

บทความวิจัยต้นฉบับ :
กระบวนการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี
Process of District Health Board Development
for Elderly Health Promotion in Uttaradit Province

ปริญดา ทนคำ

Parinda Thunkham

กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Inspection Division Ofce of Permanent Secretary Ministry of Public Health

เบอร์โทรศัพท์ 09-3936-6456; E-mail : kae.ptk@gmail.com

วันที่รับ 27 ส.ค. 2563, วันที่แก้ไข 16 ต.ค. 2563, วันที่ตอบรับ 2 พ.ย. 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและเพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนชมรมผู้สูงอายุ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 156 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผล คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ ทั้งหมด 9 อำเภอ ในจังหวัดอุดรธานี คัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มเชิงช่วงชั้นอย่างเป็นสัดส่วน จำนวน 398 คน เครื่องมือในการศึกษา คือ แบบสอบถามแบบคำถามสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลสุขภาพในระดับมาก ต้องการสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยม ต้องการอาหารที่มีประโยชน์ ต้องการให้มีศูนย์กลางความรู้ในชุมชน การพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (2) การสนับสนุนมีส่วนร่วม (3) พัฒนากระบวนการดำเนินงาน (4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ในการพัฒนาศักยภาพ พบว่า เครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้นเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่าย มีระบบฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือเป็นปัจจุบันทุกเครือข่ายสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการดำเนินงานได้ ชุมชนสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำสำคัญ : การพัฒนา; คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ; การส่งเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aims to study needs in elderly health promotion to evaluate the situation on elderly health promotion of District Health Board (DHB) and study the developing plan of District Health Board on elderly health promotion in Uttaradit province. The research was studied by Research and Development model. The developing samples including the samples who were the DHB, directors and person in charge of health in Local Administration Organizations as well as the president of Elderly club were collected 156 samples using purposive sampling method whereas the evaluating samples including local elderly from 9 districts of Uttaradit province were collected 398 samples using Proportional stratified random sampling method. The questionnaires, group interviews, in-depth interviews and non-participant observations were employed to instruments for data collection

The result revealed that the elders need health care in high level coupling

with the needs of standard hospital, home care visiting, healthy foods and center of health knowledge in community. The processes of development consist of 4 processes (1) Development of human potential (2) Participatory promotion (3) Development of health process and (4) Health Supportive Environment creation. The result of human potential development showed that the elderly health promotion network gained more knowledge of health form participatory learning, working with network, up to date confidential useful database which available for access and the community had own Supportive Environment for elderly health promotion. The researchers suggested the promotion for the participation of the network which involving elderly health promotion using the role of District Health Board (DHB) which will effect on better of health status, decreasing the risk of Non-communicable disease.

Keywords : Development; District Health Board; Health promotion; Elderly

บทนำ

สภาพปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าด้าน การแพทย์และสาธารณสุข เป็นปัจจัยสำคัญ ประการหนึ่งที่ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของ ประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

การตระหนักและการรับรู้มากขึ้นถึงการเข้าสู่ภาวะ
สังคมผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ของโลก จึงนับเป็น
ปัญหาท้าทายที่ประเทศต่าง ๆ ต้องเตรียมพร้อมที่จะ
สนใจกลุ่มประชากรผู้สูงอายุให้มากขึ้น ด้วยเหตุนี้
ประเทศไทยจึงมีการวางแผนระยะยาวสำหรับ
ผู้สูงอายุเพื่อสร้างความเข้าใจถึงปัญหา และการแก้ไข
ปัญหาของผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุเรียกว่า “แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ” ขณะนี้
ใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 –
2564) ซึ่งกำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญเพื่อพัฒนา
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้
(1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของ
ประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ (2) ยุทธศาสตร์
ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ (3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบ
คุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (4) ยุทธศาสตร์
ด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนาทางด้าน
ผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนานุเคราะห์ด้าน
ผู้สูงอายุ (5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและ
พัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตาม
ประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุ
แห่งชาติ^[1] แผนผู้สูงอายุทั้งสองฉบับมุ่งเน้นให้
ประชากรผู้สูงอายุมีการพึ่งตนเองการมีครอบครัว
ที่อบอุ่นการได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน
ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว
และชุมชน อีกทั้งการเตรียมความพร้อมการส่งเสริม
ผู้สูงอายุ

