

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น

Development Model for Driving of Aging School in Khon Kaen Province

จิรประภา สิริสูงเนิน¹, ดุษฎี อายุวัฒน์², ทองใส เอ็นหยอง³

Jiraprapa Sirisoongnern¹, Dusadee Ayuwal², Tongsai Enyong³

(Received: March 2, 2019 ; Accepted: March 27, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ 2) พัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ และ 3) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น ประชากรเป้าหมายในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ จำนวน 4 พื้นที่ ละ 50 คน จำนวน 200 คน และ 2) กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 4 พื้นที่ ละ 30 คน จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ และ 3) แนวทางการสัมภาษณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบของเครือข่าย ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ ระหว่างเดือน เมษายน 2560 – กันยายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) โดยภายหลังการพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และ เครือข่ายมีสมรรถนะมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ โดยรูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้างรูปแบบการดูแล 2) การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย 3) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การติดตามและประเมินผล

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การพัฒนารูปแบบ, โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

Abstract

This research and development study aimed to: 1) explore the driving situation of the aging school model; 2) develop the aging school model; and 3) examine the aging school model developed. Participants included: 1) 200 elderly people selected from four areas (50 persons per area); and 120 persons selected from the related networks driving the development model in four areas (30 persons per area). Data were collected by: 1) questionnaire linked to self-care behavior of the elderly; 2) questionnaire linked to competency of the related networks driving the model; and 3) interview guideline associated with the driving of the model of the networks. The research was conducted from April 2017 to September 2018. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and Paired Samples t-test, while qualitative data were analyzed by content analysis.

The results revealed that after the implement of the model, self-care behavior of the elderly and competency of the related networks had differently statistical significance ($p\text{-value}=0.001$) when comparing to before model implementation. In addition, after the implement of the model, self-care behavior of the elderly and competency of the related networks were higher than before model implementation. Regarding the developed model, there were four essential elements, including: 1) structure of the model; 2) way to develop networks' competency; 3) health care process of the elderly; and 4) monitoring and evaluation of the model.

Key words: elderly people, development of model, aging school

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

² อาจารย์ประจำคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางคำ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

เมื่อเปรียบเทียบปรากฏการณ์ในประเทศที่พัฒนาในสังคมโลก ปัจจุบันผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยที่ระยะเวลาที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 14.0 ทั้งที่ประเทศอังกฤษและเวลส์ และใช้เวลานานถึง 107 ปี แต่ประเทศไทยใช้เวลา 30 ปี เท่านั้น ผลคือจะทำให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มจากร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ.2498 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.6 (ปีพ.ศ.2528) ร้อยละ 7.6 (ปีพ.ศ. 2538) ร้อยละ 9.3 (ปี พ.ศ.2543) และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 12 (ปี พ.ศ. 2528) ซึ่งตามเกณฑ์องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดว่าสังคมใดมีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ถือว่าสังคมนั้นเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” หรือ population ageing สาเหตุสำคัญสองประการที่ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อัตราการเกิดลดลง ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตโดยรวมก็ลดลง⁽²⁾

รัฐบาลมีนโยบายการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงวัย ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา ด้วยกลยุทธ์ “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” โครงการสำคัญโครงการหนึ่งที่ได้รับการส่งเสริม คือ โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (CTOP) การพัฒนาศักยภาพชมรมภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุ และระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว เป็นระบบที่ได้รับการส่งเสริมเพื่อให้สามารถรองรับกับประเด็นท้าทายทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวนี้เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการร่วมเป็นผู้ให้บริการ และร่วมจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยมีองค์ประกอบการดำเนินงาน⁽³⁾ ได้แก่ การมีข้อมูลผู้สูงอายุ มีชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล และการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)⁽⁴⁾ จนปัจจุบันมีการดำเนินงานการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเร่งให้เกิดการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวอย่าง

เป็นรูปธรรม โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย เป็นต้น เพื่อขับเคลื่อนครอบคลุมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม โดยส่งเสริมให้มีการดูแลระยะยาวทั้งในระดับท้องถิ่นและหน่วยงานกลางของรัฐ⁽⁵⁾

จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบเนื่องจาก จังหวัดขอนแก่น มีการดำเนินการ ตั้งแต่ปี 2559 ถึงปัจจุบัน แต่ยังพบว่า โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ เพียงร้อยละ 12.0 และยังไม่พบการศึกษาและพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบโดยตรงเลย⁽⁶⁾ ซึ่งผลการศึกษาย่อมทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความสำเร็จพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นเพื่อการสนับสนุนการตัดสินใจทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development :R&D)⁽⁷⁾ กำหนดขั้นตอนในการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ และศึกษาผลการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุ ต้นแบบในจังหวัดขอนแก่น จากจำนวน 26 อำเภอ จำนวน 4 โชน ตามการแบ่งพื้นที่เทศงานของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่นอยู่บริเวณการคัดเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างในแต่ละโชนใน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอน้ำพอง ขนบท หนองเรือ และพล และสุ่ม 1 ตำบลต่อ 1 อำเภอ ได้จำนวน 4 ตำบล และเมื่อสุ่มตำบลได้แล้วจึงสุ่มจำนวนผู้สูงอายุตามสัดส่วนที่คำนวณได้จำนวน 1,228 คน โดยมีเกณฑ์คัดประชากรเข้าศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุเป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ อย่างน้อย 6 เดือน 2) สามารถสื่อความหมายหรืออ่านออกเขียนได้ และ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีที่ทราบขนาดประชากร⁽⁸⁾

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรที่ศึกษา

σ^2 = ความแปรปรวนของตัวแปรที่ใช้คำนวณ

ขนาด

e = ความกระชับของการประมาณค่า (กำหนดให้ไม่เกิน 2% ของค่าเฉลี่ย)

ตัวแปรค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยรวม ได้จากการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย⁽⁹⁾ พบค่าเฉลี่ยของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่พึงประสงค์โดยรวม เท่ากับ 3.18 ± 0.52 ดังนั้น จึงได้ค่าความแปรปรวน คือ $(0.51)^2$ โดยกำหนดค่าความกระชับ (e) ที่ 2% ได้จำนวนขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 4 ตำบลๆละ 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 200 คน

2. กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบในพื้นที่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 4 ตำบล ประกอบด้วย 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 4) ผู้ชุมชน และ 5)

ผู้สูงอายุที่เป็นคณะทำงานในโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ กลุ่มละ 6 คน รวม 30 คนต่อ 1 ตำบล รวมทั้งสิ้นจำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประยุกต์จากแนวคิดของ⁽¹⁰⁾ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี และด้านจิตใจและอารมณ์

2. แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อน โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ประยุกต์จากแนวคิด Seesad A. (2014)⁽¹¹⁾ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้ ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ด้านการสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว ด้านการประเมินผู้สูงอายุ ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ ด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน และด้านการประสานงานกับสหวิชาชีพ

3. แนวทางการสัมภาษณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบของผู้สูงอายุ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ทั้งนี้ได้นำไปทดสอบความเที่ยงกับประชากรกลุ่มที่ไม่ได้เป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายโดย 1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.86 และ 0.88 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพควบคุมคุณภาพความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า (methodological triangulation) โดยการเก็บรวบรวมมูลหลายๆวิธี เช่น การสัมภาษณ์ และสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มี

ส่วนร่วม และนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบ และรับรองความถูกต้องของข้อมูล ใช้เวลาในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน เมษายน 2560 – กันยายน 2561

กระบวนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1: สถานการณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ (ดำเนินการเดือน เมษายน 2560) มีกระบวนการดังนี้

- 1) การทบทวนองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเชิงนโยบายต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ
- 2) ก่อนพัฒนารูปแบบ เก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 200 คน ข้อมูลแบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 120 คน และ สัมภาษณ์ตามแนวทางสัมภาษณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบของผู้สูงอายุ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน และกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมจากประชากรเป้าหมาย

