

Received: 11 Jun 2019, Revised: 7 Sep 2019,

Accepted: 1 Oct 2019

นิพนธ์ต้นฉบับ

กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

วรศิลป์ ผัดมาลา^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพปัจจุบันของพลังอำนาจชุมชน 2) สังเคราะห์กระบวนการ และ 3) ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา จากประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 138 คน แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสภาพปัจจุบันโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม คือ สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และภาคีเครือข่าย และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (QOL) จากกลุ่มผู้สูงอายุ 2) การสังเคราะห์รูปแบบโดยการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม และ 3) การศึกษาผลการดำเนินงานโดยเปรียบเทียบและหลังดำเนินการ จากข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้เครื่องมือ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired samples t-test ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันของพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน ครอบคลุม 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์บูรณาการระหว่างภาคที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ผลการสังเคราะห์รูปแบบโดยใช้หลัก PDCA ซึ่งแบ่ง 4 ขั้นตอน คือ 1) ขึ้นวางแผน (PLAN) ด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการดำเนินงานโดยชุมชน 2) ขึ้นปฏิบัติการ (DO) ด้วยการสนับสนุนของภาคีเครือข่าย และการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน 3) ขึ้นติดตามประเมินผล (CHECK) โดยการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการสังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรมของชุมชน และเยี่ยมเสริมพลังในชุมชน และ 4) ขึ้นปรับปรุงโดยการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ของแต่ละชุมชน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย และชุมชนต่าง ๆ สำหรับผลของการประเมินคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=.001$) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=.002$) ข้อเสนอแนะ การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลระยะยาวและต้องต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยทีมสุขภาพที่มีคุณภาพ ชุมชนต้องมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเอง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยได้รับการเสริมแรงจากภาคีเครือข่าย

คำสำคัญ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลระยะยาว คุณภาพชีวิต

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

* Corresponding author: ssodkt2@gmail.com

Original Article

The Community Empowerment Process on Developing Dependent Older People's Quality of Life in Chiang Muan District, Phayao Province

Warasin Padmala^{1,*}**Abstract**

The purposes of participatory action research were to 1) study the current situation of an empowerment of community 2) synthesize an empowerment process and 3) study the effects of community empowerment to development of quality of life for dependent older people. The area of study was Chiang Muan District, Phayao Province. The study was divided into 3 phases. Phase 1 was the current situation study. Phase 2 was the synthesis of an empowerment model by collecting qualitative data from 3 target groups, 1) dependent older people. 2) the caregivers to dependent older people and 3) network partners. Analyzed by content analysis. And phase 3 was study of performance from quantitative data including the activities daily living (ADL) and quality of life for older people (QOL) before and after proceed from 138 dependent elderly people. The data were analyzed by statistics, frequency, percentage, mean, standard deviation and statistics paired samples t-test. The research findings showed that the current state of community power in the development of quality of life for dependent elderly has developed the elderly care service system both in the hospital and in the community, covering 4 dimensions ; Health Promotion, Disease Prevention, Treatment And rehabilitation. But there is no clear integration and coordination model between related parties, including the public sector, volunteer spirit, private sector, government sector And local administrative organizations. The synthesis result of the model by using the PDCA principle is divided into 4 steps: 1) The planning process (PLAN) consists of situation analysis and community operation planning and community empowerment. 2) The action process (DO) consists of the support of network partners and power enhancement of community. 3) Evaluation process (CHECK) by assessing the quality of life of dependent elderly observing community activities and visit to empowerment in the community. And 4) Improve the process by developing the knowledge of each community and have exchange of knowledge of various network partners and communities (ACT). The results of the assessment of the activities of daily living: ADL of the dependent older people with scores on moderate dependency levels both before and after the operation. Statistically significantly different at .001 for overall quality of life. The elderly who have a dependency have a moderate quality of life, both before and after the operation. The average quality of life in the overall picture increased. Their quality of life before and post engaging the project was statistically significantly different at .001 levels. The lessons learned was that: A quality health team and community must aware of their potential and abilities in order to improve the quality of life of the elderly by community network empowerment.

Keywords: Dependent Older People, Long-Term Care, Quality of Life.

