



นวัตกรรมการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชน: ‘อาสาปันสุข’ Community Health Care Management Innovation: ‘Ar Sa Pun Suk’ (Happiness Sharing Volunteer)

รังสิยา นารินทร์ Ph.D.* Rangsiya Narin Ph.D*
เรณู มีปาน M.Ph.** Renu Meepahan M.Ph.**

บทคัดย่อ

การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชนเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและบริบทของพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายชุมชนสุขภาพ ชุมชนที่สามารถจัดการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพแสดงให้เห็นถึงการต่อยอดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อศึกษาการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ตัวแทนภาคประชาชน จิตอาสา แกนนำ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่าง กรกฎาคม 2557-มีนาคม 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แนวคำถามทุนทางสังคม แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนมีการพัฒนานวัตกรรมจัดการดูแลสุขภาพบนฐานของทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมีการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงภายใต้การดำเนินงาน "อาสาปันสุข" ที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของชุมชนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ที่สำคัญคือมีแกนนำจิตอาสาที่มีความพร้อมและมีความเสียสละทำให้ "อาสาปันสุข" มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เกิดการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เกิดการเรียนรู้ให้กับคนภายในชุมชนและนอกพื้นที่ ดังนั้น นวัตกรรมจัดการดูแลสุขภาพชุมชน "อาสาปันสุข" แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการแบ่งปันและเอื้ออาทร

คำสำคัญ: นวัตกรรม การจัดการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน นโยบายสาธารณะ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Lecturer Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลอุโมงค์

** Director, Public Health and Environmental Department, U-mong Sub-district Municipality



Abstract

Participation from all sectors in a community is a main strategy to solve health care problem that related to community needs and contexts. This leads to achieve an aim of healthy community. An effective health care management community can be present a substantial development of effective participatory healthy public policy. This descriptive research was aimed to study a development of community participatory capacities in health care management, and a development of all sectors community coordinating network for house-bound and bed-bound older adults caring management. The information providers were selected including community representatives, volunteers, leaders, local leaders, health volunteers, municipal officers, nurses, and health care center officers. This research was conducted during July 2014-March 2015. The research instruments were developed through intensive literature reviews including social capital questionnaires, focus group discussions, and in-depth interviews. Data were analyzed descriptive statistics. Content analyzed and data categorized were adopted to analyze qualitative data.

The results revealed that the community was developed health care management innovation which based-on social capital and all sectors community participations. The community was developed health care management for house-bound and bed-bound older adults by develop 'Ar Sa Pun Suk' or 'Happiness Sharing Volunteer' project. This presented a community capacities to develop healthy public policy toward a substantial practice. The majority sector is preparedness volunteers who sharing and willing to develop effectively and sustainability project 'Ar Sa Pun Suk' (Happiness Sharing Volunteer). This also presented the development of health care coordinating network for house-bound and bed-bound older adult management and presented a lesson learned for people in community and outside setting. Therefore, the health care management innovation, 'Ar Sa Pun Suk' presented capacity and participatory community for house-bound and bed-bound older adults management with holistic approach including physical, psychological, social, and spiritual health, and also with sharing and kindness.

Key words: Innovation, Health Care Management, Community Participation, Public Policy



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนนับได้ว่ามีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ที่ระบุไว้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนนั้น รัฐมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับท้องถิ่นเพื่อตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นของประชาชน เพื่อนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชน มีความสอดคล้องกับการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) กลยุทธ์หลักที่สำคัญคือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (healthy public policy) ที่ให้ผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย ประกอบด้วย ภาคประชาชน ชุมชน การเมือง รัฐบาล ราชการ องค์กรอิสระ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคธุรกิจเอกชน ร่วมกันกำหนดทิศทางการดูแลด้านสุขภาพและผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะนั้น ๆ รวมทั้งดูแลสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และส่งเสริมทางเลือกในการดูแลด้านสุขภาพ เกิดการพัฒนาในรูปแบบต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของชุมชน เช่น ธรรมนูญสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพ แสดงให้เห็นศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชน ในการแก้ไขปัญหา ตรงตามความต้องการของชุมชน เป็นการบูรณาการทั้งการแพทย์และการสาธารณสุข การจัดการการศึกษา การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และการดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ, 2552) การจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาของชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ถือเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพให้สู่การปฏิบัติ