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ (ดำเนินการเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ของระยะที่ 1 นำเสนอในการประชุมกลุ่มของคณะทำงานตามแผนแม่บท (service plan) ซึ่งเป็นกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการวิจัย จำนวน 40 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบของผู้สูงอายุ ซึ่งมีประเด็นดำเนินการต่อไป ดังนี้

2.1 ประชุมปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและทีมผู้บริหาร 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และ 2) ทีมผู้บริหารของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ จำนวน 4 พื้นที่เป้าหมายในจังหวัดขอนแก่น

2.2 ประชุมระดมสมองร่วมกับผู้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ เพื่อ

ร่วมกันกำหนด 1) โครงสร้างรูปแบบการดูแล 2) การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย 3) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การติดตามและประเมินผลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

2.3 ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายในการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 4 อำเภอเป้าหมาย 120 คน ในเดือน พฤษภาคม 2560 จำนวน 2 วัน เพื่อพัฒนาศักยภาพทีม ในการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม พัฒนาลักษณะกิจกรรมการเรียนการสอนโรงเรียนผู้สูงอายุ พัฒนาระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับและระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงการดูแลรักษาผู้สูงอายุ

2.4 จัดประชุมกลุ่มย่อยในกลุ่มเครือข่ายในการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบเป้าหมาย 4 พื้นที่ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาคู่มือการดำเนินงานตำบล LTC อบรมพัฒนาศักยภาพ Care Manager ให้ได้ตามสัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุ อบรมพัฒนาศักยภาพ Care Giver จัดทำแนวทางการดำเนินงานกองทุน LTC ให้กับอปท. และหน่วยบริการสาธารณสุข และจัดทำแนวทางการดูแลการสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจร่างกายทั่วไป/ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค/รักษา/ฟื้นฟูสุขภาพและการส่งต่อ การให้สุศึกษา/สื่อสารความเสี่ยง/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามเยี่ยมบ้าน และการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยเพื่อการเฝ้าระวังและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3: ผลการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ (ดำเนินการเดือน กรกฎาคม 2560 – มิถุนายน 2561) มีการนำรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงจากการทำงานไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 200 ราย มีการดำเนินการ ดังนี้

3.1 ประกาศนโยบายและประกาศใช้แนวทางการดูแลสุขภาพโดยใช้แนวคิดการขับเคลื่อนด้วยโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ และนำแนวปฏิบัติที่ได้ลงสู่การทดลองปฏิบัติ

3.2 อปท. เป้าหมาย ได้บรรจุแผนยุทธศาสตร์ จัดทำแนวทางการดำเนินงานกองทุน LTC

3.3 การสะท้อนผลการปฏิบัติ และผลกระทบของการนำรูปแบบไปทดลองใช้ทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยการจัดประชุมวิพากษ์รูปแบบการดูแลร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และรับฟังปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินการทุก 2 เดือน

3.4 การประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (ดำเนินการ เดือน กรกฎาคม – กันยายน 2561) ประเมินผลหลังพัฒนารูปแบบ เก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 200 คน ข้อมูลแบบสอบถาม สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 120 คน และสัมภาษณ์ตามแนวทางสัมภาษณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบของผู้สูงอายุ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์และสรุปผลการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ และสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples t-test

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและหลังเสร็จสิ้นการรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ พบว่า ทั้ง 4 ตำบลเป้าหมายมีการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 แต่ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีแนวทาง

ปฏิบัติหรือรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้มีขาดประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน ขาดทักษะและความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว ขาดการร่วมปรึกษาและการสื่อสารระหว่างกันในการวางแผน การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวยังไม่ครอบคลุม ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ และขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล รวมถึงการติดตามเยี่ยมที่บ้านขาดความต่อเนื่องและล่าช้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความวิตกกังวลในการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

ผู้สูงอายุในการศึกษา จำนวน 200 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.0 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 66.0 การศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษา ร้อยละ 67.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.5 มีรายได้ต่อเดือนระหว่างคือ 600-3,000 บาท ร้อยละ 79.0 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 54.0