¹ Public Health Technical Officer. (Professional Level) Chiang Muan District Public Health Office

* Corresponding author: ssodkt2@gmail.com

บทนำ

ในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา โครงสร้างอายุของประชากรประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราการเกิดที่ลดลงทำให้ประชากรวัยเด็กหรือฐานพีระมิดแคบเข้า และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุหรือส่วนยอดของพีระมิดขยายใหญ่ขึ้น สถานการณ์การสูงวัยในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีประชากรอาศัยอยู่ทั้งหมดประมาณ 68.9 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรไทย 65.9 ล้านคน และเป็นแรงงานข้ามชาติอีกประมาณ 3 ล้านคน ในจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมาก จนเหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปีในปัจจุบัน ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ประชากรอายุยิ่งสูงยิ่งเพิ่มเร็ว ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราสูงมากกว่า ร้อยละ 6 ต่อปี¹

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา ปี 2559 ประชากร จำนวน 438,687 คน จำนวนผู้สูงอายุ 79,885 คน คิดเป็นร้อยละ 18.21 ในภาพรวมจังหวัดพะเยาจัดเป็นสังคมที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ จังหวัดพะเยา มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 74,078 คน ร้อยละ 93.44 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 4,526 คน ร้อยละ 5.71 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 678 คน ร้อยละ 0.86 จังหวัดพะเยา มีการจัดบริการ สำหรับกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการจัดให้มีศูนย์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(Long Term Care: LTC) หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบการดำเนินในพื้นที่โดยให้มีผู้จัดการดูแล

(Care Manager: CM) ซึ่งเป็น พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ และมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในปี 2559 มี อปท. ที่เข้าร่วมดำเนินการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 12 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ 18 ตำบล ในปี 2560 จำนวน 26 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ 27 ตำบล²

ปี 2560 อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา มีประชากรจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ รวม 18,958 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 3,745 คน คิดเป็นร้อยละ 19.75 จัดเป็นสังคมที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) มีผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 3,552 คน (ร้อยละ 94.95) พบว่าเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 3,398 คน (ร้อยละ 95.66) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน จำนวน 133 คน (ร้อยละ 3.74) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 0.59) ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจำนวนหนึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง³ จากข้อมูลการคัดกรอง และประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนหนึ่งมี ปัญหาด้านการกิน รับประทานอาหารเองไม่ได้ ปัญหาการขับถ่าย บางรายเคลื่อนไหวหรือพลิกตัวเองไม่ได้ บางรายมีโรคประจำตัวเช่น เบาหวานความดันโลหิตสูง มีปัญหาการมองเห็น และเสี่ยงต่อการหกล้ม มีภาวะปัสสาวะเร็ดหรือปัสสาวะราด และมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่วนญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ส่วนหนึ่งมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างเป็นผู้ดูแล มีความเครียดและมีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการเสริมสร้างพลังของชุมชน มีกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของชุมชน ในการตอบสนองความต้องการของชุมชน แก้ปัญหาด้วยตนเอง และ ความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นรู้สึกถึงพลังอำนาจของตนเอง และสามารถควบคุมความเป็นอยู่ของชุมชนได้ ตลอดจนภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมคิด วางแผน และ ประเมินผล อย่างไรก็ตามจากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอเชียงม่วน (Pilot study) พบว่ากระบวนการทางสังคมในการพัฒนาชุมชน แม้จะเกิดขึ้นและมีคุณภาพระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความต่อเนื่องของกิจกรรม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเชียงม่วน จึงได้ประยุกต์วงจรเดมมิง (Deming) ซึ่งเป็นวงจรการพัฒนาที่ประกอบด้วยกระบวนการจัดการคุณภาพ 4 ขั้นตอนคือการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติตามแผน (Do: D) การตรวจสอบ (Check: C) และการปรับปรุงหรือการแก้ไขปัญหา (Act: A) ซึ่งจะส่งผลทำให้กระบวนการทำงานที่มีการลงมือปฏิบัติจริง มีการวิเคราะห์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง⁴ มาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. เพื่อสังเคราะห์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ Edward Deming มาเป็นแนวทางในการพัฒนา ตั้งแต่ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Do) ขั้นติดตามและประเมินผล (Check) และขั้นการปรับปรุง (Act) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์บริบทของของพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

การวิจัยระยะนี้แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ

1. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยให้ผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) ไปเก็บข้อมูลโดยการสังเกตและสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) สามารถสื่อสาร พูดคุย และตอบคำถามได้ 3) มีความเต็มใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และ 4) มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index of ADL (activities of daily living)) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง ประชากรผู้สูงอายุ ที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จากเครื่องมือ Barthel Index of ADL และมีคะแนนจากการประเมิน อยู่ในช่วง 5-11คะแนน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

หมายถึง ผู้สูงอายุที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จากเครื่องมือ Barthel Index of ADL และมีคะแนนจากการประเมินอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จากข้อมูลจาก Health Data Center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ณ เดือน กันยายน พ.ศ. 2561 มีจำนวน 138 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินของหน่วยงานมาตรฐาน จำนวน 2 แบบ คือ

(1) แบบการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) สำหรับคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁵

(2) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดยสุวัฒน์ มหัตถิรินทร์กุลและคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม⁶