ที่สามารถแก้ไขปัญหาการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนนับว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรของประเทศ (สมศักดิ์ ชุณหะวัณ, 2553) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ติดบ้าน (house-bound) ติดเตียง (bed-bound) พบว่า มีความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ถูกแยกตัวออกจากสังคม และต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากญาติหรือผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล และส่งผลกระทบต่อฐานะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และภาพรวมของประเทศ (จุฬาทิพย์ ยอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล, 2555) ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงมีความต้องการการดูแลจากระบบบริการสุขภาพและความช่วยเหลือจากสังคมรอบด้าน ปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากโรค รวมถึงลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2555) การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากสังคม การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แหล่งช่วยเหลือในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนในการดูแล (จุฬาทิพย์ ยอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล, 2555) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้ร่วมคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ วางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล ในการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ในชุมชนจึงมีความสำคัญ (จินตวีร์ เกษมสุข, 2554; รังสิยานารินทร์, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, และ วราภรณ์ บุญเชียง, 2556; World Health Organization [WHO], 2004) การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานที่หลากหลายรูปแบบเพื่อให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตลอดจนครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ตามศักยภาพ ส่วนใหญ่การจัดการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นการพึ่งพาบริการสุขภาพจากทางภาครัฐภายใต้การเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัว จากพยาบาลวิชาชีพ การส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสา หรือเรียกว่า นักบริบาลชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (รังสิยานารินทร์, 2557) อย่างไรก็ตาม จากแนวโน้มปัญหาจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชนมีจำนวนเพิ่มขึ้น ในขณะที่บางขนาดการดูแลและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น หากชุมชนมีการจัดการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จะสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่การปฏิบัติในการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนได้อย่างชัดเจน

ตำบลอุโมงค์ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพภายใต้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับตำบล โดยนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงมาบูรณาการกับทุนทางสังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชีวิต ศิลปวัฒนธรรม เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตลอดจนบริบทของชุมชนตำบลอุโมงค์ (รังสิยานารินทร์ และ เรณู มีปาน, 2558) ปัญหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชนถือเป็นปัญหาหนึ่งที่ชุมชนตำบลอุโมงค์ได้ร่วมกันกำหนดทิศทางการดำเนินงาน โดยอาศัยกลยุทธ์ที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษากระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน

ติดเตียง โดยการขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้มีความชัดเจน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ของชุมชนและพัฒนาเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ในการจัดการปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแบบบูรณาการนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายชุมชนสุขภาวะที่มีศักยภาพในการจัดการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของชุมชนในด้านอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการศึกษาการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความรู้ (Demarest, 1997) เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทั้งระบบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการและขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 ศึกษากระบวนการและการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และระยะที่ 3 การศึกษากระบวนการและการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ในการจัดการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีความเชื่อว่าชุมชนที่สามารถจัดการดูแล



สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพแสดงให้เห็นถึงการต่อยอดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณารั้งนี้ ศึกษาในพื้นที่ตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นหนึ่งในพื้นที่โครงการถอดบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในเขตพื้นที่ภาคเหนือ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2557 ถึง มีนาคม 2558

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงที่มีคุณลักษณะคือ เป็นตัวแทนจากทุกภาคส่วนในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการจัดการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ตัวแทนภาคประชาชน จิตอาสาแกนนำ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลอุโมงค์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุโมงค์ รวมทั้งสิ้น 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แนวคำถามทุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามทุนทางสังคมของชนิชฐา นันทบุตร (2553) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และกระบวนการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ

จริยธรรมสาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 023/2557 เมื่อเดือนกรกฎาคม 2557 ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือและขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล หลังจากกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ เตรียมผู้วิจัยและชุมชน เตรียมเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยถึงเทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เตรียมกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงเรื่องการรักษาสิทธิและประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ลงนามในใบยินยอมโดยสมัครใจ ทำการนัดหมายเพื่อดำเนินการประชุมในการวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกัน

2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนข้อมูลทุนทางสังคมของตำบลอุโมงค์ การจัดการดูแลสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

3. ศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม

4. ศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม

5. ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และสรุปบทเรียนที่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา และจัดหมวดหมู่



ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิงจำนวน 17 คน (ร้อยละ 68) เพศชายจำนวน 8 คน (ร้อยละ 32) รวมทั้งสิ้น 25 คน อายุระหว่าง 40-65 ปี อายุเฉลี่ย 52.1 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่และจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชน ตาม 3 ประเด็นหลัก โดยปัจจัยนำเข้าได้แก่ ทูตทางสังคมและการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมที่สนับสนุนให้มีการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และแสดงให้เห็นกระบวนการดำเนินงานที่สะท้อนถึงศักยภาพของชุมชน ในการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และผลลัพธ์จากกระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยมีดังนี้

1. **ทูตทางสังคมในการจัดการดูแลสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม** พบว่าตำบลอุโมงค์มีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 13,289 คน จำนวนครัวเรือน 5,024 คน เป็นชายจำนวน 6,333 คน เพศหญิง 6,956 คน โดยมีประชากรอายุระหว่าง 26 ปี ถึง 49 ปี มากที่สุด จำนวน 3,232 คน (ร้อยละ 24.3) รองลงมาคือ 50 ปี ถึง 60 ปี (ร้อยละ 13.7) และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,443 คน (ร้อยละ 10.8) ของจำนวนประชากรทั้งหมด (เทศบาลตำบลอุโมงค์, 2553)

ชุมชนตำบลอุโมงค์มีทูตทางสังคมด้านทุนบุคคลที่เข้มแข็ง มีผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการที่มีศักยภาพ เช่น นักการเมืองท้องถิ่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ ปราชญ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เกษียณอายุราชการหรือข้าราชการบำนาญที่มีความพร้อมและมีจิตอาสา เช่น หมอ พยาบาล ทหาร ตำรวจ ครู อาจารย์ที่เกษียณอายุราชการ มีแกนนำชุมชน อสม. จิตอาสา มีศิลปิน นักร้อง นักดนตรีที่มีความสามารถและเป็นที่ยอมรับทั้งจากในชุมชนและนอกพื้นที่ มีทุนด้านองค์กรและสถาบันต่าง ๆ เป็นเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงาน

ทั้งจากสำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และวิทยาลัยชินรัตน์ เป็นต้น รวมทั้งมีทุนที่เกิดจากการรวมกลุ่มของคนในชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ชมรม อสม. กองทุนเงินล้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มบิ๊บบอย กลุ่มออมหมู (สวัสดิการชุมชน) กลุ่มลำไย กลุ่มไวน์ลำไย กลุ่มผักปลอดสารพิษ เป็นต้น โดยพบว่า ทูตทางสังคมที่เข้มแข็งและมีศักยภาพในการขับเคลื่อนการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน คือ ชมรม 'อาสาป็นสุข' ที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในชุมชนได้สมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยไม่แสวงหากำไร

2. กระบวนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ชมรม 'อาสาป็นสุข' เป็นกลุ่มจิตอาสาในชุมชนตำบลอุโมงค์ ตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 มีสมาชิกทั้งหมด 120 คน จากทั้ง 11 หมู่บ้าน ชมรมอาสาป็นสุขเกิดขึ้นจากแนวคิดของนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลอุโมงค์ ที่เล็งเห็นปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดคนดูแล รวมถึงผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เนื่องจากญาติและผู้ดูแลต้องออกไปทำงาน สอดคล้องกับข้อมูลทางเศรษฐกิจของชุมชนที่พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ในชุมชนประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 84.3 รองลงมา คือ รับจ้าง ร้อยละ 8.7 อาชีพอื่น ร้อยละ 2.6 ค้าขาย ร้อยละ 2.2 และรับราชการ ร้อยละ 1.2 ตามลำดับ และพบว่า ในพื้นที่ตำบลอุโมงค์มีโรงงานประเภทต่าง ๆ จำนวนถึง 43 แห่ง

