

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทชุมชนภูเก็ต ตำบลนาโก อำเภอภูฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระยะที่ 1)

Participatory care process for the elderly in the context of Phu Thai Community, Kuchinarai District, Kalasin Province. (phase I)

(Received: February 21,2025 ; Revised: March 14,2025 ; Accepted: March 29,2025)

ธวัชชัย ยุบลเขต¹ วิทยา พลนาค¹

Tawatchai Yubonket¹, Wittaya Phonnakoo¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบทการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุภายใต้บริบทชุมชนภูเก็ต ตำบลนาโก อำเภอภูฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแกนนำในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ 75 คน และผู้สูงอายุ 287 คน ใช้เทคนิคเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผน ประกอบด้วยการแก้ปัญหาด้วยวิธี ORID และการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิค AIC เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเอกสาร แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบบันทึกผลการพัฒนาแผน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.61) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 64.46) แต่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (ร้อยละ 82.23) ชุมชนมีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลาย การพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุได้กำหนดโครงการครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างความมั่นคงทางการเงิน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเสริมสร้างระบบการดูแลในชุมชน และการพัฒนาศักยภาพ Care Giver

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม, ชุมชนภูเก็ต

Abstract

This participatory action research aimed to investigate problems, elderly care contexts, and develop an elderly care plan within the Phu Thai community context in Na Ko Sub-district, Kuchinarai District, Kalasin Province. The study was conducted between April-September 2024. The sample consisted of 75 elderly health management leaders and 287 elderly people. Technology of Participation techniques were used in plan development, including ORID Method for discussion and AIC technique for workshop planning. Data were collected using documentary record forms, structured interviews, and plan development record forms. Data analysis employed content analysis and descriptive statistics.

The findings revealed that the majority of the elderly were female (52.61%), had insufficient income (64.46%), but were self-reliant (82.23%). The community had diverse elderly care networks. The elderly care plan development established four key areas: financial security enhancement, health service system development, community care system strengthening, and Care Giver capacity development.

Keywords: Elderly Care, Participation, Phu Thai Community

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยในปี 2566 มีประชากรสูงอายุร้อยละ

19.21 ของประชากรทั้งหมด¹ ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาสำคัญคือข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน ที่เพิ่มขึ้นตามอายุ² แม้จะมีพฤติกรรมการบริโภคที่

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูฉินารายณ์

เหมาะสม แต่มีเพียงร้อยละ 36.9 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ³ นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง⁴ โดยผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีสาเหตุจากการสะสมของโรคตั้งแต่วัยกลางคนและการเสื่อมสภาพของร่างกาย⁵

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูงถึง 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GDP ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2565⁶ โดยสถานการณ์นี้จะทวีความรุนแรงขึ้นหากไม่มีการศึกษาปัญหาและบริบทพื้นที่อย่างเป็นระบบ อันจะส่งผลให้การวางแผนและจัดบริการไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการและทรัพยากรทางการแพทย์ รวมถึงการละเลยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น ตลอดจนความแตกต่างของบริบทพื้นที่ที่ทำให้การใช้รูปแบบการดูแลแบบเดียวกันทั่วประเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

การพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ การดำเนินงานมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครในชุมชน ควบคู่กับการสร้างเครือข่ายการทำงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระของระบบสาธารณสุข มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและเกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี

ประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

ตำบลนาโกในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,039 คน คิดเป็นร้อยละ 21.82 ของประชากรทั้งหมด 4,762 คน ซึ่งถือว่าเป็นสังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดหลายประการ ทั้งด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคม โดยลักษณะการช่วยเหลือด้านสังคมส่วนใหญ่เป็นเพียงการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว มิใช่การดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งภาระการดูแลผู้สูงอายุยังคงตกเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว ส่งผลให้การดูแลสุขภาพยังไม่ครอบคลุมความต้องการทางสุขภาพที่จำเป็น (health needs) และยังพบพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทชุมชนนาโก ตำบลนาโก อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระยะที่ 1) โดยมุ่งเน้นศึกษาสภาพปัญหา บริบทการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุภายใต้บริบทชุมชนนาโก ตำบลนาโก อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบทการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนาโก ตำบลนาโก อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุภายใต้บริบทชุมชนนาโก ตำบลนาโก อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมภายใต้บริบทชุมชนนาโก ตำบลนาโก อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระยะที่ 1) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีระยะเวลาในการศึกษา

ระหว่าง เดือน เมษายน - กันยายน 2567 รวม 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ พื้นที่ตำบลนาโก อำเภอ กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก โดยกลุ่มแรกคือแกนนำในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 75 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้แทนจากหลายภาคส่วน ได้แก่ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น เครือข่ายดนตรีและศิลปะพื้นบ้าน รวมถึงตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มที่สองคือผู้สูงอายุในตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 287 คน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane⁷ จากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 1,013 คน ที่ความคลาดเคลื่อน 5% และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนร่วมกับการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่จะถูกคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาต้องมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ตำบลนาโก สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยจะถูกคัดออกจากการศึกษาหากไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูล ปฏิเสธหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน รวมถึงมีความเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมและขั้นตอนที่ประยุกต์ใช้เทคนิคเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) ซึ่งประกอบด้วยสองส่วนหลักคือ การแก้ปัญหาโดยใช้วิธี ORID Method และการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุด้วยเทคนิค AIC โดยมีการใช้เครื่องมือต่างๆ ในกระบวนการ ได้แก่ บัตร

