

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การศึกษารูปแบบการดูแลประชาชนผู้สูงอายุที่เหมาะสม กรณีศึกษาประชากรผู้สูงอายุชุมชนริมคลองลาดพร้าว แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร

ธีระศักดิ์ ขอพลอยกลาง ปร.ด. (คณิตศาสตร์)

กอบทอง ลาดคุ้ม วท.ม. (เทคโนโลยีสารสนเทศ)

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม กรุงเทพมหานคร

ติดต่อผู้เขียน: ธีระศักดิ์ ขอพลอยกลาง Email: ka_enza@hotmail.com

วันรับ: 22 ก.ย. 2566

วันแก้ไข: 28 ก.พ. 2567

วันตอบรับ: 8 มี.ค. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้สูงอายุใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-85 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนริมคลองลาดพร้าว แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร และต้องไม่เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 30 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ดูแลในพื้นที่ จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ได้กับทุกช่วงวัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า (1) การศึกษารูปแบบการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ พบว่า มี 4 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กร และการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน (2) การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุในชุมชน มี 4 ขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้ (1) ศึกษาบริบทของชุมชนและสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดบทบาทและหน้าที่ของภาคีเครือข่าย จัดทำแผนเพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ด้วยเทคนิค A-I-C (Planning) (2) จัดกิจกรรมตามแผน เพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน (Action) (3) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน (Observation) และ (4) ถอดบทเรียน (Reflection) หลังจากรูปแบบการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุที่เหมาะสมพบว่า ประชากรผู้สูงอายุ มีผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตามองค์ประกอบ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกองค์ประกอบ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; สุขภาวะ; อาสาสมัครสาธารณสุข

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์มากกว่า 13 ล้านคน เป็นประเทศที่สองของอาเซียน รองจากสิงคโปร์ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นพลวัตสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง โดยเฉพาะประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 ซึ่งในปี 2562 ประชากรผู้สูงอายุมีมากกว่าประชากรวัยเด็ก สะท้อนได้จากตัวเลขของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 11,136,059 คน หรือร้อยละ 16.73 โดยจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร มากกว่า 1 ล้านคน⁽¹⁾ สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่า ปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์และในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุจำนวน 20 ล้านคน รัฐบาลไทยนั้นเริ่มให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น ตามวิสัยทัศน์ในกรอบยุทธศาสตร์แห่งชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนสูงขึ้นในสังคมสูงวัยทั้งการสร้างงานที่เหมาะสม การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่ทำให้มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพคน เพื่อเป็นฐานการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศและรองรับการลดลงของขนาดกำลังแรงงาน โดยยกระดับคุณภาพการศึกษาเพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ เพื่อสร้างสุขภาวะที่ดี ภาวะที่เหมาะสมสำหรับทุกคนทุกวัย⁽²⁾ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตัวแทนของชุมชนที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.)

ชุมชนริมคลองลาดพร้าวเป็นชุมชนที่อาศัยอยู่บริเวณคลองลาดพร้าว ตำแหน่งที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ ของคลองลาดพร้าวเป็นคลองที่มีความยาวถึง 24 กิโลเมตร ในปัจจุบันมีชุมชนที่ปลูกสร้างบ้านเรือนอยู่ ริมคลองลาดพร้าวอยู่ตลอดสองฝั่งคลอง ทั้งหมดจำนวน 50 ชุมชนรวม 7,069 ครัวเรือน ประชากรประมาณ 20,000 คน

อยู่ในพื้นที่ 8 เขต ได้แก่ วังทองหลาง ห้วยขวาง ลาดพร้าว จตุจักร หลักสี่ บางเขน ดอนเมือง สายไหม ส่วนใหญ่ปลูกสร้างบ้านบนที่ดินริมคลองซึ่งเป็นที่ดินราชพัสดุ กรมธนารักษ์ดูแล⁽³⁾ ซึ่งในปัจจุบัน มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คือ ผู้ที่ทำงานด้านสาธารณสุขที่ใกล้ชิดกับชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มคนสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะสุขภาพของผู้สูงอายุและสาธารณสุขพื้นฐานในชุมชน ด้วยสาเหตุที่จำนวนผู้สูงอายุของชุมชนในปัจจุบันมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ภาวะสุขภาพที่มีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ชุมชนยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมและยั่งยืน เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วในชุมชนจะมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว และจะมีการดูร่วมแลกับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในกรณีที่มีอาการฉุกเฉิน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในพื้นที่ที่มีค่อนข้างจำกัด ซึ่งทำให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อาจจะไม่ทั่วถึง ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง

เพื่อให้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประชากรผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาวะที่ดี ลดปัญหาอาการป่วยที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในชุมชน และเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นระยะปีที่ 20 (พ.ศ. 2560 – 2579) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การวิจัยเชิงพื้นที่เพื่อพัฒนาท้องถิ่น⁽⁴⁾ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญสองประการดังนี้ ประการแรก เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ และประการที่สอง เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ โดยใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งการทำวิจัยนี้นอกจากจะเป็นการช่วยแก้ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในชุมชนดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังสามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้หรือพัฒนาต่อในชุมชนอื่นๆ ได้

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ และเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ โดยรูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน⁽⁵⁾ ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ และการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผ่านกระบวนการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษมเรียบร้อยแล้ว

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน โดยเลือกจากผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุ 60-85 ปี และไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพ (อสส.) จำนวน 15 คน โดยเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพที่ทำงานในเขตพื้นที่ โดยพื้นที่การวิจัย คือ ชุมชนริมคลองลาดพร้าว เขตจตุจักร แขวงจันทรเกษม กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์เป็น 2 แบบสัมภาษณ์ คือ แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุ โดยมีทั้งหมด 2 ส่วน คือ ส่วนแรก คือ ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่สอง คือ ประเด็นการได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในชุมชน สถานการณ์ และข้อเสนอแนะความต้องการรูปแบบวิธีการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และแบบสัมภาษณ์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โดยมีทั้งหมด 2 ส่วน คือ ส่วนแรก คือ ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่สอง คือ ประเด็นรูปแบบวิธีการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สถานการณ์ และข้อเสนอแนะรูปแบบวิธีการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยแบบสอบถามสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุด จะให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาข้อคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุม

เนื้อหาครบถ้วน ข้อคำถามถูกต้องเหมาะสม ตรงตามโครงสร้าง และภาษาที่ใช้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล แล้วนำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา จากนั้นปรับปรุงแก้ไขจนมีความสมบูรณ์พร้อมนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์นี้จะใช้ก่อนทำการทดลอง

2. แบบสอบถามเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยการประเมินทั้ง 5 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมโดยแบบสอบถามนี้จะใช้กับผู้สูงอายุโดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สอบถาม ทั้งก่อนและหลังการทดลองการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามของการวิจัยจะถูกปกปิดเป็นความลับ และผู้วิจัยจะทำลายทิ้งหลังจากดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิดังนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องทั้งรูปแบบเป็นทางการ (formal in-depth interview) และไม่เป็นทางการ (informal in-depth interview) ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีถามคำถามและให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกฝ่ายเดียวโดยผู้วิจัยไม่ตัดสินและไม่พยายามเปลี่ยนความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้ตอบ แต่ได้ควบคุมการตรงประเด็นและทิศทางคำถามสัมภาษณ์ ในกรณีที่ยังไม่ได้คำตอบที่ชัดเจนหรือไม่ได้ข้อมูลเพียงพอ ผู้วิจัยได้พยายามถามซ้ำหรือขอให้อธิบายเพิ่มเติมทันทีหรือโทรศัพท์สัมภาษณ์เพิ่มเติมอีกครั้งในภายหลัง ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้ศึกษาได้จัดบันทึกในขณะที่สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และได้ขออนุญาตบันทึกเสียง เพื่อใช้ทบทวนความจำและตรวจสอบความถูกต้อง กรณีให้ผู้สัมภาษณ์บางท่านไม่อนุญาตบันทึกเสียง ผู้ศึกษาจะพึ่งน้ำเสียงจากการให้ข้อมูล (non-verbal behavior) เพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