การจัดตั้งชมรมอาสาป็นสุขมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การเยี่ยมเยียนเพื่อดูแลให้กำลังใจเพื่อนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีอย่างเป็นองค์รวมตามศักยภาพ แสดงให้เห็นถึงการไม่ทอดทิ้งกัน นอกจากนี้ยังอาศัยแนวคิดที่สำคัญในการดำเนินงาน คือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชนบนพื้นฐานของความมีจิตอาสา



แบ่งปัน และเอื้ออาทร โดยเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีจิตอาสา และมีความเสียสละได้สมัครเข้าร่วมดำเนินกิจกรรม เพื่อร่วมกันพัฒนาให้ตำบลอุโมงค์เป็นชุมชนสุขภาวะ ชุมชนแห่งการแบ่งปันความสุขและความเอื้ออาทร ภายใต้แนวคิด 'อาสาปันสุข' คนตำบลอุโมงค์ไม่ทอดทิ้งกัน โดยชุมชนให้ข้อมูลว่า

'...ผู้สูงอายุขาดคนดูแล...ลูกหลานต้องออกไปทำงาน ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้กินข้าว หลายคนกินยาไม่ตรงเวลา...นายกเทศมนตรีตำบลอุโมงค์อยากตั้งกลุ่มจิตอาสาเพื่อดูแลเพื่อนชุมชน ก็เลยเกิดเป็นชมรมอาสาปันสุขขึ้น....'

'...เริ่มจากรับสมัครจิตอาสาเพื่อดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง...ก็มีหลายคนเข้ามา อสม. แม่บ้าน คนที่เกษียณ ครู ตำรวจ ทหาร ก็มาช่วยกัน ไปให้กำลังใจกัน..'

ชมรมอาสาปันสุขมีสมาชิกที่สมัครเข้าร่วมกิจกรรมจากภาคประชาชนทั้ง 11 หมู่บ้าน นอกจากนี้มีเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลอุโมงค์ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุโมงค์ รวมทั้งพระสงฆ์ และจากทุกภาคส่วนเข้าร่วมกิจกรรมด้วย กิจกรรมหลักแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) อนามัยส่วนบุคคล เช่น ตัดเล็บ ตัดผม 2) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การลงบันทึกข้อมูล ติดตามการรับประทานยาตามแผนการรักษา ในกรณีที่ได้รับยา เป็นต้น 3) สุขภาพภายในบ้าน เช่น การทำความสะอาดภายในบริเวณบ้าน 4) สุขภาพนอกตัวบ้าน เช่น เก็บกวาดขยะใบไม้รอบบริเวณบ้าน การตัดหญ้า และ 5) การสอบถามข้อมูลความต้องการ เช่น อุปกรณ์ช่วยพยุง รถเข็น ผ้าอ้อม เป็นต้น

การดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 2 ทีม คือ

1) ทีมชมรมอาสาปันสุข ประกอบด้วยสมาชิกชมรมจากทั้ง 11 หมู่บ้าน ดำเนินการออกเยี่ยมเยียนเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทุกวันเสาร์ที่ 2 และ 4 ของเดือน โดยแต่ละหมู่บ้านจะผลัดกันเป็นทีมเหย้าหรือทีมเจ้าบ้าน เพื่อเตรียมครอบครัวที่จะไปเยี่ยม และทีมเยือนหรือทีมเยี่ยม ก่อนออกเยี่ยมเยียนทุกครั้งจะมีการประชุมทีมที่เทศบาล เพื่อร่วมกันวางแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมกับบริบทและปัญหาความต้องการในแต่ละ