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (purposeful sampling) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าตามลักษณะของกลุ่ม ดังนี้

(1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสาร พูดคุย และตอบคำถามได้ เป็นแกนนำของกลุ่ม มีความเต็มใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และมีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตาม

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index of ADL (activities of daily living)) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนนซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 15 คน

(2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เป็นแกนนำของกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงม่วน ซึ่งมีคุณสมบัติตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) พ.ศ. 2549 และได้รับการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลักสูตร 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และมีความเต็มใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย จำนวน 15 คน

(3) ภาศิเครือข่ายในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วยตัวแทนจากภาศิบริการชุมชน/ท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนภาศิบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงม่วน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเชียงม่วน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน

เครื่องมือในการวิจัยคือ ประเด็นการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำมาตรวจสอบข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา ตามประเด็นของการศึกษา และตามกรอบแนวคิดของการวิจัย

ระยะที่ 2 เป็นการสังเคราะห์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการไปสู่การปฏิบัติในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพิจารณารายละเอียดของกระบวนการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบยัดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (purposeful sampling) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่มดังนี้

(1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึงประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสาร พูดคุย และตอบคำถามได้ เป็นแกนนำของกลุ่ม มีความเต็มใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย และมีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index of ADL (activities of daily living)) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนนซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 5 คน

(2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เป็นแกนนำของกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงม่วน ซึ่งมีคุณสมบัติตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) พ.ศ. 2549 และได้รับการอบรมผู้ช่วย

เหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลักสูตร 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และมีความเต็มใจในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย จำนวน 5 คน

(3) ภาศึเครือข่ายในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนภาคีบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงม่วน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงม่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเชียงม่วน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน

ก่อนจัดสนทนากลุ่มได้มีการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมในการสังเคราะห์รูปแบบ จากนั้นจึงดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเครื่องมือในการวิจัยคือ ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group guideline) เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียน เครื่องมือคือประเด็นการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำมาตรวจสอบข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา ตามประเด็นของการศึกษา และตามกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยมีกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์
1. ประชุมพื้นที่และเก็บข้อมูลตามสภาพจริง	เพื่อทบทวนการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. จัดเวทีนำเสนอผลการศึกษาข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์	เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. กิจกรรมเสริมพลังอำนาจแก่ชุมชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อเสริมพลังอำนาจแก่ชุมชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์
4. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต	เพื่อหาข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Meeting) ในชุมชน
5. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และกลุ่มเครือข่าย	เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์
6. กิจกรรมถอดบทเรียนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำมาตรวจสอบข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามวัตถุประสงค์ จากนั้นนำมาสรุปบทเรียนเพื่อนำไปเป็นข้อเสนอแนะแล้วนำไปสู่การปฏิบัติการในชุมชน

ระยะที่ 3 เป็นการประเมินรูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ขั้นตอนนี้แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ 1) การศึกษาเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตกิจกรรมการดำเนินการของผู้ส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(CG) และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เครื่องมือในการวิจัย ประเด็นการสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และ 2) การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อประเมินความก้าวหน้าของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับแบบสอบถามในระยะที่ 1 วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)

และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (QOL) ก่อนและหลังการดำเนินการโดยใช้สถิติ paired samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

สภาพปัจจุบันการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเชียงม่วน มีการดำเนินการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล เช่น คลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุข มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ศูนย์กายอุปกรณ์ในโรงพยาบาลเชียงม่วน มีกิจกรรมคัดกรองผู้สูงอายุตามแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มีการพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และการเป็นพี่เลี้ยงนิเทศให้คำปรึกษา ประสานงานชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและขับเคลื่อนร่วมกันโดยมีภาคีบริการสุขภาพ แต่ละระดับเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยงานและในชุมชน ได้แก่การประสานการมอบหมายนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้กับผู้ปฏิบัติรวมถึงกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุมีการควบคุมกำกับให้มีกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามมาตรฐาน นิเทศงานและเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ปฏิบัติงาน มีหน้าที่ประเมิน วิเคราะห์ผลการดำเนินงานในภาพรวมเพื่อปรับปรุงและพัฒนา