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว
จังหวัดอุดรดิตถ์ จึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ
ครอบคลุมทั้ง 9 อำเภอ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2559
มีคณะกรรมการจากภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ
ร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการ

การบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน
ในพื้นที่ระดับอำเภอ และด้วยเหตุที่จังหวัดอุดรดิตถ์
มีสัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่าง
ต่อเนื่อง พบว่า ข้อมูลผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์
ปี พ.ศ. 2558 – ปี พ.ศ. 2560 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ
ร้อยละ 14.81, 15.60, 16.39 และตามลำดับ ปัญหา
สุขภาพของผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2560 พบมากที่สุดคือ
ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ
คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 34.78 โรคเบาหวาน
ร้อยละ 19.23 ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวาย
ร้อยละ 6.34 เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ทั้งหมด ร้อยละ 58.57 ปัญหาสุขภาพดังกล่าว
ของผู้สูงอายุที่พบล้วนเกิดจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ของตนเองของผู้สูงอายุ^[2] และพบว่า อำเภอ
น้ำปาดมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากร
สูงที่สุดในจังหวัดอุดรดิตถ์มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ
21.16 ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุในภาพรวม
ของจังหวัดอุดรดิตถ์ด้วย และพบว่า ปัญหา
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์
มีความสอดคล้องกับข้อมูลการวัดปัญหาสุขภาพ
ของคนไทยโดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (disability
adjusted life year: DALY) เป็นตัวบ่งชี้ซึ่งพบว่า
ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสีย
ปีสุขภาวะเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ^[1] ด้วยเหตุนี้
หากไม่มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมแล้ว
ก็จะส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรค
ที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพจะเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุจะแย่ลงเป็นภาระของคนในครอบครัว
และสังคม

จากข้อมูลดังกล่าว คณะผู้วิจัยได้เห็น
ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
การสนับสนุนการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

แผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) และนโยบายการปรับเปลี่ยนของกระทรวงสาธารณสุขดังที่กล่าวมาแล้ว และเพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่จะใช้ผลการวิจัยนี้ในการพัฒนากระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดลดปัญหาสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย สามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดอุดรดิตถ์
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการศึกษาในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ ในพื้นที่ 9 อำเภอ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 9 เดือน ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2561 – สิงหาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างในพัฒนา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผล คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด 9 อำเภอ ในจังหวัดอุดรดิตถ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิดการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้แนวคิดผสมผสานภายใต้ 2 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการพัฒนาองค์กร (organization development หรือ OD) และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงองค์กร (Theories of organizational change) ของ Sashkin และ Burke^[3] ทั้งสองทฤษฎีนี้มีความสำคัญในการอธิบายการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้เลือกใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) ฉบับปรับปรุง 2006 ในปี ค.ศ. 1975 เพนเดอร์ในการวัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ระบบสุขภาพอำเภอจัดบริการให้ผู้สูงอายุในพื้นที่^[4]

วิธีการดำเนินงานและเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อทราบความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และเพื่อหาแนวทางพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยประยุกต์ใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสาน (mixed methodological method) ทั้งรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 2 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1 การค้นหาความต้องการ และสถานการณ์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บข้อมูลเพื่อประเมิน คุณภาพชีวิต และความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี (มีผู้สูงอายุทั้งหมด 79,053 คน) คัดเลือกโดยการสุ่มเชิงชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (proportional stratified random sampling) ดังนี้

1.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปจากการคำนวณ สูตรของ Yamane ที่ความเชื่อมั่นของผลการวิจัย 95 % ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 398 คน

1.2 กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนผู้สูงอายุ ทั้ง 9 อำเภอ แยกรายอำเภอ

1.3 นำรายชื่อผู้สูงอายุแต่ละอำเภอทั้งหมดใส่รหัสรายชื่อ คัดเลือกตามลำดับการสุ่มเชิงระบบ (systematic random sampling) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต

2. การศึกษาความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in – depth interview) กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนชมรมผู้สูงอายุ