ตีความหมายร่วมกับข้อมูลหลักฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data source) ผู้วิจัยทำการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลพื้นฐานของประชากรในพื้นที่ และสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จากแหล่งต่างๆ จากหนังสือ เอกสาร วารสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ จากห้องสมุด มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลทางวิชาการทั้งวิทยานิพนธ์ หนังสือนิตยสารและดุขฎิ บันฑิต จากสถาบันการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งข้อมูลสื่ออินเทอร์เน็ต มากำหนดเป็นกรอบแนวคิด เบื้องต้นก่อนลงสนามไปเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative analysis) ใช้วิธีวิเคราะห์การจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (classification) ที่ได้จากการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ และการสังเกตผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยการจำแนกข้อมูล ออกเป็นหมวดหมู่ให้ชัดเจน ผ่านการวิเคราะห์ ตีความ ควบคู่กับทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติอีกทั้งเพื่อ ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการนำ ข้อมูลมาตรวจสอบความเรียบร้อย จากนั้นนำข้อมูลไป บันทึกลงและวิเคราะห์ผล สำหรับสถิติที่ใช้ ได้อธิบายด้วย การหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ เพื่อแจกแจงความถี่ของข้อมูล ที่ได้ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test: paired two sample for means

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ

จากการศึกษารูปแบบการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับ ประชาชนผู้สูงอายุสามารถสรุป 4 รูปแบบ ดังนี้

1.1 การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง คือการทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขความพอใจ ตามอัตภาพ สามารถสร้างประโยชน์ให้กับตนเอง ผู้อื่น

และสังคมได้ ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ เป็นสุข คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือ องค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจำนวน 3 ประการ ดังนี้ การมีสุขภาพที่ดี การร่วมแรงร่วมใจกัน ทำงาน และมีความมั่นคงในชีวิต

1.2 การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว ผู้ดูแลใน ครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแล ผู้สูง- วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพามากที่สุด ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ ให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุม 5 มิติ ประกอบด้วย บทบาท ในการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและ สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับ ผู้สูงอายุ บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับ ผู้สูงอายุ บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย และบทบาทในการจัดสภาพ แวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้สูงอายุ

1.3 การดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กร หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูง- วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ ตาม ระเบียบว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษา พยาบาล พ.ศ. 2535 แต่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและ อาการเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ ก็จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา พยาบาลในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งจะต้อง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุทางตรง หาก จำแนกบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบขององค์กร ต่างๆ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุทั้งภายในและ ภายนอกชุมชน

1.4 การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วน- ท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ โดยพัฒนารูปแบบบริการ สุขภาพและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเชิงบูรณาการที่เน้น ดำเนินงาน 4 เรื่อง คือ สร้างรูปแบบการเปลี่ยนแปลง วิถีชีวิตผู้สูงอายุ จัดระบบบริการแก้ไขปัญหาโรคตา ฟันฟู

สมรรถภาพผู้สูงอายุที่ป่วย และให้บริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โดยชุมชนเป็นเจ้าของแก้ไขปัญหา แบบบูรณาการพร้อมกัน วิธีการจัดการของชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ มีการบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพ และมีการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

2. ผลการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพบว่า สามารถทำได้โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสส. ผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุ ประเมินสถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน วางแผนการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันในชุมชน และนำเสนอสถานการณ์ปัจจุบันต่อชุมชนเพื่อรับทราบปัญหาและการแก้ไขร่วมกัน อีกทั้งมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และการดำเนินกิจกรรมของภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนร่วม จนสามารถนำไปสู่การขับเคลื่อนการสร้างกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุมีขั้นตอนดังนี้

2.1 (Planning) การดำเนินการจัดทำแผนเพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ด้วยเทคนิค A-I-C โดยการร่วมกันของภาคีเครือข่ายประเมินประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ และสะท้อนความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสร้างกิจกรรมสู่การหาแนวทางและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ จัดทำแผนเพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ด้วยเทคนิค A-I-C

ผู้วิจัยและภาคีเครือข่าย ร่วมกันประเมินประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ และสะท้อนความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสร้างกิจกรรมสู่การหาแนวทางและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุได้เป็นผลสรุป ดังนี้

2.2 (Action) การดำเนินการกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมี

ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยกิจกรรมที่ได้นั้น จะได้มาจากผลการประเมิน สภาพปัญหา รูปแบบและแนวทางการดูแล แล้วนำสู่การสร้างกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จากผลสรุปสภาพปัญหา รูปแบบและแนวทางการดูแลกิจกรรม ตามที่แสดงในตารางที่ 1 มีข้อสรุปให้มีการจัดกิจกรรมดังต่อไปนี้