ผู้สูงอายุทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการประสานงานกับภาคที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เป็นผู้ประสานงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประชาชน หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ให้ความร่วมมือช่วยเหลือตามมาจนเกิดเครือข่ายทำให้ชุมชนมองเห็นปัญหา และขอความร่วมมือกับชุมชนให้ช่วยกันดำเนินการและทำตามหลักวิชาการการจัดหางบประมาณและกองทุนสนับสนุนต่าง ๆ เชื่อมต่อกับหน่วยงาน องค์กรประชาชน เอกชน ในการสนับสนุนการดำเนินงาน ส่วนผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ซึ่งจะมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแล โดยมีพี่เลี้ยง (CM) ให้คำแนะนำ มีการดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น และ อสม. ได้มีส่วนร่วมเป็นจิตอาสา และช่วยดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพราะในชุมชนมีผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลจำนวนมาก นอกจากนี้ อสม. ทำงานเชื่อมประสานกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเชิงม่วน กรณีการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และภาวะฉุกเฉินเพื่อการส่งต่ออย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังมีปัญหาหลายประการ เช่น การที่ยังไม่มีรูปแบบการบูรณาการและการประสานงานที่ชัดเจน ระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาคประชาชน จิตอาสา ภาคเอกชน หน่วยงานภาครัฐบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเบิกจ่ายงบประมาณจากภาครัฐที่ยังมีปัญหา และงบประมาณภาคเอกชนก็มีน้อยเนื่องจากยังไม่ได้มีการบูรณาการในการระดมทุนจากแหล่งต่าง ๆ อย่างทั่วถึง

การสังเคราะห์รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการบูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งภาคประชาชน จิตอาสาภาคเอกชน หน่วยงาน

ภาครัฐบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแนวคิด “เริ่มที่ผู้นำ ทำกับแนวร่วม รวมสิ่งจูงใจ ทำได้ค่อยขยายผล” สำหรับข้อเสนอรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ได้แก่ ควรสร้างและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน และสร้างจิตอาสาในชุมชนเพื่อดูแลกันเอง มีแนวคิดการทำงานที่ชัดเจนและถ่ายทอดอย่างเป็นรูปธรรม มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาแบบองค์รวม เน้นเพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและผู้สูงอายุเพื่อให้ดูแลตนเองได้มีกิจกรรมในท้องถิ่นและการเชิดชูต้นแบบในการดูแลกันและกันปัจจัยเสริมที่จะช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ได้แก่ ผู้บริหารทุกระดับ ที่ให้การสนับสนุน มีนโยบายการทำงาน และการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน ทีมงานมีความเข้มแข็ง เป็นสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน และมีการนิเทศติดตามและเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีประเด็นในการขับเคลื่อนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุอย่างชัดเจน แม้จะมีปัญหาอุปสรรคที่ทีมสหสาขาวิชาชีพบางส่วนยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลเชิงรุกเท่าที่ควร และการเข้าถึงการให้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนหนึ่งมีข้อจำกัด เช่น การเดินทาง ค่าใช้จ่ายปัญหาด้านเศรษฐกิจในครัวเรือน การขาดแคลนอุปกรณ์ในการดูแล ส่วนการจัดตั้ง “ศูนย์ฮอมฮัก” มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินงานให้มีรูปแบบมากขึ้นการจัดตั้งศูนย์ถือว่าเป็นรูปแบบที่ดีแต่เนื่องจากสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์ยังไม่มีความพร้อมผู้สูงอายุส่วนมากต้องการให้ผู้ดูแลช่วยเหลือ (CG) ลงเยี่ยมบ้านมากกว่าเพราะว่าไม่สะดวกทั้งการเดินทางและมีปัญหาทางการมารับมาส่งอีกทั้งควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือการประชุมร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการทำงานการ

ดูแลผู้สูงอายุร่วมกันทั้งในด้านการกำหนดนโยบาย การวางแผนการทำงานดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม การใช้ทรัพยากร และงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มากกว่า ปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สนับสนุนงบประมาณ ดำเนินการผ่านศูนย์ฮอมฮัก เพื่อเกิดความ คล่องตัวในการเบิกจ่าย

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนใน การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน ภาพรวม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีกำลังใจที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีพัฒนาการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ลักษณะ การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน ส่วนใหญ่จะพึ่งพาวัดและทำบุญเพื่อเป็นที่ พึ่งทางใจ และได้รับกำลังใจจากครอบครัวของ ผู้สูงอายุที่ติดเตียงทั้งนี้ผู้ดูแลก็ต้องมีกำลังใจ เช่นกัน ซึ่งพระสงฆ์จึงมีบทบาทเป็นที่ยึดเหนี่ยว จิตใจ ของคนดูแลด้วย ชมรมเสปียงบุญอำเภอ เชียงม่วน นำโดยพระสงฆ์ก็ได้มีโอกาสไปเยี่ยม เยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและ ไม่สามารถทำ กิจกรรมหรือมาวัดได้และให้กำลังใจโดยการพูดคุย และนำของไปเยี่ยมผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยสามารถทำบุญกับพระที่มาเยี่ยมได้ โดยการ ใส่บาตรพระซึ่งจะมีผลทางด้านจิตใจที่นอกจากจะ เป็นผู้รับแล้ว ยังเป็นผู้ให้ด้วยจิตที่เป็นบุญเป็นกุศล ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน จะให้ การสนับสนุนงบประมาณ หรือวัสดุอุปกรณ์ในการ ทำกิจกรรมของชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมและ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนการจัด สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านแก่ผู้สูงอายุ ให้มีความปลอดภัย และ จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และการที่กลุ่ม ผู้นำชุมชน ช่วยทำหน้าที่ประสานงานการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน จะเป็นการสร้างขวัญกำลังใจกับ ผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลในชุมชน ส่วน อสม.ทำ หน้าที่ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร การรณรงค์ป้องกัน

