

การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

เกรียงศักดิ์ รรรมอภิพล*

กุลศ สุนทรธาดา†

เสาวภา พรสิริพงษ์‡

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์§

พัทธนี วิณิชจะกุล#

วราพร ศรีสุพรรณ¶

สุพิตรา ศรีวัฒน์ชานกร**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้เทคนิคการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของกลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จิตอาสา ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน พระ ครู ผู้ดูแลในครอบครัวและคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล จากหลายคณะ/สถาบันฯ ที่มีความเชี่ยวชาญในสหวิทยาการ ทั้งทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน โภชนาการ การพยาบาล-การดูแลผู้สูงอายุ ด้านประชากร สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งทีมวิจัยพื้นที่ 8 ตำบล ใน 4 อำเภอ ของจังหวัดนครปฐมและกาญจนบุรี

กระบวนการวิจัย แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การเตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่ายการทำงาน ทั้งผู้สูงอายุและกลไกต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ได้แก่นำชุมชนอย่างแท้จริง 2) การประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกับผู้สูงอายุโดยทีมวิจัย 3) การประเมินบทบาทหน้าที่และศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่กำหนดไว้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรอื่นๆ ครอบครัวและคนในชุมชน 4) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสะท้อนกลับให้ชุมชน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และออกแบบโครงการ/กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5) การพัฒนาต่อยอดโครงการ/กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง 6) การเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ วิพากษ์ข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างหลากหลายจากบุคคลภายในและภายนอกโครงการ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยแบบบูรณาการครั้งนี้ คือ การดูแลผู้สูงอายุในลักษณะองค์รวม ควรให้ครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ โภชนาการที่เหมาะสม และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการรายได้เพิ่มเติม และการรักษา/ส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุที่สอดคล้อง ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม/วัย โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง-ชนบท และสังคมวัฒนธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ภายใต้การจัดการเครือข่ายความร่วมมือของกลไกต่างๆ ทั้งจากในและนอกชุมชน

คำสำคัญ: การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม, ผู้สูงอายุ, การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

*สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

†สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

‡สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล

§คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

#สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

¶คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Abstract **Participatory Action Research on the Holistic Care Model for the Elderly**
Kriengsak Thamma-aphiphol*, **Kusol Soonthornthada[†]**, **Saowapa Pornsiripongse[‡]**, **Virapun Wirojratana[§]**, **Pattanee Winichagoon[#]**, **Waraporn Srisupan[¶]**, **Supattra Srivanichakorn****

*ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, [†]Institute of Nutrition, Mahidol University, [‡]Faculty of Nursing, Mahidol University, [§]Institute for Population and Social Research, Mahidol University, [#]Research Institute for Languages and Cultures of Asia, Mahidol University, [¶]Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, **Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

This is a participatory action research on the Holistic Care Model Development for the Elderly of mechanisms involving Local Administrative Organizations, sub-district health promoting hospital, volunteer, elderly, community leader, monks, teachers, caregivers and community people to share their knowledge with the Mahidol University research team and the local research team in eight sub-districts of Nakhon Pathom and Kanchanaburi provinces. The process was divided into 6 steps: 1) community preparation 2) the elderly-need assessment 3) Assessment of potential mechanisms 4) Community feedback 5) Additional activity development 6) Public data dissemination. We found that the holistic care model for the elderly should cover health surveillance and care for the depressed, continuous development of occupation for the elderly, distinguishing selection in urban and rural areas, coverage of every elderly group, and the networking mechanism in the community.

Key Words: *Participatory Action Research Elderly Care, Holistic Care Model*

ภูมิหลังและเหตุผล

การที่สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของประเทศเป็นอย่างไรดี ซึ่งเกิดจากผลพวงของความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ช่วยให้อัตราการตายของประชากรลดลง อายุขัยเฉลี่ยของประชากรจึงเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ทางประชากร การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 11.8 หรือประมาณ 7.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะสูงถึงร้อยละ 16.8 ในปี พ.ศ. 2563⁽¹⁾ ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นร้อยละ 21.2 ในปี พ.ศ. 2568 และร้อยละ 22.7 ในปี พ.ศ. 2570 ตามลำดับ⁽²⁾ เมื่อถึงปี พ.ศ. 2578 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 16 ล้านคน หรือร้อยละ 25 ซึ่งเท่ากับเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัวในเวลาราวๆ 30 ปีเท่านั้น⁽³⁾

สถานการณ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า เมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เช่น ตา

ฝ้าฟางและขุ่นมัว ความสามารถในการรับรู้กลิ่นและรสเสียไป เบื่ออาหาร ฟันผุ ทำให้ผู้สูงอายุกินเนื้อสัตว์ ผักผลไม้ได้น้อยลง ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร และปัญหาสุขภาพโภชนาการ ภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ขาดวิตามิน ภาวะโลหิตจาง ภาวะกระดูกพรุน และกระดูกสะโพกหักง่ายจากการขาดแคลเซียม⁽⁴⁾ รวมทั้งเป็นโรคต่างๆ อาทิ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือด โรคเบาหวาน โรคข้อและกระดูก โรคตา โรคหู โรคไตและโรคที่เกี่ยวกับปัสสาวะ แต่ผู้สูงอายุก็ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองด้วยการลดบริโภคเนื้อสัตว์ ไขมัน และน้ำตาล เลือกทานน้ำพริก-ผักต้มและผลไม้ มักใช้ยาสามัญประจำบ้านติดตัวตลอดเวลา ทั้งยาหอม ยาต้ม ยาหม่อง และยารักษาโรคประจำตัวต่างๆ รวมทั้งเข้ารับบริการรักษาพยาบาลกรณีที่มีโรคประจำตัว⁽⁵⁾ การเข้ารับบริการรักษาพยาบาลทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนของผู้สูงอายุจะต้องเสียค่าบริการรักษาพยาบาลทางตรงต่างๆ คือ ค่ายา ค่าตรวจบริการทางการแพทย์ ค่าอาหารและค่าเดินทางของผู้ป่วย โดยเฉพาะในการรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเป็นเงิน 7,040 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งมีผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 1.05 ล้านคน รวมเป็นงบประมาณที่ใช้กว่า 8,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ยังไม่



รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อม คือ ค่าใช้จ่ายของญาติที่พาผู้สูงอายุไปรักษา รวมถึงการสูญเสียรายได้ของผู้สูงอายุและญาติ⁽⁵⁻⁷⁾ นอกจากนี้แล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ตามระเบียบว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535 รวมไปถึงยังได้รับสิทธิบริการประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลของภาคราชการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการประกันกับบริษัทเอกชน⁽⁸⁾

สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ พบว่า การสำรวจประชากรสูงอายุตัวอย่างทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ รวมจำนวนทั้งสิ้น 56,000 คน พบว่า แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุมีอยู่ 2 แหล่งใหญ่ๆ คือ จากบุตร(มากที่สุด) รองลงมาคือ จากการทำงาน โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัววัยหลายรุ่น ก็จะได้รับภาระกึ่งหนุนรายได้จากบุตรมากยิ่งขึ้นอย่างชัดเจน และในทางตรงกันข้ามจะมีรายได้จากการทำงานด้วยตนเองลดลง ทำให้ความไม่เพียงพอของรายได้ลดลงด้วย ส่วนรายได้จากการออม จากคู่สมรส และจากแหล่งอื่นยังมีอยู่ไม่มากนัก⁽⁹⁾ ผู้สูงอายุประมาณเกือบ 3 ใน 5 ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐเรื่องสวัสดิการเบี้ยยังชีพในสัดส่วนที่สูงที่สุด รองลงมาคือ การใช้ช่องทางพิเศษของโรงพยาบาล กองทุนผู้สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุในสัดส่วนน้อยมาก⁽⁹⁾ รวมทั้งการได้รับสวัสดิการด้านการศึกษา อาชีพ และบริการสังคม ไม่ว่าจะเป็นการศึกษานอกโรงเรียน การฝึกอาชีพ การกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการในที่สาธารณะ และการลดหย่อนค่าโดยสารรถขนส่งมวลชน⁽⁸⁾

สถานการณ์ทางสังคมวัฒนธรรม ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่คนเดียวมากขึ้น เนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต รูปแบบครอบครัวขยายเปลี่ยนมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ลูกหลานอพยพแรงงานหรือย้ายถิ่นไปประกอบอาชีพหรือทำมาหากินที่อื่น แล้วส่งหลานกลับมาอยู่กับผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้

ผู้สูงอายุนอกจากจะต้องดูแลตนเองแล้วยังต้องรับภาระเลี้ยงดูหลานที่ยังเล็กอีกด้วย สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้อัตราส่วนเกื้อหนุนที่คนวัยแรงงานจะต้องดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2540 ที่คนวัยแรงงาน 8 คนจะดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงเหลือ 6 คน ในปี พ.ศ. 2550⁽¹⁾ อาจกล่าวได้ว่า เกิดปัญหาความไม่สมดุลระหว่างวัยสูงอายุกับวัยแรงงานที่เปลี่ยนไป ดังนั้น สถานการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุ ซึ่งมีหลากหลายประเด็นที่สัมพันธ์กับการมีอายุที่ยืนยาวของผู้สูงอายุ คือ ความรู้สึกมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า ความยึดมั่นในพุทธศาสนา การไม่กำหนดเป้าหมายในชีวิต และสัมพันธ์ภาพอบอุ่นในครอบครัว⁽¹⁰⁾

จากสถานการณ์ปัญหาและผลกระทบเกี่ยวกับผู้สูงอายุประเทศไทยได้มีการกำหนดนโยบาย และมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หลักการของสหประชาชาติสำหรับผู้สูงอายุ 18 ประการ ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 และแผนผู้สูงอายุ พ.ศ. 2545-2560 เป็นต้น⁽⁸⁾ ภาครัฐได้จัดสวัสดิการด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมเรื่องสถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการผู้สูงอายุทางสังคม เพื่อให้บริการทั้งด้านสุขภาพ ข้อมูลข่าวสาร และสังคมสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว บัตรผู้สูงอายุที่ออกให้เพื่อรับบริการด้านสุขภาพ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกคนที่ไม่มีบำนาญหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการสุขภาพที่มีบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลออกให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นครั้งคราว และการลดหย่อนค่าโดยสารรถสาธารณะที่ดำเนินการโดยรัฐ⁽⁹⁾

นอกจากนี้แล้ว การดูแลผู้สูงอายุยังอาจมีลักษณะและความต้องการที่แตกต่างกัน อาจแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดูแลภายในครอบครัว คือ ดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ และปัจจัยสี่ 2) การดูแลในสถาบัน เป็นการดูแลในสถานสงเคราะห์ สถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ 3) การดูแลโดยชุมชน เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนแก้ไขปัญหา ระดมความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ

ครอบครัว ชุมชน องค์กร และสถาบันทางสังคมต่างๆ เพื่อพัฒนาบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบและลักษณะบริการแตกต่างกัน และ 4) การดูแลในสถานการณ์พิเศษ⁽¹¹⁾ ถึงแม้ว่าสังคมไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่บางครอบครัวยังมีระบบการดูแลที่ดี คือ มีการคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสมและภูมิใจในความสามารถตนเอง มีการดูแลแบบองค์รวมบนพื้นฐานความรักความกตัญญู จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลและบางชุมชนยังมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี คือ มีทุนทางสังคม บริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการบทบาทในชุมชน และมีฐานข้อมูลในชุมชน⁽¹²⁾