- 1) จัดตั้งศูนย์บริการทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- 2) กิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 3) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ
- 4) กิจกรรมตรวจสอบการเข้าถึงสวัสดิการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทุก ๆ ปี
- 5) จัดสร้างระบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีฉุกเฉินกับหน่วยงานกู้ภัยโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
- 6) กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้กับ อสส. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 7) กิจกรรมตรวจเยี่ยมและเสริมกำลังใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดย อสส. และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 8) กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีภายในบ้านและในชุมชนที่ส่งเสริมสุขภาพะที่ดีของผู้สูงอายุและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ
- 9) ขอความร่วมมือหน่วยงานของรัฐเพื่อสร้างและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน

2.3 (Observation) หลังจากการดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน แล้วภาคีเครือข่ายจะร่วมกันประเมินคุณภาพ ผู้สูงอายุ โดยใช้ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยการประเมินทั้ง 5 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม

2.4 (Reflection) ภาคีเครือข่ายในชุมชนดำเนินการวิเคราะห์ความสำเร็จและร่วมถอดบทเรียน หลังจาก

การศึกษารูปแบบการดูแลประชาชนผู้สูงอายุที่เหมาะสม กรณีศึกษาประชากรผู้สูงอายุชุมชนริมคลองลาดพร้าว

ตารางที่ 1 สรุปสภาพปัญหา รูปแบบและแนวทางการดูแล กิจกรรม

สภาพปัญหา	รูปแบบและแนวทางการดูแล	กิจกรรม
1. อาการเจ็บป่วยและภาวะเสี่ยงต่อโรคในผู้สูงอายุ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 2. ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน 3. วิธีการดูแลผู้สูงอายุและการรักษาเบื้องต้น 4. การจัดบันทึกและเก็บข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ 5. การติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพผู้สูงอายุ 6. การให้ความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 7. สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดตั้งศูนย์บริการทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 2. กิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 3. จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ
2. การเข้าถึงสวัสดิการด้านสุขภาพ - ไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตชุมชน - การเดินทางไปรับบริการลำบาก	<ol style="list-style-type: none"> 1. อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมติดตามตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ 2. ร่วมประสานงานกับหน่วยงานกู้ชีพ 3. สำรวจการเข้าถึงสวัสดิการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กิจกรรมตรวจสอบการเข้าถึงสวัสดิการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทุก ๆ ปี 2. จัดสร้างระบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีฉุกเฉินกับหน่วยงานกู้ชีพโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
3. การใช้ชีวิตประจำวัน - มีความต้องการให้ช่วยเหลือการดูแลกิจวัตรประจำวัน - อยู่เพียงลำพัง	<ol style="list-style-type: none"> 1. การอบรมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 2. การสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย การเข้าถึงสังคมและสุขภาพจิต 3. การเสริมกำลังใจด้วยการตรวจเยี่ยมเป็นประจำ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2. กิจกรรมตรวจเยี่ยมและเสริมกำลังใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดย ออส. และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. สภาพแวดล้อม - สภาพที่อยู่อาศัยมีความเสี่ยง - การเกิดอุบัติเหตุ เช่น การล้ม - สิ่งแวดล้อมในชุมชนไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การแนะนำการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีภายในบ้านและในชุมชนที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ 2. เทศบาลและชุมชนร่วมกันสร้างและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีภายในบ้านและในชุมชนที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ 2. ขอความร่วมมือหน่วยงานของรัฐเพื่อสร้างและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน

ประเมิน เพื่อหาปัญหาในการดำเนินงานและแนวทางแก้ไขนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนในอนาคตต่อไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 30 คน ประกอบด้วย เพศชาย ร้อยละ 46.67 เพศหญิง ร้อยละ 53.33 ช่วงอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 43.33 ช่วงอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 50.00 อายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 6.67 โดยส่วนมากสถานภาพสมรสมีคู่ ร้อยละ 66.67

สถานภาพสมรสโสดและหม้ายหรือหย่าร้าง ร้อยละ 33.33 ดัชนีมวลกาย ค่า BMI ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 66.67 การสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนมากไม่สูบบุหรี่เลย ร้อยละ 60.00 ในทำนองเดียวกันผู้สูงอายุในชุมชนส่วนมาก ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย ร้อยละ 80.00 ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 53.33 ออกกำลังกาย 1- 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 40.00 ไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 6.67 และ

