่ง
- อรรถรัตน์ คุหา และ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. (2552). การศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพใน ชุมชน. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.