อาจกล่าวได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา อาจถูกจำกัดอยู่ 2 รูปแบบ คือ การดูแลตนเองในครอบครัวและการดูแลที่รัฐจัดการให้ หากตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวก็จะได้รับความช่วยเหลืออย่างถูกจุดและตรงประเด็น นอกจากนี้แล้วระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีการบริหารจัดการแบบแยกส่วน คือ การดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่างๆ ของผู้สูงอายุ การดูแลทางสังคมวัฒนธรรมของกระทรวงมหาดไทย ที่ทำหน้าที่จัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเหมือนจะตอกย้ำถึงภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาและลดคุณค่าศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุก็เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการและขาดการสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน ซึ่งล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรมจนทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ส่วนการสนับสนุนให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นบรรทัดฐานที่ดีในสังคมไทย แต่หากครอบครัวไม่พร้อมก็ยอมส่งผลให้คุณภาพของการดูแลลดลง รวมทั้งปัญหาความเครียดการทำร้ายร่างกาย/จิตใจผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การจัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องละเอียดอ่อน และจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทต่างๆ อย่างลึกซึ้ง⁽¹³⁾

สถานการณ์ผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุที่กำลังมาข้างหน้า แสดงให้เห็นว่า องค์กรทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และอื่นๆ จะต้องมีการวางแผนงาน นโยบาย และมาตรการต่างๆ

รองรับกับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากโดยสภาพสังคมวัฒนธรรมไทย ผู้สูงอายุมีความต้องการอย่างยิ่งที่จะอยู่กับบ้าน เพื่อที่จะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าได้รับดูแลจากสถานบริการภายนอกชุมชน ทั้งโรงพยาบาลและสถานสงเคราะห์คนชรา รวมทั้งข้อจำกัดด้านทรัพยากรดำเนินงานของภาครัฐในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพไม่เพียงพอ และถึงแม้ว่าจะมีระบบหรือกลไกต่างๆ ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่หลากหลายแล้วก็ตาม แต่เท่าที่ผ่านมา การดำเนินงานดังกล่าวก็ยังไม่เป็นระบบ คือ คิดและทำแบบแยกส่วน โดยไม่เกิดความเชื่อมโยงให้เกิดการบูรณาการของระบบการดูแลระยะยาวและต่อเนื่องอย่างยั่งยืน

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมไทยจะต้องเตรียมความพร้อมในเรื่องการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยใช้ฐานชุมชนเป็นหลัก รวมไปถึงการส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเหมาะสมและจำเป็นอย่างยิ่งกับสภาพสังคมวัฒนธรรม ค่านิยม และประเพณีไทย เรื่องการพึ่งพาตนเอง ความกตัญญูต่อกัน ความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการทางสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรอื่นๆ ครอบครัวและคนในชุมชน โดยมีองค์กรภาครัฐทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนทรัพยากรในการทำงาน และส่งเสริมการจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ซึ่งเป็นมาตรการช่วยเหลือ เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี เพื่อรองรับปัญหาและผลกระทบในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยความร่วมมือของผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ของผู้สูงอายุ



วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ และความต้องการของผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจและอาชีพ ด้านอาหาร และโภชนาการ และด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ตลอดจนสถานการณ์ โอกาส และเงื่อนไขในการขับเคลื่อนและ พัฒนาการมีส่วนร่วมของกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการทางสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรอื่นๆ ครอบครัวและคนในชุมชน เพื่อยกระดับ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

งานวิจัยนี้ ดำเนินงานภายใต้ “โครงการวิจัยบูรณาการเพื่อ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม” เน้นการใช้เทคนิค “กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม” (Participatory Action Research : PAR) ระหว่างทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดลและคนในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้กลไกต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการทางสุขภาพ จิตอาสา แกนนำผู้สูงอายุ พระครู ผู้นำชุมชน ครอบครัว และคนในชุมชน ได้เกิดการเชื่อมโยง ประสาน และบูรณาการเครือข่ายการทำงานเชิงพื้นที่ โดยอาศัยโครงการวิจัยเป็นเครื่องมือในการพัฒนาและเสริมศักยภาพแก่คนในชุมชนในทุกๆ ขั้นตอนของกระบวนการวิจัย กล่าวคือ ให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสำรวจ ค้นหา และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่ความตระหนัก และเห็นความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกันต่อไป กระบวนการวิจัย ใช้ระยะเวลาดำเนินงาน 12 เดือน ตั้งแต่มีนาคม 2555 ถึงมีนาคม 2556 ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. กระบวนการเตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่ายการทำงานต่างๆ

เน้นสร้างความร่วมมือร่วมใจ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการทำงานวิจัยร่วมกัน ระหว่างทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล และทีมวิจัยพื้นที่ โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ความยอมรับ

และความไว้วางใจกันและกัน ซึ่งใช้ระยะเวลาค่อนข้างมากกว่าที่จะได้แกนนำเป็นคณาจารย์ในชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและวัยก่อนสูงอายุ
- กลุ่มเป้าหมายรอง ประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงานเทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาล โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มจิตอาสา วัด โรงเรียนสภาสาขาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย โรงงานอุตสาหกรรม ผู้ดูแลครอบครัว คนในชุมชน และอื่นๆ