ผู้สูงอายุร้อยละ 73.33 มีโรคประจำตัว ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 2

จากการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนา

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายข้างต้น ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตามองค์ประกอบ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกองค์ประกอบ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลสุขภาพทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ			5. การสูบบุหรี่		
ชาย	14	46.67	ไม่สูบเลย	18	60
หญิง	16	53.33	สูบบ้างเป็นครั้งคราว	8	26.67
2. อายุ (ปี)			สูบเป็นประจำทุก ๆ วัน	4	13.33
60 – 69	13	43.33	6. การดื่มแอลกอฮอล์		
70 – 79	15	50	ไม่ดื่มเลย	24	80
80 ขึ้นไป	2	6.67	ดื่มบ้างเป็นครั้งคราว	4	13.33
3. สถานภาพการสมรส			ดื่มเป็นประจำทุก ๆ วัน	2	6.67
โสด	3	10	7. การออกกำลังกายต่อหนึ่งสัปดาห์		
มีคู่	20	66.67	ไม่ออกกำลังกายเลย	2	6.67
หม้าย/อยู่ย่ำร้าง	7	23.33	1 – 3 วันต่อสัปดาห์	12	40
4. ดัชนีมวลกาย (BMI)			มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์	16	53.33
น้ำหนักตัวปกติ	20	66.67	8. โรคประจำตัว		
ผอมเกินไป	7	23.33	มี	22	73.33
อ้วนเกินไป	3	10	ไม่มี	8	26.67

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

องค์ประกอบ	ก่อน			หลัง			t	p-value
	mean	SD	ระดับ	mean	SD	ระดับ		
1. ด้านสุขภาพ	18.97	4.45	กลาง ๆ	28.40	1.50	ดี	-10.04	<0.001*
2. ด้านจิตใจ	18.70	3.16	กลาง ๆ	25.27	1.93	ดี	-10.48	<0.001*
3. ด้านสัมพันธภาพ	9.53	2.29	กลาง ๆ	13.10	1.27	ดี	-7.98	<0.001*
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	24.73	5.22	กลาง ๆ	33.40	2.84	ดี	-8.49	<0.001*
5. ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม	71.93	8.80	กลาง ๆ	100.17	4.15	ดี	-17.52	<0.001*

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับชุมชนสามารถแสดงได้ดังภาพที่ 1