ครอบครัวและแต่ละกรณีไป จากนั้นจะแบ่งทีมเยี่ยมออกเป็น 4 ทีม และแบ่งผู้รับผิดชอบในแต่ละทีมตาม 5 กิจกรรมหลัก โดยการมอบหมายงานเน้นความสมัครใจและความถนัดของจิตอาสาแต่ละบุคคลเป็นหลัก เช่น ถัดถัดผม ทำความสะอาด ตัดหญ้า เป็นต้น ภายหลังการเยี่ยมเยียนแต่ละเดือน คณะกรรมการชมรมอาสาปันสุขจะมีการประชุมร่วมกับผู้นำชุมชน แกนนำ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานมาพูดคุยและหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาการดำเนินงานต่อไป นอกจากนี้ชมรมอาสาปันสุขยังมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง เช่น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การใช้กระเปาะเย็บ การบันทึกเอกสาร เป็นต้น โดยชุมชนให้ข้อมูลว่า

'...เวลาที่ทีมอาสาปันสุขลงพื้นที่ จะนัดรวมพลที่เทศบาล เพื่อประชุมวางแผนการเยี่ยมและแบ่งงานกันก่อน ก็แบ่งเอาตามถนัด..ใครถนัดตัดผมก็ไปตัดผม ถนัดทำความสะอาด ขอบกวาดบ้านก็ไปกวาดบ้าน...เวลาออกเยี่ยมจะแบ่งเป็น 4 สาย หมู่บ้านละ 5-6 หลัง...หมุนเวียนหมู่บ้านกันไป ผลัดกันเป็นเจ้าบ้าน....'

'...เข้าไปช่วยทำความสะอาดบ้าน ปิดกวาดเช็ดถู ถ้าผู้สูงอายุผอมยาก็ช่วยตัดผมให้..อสม. ก็ไปตรวจวัดความดัน.....'

'...แต่ละเดือนจะมีแกนนำชุมชน...เข้ามานั่งคุยกันในแต่ละเคส ยกเอาประเด็น...ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมาปรับปรุง..ให้มันดียิ่ง ๆ ขึ้นไป เพื่อว่าจะได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานไปข้างหน้าร่วมกัน...'

'...มีการหมุนเวียนมาให้ความรู้ ...เรามีการติดตามตลอด...มีอบรมให้หลายเรื่อง ...การปฐมพยาบาล (เบื้องต้น) เรื่องต่างๆ กระเปาะเย็บ เอกสารที่ต้องบันทึกการส่งต่อ....'

2) ทีมเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลอุโมงค์ ซึ่งเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลอุโมงค์ทุกคนจะรับอาสาในการดูแลพื้นที่ในละหมู่บ้าน โดยมีการวางแผนการออกเยี่ยมเยียนหมู่บ้านที่รับผิดชอบร่วมกันทุกวันศุกร์ที่ 1 และ 3 ของเดือน ในระหว่างเวลา 13.00 ถึง 16.00 น. โดยชุมชนให้ข้อมูลว่า



‘....การลงพื้นที่ จะมี 2 ทีม ทีมอาสาป็นสุขจาก 11 หมู่บ้าน กับทีมเทศบาลฯ..อาสาป็นสุขจะออกทุกสัปดาห์ที่ 2 และ 4..ส่วนทีมเทศบาลฯ จะออกทุกวันศุกร์ที่ 1 และ 3..’