พื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ ใช้ฐานพื้นที่ระดับอำเภอเป็นตัวตั้ง และศึกษาพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบทไปพร้อมๆ กัน เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างทางบริบทของประชากร เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมใน 2 จังหวัด ซึ่งเป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยมหิดล คือ จังหวัดนครปฐมและกาญจนบุรี โดยแต่ละจังหวัดศึกษา 2 อำเภอๆ ละ 2 ตำบล รวมทั้งสิ้น 8 ตำบล โดยจังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย ตำบลพระปฐมเจดีย์และตำบลห้วยจรเข้ม (อำเภอเมือง) ตำบลกำแพงแสนและตำบลทุ่งขวาง (อำเภอกำแพงแสน)และ จังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วย ตำบลปากแพรกและตำบลแก่งเสี้ยน (อำเภอเมือง) ตำบลหลุมรั้งและตำบลหนองกร่าง (อำเภอบ่อพลอย) ทั้งนี้เหตุผลของการเลือกพื้นที่ศึกษาดังกล่าว ได้แก่

- พื้นที่เขตเมือง (อำเภอเมือง) เป็นพื้นที่ที่มีฐานการทำงานวิจัยผู้สูงอายุและต่อยอดการทำงานเดิม มีเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานในพื้นที่ พื้นที่อยู่ติดกับใจกลางเมือง ชุมชนมีความก้าวหน้าจากผลการพัฒนาด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งมีสถานที่สำคัญต่างๆ ของจังหวัดที่หลากหลาย อาทิ สถานที่ราชการ ศาลากลางจังหวัด วัด สถานบริการศึกษา และโรงพยาบาล

- พื้นที่เขตชนบทเป็นพื้นที่ที่มีฐานการทำงานวิจัยผู้สูงอายุและต่อยอดการทำงานเดิม มีเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานในพื้นที่ และเป็นพื้นที่เกษตรกรรม ประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน/ทำนา มีคลองธรรมชาติ คลองชลประทาน รวมทั้งมีทรัพยากรต่างๆ ที่หลากหลาย

2. กระบวนการประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

เป็นการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเชิงปริมาณ ซึ่งที่มหาวิทยาลัยมหิดลได้พัฒนาขึ้นจากเครื่องมือต่างๆ อาทิ แบบวัดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ โดย อสม. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ แบบวัดความสุข คุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การพักอาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว วิธีการดำเนินชีวิตและการประกอบกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพกายและจิต อาหารและโภชนาการ ภาวะทางเศรษฐกิจสัมพันธภาพในครอบครัว คุณค่าและศักดิ์ศรี และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน

ที่มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ค้นหาแกนนำคนทำงานในชุมชน หรือ “นักวิจัยพื้นที่” เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหา สำรวจข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และวางแผนการดำเนินงานต่างๆ อาทิ เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มจิตอาสา แกนนำผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน หลังจากนั้น ได้จัดฝึกอบรมปฏิบัติการแก่นักวิจัยพื้นที่ ในเรื่องของเทคนิคหรือวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเชิงปริมาณ พร้อมทั้งบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านต่างๆ ไปพร้อมกัน เพื่อจะได้เป็นการพัฒนาหรือเสริมศักยภาพในการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ และดูแลผู้สูงอายุร่วมกันต่อไป

3. กระบวนการประเมินสถานการณ์ของกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิภาพ ชีตความสามารถ ความเชื่อมโยง เงื่อนไข และโอกาสในการขับเคลื่อนกลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการทางสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรอื่นๆ ครอบครัวและคนในชุมชน ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในทุกมิติ

โดยมีที่มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้แทนของแต่ละคณะ/สถาบันฯ เข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยซักถามบางประเด็นตามความเชี่ยวชาญ ซึ่งใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธี ได้แก่

3.1 การสัมภาษณ์เจาะลึก เป็นการสัมภาษณ์เจาะลึกอย่างละเอียดกับกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล/กลุ่มคนก่อนสูงวัย โดยครอบคลุมประเด็นหรือข้อคำถามต่างๆ เกี่ยวกับมุมมองการเป็นผู้สูงอายุ การเตรียมการเพื่อเป็นผู้สูงอายุ คุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการพึ่งพิงตนเอง ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง) ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ

3.2 การสนทนากลุ่ม เป็นการรวบรวมข้อมูลและข้อคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล/กลุ่มคนก่อนสูงวัย และผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ อาทิ นายกเทศมนตรี/อบต. รองนายก ปลัด หัวหน้าสำนักปลัด นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ. สต. แกนนำผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน จิตอาสา ผู้สูงอายุ พระ ครู และอื่นๆ โดยเปิดโอกาสให้แสดงทัศนคติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กันอย่างหลากหลาย ตามกรอบประเด็นหรือข้อคำถามต่างๆ ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ประกอบด้วย

- ประเด็นคำถามสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ดูแล/กลุ่มคนก่อนสูงวัย อาทิ มุมมองการเป็นผู้สูงอายุ การเตรียมการเป็นผู้สูงอายุ คุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการพึ่งพิงตนเอง การเป็นผู้ร่วมดูแลและความพร้อมในการดูแล ปัญหาอุปสรรคและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ

- ประเด็นคำถามสนทนากลุ่มกลไกต่างๆ อาทิ โครงการ/กิจกรรม สวัสดิการที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุ (ครอบคลุมผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรัง) เครือข่ายต่างๆ ที่ทำงานร่วมกัน บทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานผู้สูงอายุ ข้อมูลผู้สูงอายุที่จัดเก็บ และแนวทางการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ



4. กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสะท้อนกลับให้ชุมชน

ทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล ได้นำข้อค้นพบ ข้อสังเกต และข้อมูลต่างๆ ที่น่าสนใจ ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพคืนให้กับกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยข้อมูลอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เช่น ข้อมูลภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสุข พฤติกรรมการบริโภคอาหาร สภาพเศรษฐกิจและอาชีพ เบี้ยยังชีพ สภาพแวดล้อมและความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน อีกทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและกลไกต่างๆ ในชุมชนของแต่ละพื้นที่ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟัง วิพากษ์ข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะถึงปัญหาความต้องการ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันต่อไป ซึ่งกระบวนการสะท้อนกลับข้อมูลในพื้นที่ระดับตำบล มีดังนี้