ข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาพรวม ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่า มีระดับค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.9$, S.D.=0.6) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{X}=3.9$, S.D.=0.9) รองลงมาคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.4$, S.D.=0.7) และด้านการพักผ่อน ($\bar{X}=3.1$, S.D.=0.6) ด้านการบริโภคอาหาร ($\bar{X}=2.9$, S.D.=0.4) ด้านจิตใจและอารมณ์ ($\bar{X}=2.8$, S.D.=0.3) และด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.5$, S.D.=0.6) ตามลำดับ

ข้อมูลสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบโดยภาพรวม ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่า มีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.9$, S.D.=0.4) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เป็นสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด ($\bar{X}=4.4$, S.D.=0.4) รองลงมาได้แก่ ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว ($\bar{X}=4.2$, S.D.=0.4) ด้านการ

ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ($\bar{X} = 4.1$, S.D.=0.5) ด้านการประเมินผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.9$, S.D.=0.5) ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ($\bar{X}=3.8$, S.D.=0.5) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.7$, S.D.=0.5) และด้านการประสานงานกับสหวิชาชีพ ($\bar{X}=3.7$, S.D.=0.6) ตามลำดับ และส่วนด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.46$, S.D.=0.6)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลก่อนพัฒนารูปแบบ มาสรุปและสังเคราะห์เพื่อร่วมกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

พบว่า รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละเครือข่าย และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุตามความเหมาะสม และจัดกระบวนการดูแล ตั้งแต่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค/รักษาฟื้นฟูสุขภาพและการส่งต่อ และมีเครือข่ายทีมงานในพื้นที่ ซึ่งมีหน้าที่คัดกรองผู้สูงอายุ และประเมินปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม โดยปฏิบัติตามแบบรายงานและแนวทางการดูแลต่างๆ ที่ร่วมกันสร้างขึ้น

การนำรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงไปทดลองใช้ และปรับใช้ พบว่า หลังจากนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบปัญหาอุปสรรค คือ การสื่อสารตามแนวทางปฏิบัติไม่ตรงกัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่ได้ร่วมประชุมครบทุกคน ทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตามรูปแบบ การประเมินและการคัดกรองสุขภาพไม่ครอบคลุมและไม่ชัดเจน และต้องใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างมาก ซึ่งส่วนหนึ่งมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ส่วนในกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน Care Giver และ อปท. เห็นว่ายังขาดการสื่อสารพูดคุยกันกับการดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ทั้ง ๆ ที่สุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัญหาของชุมชนและยังขาดความมั่นใจกับการเยี่ยมบ้านของแต่ละบทบาท อย่างไรก็ตามเห็นว่า ผู้สูงอายุมีความสำคัญ เพราะพื้นที่ยังมีปัญหา และชุมชนมีความต้องการแก้ปัญหา

ทำให้ทีมงานมองเห็นผลด้านบวกคือมีการทำงานเป็นทีมและมีการประสานงานที่ดีขึ้น ทีมงานเครือข่ายมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การดูแลเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน มีการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ครบถ้วนและชัดเจนมากขึ้น

นอกจากนั้น มีการวางแผนการดำเนินงานล่วงหน้า และกำหนดกรอบเวลาชัดเจน ลดการทำงานซ้ำซ้อนในการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในระยะนี้มีการปรับปรุงรูปแบบการดูแล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์เงื่อนไขปัจจัยที่เกิดขึ้นจริง ร่วมกับการประเมินผลสัมฤทธิ์ทั้งทางด้านผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมเครือข่ายทำงาน ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยชี้แจงแนวทางปฏิบัติต่างๆ แก่ทีมเครือข่ายทำงานอีกครั้ง จัดทำคู่มือการใช้แนวทางปฏิบัติต่างๆ ให้มีความชัดเจนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้สั้นกระชับและเข้าใจง่าย และจัดทำเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม และได้ติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ ที่ รพ.สต./อปท.และที่ทำการผู้นำชุมชน และสื่อสารทางเสียงตามสายภายในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาประสานงานเชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม พัฒนาหลักสูตรกิจกรรมการเรียนการสอนโรงเรียนผู้สูงอายุ พัฒนาระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ และระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในพื้นที่

3. ผลการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13.2 ± 2.4 (จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) และหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.1 ± 2.28 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากขึ้น (ตาราง 1)

ตาราง 1 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=200)

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (20-30 คะแนน)	54	27.0	82	41.0
ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน)	94	47.0	85	42.5
ระดับน้อย (0-10 คะแนน)	52	26.0	33	10.0
คะแนนพฤติกรรม $\bar{X}$ (S.D.)	13.2 (2.4) คะแนน		19.1 (2.2) คะแนน	
Median (Min: Max)	13 (3 : 27) คะแนน		18 (6 : 30) คะแนน	

ด้านผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 13.2 หลังพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 19.1 ผลการเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) โดยภายหลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบเท่ากับ 5.9 (ตาราง 2)

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
ระหว่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ (n=200)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ		$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	t	df	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	200	13.2	2.4	5.9	0.81-1.25	12.8	199	0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	200	19.1	2.2					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ระหว่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 213.2 หลังพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 249.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) โดยภายหลังการพัฒนารูปแบบเครือข่ายมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบเท่ากับ 35.9

3.3 รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ

คือ 1) โครงสร้างรูปแบบการดูแล 2) การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย 3) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การติดตามและประเมินผล สรุปได้ว่ารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบที่พัฒนาขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุและกลุ่มเครือข่ายในการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ นอกจากนั้น มีการติดตามการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และมีการประเมินผลและคืนข้อมูลทั้งทางด้านการดูแลสุขภาพ ครอบคลุม และทีมเครือข่ายทำงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการพัฒนารูปแบบดังกล่าว ได้มีพื้นที่ที่ดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้นำรูปแบบและขยายผลจากการศึกษาไปใช้ครอบคลุมทั้ง 26 อำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น

สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dumrikarnlerd, Ludda (2012)⁽¹²⁾ เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) แต่งตั้งกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับอำเภอ/ตำบล 2) ประชุมวิเคราะห์วางแผนการดำเนินงาน 3) จัดทำแนวทาง/การส่งต่อ 4) การจัดประชุมชี้แจงแนวทาง 5) คัดกรอง ADL/ปัญหาโรคที่พบบ่อย/ Geriatric Syndrome 6) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุแยกรายกลุ่ม 7) ประเมินความต้องการตามจุดบริการที่จำเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อจัดดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยภาคีเครือข่าย 8) CM ออกเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแล 9) ประชุมวางแผนดูแลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแบบองค์รวม 10) ทีมภาคีเครือข่ายออกดำเนินการตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) 11) จัดกิจกรรมสุขสบาย สุขสนุก สุขสว่าง และ สุขสงบ 12) สร้างจิตอาสาในกลุ่มสังคม และ 13) ประชุมวิเคราะห์ผลและสะท้อนผล เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ผลดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Havanon, Napaporn, Teerawan (2019)⁽¹³⁾ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ในเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่พบว่า การจัดการดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง โดย care manager 1 คน ซึ่งมีบทบาทในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ได้แก่ การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก ประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล case conference ประสานการปฏิบัติงานการดูแลตามแผนกับทีมสหวิชาชีพและบุคลากรหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ควบคุมการทำงานของ care giver และประเมินผลตามแผนงานเพื่อปรับปรุงพัฒนาต่อไป ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพในระดับตำบล และระดับเครือข่ายในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี อยู่ใน

สังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมความเอื้ออาทรและสมานฉันท์ สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ตลอดจนสนับสนุนพัฒนาอาชีพ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน นอกจากนั้น ยังสอดคล้องกับ Bootsara Keasisom (2017)⁽¹⁴⁾ และ Sopawan Chuadee and other (2016)⁽¹⁵⁾ ซึ่งพบว่า มีการมีส่วนร่วมในการใช้กระบวนการกลุ่มกับเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการช่วยกันกระตุ้นและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง การได้พูดคุยกับเพื่อนในกลุ่มและได้แลกเปลี่ยนเปลี่ยนประสบการณ์ จะทำให้มั่นใจที่จะส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นลดการเกิดโรคต่างๆ ในอนาคต

รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบในการศึกษาครั้งนี้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุและกลุ่มเครือข่ายสามารถเป็นรูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก การดำเนินงานเป็นการมีส่วนร่วมทั้งระดับบุคคล องค์กร และชุมชน และเป็นการพัฒนาสมรรถนะการดูแลสุขภาพทั้งตัวผู้สูงอายุและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้างรูปแบบการดูแล 2) การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย 3) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การติดตามและประเมินผล

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนโยบายจากผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดี ควรนำรูปแบบที่เกิดขึ้นปรับไปใช้ในและนอกพื้นที่ตามบริบทกับผู้สูงอายุ หรือบุคคลกลุ่มอื่นๆ เพื่อส่งเสริมและพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมกับบริบทและควรมีการพัฒนากระบวนการนิเทศติดตาม และประเมินผลอย่างอยู่เสมอเพื่อให้เกิดความเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์

2. ด้านพัฒนา จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ไม่ได้แยกการวิเคราะห์ในแต่ละรายกลุ่ม และยังไม่นำครอบครัวผู้สูงอายุเข้ามามีศึกษาดังนั้น ควรแยกการวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมและควรพัฒนา

ศักยภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุ เนื่องจากความใกล้ชิด และอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษา เพื่อประเมินผลลัพธ์ ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตาม คุณภาพการขับเคลื่อน โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบอย่างเป็น ระบบและต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน หรือ 1 ปี ซึ่งจะยืนยัน คุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ คณะ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายที่ เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อน โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ในพื้นที่ เป้าหมาย จำนวน 4 พื้นที่ ในจังหวัดขอนแก่น รวมทั้ง ประชากรเป้าหมายในการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลและความ ร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al. Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai European Cooperation for Health; 2009.
2. Chantarungsrikul, Warisa. Health Promoting Behaviors and Health Status of the Elderly in Nakhonsawan Province. Journal of Health Science Research; 2010;4(3):12-20.
3. Choorat, Wichan. et al. Factors Influencing the Risk of having Mental Health Problems of the Elderly. Thai Population Journal; 2012;1(3):87-109. (in Thai).
4. Department of Health Service Support Ministry of Public Health. Health Care Intergration of Aging. Nonthaburi: The War Veterans of Thailand; 2001. (in Thai).
5. Gray, Rossarin. et al. New Concept of Older Persons The Psycho-Social and Health Perspective. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2013. (in Thai).
6. Cohen, S., Syme, S. L. Social support and health. San Francisco: Academic Press; 1985.
7. Borg WR, Gall MD. Educational Research: An Introduction (4 th Ed.). New York, NY: Longman, Inc; 1983.
8. Dawson-saunders B, Trapp RG. Basic & Biostatistics. 2nd ed. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange; 1993.
9. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of The Thai Elderly. Nonthaburi; 2016. (in Thai).
10. Klumrat, Khwandao. et al. Causal Factors of Health Behavior of Elderly in Western Region of Thailand. Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University; 2013;3(2):93-104. (in Thai).
11. Seesad A. Components and Levels of Nurse Case Manager Competencies in Community Hospitals. Proceeding of Research Conference. Rajamangala University of Technology Tawan-ok. May 14-16; 2014.
12. Dumrikamlert, Ludda. Aging Care in Community Chapter 1 Situation and Demand of Aging Care in the Community. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2012. (in Thai).
13. Havanon, Napaporn, Teerawan. A New Agenda for Developing Housing for Elderly in Thai Society. Bangkok: Faculty of Architecture Rajamangala University Technology Thanyaburi; 2009. (in Thai).
14. Bootsara Keasisom. The Result of Group Process to Elderly's Health Promotion Behavior in Thumbonklongchanoun Weingsa District Suratthani Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University Journal; 2017;5(2):177-193.
15. Sopawan Chuadee, Chatri Prachapiphat, Sarodh Pechmanee. The Effect of Social Support and Promoting Self-Esteem on the mental health of the elderly in Pang karn Sub-district, Phanom District, Surat Thani Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University Journal; 2016;4(1):67-82.