สำหรับงบประมาณในการดำเนินงาน ชมรมอาสาป็นสุขได้รับเงินสนับสนุนบางส่วนจากเทศบาลตำบลอุโมงค์เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน เช่น สนับสนุนรถจักรยานยนต์ และเครื่องใช้ที่จำเป็นในการออกเยี่ยมเยียนแต่ละครั้ง อย่างไรก็ตาม ชมรมอาสาป็นสุขมีการระดมทุนในการดำเนินงาน โดยขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาลฯ และศูนย์การเรียนรู้ต่าง ๆ ภายในชุมชน เพื่อวางกล่อ่งรับบริจาคไว้ในห้องประชุม ซึ่งในการประชุมแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมประชุมจะร่วมสมทบทุนคนละ 1 บาท ต่อการประชุม 1 ครั้ง หรือเรียกว่า ‘กองทุนประชุมครั้งละ 1 บาท’ (1 Baht 1 Meeting) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดูแลเงินกองทุนอาสาป็นสุข รวมทั้งทำหน้าที่รวบรวมเงินทุนในแต่ละเดือนเพื่อนำไปซื้อของเยี่ยมและของใช้ที่จำเป็นเพิ่มเติม นอกจากนี้ ชมรมอาสาป็นสุขยังมีการวางกล่อ่งรับบริจาคตามร้านค้าต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้งการขอรับบริจาคจากห้างร้าน โรงงานต่าง ๆ ที่ทำธุรกิจในชุมชนด้วย โดยชุมชนให้ข้อมูลว่า

‘....ชมรมมีกองทุนอาสาป็นสุข..ก็ขอความร่วมมือจากร้านค้าวางกล่อ่งรับบริจาคไว้ เอากล่อ่งไปวางไว้ในห้องประชุมที่เทศบาล อนามัย ศูนย์เรียนรู้...ถ้ามีการประชุม 1 ครั้ง ก็ให้คนเข้าร่วมประชุมบริจาคคนละ 1 บาท หรือให้มากกว่านั้นก็ได้...แล้วแต่จิตศรัทธา แต่ละเดือนก็มีคณะกรรมการมาดูแลดอกผล เอาเงินส่วนนี้ไปซื้อของเยี่ยม....’

‘....แต่ละปีก็ไปขอรับบริจาคจากร้านค้า โรงงาน...บางที่ได้มาเป็นเครื่องใช้ ขนม เอาไปเป็นของเยี่ยม....’

3. กระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าชุมชนมีการดำเนินงานเพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนแบบบูรณาการ โดยให้ภาคประชาชนเป็นกำลังสำคัญในการจัดการดูแลสุขภาพ ในส่วนเทศบาลตำบลอุโมงค์มีหน้าที่

เชื่อมประสานให้เกิดกลไกการดำเนินงานที่ต่อเนื่องคอยเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน เช่น การจัดรถรางให้บริการ การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานบางส่วนให้ มีกระบวนการดำเนินงานที่มีรูปแบบชัดเจน นอกจากนี้ ในการประชุมประจำเดือนของเทศบาลตำบลอุโมงค์จะเป็นกลไกในการติดตามการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เนื่องจากการประชุมจะเป็นเวทีในการพูดคุยปรึกษาหารือระหว่างผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ ผู้นำองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ภาคประชาชน และหน่วยงานภาครัฐ เช่น พัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง จากผลการดำเนินงานของชมรมอาสาป็นสุขตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา พบว่า มีจำนวนครัวเรือนที่ได้ออกเยี่ยมเยียนแล้วทั้งสิ้นกว่าจำนวน 700 ครอบครั้ว (เทศบาลตำบลอุโมงค์, 2558)

การอภิปรายผล

การจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ภายใต้การดำเนินงานของชมรมอาสาป็นสุข มีปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องเป็นรูปธรรม คือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเข้ามาดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ กังวาน พรหมไทย และ เกรียงศักดิ์ สร้อยสุวรรณ (2554) และนงเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ (2558) ที่กล่าวว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพจะสำเร็จได้ต้องอาศัยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการขับเคลื่อน โดยปัจจัยที่สำคัญอีกประการ คือ ชุมชนมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง มีจิตอาสาที่มีความพร้อมและความเสียสละ เป็นชุมชนแห่งการแบ่งปันและเอื้ออาทร สอดคล้องกับ ขนิษฐา นันทบุตร (2558) ที่กล่าวว่า การเป็นสังคมแห่งสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องมีการอยู่ร่วมกัน มีบริการทางสังคม มีความสามัคคี และมีสันติภาพที่ดี นอกจากนี้ การมีผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์ มีความคิดสร้างสรรค์ และเห็นความสำคัญของปัญหาทางด้านสุขภาพจะเอื้อให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ



รังสิยา นารินทร์ และพนิดา ชำนิชัชวาล (2557) ที่พบว่า ศักยภาพของผู้นำท้องถิ่นและผู้นำชุมชนมีส่วนสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และจากการศึกษาของ อัญชิรญา จันทรปิฎก (2555) พบว่า การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ส่วนตนของผู้บริหาร นอกจากนี้พบว่า หน่วยงานและองค์กรภายนอกถือเป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพที่เข้มแข็งเช่นกัน

การเยี่ยมบ้านถือหัวใจสำคัญของกระบวนการดำเนินงานในการจัดการดูแลสุขภาพชุมชนในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (รังสิยา นารินทร์, 2557) แม้ว่าในพื้นที่ตำบลอุโมงค์มีหลายหน่วยงานร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุโมงค์ เป็นต้น สำหรับการเยี่ยมเยือนของชมรมอาสาป็นสุข ถือเป็นการนวัตกรรมการดูแลสุขภาพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของชุมชน เกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชน เป็นการต่อยอดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของทุนทางสังคม เกิดการพัฒนาองค์กรชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพโดยไม่แสวงหากำไร มีประสิทธิภาพและปฏิบัติได้จริง มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอย่างต่อเนื่อง ให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ สามารถพัฒนาเป็นต้นแบบการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมุ่งเน้นการสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี สร้างรากฐานครอบครัวให้อบอุ่น ด้วยการแบ่งปันและเอื้ออาทร เพื่อต่อยอดจัดระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นองค์ความรู้เชิงประจักษ์เพื่อนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับคนภายในชุมชนและนอกพื้นที่ต่อไป ซึ่งการดำเนินงานสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2550) ที่กล่าวไว้ว่า ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพจะต้องเสริมสร้างให้ภาคประชาชนและองค์กรในชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพในการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

จะเห็นได้ว่า นวัตกรรมการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนภายใต้การขับเคลื่อนการดำเนินงานของชมรมอาสาป็นสุขคนตำบลอุโมงค์ไม่ทอดทิ้งกัน ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แสดงถึงศักยภาพของชุมชนที่มีการบูรณาการทั้งจากทุนทางสังคมด้านทุนบุคคล กลุ่มองค์กร เครือข่ายจากภาคส่วนต่างๆ ทำให้เห็นความชัดเจนในการในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนำสู่การปฏิบัติ เพื่อให้มีการจัดการตนเองของชุมชนในการดูแลสุขภาพชุมชนอย่างเป็นองค์รวม เป็นสังคมแห่งสุขภาวะมิติใหม่ ด้วยการแบ่งปันและเอื้ออาทร

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ได้นวัตกรรมการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมด้วยการแบ่งปันและเอื้ออาทร ตลอดจนได้เครือข่ายความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยจากสถาบันการศึกษาและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และการดูแลสุขภาพของชุมชนในด้านอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยเปิดโอกาสให้แกนนำจิตอาสาที่มีความพร้อมในการช่วยเหลือและมีความเสียสละ ร่วมดำเนินการขับเคลื่อน

กระบวนการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชน เป็นการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน จัดสรรงบประมาณจากทุนที่มีอยู่ในชุมชน กำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างสม่ำเสมอ

ควรมีการนำแนวคิดการจัดการดูแลสุขภาพของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่แบ่งปันและเอื้ออาทร ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพในกลุ่มประชากรอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มเยาวชน และกลุ่มผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของการจัดการดูแล
สุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชนที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น โดยติดตามคุณภาพชีวิต