จำนวน 9 คน ในพื้นที่ 9 อำเภอ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้สูงอายุที่เต็มใจให้สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในประเด็นสภาพครอบครัวและที่อยู่อาศัย ด้านสุขภาพอนามัยด้านรายได้ ด้านเครือข่ายและบริการเกี่ยวพันด้านที่อยู่อาศัย และด้านนันทนาการ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองโดยมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าตามความสะดวกของผู้ให้สัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที ระหว่างการสัมภาษณ์จะมีการขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ และการจดบันทึกประเด็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 188 คน

กลุ่ม 2 ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 75 คน ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ โดยใช้แบบสอบถาม ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กร สาธารณสุข ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลักการวิเคราะห์ ทั้ง 7 ด้าน ของ 7S McKinsey เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ วิธีการสร้างเครื่องมือและหาคุณภาพ เครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปทดสอบความ เที่ยงตรงเชิงเนื้อหา นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน โดยได้นำข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ไปปรับปรุงแก้ไข และตรวจสอบ ความตรงด้านโครงสร้าง และความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปหาค่าดัชนี ความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา และวัตถุประสงค์ (index of item – objective congruence หรือ IOC) ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) ที่ 0.8

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) ซึ่งผู้วิจัยได้เลือก ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข อำเภอโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น อำเภอกลับแล จังหวัดอุดรธานี จำนวน 38 คน ใช้การทดสอบค่าความน่าเชื่อถือ (reliability) หาค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือตามสูตรสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (cronbach) ได้ค่าความน่าเชื่อถือมีค่า Alpha เท่ากับ 0.82

กระบวนการที่ 2 กระบวนการศึกษารูปแบบพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการ พัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยการสนทนากลุ่มด้วยการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาแนวทาง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุโดย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. การคืนข้อมูลคุณภาพชีวิตและ ความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และศักยภาพในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

2. การวิเคราะห์องค์กรเกี่ยวกับการ ดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ ปัญหา การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากข้อมูล และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ให้ผู้ร่วมเวทีได้เรียนรู้การดำเนินงานที่ผ่านมา ร่วมกัน

3. สร้างกระบวนการพัฒนาศักยภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบ สุขภาพอำเภอ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีจุด มุ่งหมายเพื่อให้ผู้ร่วมเวที ร่วมกันกำหนดแนวทาง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจงจากผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ อำเภอ จำนวน 45 คน ตัวแทนองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นจำนวน 75คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 36 คน รวมจำนวน 156 คน

เครื่องมือที่ใช้ (1) แนวคำถามใน การสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ร่วม สนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็น ในประเด็นปัญหา การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมา

แนวทางแก้ไขทำแผนสร้างอนาคตร่วมกัน (future search conference) และแนวทางในการพัฒนา (2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยสังเกตในเรื่องการร่วมกิจกรรมแต่ละกระบวนการการแสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลของกระบวนการพัฒนา โดยประเมินจากศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังดำเนินการตามกระบวนการพัฒนา มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินผลของกระบวนการพัฒนา โดยมีการประเมินหลังกระบวนการพัฒนา 3 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม 1 กลุ่มตัวอย่างในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการพัฒนา คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 398 คน (จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกระบวนการที่ 1)

กลุ่ม 2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 45 คน (จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกระบวนการที่ 2)

เครื่องมือที่ใช้

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ใช้แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในประเด็นความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาในแต่ละกระบวนการ บทเรียนที่ได้รับจากการพัฒนา

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสรุป และขออนุญาตติดตามการดำเนินกิจกรรม

2. การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยในการเก็บข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีการชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดการเก็บข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ตอบแบบสอบถามชัดเจน การสัมภาษณ์เชิงลึกจะแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า จะสัมภาษณ์ในประเด็นใดบ้าง หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา แจ้งถึงระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งโดยประมาณแต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล

3. การสนทนากลุ่มในการสนทนากลุ่มใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม มีการสังเกตการจดบันทึกการบันทึกเสียงและภาพผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการสนทนา มีช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตและจดบันทึก และผู้อำนวยการควบคุม

4. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมใช้กระบวนการจัดการความรู้ (knowledge management process) ซึ่งเป็นกระบวนการแบบหนึ่งที่จะช่วยให้องค์กรเข้าใจถึงขั้นตอนที่ทำให้เกิดกระบวนการจัดการความรู้หรือพัฒนาการของความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การบ่งชี้ความรู้ (2) การสร้างและแสวงหาความรู้ (3) การจดความรู้ให้เป็นระบบ (4) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (5) การเข้าถึงความรู้ (6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (7) การเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์และนำเสนอโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยทำไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลเป็นระยะ ๆ นำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์และแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาแล้วจึงวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา (research and development) การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการส่งเสริมสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ แบ่งผลการศึกษาเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ผลการศึกษาระยะที่ 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานปัจจุบัน แบ่งผลการศึกษาดังนี้

1. ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางทั้ง 4 ด้าน ด้านสุขภาพร่างกายมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 23.45 ด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ย 21.75 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 10.15 และด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ย 28.76 ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในภาพรวม 84.11 แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพกาย	23.45	3.68	กลาง
ด้านจิตใจ	21.75	2.97	กลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.15	2.65	กลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.76	2.59	กลาง
คุณภาพชีวิตรวม	84.11	11.89	กลาง

2. ความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิต

และดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า

(1) ด้านสุขภาพ มีสถานพยาบาลเพียงพอเพียงข้อเดียวและมีความต้องการสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานต้องการอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ต้องการให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ (2) ด้านรายได้ มีความต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นจากที่ได้รับในปัจจุบัน มีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ การส่งเสริมให้ทำงานทำตามความเหมาะสม

(3) ด้านเครือข่ายและการจัดบริการสาธารณะ ผู้สูงอายุมีความต้องการให้มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้อยู่ในสังคมได้อย่างมั่นคง การตั้งฌาปนกิจสงเคราะห์ และความช่วยเหลือเมื่อได้รับความเดือดร้อน (4) ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงทางอารมณ์ ผู้สูงอายุต้องการได้รับความเคารพได้รับเกียรติจากคนในสังคม การอยู่อย่างมั่นคง การเข้าร่วมกิจกรรม และความต้องการ

ทำประโยชน์ให้ชุมชน (5) ด้านนั้นทนทานต่อการ
ให้มีกิจกรรมเพื่อรักษาสุขภาพจิต การให้มีสถานที่
พบปะ และการมีที่พักผ่อนและออกกำลังกาย

8. ตักยภาพขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นและองค์กรสาธารณสุข และศักยภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ อำเภอ จังหวัดอุดรธานี

การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้การวิเคราะห์
ข้อมูลตาราง 7S วิเคราะห์บทบาททางของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ
พบว่า ด้านกลยุทธ์ขององค์กร (strategy) กระบวน
การจัดการแผนผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานอย่างเป็น
ระบบ โดยมีการสำรวจประเด็นปัญหาความต้องการ
หรือความคาดหวังของผู้สูงอายุ แล้วนำมาวิเคราะห์
เพื่อจัดทำเป็นแผนงาน/โครงการของหน่วยงาน
แต่ยังขาดการติดตามประเมินผล การดำเนินกิจกรรม
และการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกเครือข่ายที่
เกี่ยวข้อง ด้านโครงสร้างองค์กร (structure) พบว่า
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
มีประสบการณ์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ มีการกำหนดหน่วยงาน ที่รับผิดชอบ
ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านระบบ (system)
ส่วนใหญ่มีปัญหาการจัดวางระบบการทำงานภายใน
เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบการประเมิน
ความคุ้มค่าของงบประมาณที่จัดสรรไปกับการดูแล
ผู้สูงอายุ รวมทั้งระบบการติดตามผลของการจัด
โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการให้กับผู้สูงอายุ
ด้านทักษะ ความรู้ ความสามารถ (skill) ส่วนใหญ่
บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงมีวุฒิการศึกษา
ด้านสวัสดิการสังคม สังคมสงเคราะห์ หรือพัฒนา
สังคมน้อย ด้านรูปแบบการทำงาน (style) ผู้บริหาร
ในหน่วยงานมีการให้ความสำคัญกับงานด้านการดูแล