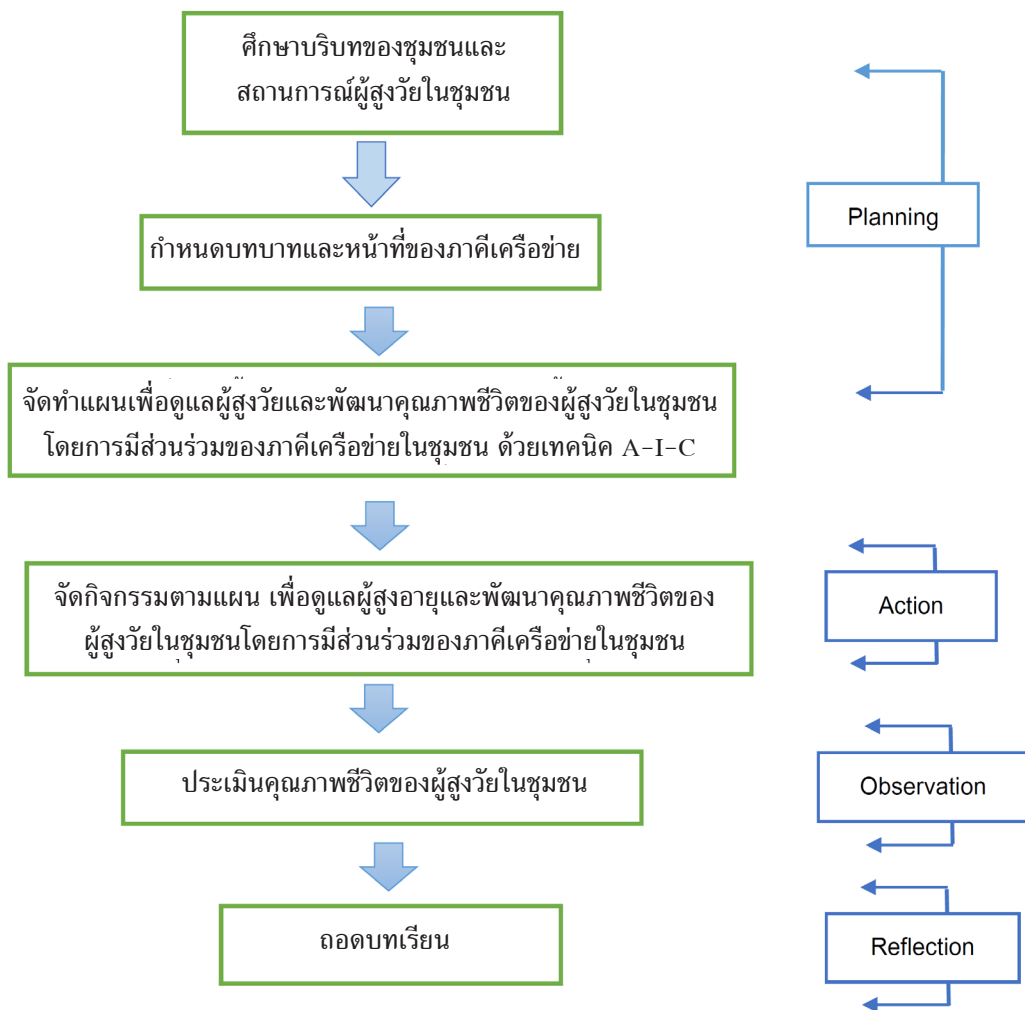
วิจารณ์

จากการศึกษารูปแบบการดูแลประชาชนผู้สูงอายุที่เหมาะสม กรณีศึกษาประชากรผู้สูงอายุชุมชนริมคลองลาดพร้าว แขวงจันทรเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร จากวัตถุประสงค์แรก เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่ามีรูปแบบการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุสามารถสรุปได้ 4 รูปแบบ ดังนี้

- 1) การดูแลผู้สูงอายุด้วยผู้สูงอายุเอง
- 2) การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว
- 3) การดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานหรือองค์กร
- 4) การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

เนื่องจากในแต่ละครอบครัวของผู้สูงอายุจะมีบุคคลภายในครอบครัวคอยดูแลเป็นเบื้องต้นอยู่แล้ว และเป็นคนที่คุ้นเคยกันในครอบครัว อีกทั้งยังสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เป็นบุคคลากรสำคัญ ที่จะช่วยดูแลให้การช่วยเหลือในกรณีที่ฉุกเฉิน ร่วมสร้างกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และทำงานร่วมกับภาครัฐเพื่อช่วยส่งเสริม

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมในชุมชน



กิจกรรมสาธารณสุขชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยครอบครัวร่วมกับชุมชน จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับชุมชนนี้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jitramontree, et al.⁽⁶⁾ และงานวิจัยของ Swagerty, et al.⁽⁷⁾ และจากวัตถุประสงค์ที่สอง เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน มี 4 ขั้นตอนดังนี้ (1) สร้างภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุ และดำเนินการจัดทำแผนเพื่อดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน (2) ดำเนินกิจกรรม (3) หลังจากการดำเนินการจัดกิจกรรมก็จะประเมินคุณภาพผู้สูงอายุด้วยเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก และ (4) ภาคีเครือข่ายในชุมชนดำเนินการวิเคราะห์ความสำเร็จและร่วมถอดบทเรียนหลังจากประเมิน เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ในขณะที่จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครมีจำนวนจำกัด และเมื่อเวลาเปลี่ยนไปสถานการณ์ของผู้สูงอายุและบริบทสังคมก็อาจจะเปลี่ยนไป ดังนั้น จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการข้างต้นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อความเหมาะสมและยั่งยืน โดยขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นเกิดจากความร่วมมือของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพิศตรา ศรีวิณิชชากร⁽⁸⁾ ทิพยาภา ดาหาร และเจตสรียา ดาวราช⁽⁹⁾ และสังวาลจำงโพธิ์⁽¹⁰⁾

การวิจัยในครั้งนี้มีข้อดี คือ การสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน ผ่านกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม และข้อดีของการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผลการวิจัยจะนำไปใช้ได้เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดสังคม ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงอาจจะไม่สามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนหลายคนมีปัญหาด้านสุขภาพที่แตกต่างกันและหลากหลาย ดังนั้น ในการจัดกิจกรรมต่างๆ จะต้องคำนึงถึงปัจจัยเกี่ยวกับผลกระทบของโรคและอาการป่วยของผู้สูงอายุด้วย

2. เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและผู้ดูแลมักจะเป็นคนในครอบครัว จึงทำให้เวลาดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ เกิดความกังวลจากคนในครอบครัวของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครมากขึ้นในการชี้แจงกิจกรรม ความปลอดภัย และข้อดีต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายขอบเขตของประชากรในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อศึกษาประชากรผู้สูงอายุที่กว้างขวางขึ้นนอกเหนือจากพื้นที่ริมคลองลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมถึงความสัมพันธ์และความแตกต่างได้

2. ควรต่อยอดการวิจัยโดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น แอปพลิเคชันเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ แอปพลิเคชันส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี และแอปพลิเคชันแจ้งเตือนการกินยาและตรวจสุขภาพ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยด้านการวิจัยและนวัตกรรม ประเภท Fundamental Fund งบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ 2565 ผู้วิจัยขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย ปรากฏการเจริญ ผู้เป็นที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการวิจัย คณาจารย์หลักสูตรสาขาเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมดิจิทัล และสาขาวิชาคณิตศาสตร์ วท.บ. เจ้าหน้าที่ และบุคลากรคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม ที่เป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ ในการดำเนินงานวิจัยจนงานวิจัยสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 27 ม.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ (2561-2580). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ; 2561.
3. อีรวัฒน์ รุ่งแก้ว. 21 ปี พอช. พลิกโฉมชุมชนริมคลองลาดพร้าว-เปรมประชากร จากชุมชนแออัดสู่บ้านสวยริมคลองราคาหลักแสน - วิถีหลักล้าน สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://web.codi.or.th/20211011-27787>
4. ที่ประชุมอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏ. ยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานที่ประชุมอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏ; 2561.
5. Shorten A, Smith J. Mixed methods research: expanding the evidence base. Evid Based Nurs 2017;20(3):74-5.
6. Jitramontree N, Thongchareon V, Thayansin S. Good model of elderly care in urban community. Nursing Science Journal of Thailand. 2011;29(3):67-74.
7. Swagerty DLJ, Takahashi PY, Evans JM. Elder mistreatment. Am Fam Physician. 1999;59(10):2804-8.
8. สุภัตรา ศรีวิชิชากร. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน:ระบบหลัก การและแนวทางปฏิบัติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน; 2552.
9. ทิพยาภา ดาหาร, เจทสรिया ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2561;2(3):42-54.
10. สัจวาฬ จ่างโพธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัด นครราชสีมา. วารสารวิจัยและการพัฒนาด้านสุขภาพ 2564;7(2):165-83.

A Study of Appropriate Caring the Elderly: a Case Study of the Elderly Population in Rim Klong Lat Phrao Community, Chandrakasem Subdistrict, Chatuchak District, Bangkok

Teerasak Koployklang, Ph.D. (Mathematical Sciences); Kobthong Ladkoom, M.A. (Information Technology)

Faculty of Science, Chandrakasem Rajabhat University, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2024;33(5):866-76.

Corresponding author: Teerasak Koployklang, Email: ka_enza@hotmail.com

Abstract: The purposes of this research were to study the suitable patterns of public health care for elderly and to develop the suitable patterns for elderly public health care. The samples were 30 elderly in Lim Klong Lad Proa community, Bangkok, selected by purposive sampling, and 15 public health care volunteers. The instruments used in this research were questionnaires and interviewing. The statistics used to analyze the data were frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test: paired two samples for means. The result showed that (1) there were 4 patterns of public health care for elderly (elderly taking care of themselves, elderly taking care by their family, elderly taking care by agency or organization, and elderly taking care by community); and (2) there were 4 steps that important and suitable for elderly in developing suitable patterns in public health care for elderly in this area as follows: (1) studying the context of community and elderly situation, determining the roles and responsibilities of partners, and initiating a plan of taking care of elderly and improve quality of a life of elderly in community involved by the community partners with the technique of A-I-C (planning), (2) organizing activities according to a plan to take care of elderly and improve quality of a life of elderly in community involved by the community partners (action), (3) assing the elderly quality of life in community (observation), and (4) synthesizing for the lessons learned (reflection).

Keywords: elderly; public health support; public health care