- 4.1 สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ พร้อมทั้งสะท้อนกลับข้อมูลให้ชุมชน
- 4.2 เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พูดคุย ปรึกษาหารือว่าจะดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร
- 4.3 ร่วมกันออกแบบว่าจะดำเนินโครงการ/กิจกรรมอะไร ให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ
- 4.4 วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการคืนข้อมูล โดยสรุป/ย่อประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีคืนข้อมูล เพื่อนำข้อมูล ข้อสังเกต หรือข้อค้นพบที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานวิจัยในขั้นต้นต่อไป

5. กระบวนการพัฒนาต่อยอดโครงการ/กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

หลังจากที่ได้มีการคืนข้อมูลผลการวิจัยให้กับพื้นที่ศึกษา 8 ตำบลแล้ว ทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำการค้นหาแกนนำจิตอาสาหรือคนทำงานในพื้นที่ อาทิ ผู้แทนเทศบาล/ อบต. รพ. สต. จิตอาสา ผู้นำชุมชน ครู พระ ผู้สูงอายุและคนในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคิดวางแผน ตัดสินใจ และขับเคลื่อนกระบวนการทำงานเพื่อพัฒนาโครงการ/กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้านต่างๆ ตามความต้องการของแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง โดยแกนนำจิตอาสา

แต่ละพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 8 พื้นที่ 8 โครงการ/กิจกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เน้น “การจัดตั้งหรือรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน” เพื่อสนับสนุนให้เกิดแกนนำผู้สูงอายุจิตอาสาช่วยทำงานในพื้นที่ พร้อมทั้งมีกลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้ง อบต. รพ. สต. ผู้นำชุมชน วัด โรงเรียน และองค์กรอื่นๆ เข้ามาช่วยส่งเสริมและสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงานด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินโครงการ/กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ได้แก่

- 5.1 การส่งเสริมสุขภาพและออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ พร้อมสนับสนุนเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ
- 5.2 การสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ อาทิ เรียนเชิญให้ผู้สูงอายุมาถ่ายทอดภูมิปัญญา หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ จัดกิจกรรมร่วมรับประทานอาหาร ร้องเพลง สวดมนต์และไหว้พระ
- 5.3 การเยี่ยมเยียน พูดคุย และให้กำลังใจผู้สูงอายุถึงที่บ้าน เน้นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
- 5.4 การอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุด้านต่างๆ ให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และจิตอาสา อาทิ ความรู้ด้านอาหารการกิน จิตปัญญา และการออมหรือทำบัญชีครัวเรือน
- 5.5 การเสริมรายได้หรืออบรมอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

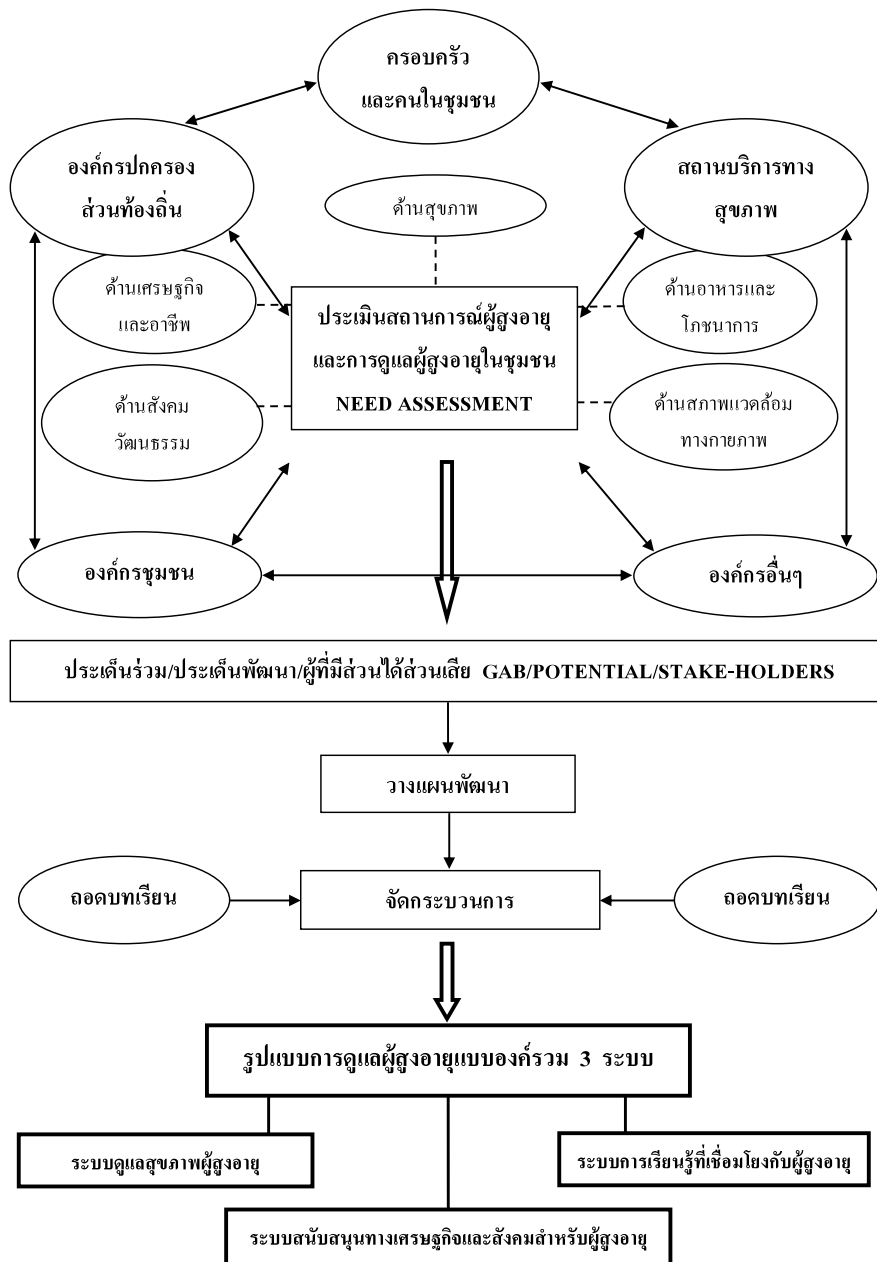
ในขณะเดียวกัน ทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล ได้มีการจัดกระบวนการอบรมให้ความรู้เรื่องต่างๆ แก่ทีมวิจัยพื้นที่ เพื่อเป็นการช่วยเสริมหรือพัฒนาศักยภาพการทำงาน ให้สามารถดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเบื้องต้นควบคู่กันไปด้วยกัน

6. กระบวนการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ

ทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัด “เวทีนำเสนอผลการวิจัย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้” เพื่อเผยแพร่ข้อมูลผลการวิจัยสู่สาธารณะ ในวันจันทร์ที่ 2 กันยายน 2556 ณ ห้องประชุมบุญศิริ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา จังหวัดนครปฐม โดยเชิญผู้แทนองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ภาค

ประชาสังคม และองค์กรอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วม จำนวนทั้งสิ้น 98 คน ประกอบด้วย ทีมวิจัยพื้นที่ 8 ตำบลของจังหวัด นครปฐมและกาญจนบุรี ผู้แทนสำนัก/กรมจากกระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงมหาดไทย ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนสถาบันการศึกษา

ผู้แทนชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และ อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) โดยเวทีดังกล่าวจัดขึ้นเพื่อเป็น เวทีวิพากษ์ข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุร่วมกันอย่างหลากหลาย ทั้งจากทีมวิจัย พื้นที่และบุคคลภายนอกโครงการวิจัยทั้งองค์กรภาครัฐ ภาค เอกชน ภาคประชาสังคม และอื่นๆ ที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการ



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



พัฒนาต่อยอดการทำงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป อาทิ

6.1 การพัฒนาแนวทางสำหรับการพัฒนารูปแบบ การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจและอาชีพ ด้านอาหารและโภชนาการ และด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ที่ตรงกับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ตลอดจนเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

6.2 การพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย การทำงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคอื่นๆ ให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการปรับตัว ปรับวิธีการทำงาน และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น

6.3 การพัฒนาแนวทางในการจัดสวัสดิการสังคม สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6.4 การพัฒนาแนวทางในการให้บริการดูแลสุขภาพ ของสถานบริการทางสุขภาพระดับต่างๆ

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมของคนในชุมชน กล่าวคือ เน้นการจัดกระบวนการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดลและทีมวิจัยพื้นที่ ไม่ว่าจะ เป็นเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ รพ. สต. กลุ่มจิตอาสา แกนนำผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน พระ ครู ผู้ดูแลในครอบครัว และคนในชุมชน โดยใช้โครงการวิจัยเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัยทุกขั้นตอน

ทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล เน้นบทบาทในการประสานความร่วมมือและจัดกระบวนการต่างๆ เพื่อเปิดโอกาสให้กลไกต่างๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ประสาน เชื่อมโยง และบูรณาการเครือข่ายการทำงานร่วมกัน เน้นปรับทัศนคติหรือความคิดของคนในชุมชนในการที่จะอาสาเข้ามาร่วมทำงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กล่าวคือ มีเตรียมคนในชุมชนโดยการเสริมหรือพัฒนาศักยภาพและอบรมให้ความรู้ เพื่อให้มีความพร้อมสำหรับการร่วมค้นหา สืบค้นข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ

หรือสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนว่าทำอะไรไปบ้าง มีปัญหาอุปสรรคช่องว่างอะไร จะต้องทำอะไร มีการดูแลร่วมกันอย่างไร นอกจากนี้แล้วยังมีการจัดเวทีประชาคมทั้งในพื้นที่ศึกษาและเวทีสาธารณะ เพื่อรับฟัง ปรึกษาหารือ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุร่วมกัน ไม่เฉพาะแต่เพียงทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดลเท่านั้นแต่รวมไปถึงทีมวิจัยพื้นที่และบุคคลภายนอกโครงการ ทั้งองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และองค์กรอื่นๆ ที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาต่อยอดการทำงานดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ตามความต้องการของแต่ละพื้นที่ต่อไป

การกำหนดพื้นที่ศึกษาในการวิจัยนี้ มีเป้าหมายสำคัญ เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่เหมาะสมตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมไทย ทั้งรูปแบบในเขตเมืองและเขตชนบท แต่พื้นที่ศึกษาที่เลือกนั้น ยังไม่ใช่พื้นที่ที่เป็นตัวแทนของความเป็นเมืองและความเป็นชนบทได้สมบูรณ์ ตัวอย่างเช่น พื้นที่ตำบลห้วยจระเข้ม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม และพื้นที่ตำบลแก่งเลี่ยน อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ที่แม้จะอยู่ในอำเภอเมือง แต่ลักษณะทางสังคมก็ยังเป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ดังนั้นการเลือกพื้นที่เขตเมืองหรือเขตชนบทที่ไม่ชัดเจน จะส่งผลต่อผลการศึกษาที่อาจทำให้การฉายภาพความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ผู้สูงอายุในสังคมเมืองกับสังคมชนบทไม่ชัดเจนตามไปด้วย