ผู้สูงอายุ มีการแสดงบทบาทในการผลักดันให้เกิด
นโยบาย แผนงาน หรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับ
เรื่องการดูแลผู้สูงอายุการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วน
เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานผู้สูงอายุยังไม่
ชัดเจน ด้านการจัดการคณะทำงาน (staff) มีการ
จัดตั้งคณะทำงานด้านผู้สูงอายุมีการกำหนดบทบาท
หน้าที่ของคณะกรรมการผู้สูงอายุที่หน่วยงาน
จัดตั้งขึ้นแต่คณะทำงานยังไม่สามารถดำเนินงานได้
ตามบทบาทที่กำหนด คณะกรรมการการดำเนินงาน
ผู้สูงอายุมีบุคคลภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมน้อย
ด้านการสร้างค่านิยมร่วม (share value) ยังไม่มี
การสร้างค่านิยมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุร่วมกัน มีเพียงการสร้างค่านิยมในภาพรวม

ผลการศึกษาระยะที่ 2 กระบวนการ
ศึกษารูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ แบ่งผลการศึกษา ดังนี้

1. แนวทางการพัฒนาคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

จากการวิเคราะห์ SWOT เพื่อหาจุดแข็ง
จุดอ่อน โอกาสในการพัฒนา ปัญหาอุปสรรค
ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ
เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สรุปกระบวนการ
ในการพัฒนา 4 กระบวนการคือ (1) การพัฒนา
ศักยภาพบุคลากร มีกระบวนการพัฒนาที่สำคัญคือ
(1.1) ค้นหาความรู้เดิมที่มีอยู่โดยการสนทนา
กลุ่มเกี่ยวกับกระบวนการทำงานที่ผ่านมา ค้นหา
ความรู้ที่ต้องการพัฒนา (1.2) สร้างและแสวงหา
ความรู้ โดยจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ
ส่วนที่ขาดโดยผู้เชี่ยวชาญ (1.3) จัดทำมาตรการ
คู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน

(1.4) จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่าย (1.5) ส่งเสริมการทำวิจัย และคิดค้นนวัตกรรมในการดำเนินงาน (2) การสนับสนุนมีส่วนร่วมกระบวนการพัฒนา คือ (2.1) การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด (2.2) การสร้างเครือข่ายแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (2.3) การสร้างทีมติดตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกเครือข่าย (3) พัฒนาระบบการดำเนินงาน กระบวนการพัฒนา คือ (3.1) จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์ ปรับฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน (3.2) จัดทำแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (3.3) พัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีศักยภาพ (3.4) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษากรณีที่มีปัญหาสุขภาพ (3.5) พัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกับบุคลากรสาธารณสุข (3.6) พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่เน้นการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน (4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการพัฒนา คือ (4.1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนผ่านช่องทางต่าง ๆ (4.2) สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ค้นหาสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน (4.3) ประกวดผู้สูงอายุต้นแบบ (4.4) ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรมชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ การประกอบอาหารจากผักพื้นบ้านรับประทานอาหารพื้นเมือง ซึ่งเป็นอาหารที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ใช้วัสดุ

ในชุมชนมาผลิตอุปกรณ์ออกกำลังกาย เช่น ลอกกะลามะพร้าว เป็นต้น

2. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดอุดรดิตถ์

1. คณะกรรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมสามารถให้คำปรึกษา สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง มีการรวบรวมองค์ความรู้เดิมที่ได้จากการวิเคราะห์การทำงานที่ผ่านมา ร่วมกับองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการพัฒนาจัดทำเป็นคู่มือการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด เกิดนวัตกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. เครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในทุกขั้นตอน ตั้งแต่กระบวนการวางแผน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การร่วมดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การร่วมติดตามผลการดำเนินงาน และการร่วมรับรู้ผลประโยชน์ เกิดแผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุที่ตอบสนองกับความต้องการของผู้สูงอายุสามารถถ่ายทอดสู่การปฏิบัติได้จริง เกิดเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่สามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. มีระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่ชัดเจนเหมือนกันทั้งจังหวัด มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุของจังหวัดอุดรดิตถ์ที่ถูกต้องครบถ้วนเป็นปัจจุบันสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน

แก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการคัดกรองสุขภาพที่ครอบคลุม ได้มาตรฐาน ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ได้ทั่วถึง มีช่องทางในการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ และบุคลากรด้านสุขภาพ

4. เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ชุมชนมีการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ผ่านหอกระจายข่าว หมู่บ้าน การสื่อสารความรู้จากเครื่องขยายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เกิดสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน ปรับวัฒนธรรมของชุมชนให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

5. ผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหอบหืดลดลงจากเดิมมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหอบหืด 59.23 หลังการพัฒนามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหอบหืด 41.03 มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็น

โรคซึมเศร้า ลดลง จากเดิมร้อยละ 43.29 หลังการพัฒนา ร้อยละ 21.78 มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม จากเดิมผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 33.86 หลังการพัฒนามีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.57 มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ปัญหาขาดสารอาหารในผู้สูงอายุลดลงเดิมมีผู้สูงอายุที่มีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 21.83 หลังพัฒนามีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 18.05 สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น ลดภาระ การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังการพัฒนา การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยหลังการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุหลังการพัฒนา

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพกาย	29.76	3.24	มาก
ด้านจิตใจ	25.11	2.58	มาก
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	13.08	2.89	มาก
ด้านสิ่งแวดล้อม	33.62	2.78	มาก
คุณภาพชีวิตรวม	101.57	11.49	มาก

อภิปรายผล

งานวิจัย พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ดี ในเรื่องกองทุนชุมชนเพื่อสวัสดิการภาคประชาชน ภายใต้เงื่อนไขจะต้องได้รับการเสริมศักยภาพเรื่องภาวะผู้นำ และปรับรูปแบบการบริหารงานให้มีการบูรณาการแผนงานและโครงการกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุเอง โดยผ่านชมรมผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ๆ เป็นต้น^[7] สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่ พบว่า ขาดการบูรณาการและขาดความต่อเนื่อง ซึ่งหมายถึง การดำเนินงานด้านสวัสดิการ ผู้สูงอายุแยกส่วนระหว่างงานด้านสุขภาพกับงานด้านสังคมขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีสองหน่วยงานที่เป็นองค์ประกอบหลักและมีบทบาทที่สำคัญและมีภารกิจตรงในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) องค์กรสาธารณสุข และหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ผ่านมาหน่วยงานเองมองว่า มีความพร้อมในเรื่องการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แต่ยังมีปัญหาการปฏิบัติไม่ปฏิบัติตามแผนงาน ด้วยเหตุนี้หน่วยงานดังกล่าวในอนาคตคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงต้องพัฒนาวางแผนยุทธศาสตร์ให้สามารถบูรณาการหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และต้องจัดระบบควบคุมกำกับและประเมินผลตลอดระยะเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริงตามแผนซึ่งงานวิจัยจากตาราง 7S (system)

พบว่า จุดอ่อนคือการขาดการติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในระยะยาว (long term care; LTC) ให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกลับมาช่วยตัวเองได้ และป้องกันผู้สูงอายุรายอื่น ๆ ไม่ให้เข้ามาสู่ภาวะพึ่งพิง^[8] ในประเด็นปัญหาความร่วมมือของผู้สูงอายุนั้น ในทางกลับกันงานวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุเองมีความต้องการเข้าร่วมชมรม/สมาคมแนวทางการแก้ไขปัญหาที่สำคัญคือ องค์กรทั้งสองจึงต้องประสานความร่วมมือให้ผู้สูงอายุร้อยละ 100 เข้ามาเป็นสมาชิกชมรมสำหรับจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 54.35 เท่านั้น^[2]

ความต้องการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ยังพบปัญหา คือ ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษาได้ยาก ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย ขาดผู้นำออกกำลังกาย ผู้สูงอายุต้องการได้รับอาหารที่มีประโยชน์ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นในชุมชน และการจัดการความเครียด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จึงต้องวางแผนยุทธศาสตร์ให้ครอบครัวดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเหล่านี้ และใช้เครื่องมือ คือ ทีมหมอครอบครัว (primary care team) เข้ามามีบทบาทในการเสริมส่วนขาด ร่วมกันกับผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver) ซึ่งเป็นทีมที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงและมีบทบาทในการบริหารจัดการและดูแลผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง^[9]

กระบวนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ 4 แนวทาง ได้แก่ (1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชนผ่านช่องทางต่าง ๆ (2) สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ค้นหาสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน (3) ประกวดผู้สูงอายุต้นแบบ (4) ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรมชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 4 ของแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (ดัชนีที่ 45 – 52)^[10]

สรุป

จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลสุขภาพในระดับมาก ต้องการสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยม ต้องการอาหารที่มีประโยชน์ ต้องการให้มีศูนย์กลางความรู้ในชุมชน ผู้สูงอายุต้องการได้รับความเคารพ ได้รับเกียรติจากคน ในสังคม การอยู่อย่างมั่นคง การเข้าร่วมกิจกรรม และความต้องการทำประโยชน์ให้ชุมชน ต้องการให้มีกิจกรรมเพื่อรักษาสุขภาพจิต การให้มีสถานที่พบปะ และการมีที่พักผ่อนและออกกำลังกาย การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตาราง 7S วิเคราะห์บทบาทงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่าขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรม และการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการจัดตั้งคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุ

มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการผู้สูงอายุที่หน่วยงานจัดตั้งขึ้น แต่คณะกรรมการยังไม่สามารถดำเนินงานได้ตามบทบาทที่กำหนด ส่วนใหญ่บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ มีวุฒิการศึกษาด้านสวัสดิการสังคม สังคมสงเคราะห์ หรือพัฒนาสังคมน้อย การสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน จากความต้องการของผู้สูงอายุและการวิเคราะห์บทบาทการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ผ่านมา และนำปัญหาและความต้องการที่พบมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (2) การสนับสนุนมีส่วนร่วม (3) พัฒนาระบบการดำเนินงาน (4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ผลการพัฒนาส่งผลให้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถถ่ายทอดสู่การปฏิบัติได้จริง เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการติดตามกระบวนการดำเนินงานโดยเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ มาตรฐานการดำเนินงานผู้สูงอายุที่เหมือนกันทั้งจังหวัด ชุมชนมีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่ดำเนินงานขับเคลื่อนในระดับอำเภอ หากมีงานวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ดำเนินงานในระดับจังหวัด ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์และหัวหน้ากลุ่มงานผู้ดำเนินงานระดับนโยบาย เช่น ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2 จะทำให้ได้ประเด็นกระบวนการในระดับนโยบายเพิ่มขึ้น เพื่อความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

2.1 การศึกษาพบว่ากระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีควรมาจากความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนั้นหากจะมีการนำกระบวนการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไปใช้ ควรให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

2.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย นายอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนภาคประชาชน แต่ยังคงขาดบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุโดยตรง ดังนั้นการพัฒนาจึงต้องมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการที่ประกอบด้วยเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานร่วมเป็นคณะกรรมการในการขับเคลื่อนด้วย

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่โครงการวิจัย 008/2018 COA No. 008/2018 UPHO REC No. 008/2018

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 2 ท่านสาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 2 ท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ ขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย จนการวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ .

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2554.
- [2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. สรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2560. อุตรดิตถ์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์; 2560.
- [3] เจตชาติ ดวงสงค์ ธีระ เดชะมณีสถิต และ ปฐม มณีโรจน์. การศึกษาและพัฒนาองค์กรกิจการเพื่อสังคมด้านเกษตรอินทรีย์ ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย : กรณีศึกษา เรนโบว์ฟาร์ม. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 2558; 2: 140 – 64.

- [4] Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice. (3rd ed.). NewYor : Appleton & Lange; 1996.
- [5] ศรารุณี บัณฑิตเมธาพงศ์. การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สวัสดิการผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2555; 2: 91 – 102.
- [6] กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI). กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
- [7] สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์. สวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2557; 7(1) มกราคม – มิถุนายน: 121 – 27 .
- [8] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2561.
- [9] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long term care : LTC). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2559.
- [10] กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมผู้สูงอายุ. แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2559