โรค คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยการตรวจสุขภาพ เบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัด รอบเอว หากพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพ ก็ส่งต่อ ให้กับเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพเบื้องต้น โดยที่การทำงานของ อสม. และ ผู้ดูแลช่วยเหลือ (CG) ในชุมชน จัดได้ว่าเป็นทีม สุขภาพกลางของชุมชนในการออกเยี่ยมบ้าน

ในส่วนของทิศทางและนโยบายการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหาร ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้าน การดูแลสุขภาพในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง ในช่วงที่ผ่านมาได้ กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ไว้หลายช่องทาง ประกอบด้วย การเป็นหน่วยงานหลักในสนับสนุน งบประมาณสำหรับการดำเนินโครงการส่งเสริม สุขภาพ ในชุมชน ให้แก่หน่วยงานต่างๆ และการ จ่ายเบี้ยสวัสดิการต่างๆ ของภาครัฐให้แก่ ประชาชน ผ่านกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งได้รับ งบประมาณสนับสนุนมาจากสำนักงาน หลักประกันสุขภาพ (สปสช.) มีการสนับสนุนการ บริการสุขภาพให้กับประชาชนในเขตเทศบาล ตำบลโดยผ่านทาง รพ.สต. เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนได้เข้าถึงบริการ ดูแล สุขภาพที่ใกล้บ้าน และให้บริการในช่วงวันหยุด อีกทั้ง มีการสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งการสนับสนุนเป็นเงิน งบประมาณ อุปกรณ์เครื่องใช้รวมถึงการจัดหา และจัดสร้างที่อยู่อาศัยให้มีมาตรฐานความ ปลอดภัยสำหรับ ผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมมือกับ ชุมชนในการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการใน ชุมชน (ศูนย์ฮอมฮัก) และโรงเรียนผู้สูงอายุใน ชุมชน เพื่อให้เป็นศูนย์กลางใน การดำเนินงาน ด้านผู้สูงอายุของเทศบาล โดยจะมีการบูรณาการ ของหน่วยงานในชุมชนเข้ามาดูแลอย่างครบวงจร ภายในศูนย์ รวมถึงการดำเนินงานตลาดชุมชนเพื่อ การส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุในการปลูกผัก

ปลอดภัยในชีวิตในระยะต่อไป ซึ่งการพัฒนาแนวทางในการเสริมพลังอำนาจของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากชุมชนสามารถที่จะควบคุมจัดการสถานการณ์ ได้ต้องมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเอง ในการเผชิญกับสถานการณ์ปัญหา การแก้ปัญหาจากการค้นพบสภาพการดำเนินการที่ชุมชนนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมและได้ทบทวนสิ่งที่เคยรู้จากประสบการณ์นั้นมาพิจารณาอย่างมีวิจักษณ์ญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสม

โดยสามารถสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอเชียงม่วน เป็นดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (PLAN) ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ จากนั้นร่วมวางแผนการดำเนินงานโดยชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (DO) ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (CG) มีการสนับสนุนของภาคีเครือข่าย และการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน โดยการสร้างสัมพันธภาพของภาคีต่างๆ ในชุมชนและส่งเสริมได้รับรู้ถึงศักยภาพของชุมชน รับรู้สถานการณ์ของปัญหา และสามารถแสวงหาทางเลือกวิธีแก้ปัญหาในแต่ละชุมชนได้เอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นติดตามประเมินผล (CHECK) โดยการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการสังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรมของชุมชน และเยี่ยมเสริมพลังในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นปรับปรุง โดยการพัฒนาคือยกระดับความรู้ของแต่ละชุมชน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย และชุมชนต่าง ๆ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย แบบการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ เครื่องมือวัด

คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้สำรวจข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2: 1 และ การกระจายอายุเป็นสองช่วง คือ ช่วงอายุ 65 – 69 ปี และอายุ 75 – 79 ปี ส่วนอายุมากกว่า 90 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.52 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จะไม่ได้เรียน ร้อยละ 50.72 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.10 และ อาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ว่างงาน) คิดเป็นร้อยละ 95.65

จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL) รายข้อ หลังการดำเนินงานพบว่ามีความสามารถเพิ่มขึ้นในเกือบทุกหัวข้อ ยกเว้นการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ มีคะแนนลดลงเล็กน้อย ส่วนข้อที่คะแนนคงเดิม คือ ข้อที่ 6 การสวมใส่เสื้อผ้า หากพิจารณาระดับคะแนน (ADL 0, 1, 2, 3) พบว่า ข้อที่มีระดับคะแนนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ADL = 0) ส่วนใหญ่จะมีคะแนนไม่เปลี่ยนแปลง แต่ที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากกว่าคือระดับคะแนน ADL 1 เป็น 2 หรือ 2 เป็น 3 จะมีการเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เมื่อนำมาแบ่งกลุ่มตามความต้องการพึ่งพาผู้อื่น แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามระดับคะแนน พบว่า กลุ่มที่ 4 ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย (คะแนน ADL 12 คะแนน ขึ้นไป) มีจำนวนมากที่สุด (ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 65.94 หลังดำเนินการ ร้อยละ 69.57) จะเห็นว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้น รองลงมาคือกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง (คะแนน ADL 9-11 คะแนน) ซึ่งก่อนดำเนินการมีร้อยละ 18.84 หลังดำเนินการ ร้อยละ 17.39 มีจำนวนลดลง สำหรับกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนมาก (คะแนน ADL 5 คะแนน - 8 คะแนน) ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 10.14 หลัง

ดำเนินการ ร้อยละ 7.97 มีจำนวนลดลง ส่วนกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (คะแนน ADL 0 - 4 คะแนน) ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ มีจำนวนร้อยละ 5.07 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง โดยภาพรวมแล้วพัฒนาการของคะแนนเพิ่มขึ้น จากกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดไปสู่กลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย จากตารางจะเห็นว่าถึงแม้ว่ากลุ่มที่ 1 จะเท่าเดิม แต่กลุ่มที่ 2 และ กลุ่มที่ 3 จะลดลง และไปเพิ่มในกลุ่มที่ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย

ผลของการประเมินคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนอยู่ในระดับพึ่งพานกลาง ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ โดยมีระดับคะแนน

เฉลี่ยที่ 14.11 และ 14.35 ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ดังตารางที่ 1

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสรุปก่อนและหลังดำเนินการกิจกรรมเสริมพลังอำนาจชุมชน ผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมเพิ่มขึ้น แม้ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดิม แต่คะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังดำเนินการ

ADL	ก่อนการดำเนินการ			หลังการดำเนินการ			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	แปรผล	$\bar{x}$	S.D.	แปรผล		
คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยรวม	14.11	5.04	ปานกลาง	14.35	4.98	ปานกลาง	3.79	0.001

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกรายด้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังดำเนินการ

คุณภาพชีวิต	ก่อนการดำเนินการ			หลังการดำเนินการ			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	แปรผล	$\bar{x}$	S.D.	แปรผล		
ด้านร่างกาย	16.72	2.43	ไม่ดี	16.07	2.09	ไม่ดี	5.361	0.001
ด้านจิตใจ	17.97	3.51	ปานกลาง	18.46	3.24	ปานกลาง	4.961	0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.26	1.99	ปานกลาง	8.54	1.88	ปานกลาง	5.081	0.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	23.58	4.12	ปานกลาง	24.09	3.81	ปานกลาง	4.543	0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	72.24	10.62	ปานกลาง	73.11	9.27	ปานกลาง	3.176	0.002

จากผลการดำเนินการวิจัยสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่การรับรู้ปัญหาและศักยภาพของชุมชนเอง มีการประเมินสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่และศักยภาพของญาติและชุมชนในการดูแล
2. การสร้างเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคประชาชน รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย
3. การพัฒนาองค์ความรู้และจัดการความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
4. การจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกมิติ
5. การมีวิสัยทัศน์ของผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น และถ่ายทอดแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ โดยการกำหนดนโยบาย แล้วจัดทำแผนงาน โครงการ และสนับสนุนงบประมาณ
6. การระดมทุน และบริหารจัดการโดยชุมชนเอง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) อำเภอ เชียงม่วน จังหวัดพะเยา แม้จะมีการดำเนินงานที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม แต่ทีมผู้ปฏิบัติงาน ผู้เกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาชน ยังต้องร่วมกันทำงานให้มากขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยและชุมชน สามารถรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเอง โดยทีมสุขภาพ และชุมชน ด้วยการให้ข้อมูลและการ

สนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ⁷ พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีองค์ความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น การแก้ไขปัญหาสุขภาพ การดูแลเรื่องสุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น อย่างไรก็ตามสถานการณ์ของอำเภอเชียงม่วนที่ผ่านมามีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่สามารถใช้งบภายใต้โครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจาก สปสช. ที่จัดสรรมาให้ได้อย่างราบรื่น หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชน หรือองค์กรอิสระ ควรร่วมกันพัฒนางานของผู้สูงอายุในชุมชนควรพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของ อสม. และ ผู้ดูแลช่วยเหลือ (CG) ให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น ซึ่งการเสริมพลังอำนาจชุมชน ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson)⁸ ผู้ดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยในครอบครัว หรือชุมชนสามารถที่จะควบคุมจัดการสถานการณ์ได้ ต้องมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ มีการแก้ไขปัญหาจากการค้นพบสภาพการที่ดำเนินงานที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสบอยู่ ผสมผสานกับประสบการณ์เดิมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้ หรือเรื่องอื่น ๆ นำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยได้รับการเสริมแรงจากภาคีเครือข่าย เกิดการร่วมมือร่วมใจของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตที่ดี อันจะทำให้ชุมชนมีความมั่นใจในการดำเนินกิจกรรมที่มีประโยชน์ และประสบความสำเร็จ บรรลุผลตามที่ได้ร่วมกันวางไว้

ระยะที่ 2 การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจ เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่การคัดเลือก การวางแผนกิจกรรมไปจนถึงสิ้นสุดกิจกรรม ทุกกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม จากการดำเนินงานจะเห็นได้ว่ากระบวนการมีส่วนร่วม ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชนในระดับสูง เพราะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ทำให้ชุมชนมีความรู้สึกการได้เป็นเจ้าของ กล่าวคือ ได้มีส่วนร่วมในการคิดคัดเลือก และนำไปปฏิบัติด้วยความสมัครใจ และที่สำคัญแผนการนั้นได้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความต้องการและวัฒนธรรมของชุมชน รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่การรับรู้ปัญหาและศักยภาพของชุมชนเอง มีการประเมินสภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ และศักยภาพของญาติและชุมชนในการดูแล 2) มีการสร้างเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคประชาชน รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย 3) การจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกมิติ 4) การพัฒนาองค์ความรู้และจัดการความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ช่วยเหลือ (CG) ญาติ และบุคคล ชุมชน เนื่องจากผู้ดูแลอาจต้องเสียสละเวลาส่วนตัว เพื่อดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง ให้มีศักยภาพในการดูแลและจัดการ การดูแล รวมทั้งพัฒนาผู้ดูแลเพิ่มขึ้น หรือทดแทนผู้ดูแล ที่ประสบภาวะสุขภาพ หรือเหนื่อยจากการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง โดยหน่วยงานด้านบริการสุขภาพอาจ จัดให้มีการตรวจเยี่ยมเป็นระยะ ๆ หรืออบรมผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล (CG) และอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้การ ช่วยเหลือ ปัญหาที่ไม่ซับซ้อนได้ระดับหนึ่ง 5) การมีวิสัยทัศน์

ของผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น การมีวิสัยทัศน์อุดมคติมีความมุ่งมั่นและตระหนักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และถ่ายทอดแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ โดยการกำหนดนโยบาย แล้วจัดทำแผนงาน โครงการ และสนับสนุนงบประมาณ 6) การระดมทุน และบริหารจัดการโดยชุมชนเอง เนื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเป็นภาระที่หนัก สิ่งเหล่านี้จะสร้างความเครียดให้กับผู้ดูแล จนส่งผลต่อความเสื่อมของสุขภาพทางกาย และอาจส่งผลการเงินและเศรษฐกิจในครอบครัว จำเป็นที่ชุมชนต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ต้องมีการระดมทรัพยากรทั้งในชุมชน และนอกชุมชน เช่น การทอดผ้าป่าของชมรม เสาียงบุญ ชมรมจิตอาสาพัฒนาเชียงใหม่ หรือการจัดวิ่งฮอมบุญ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการกองทุนที่ดี จึงจะมีความยั่งยืนได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มิ่งขวัญ คงเจริญ⁹ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้ พบว่าองค์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนแห่งการเรียนรู้ มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การถ่ายทอดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน ระบบทุนของชุมชนที่มีรูปแบบและวิธีการ ทางวัฒนธรรม และความเสมอภาค ความยุติธรรมของชุมชน การและสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำเนินชีวิตร่วมกัน และการศึกษาของ วิภา เพ็งแสงเยี่ยม¹⁰ ที่พบว่าปัจจัยภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจแสดงถึง ความสัมพันธ์ภาพค่อนข้างดี แต่การทำหน้าที่ระยะยาว ส่งผลให้ประสบปัญหาหลายประการ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และปัญหาด้านการเงิน ส่งผลให้ความต้องการที่จะได้รับ ความช่วยเหลือเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่จากหน่วยงาน ภาครัฐ ภาคเอกชน กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในภาพรวม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีกำลังใจที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีพัฒนาการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพึ่งพาวัดและทำบุญเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจ และได้รับกำลังใจจากชุมชน และครอบครัวของผู้สูงอายุที่ติดเตียง ทั้งนี้ผู้ดูแลก็ต้องมีกำลังใจเช่นกัน สอดคล้องกับ งานวิจัยของ เพ็ญศิริ สิริกุล และคณะ¹¹ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มาส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ในด้านข้อมูลในเชิงปริมาณ จากผลการดำเนินงานในภาพรวมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถเพิ่มขึ้นในเกือบทุกกิจกรรม และมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวมเพิ่มขึ้น ซึ่งการเสริมพลังอำนาจของชุมชนนั้นมีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ชุมชนเรียนรู้และ ตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา และการแสวงหาการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อ ควบคุมสถานการณ์ในชุมชนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มพูนความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเอง ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ซึ่งกิบสัน ได้สรุปกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจว่า ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4) การคงไว้ซึ่งการ

ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถอธิบายด้วยองค์ประกอบ ของ Chronic Care Model คือ การสนับสนุน การดูแลตนเอง (Self-management Support) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ/สนับสนุนส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ทัดเทียมกับบุคคลอื่น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สมิตราวิชา และคณะ¹² ได้ศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง พบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ควรตอบสนองต่อความต้องการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ ญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมินและการดูแลตนเอง กลุ่มคนในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนควรมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม อย่างบูรณาการ มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงของการดูแล ลดความซ้ำซ้อนของบทบาทหน้าที่ในการทำงาน วางแผนการใช้ทรัพยากรในชุมชนร่วมกัน รวมถึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสารสนเทศและการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลระยะยาวและต้องต่อเนื่องตลอดไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และลดการพึ่งพิงผู้อื่น

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (CG) ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา อย่างต่อเนื่อง หากเป็นไปได้ ควรให้ญาติได้รับการอบรมตามหลักสูตรผู้ดูแลช่วยเหลือ (CG) เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีพลังอำนาจและความมั่นใจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ชุมชนสามารถที่จะควบคุมจัดการสถานการณ์ได้ ต้องมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ ผสมผสานกับประสบการณ์เดิม โดยได้รับการเสริมแรงจากภาคีเครือข่าย

4. การบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชนควรมีความชัดเจนและเป็น รูปธรรม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่กันให้ชัดเจน และควรมีการบริหารจัดการในชุมชนด้วยชุมชนเอง โดยมีหน่วยงานภาครัฐให้การสนับสนุน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเรื่องรูปแบบดูแลผู้สูงอายุ ควรศึกษาแบบองค์รวมทั้ง กาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ ควบคู่กันไป เช่น รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในชุมชน การบริหารจัดการ การวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาระบบการปกป้อง/คุ้มครองสิทธิทั้งผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และคุณภาพการบริการ

3. ควรการเก็บรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาของผู้สูงอายุรวมทั้งการฟื้นฟูองค์ความรู้และต่อยอดองค์ความรู้ใหม่ หรือนวัตกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559. นครปฐม: บริษัท พรินเทอรี่ จำกัด 999; 2560.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปี 2559; 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. 2561. คลังข้อมูลด้านสุขภาพ HDC (ระบบออนไลน์). สืบค้นจาก https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2561
4. เอกภูมิ เกชาวารี. 2562. การบริหารองค์กรด้วยวงจรเดมมิง สืบค้นจาก <http://www.thailandindustry.com/onlinemag/view2.php?id=319§ion=17&issues=23> เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2562
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2558. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สืบค้นจาก <http://healthcheckup.in.th/self-test/9> เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2562
6. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ. 2540. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/> เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2561
7. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีเอ็มเบอรี่ จำกัด; 2561.

8. Gibson, C.H. A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Doctoral dissertation, school of Arts and Sciences, Department of Nursing, Boston College; 1995.
9. มิ่งขวัญ คงเจริญ การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้ วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนารูปแบบชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
10. วิภา เพ็งแสงี่ยม. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 2558 ปีที่ 8 ฉบับที่ 1.
11. เพ็ญศิริ สิริกุล. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 2553: ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม.
12. สุมิตรา วิชา และคณะ. การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง. วารสาร มฉก. วิชาการ, 2561: ปีที่ 22 ฉบับที่ 43-44 : กรกฎาคม-ธันวาคม.