เนื่องจากทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล มีระยะเวลาในการทำวิจัยค่อนข้างจำกัด จึงยังไม่ได้ศึกษาวิจัยลงลึกเท่าที่ควร ในขณะที่แนวคิดและหลักการของ “การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม”⁽¹⁴⁾ กล่าวไว้ว่า ต้องทำความเข้าใจชุมชน ให้ความสำคัญและเคารพต่อชาวบ้าน เพื่อให้เกิดการยอมรับและไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องใช้เวลาในการลงพื้นที่ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมากยิ่งขึ้น และนำไปสู่การได้ข้อมูลที่ครอบคลุม สมบูรณ์ และมีคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ

ครอบคลุมทั้งระดับตำบล ซึ่งจะได้ฐานข้อมูลผู้สูงอายุและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ จำนวน เพศ อายุ การจำแนกตามกลุ่มอายุ การจำแนกตามระดับการพึ่งพิง โรคประจำตัว พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รายได้ รายจ่าย และความต้องการในการดูแลด้านต่างๆ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาต่อยอดการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป เช่นการพัฒนาแนวทางสำหรับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ตรงกับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุ การพัฒนาแนวทางในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือการพัฒนาแนวทางในการให้บริการดูแลสุขภาพของสถานบริการทางสุขภาพระดับต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้แล้วยังเป็นการช่วยกระตุ้น ส่งเสริม และผลักดันให้กลไกต่างๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และองค์กรอื่นๆ เกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญ ปรับตัว ปรับวิธีการทำงาน และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้นจากอดีตที่ผ่านมา

ในขณะที่เดียวกันการกำหนดพื้นที่ศึกษาที่กว้างขวาง ทำให้การดำเนินการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมทำได้ลำบาก และยากที่จะเข้าถึงและรู้จักชุมชนทั้งหมดอีกทั้งต้องใช้เวลานานในการประชุมแต่ละครั้งจึงต้องผ่าน อปท. รพ. สต. ผู้นำชุมชน กลุ่มจิตอาสา และผู้สูงอายุบางส่วน แม้จะมีการประชุมแกนนำเหล่านี้หลายครั้งแล้วก็ตาม แต่ผู้นำเหล่านี้ก็ยังไม่สามารถให้ข้อมูลในภาพรวมได้ ทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล จึงเลือกใช้วิธีพูดคุยส่วนตัวในเชิงลึกกับกลุ่มแกนนำจิตอาสาที่ทำงานในชุมชน อาทิ เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จิตอาสา จึงสามารถที่จะให้คำแนะนำถึงแนวทางการทำงานในชุมชนด้านต่างๆ ได้ ส่งผลทำให้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเป็นไปได้อย่างซ้าๆ และกระทบต่อแผนการดำเนินงานวิจัยในขั้นตอนอื่นๆ ไปด้วย

นอกจากนี้แล้วการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ แม้ว่าจะดำเนินการครอบคลุมทั้งระดับตำบล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนค่อนข้างมาก แต่งบประมาณดำเนินงานมีน้อย ทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดลจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมวิจัย

พื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มจิตอาสา กรรมการชุมชน และแกนนำผู้สูงอายุ เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลให้ ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งของการวิจัยในครั้งนี้ ที่เน้นย้ำอยู่เสมอถึงการใช้เทคนิคกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในการประเมินสถานการณ์ ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันในอนาคต ในทางตรงกันข้าม การขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามเชิงปริมาณจากทีมวิจัยพื้นที่ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพแบบสอบถาม เนื่องจากศักยภาพการทำงานของทีมวิจัยพื้นที่ไม่เท่ากัน เช่น ความรู้ทางวิชาการ ความรู้ความเข้าใจในแบบสอบถาม ความตั้งใจหรือความเอาใจใส่ในการทำงาน เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อมูลในระดับหนึ่ง แม้ว่าจะทำการฝึกอบรม และให้คำแนะนำถึงเทคนิคหรือวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามเชิงปริมาณไปแล้วก็ตาม

ทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล ยังไม่ได้วิจัยลงลึกในบางมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรทางการวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาผู้สูงอายุในมิติดังกล่าว ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทาบตามบุคลากรทางการวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญสาขาดังกล่าวมาช่วยเติมเต็มองค์ความรู้และร่วมงานวิจัยด้วย เช่น นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา เป็นต้น

ในส่วนของกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสะท้อนกลับให้ชุมชน และนำเสนอผลการวิจัยสู่สาธารณะ ถือได้ว่าเป็นกระบวนการวิจัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง สำหรับกระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เนื่องจากเป็นการเปิดเวทีประชาคมหรือเวทีสาธารณะให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียครอบคลุมทุกกลุ่มทุกคน ได้เข้ามาร่วมรับฟัง วิพากษ์ข้อมูล ระดมสมอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้ประสบการณ์การทำงานผู้สูงอายุร่วมกันอย่างหลากหลาย ทั้งจากทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดลและทีมวิจัยพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มบุคคลภายนอกโครงการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และองค์กรอื่นๆ ซึ่งจะมีเป้าหมาย



และผลลัพธ์ร่วมกันอย่างชัดเจนในการพิจารณา ตรวจสอบแก้ไข และเพิ่มเติมข้อมูลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับ กลไกต่างๆ ในสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบ องค์กรรวม (พื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท) โดยเลือกพื้นที่เขต เมืองและเขตชนบทให้มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เพื่อจะ ได้เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบองค์กรรวมที่เหมาะสมตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมอย่าง แท้จริง

2. ควรศึกษาเชิงลึกให้ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ โดย เน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความยากลำบากซ้ำซ้อนใน การดำเนินชีวิตประจำวัน อาทิ ผู้สูงอายุติดบ้านและไม่มีผู้ดูแล ในครอบครัว ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้และไม่มีผู้ดูแล