การลดค่าใช้จ่ายในการรักษา การกลับเข้ารักษาใน
โรงพยาบาล เป็นต้น

2. ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาฐานข้อมูลในการ
จัดการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เพื่อนำไปใช้ในการ
ติดตามการดูแลและการส่งต่ออย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่สนับสนุนทุนการศึกษา
วิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเทศบาลตำบลอุโมงค์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุโมงค์ และ
ประชาชนในตำบลอุโมงค์ที่ร่วมกันเป็นเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ทำให้การศึกษาวิจัย
ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กั๊วงวน พรหมไชย และเกรียงศักดิ์ สร้อยสุวรรณ. (2554). รูปแบบกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบ
มีส่วนร่วมกรณีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ เทศบาลตำบล วัดโบสถ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก:
มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2553). ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ. นนทบุรี: อูษาการพิมพ์.
- ชนิษฐา นันทบุตร (บก.). (2558). มหาวิทยาลัยดอนแก้วสร้างสุข หลักสูตรการจัดการสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ:
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- จินตวิรี เกษมสุข. (2554). การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม. เอกสารประกอบการเรียนรู้ด้วยตนเอง หมวดวิชาการงาน
ชุมชนและมวลชนสัมพันธ์. สืบค้นจาก [http://www.edupol.org/eduOrganize/eLearning
/generalStaff/doc/group10/08/01.pdf](http://www.edupol.org/eduOrganize/eLearning/generalStaff/doc/group10/08/01.pdf)
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล. (2555). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติด
บ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. สืบค้นจาก [http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/
files/mmo14.pdf](http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo14.pdf)
- เทศบาลตำบลอุโมงค์. (2553). สถิติการทะเบียนประชากรตำบลอุโมงค์. ลำพูน: เทศบาลตำบลอุโมงค์.
- เทศบาลตำบลอุโมงค์. (2558). สถิติทะเบียนเยี่ยมบ้านอาสาสมัคร. ลำพูน: เทศบาลตำบลอุโมงค์.
- นงเยาว์ อุดมวงศ์, พนิดา จันทโสภณพันธ์, ดวงฤดี ลาคุชะ, กนกพร สุคำวัง, วิทยา ยาประเสริฐ, สุพรรณ ยาประเสริฐ,
ธนูเพ็ญพร แก้วกันทะ, บัญชากร พลชมชื่น, สกาวรัตน์ สมธรรม, อนันต์ แสงบุญ, และชัยยุทธ กาญจนสาวิตรี. (2558).
บทเรียนจากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ตำบลหมก
อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสาร, 42(1), 97-107.



- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- รังสิยา นารินทร์. (2558). นวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน 'อาสาปันสุข': ศักยภาพชุมชนในการจัดการดูแลตนเอง. *รีฟอร์ม ข่าวสารวิจัย มช. (Re-form: research information)*, 9, 14-15.
- รังสิยา นารินทร์. (2557). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน*. ใน วราภรณ์ บุญเชียง. รังสิยา นารินทร์ และศรีทูน ขาวแสง (บก.). คู่มือสำหรับผู้จัดการการดูแลที่บ้าน จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- รังสิยา นารินทร์ และพนิดา ชำนิชชีवाल. (2557). *ถอดบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในระดับตำบล: ตำบลทากาศ อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รังสิยา นารินทร์ และเรณู มีปาน. (2558). *ถอดบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในระดับตำบล: ตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รังสิยา นารินทร์, วิลาวัลย์ เตือนราชภู่, และวราภรณ์ บุญเชียง. (2556). *รายงานการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน กรณีศึกษาตำบลไชยสถาน อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2555). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สุภากร จันทวานิช. (2554). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2555). *การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข: การสำรวจแบบวันเดียว*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ*. สืบค้นจาก http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=80.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.). (2555). *นโยบายสาธารณะ: เครื่องมือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน.
- อัญชิรญา จันทรปิฎก. (2555). *กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพ จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Abelson, J., Forestb, P. G., Smitha, P., and Gauvin, F. P. (2003). Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social Sciences Medicine Journal*, 57(2), 239-251.
- Demarest, M. (1997). Understanding knowledge management. *Long Range Planning*, 30(3), 374-84.
- Mason, D. J., Leavitt, J. K., and Chaffee, M. W. (2014). *Policy and politics in nursing and health care*. (7th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Milestones in health promotion: statements from global conference*. Geneva: World Health Organization.