3. ควรศึกษาเชิงลึกให้ครอบคลุมถึงกระบวนการมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุแบบ องค์กรรวม ภายใต้อาณาเขตต่างๆ ในชุมชน หรือทุนทางสังคมที่ ปรากฏอยู่ หรือภายใต้แนวทางการจัดการเครือข่ายความร่วมมือ ในระดับชุมชนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

4. ควรศึกษาพัฒนาต่อยอดจากการศึกษาวิจัยนี้ โดย ศึกษาแบบเชิงลึกครอบคลุมมิติหรือเนื้อหาสาระเพิ่มเติมจาก ข้อค้นพบที่ได้จากผลการวิจัย อาทิ

- การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะซึมเศร้า
- การวิจัยและพัฒนาแนวทางในการสร้างคุณค่าและ คักดิ์ศรีของผู้สูงอายุโดยชุมชน
- อาหารและโภชนาการกับการป้องกันโรคเรื้อรังในผู้ สูงอายุ
- การวิจัยและพัฒนาด้านอาชีพสำหรับผู้สูงอายุอย่าง ยั่งยืน โดยมีการติดตามประเมินผล เสริมศักยภาพ และ สนับสนุนด้านกลไกการตลาด เช่น จัดหาแหล่งจำหน่าย ผลิตภัณฑ์ และปรับปรุงคุณภาพของผลิตภัณฑ์ เป็นต้น

- การวิจัยและพัฒนาแนวทางการพัฒนาสภาพ แวดล้อมทั้งในบ้านและในชุมชนที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต ประจำวันของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัย มหิดล และเครือข่ายความร่วมมือจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ปีงบประมาณ 2555

ขอขอบพระคุณ ที่มิงงานวิจัยบูรณาการ 7 คณะ/สถาบันฯ ของมหาวิทยาลัยมหิดล ประกอบด้วย สถาบันพัฒนาสุขภาพ อาเซียน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม สถาบันวิจัยภาษา และวัฒนธรรมเอเชีย คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันโภชนาการ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และคณะสาธารณสุข ศาสตร์ ที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิด เรียนรู้ประสบการณ์การทำงานวิจัยอย่างเป็นกัลยาณมิตร

ขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และ องค์กรต่างๆ ในพื้นที่ 8 ตำบล 4 อำเภอของจังหวัดนครปฐม และกาญจนบุรี ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูล ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่ตรงกับ ความจำเป็นและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร. บริษัท ทีคิวพี จำกัด; 2551.
2. ชาย โพธิ์สิตา, สุชาดา ทวีสิทธิ์. ประชากรและสังคม 2552 : ครอบครัว ไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
3. กฤตยา อาชวนิจกุล, วรชัย ทองไทย : บรรณาธิการ. ภาวะการตาย ภาวะสะท้อนความมั่นคงของประชากร. กรุงเทพมหานคร : บริษัท แพล นพรินติ้ง จำกัด; 2549.
4. อรพินท์ บรรจง, จินต์ จรุงฤทธิ์, พัศมัย เอกก้านตรง, โสภภ รมโชติพงศ์ และศรีสนธิ์ อินทรมณี. “อาหารและโภชนาการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ของผู้สูงอายุ”. ใน: ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงวัย : การทบทวน แนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ประชากรผู้สูงอายุ. เครือข่ายนักวิจัย MERIT จาก 5 สถาบันใน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550. หน้า 22-65.

5. วิรัตน์ คำศรีจันทร์, เกียรติศักดิ์ ชื้อเลื่อม, เรียงวิษณุ นิลโคตร. “การจัดการของชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพพลเมืองอาวุโส”. ใน: ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงอายุ : การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ. เครือข่ายนักวิจัย MERIT จาก 5 สถาบันในมหาวิทยาลัยมหิดล; 2550. หน้า 95-128.
6. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. รายงานการวิจัย คำปรึกษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2536.
7. สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. กรุงเทพมหานคร; 2542.
8. สายฤดี วรกิจโกคาทร, ประภาพรรณ จูเจริญ, กมลพรรณ พันพิ่ง, สาวิตรี ทยานศิลป์, ดวงใจ บรรทัด. “สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ”. ใน: ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงอายุ : การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ. เครือข่ายนักวิจัย MERIT จาก 5 สถาบันในมหาวิทยาลัยมหิดล; 2550. หน้า 8-21.
9. กุศล สุนทรธาดา. “รูปแบบครอบครัวกับการเกื้อหนุนและสวัสดิการผู้สูงอายุ”. ใน: ประชากรและสังคม 2552 : ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนแปลงผ่านทางสังคมและประชากร. ชาย โปธิสิดา และ สุชาดา ทวีสิทธิ์. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552. หน้า 106-23.
10. เสาวภา พรสิริพงษ์, สุภาพร ฤดีจำเริญ, ชีรพงษ์ บุญรักษา. “สูงวัยอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีกับวิถีแบบไทยไทย”. ใน: ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงอายุ : การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ. เครือข่ายนักวิจัย MERIT จาก 5 สถาบันในมหาวิทยาลัยมหิดล; 2550. หน้า 66-75.
11. สายฤดี วรกิจโกคาทร, ประภาพรรณ จูเจริญ, กมลพรรณ พันพิ่ง, สาวิตรี ทยานศิลป์, ดวงใจ บรรทัด. “ระบบการดูแลของผู้สูงอายุ”. ใน: ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงอายุ : การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ. เครือข่ายนักวิจัย MERIT จาก 5 สถาบันในมหาวิทยาลัยมหิดล; 2550. หน้า 76-94.
12. นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, สาวิตรี ทยานศิลป์. รายงานการวิจัยตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
13. วชิริน สีนธวานนท์. บทความเรื่อง พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุคำตอบอยู่ที่ชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือนมีนาคมถึงมิถุนายน 2552, หน้า 48-51.
14. พันธุ์ทิพย์ งามสุด. การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล (ศาลายา); 2545.