คำและกระดาน้ำสำหรับบันทึกความคิดเห็น แบบบันทึกการจัดกลุ่มความคิด แผนภาพต้นไม้ปัญหาสำหรับการวิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบ รวมถึงแบบฟอร์มแผนปฏิบัติการ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลเอกสารที่ใช้รวบรวมข้อมูลบริบทชุมชน ซึ่งครอบคลุมประวัติย่อชุมชน ข้อมูลทั่วไป วัฒนธรรมประเพณี และข้อมูลกลุ่มเครือข่ายต่างๆ

2.2 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้บริหารหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกองการบริหารส่วนตำบล และกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับนโยบายด้านต่างๆ เช่น สวัสดิการและการคุ้มครองทางสังคม สุขภาพและการแพทย์ การมีส่วนร่วมทางสังคม สภาพแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ และการบูรณาการความร่วมมือ ซึ่งใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาทีต่อราย

2.3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ สภาพปัญหาสุขภาพ 5 ข้อ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนี Barthel ADL 10 ข้อ

2.4 แบบบันทึกผลการพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุชุมชนภูไท ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การแก้ปัญหา (รหัส PD-01) การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (รหัส PD-02) และการวางแผนปฏิบัติการ (รหัส PD-03) โดยทุกขั้นตอนได้ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมชุมชนภูไท และมีการระบุรายละเอียดการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้เสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาชุมชน และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาผ่านการคำนวณค่า

ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทยที่มีค่าความเที่ยงสูง ($\alpha = 0.89$) และมีการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินผ่านการวิเคราะห์ค่า ICC จากผู้ประเมิน 3 คน นอกจากนี้ยังได้ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความเหมาะสมทางวัฒนธรรมกับบริบทชุมชนไทย และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ประสานงานและสร้างความเข้าใจกับชุมชน
2. จัดตั้งทีมวิจัยชุมชนจากแกนนำกลุ่มต่างๆ พร้อมทั้งพัฒนาเครื่องมือวิจัย
3. ประชุมทีมวิจัยชุมชนในการเก็บข้อมูลร่วมกัน
4. ศึกษาบริบทและสถานการณ์ดำเนินการโดยสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ
5. จัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน ถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุในบริบทวัฒนธรรมไทย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและคืนข้อมูลให้ชุมชน
6. จัดเวทีแก้ปัญหาด้วยวิธี ORID Method ประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ ระดมสมองหาแนวทางแก้ไขปัญหา และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการเบื้องต้น
7. วิเคราะห์ทรัพยากรและศักยภาพชุมชน กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมกัน จัดทำรายละเอียดกิจกรรมและงบประมาณ พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบและระยะเวลาดำเนินการที่ชัดเจน
8. จัดเวทีวิพากษ์แผนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์ความเป็นไปได้และความเหมาะสมกับบริบทชุมชน ปรับปรุงแผนตามข้อเสนอแนะ และจัดทำแผนฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการรับรองจากชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งดำเนินการใน 3 ขั้นตอน เริ่มจากการลดทอนข้อมูลโดยค้นหาประเด็นสำคัญและจัดหมวดหมู่ข้อมูล ต่อมาเป็นการแสดงข้อมูลโดยคัดเลือกข้อมูลสำคัญมาเป็นหลักฐานประกอบการวิเคราะห์ และสุดท้ายคือการสรุปและยืนยันผลด้วยการสังเคราะห์ข้อสรุปและตรวจสอบความถูกต้องด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ KLS.REC 80/2567 ลงวันที่ 18 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 287 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.61) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.08) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.30) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 48.08) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 64.46) อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติเป็นครอบครัวใหญ่ (ร้อยละ 44.95) และมีที่พักอาศัยที่มั่นคงแข็งแรง (ร้อยละ 74.91) ด้านสภาพปัญหาการเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 mg/dL (ร้อยละ 54.36) มีความดันโลหิตค่าบนอยู่ในระดับปกติ 120-129 mmHg (ร้อยละ 43.21) และความดันโลหิตค่าล่างอยู่ในระดับปกติ 80-84 mmHg (ร้อยละ 46.69) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 67.25) แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.81) แต่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่าเป็น

โรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 34.15) รองลงมาคือโรคข้อเสื่อม เก๊าต์ รูมาตอยด์ (ร้อยละ 24.04) และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (ร้อยละ 23.34) สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ (ร้อยละ 82.23) สามารถทำกิจกรรมด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลได้ดี โดยเฉพาะการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (ร้อยละ 95.82) และการอาบน้ำ (ร้อยละ 95.47) นอกจากนี้ยังสามารถใช้ห้องน้ำ (ร้อยละ 93.38) และสวมใส่เสื้อผ้าได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 91.64) อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุบางส่วนที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยอยู่ในกลุ่มพึ่งพาตนเองได้บ้าง (ร้อยละ 13.59) และกลุ่มพึ่งพาตนเองไม่ได้ (ร้อยละ 4.18)

2. การศึกษาบริบทชุมชนและการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ตำบลนาโกมีพื้นที่ประมาณ 47 ตารางกิโลเมตรหรือ 28,128 ไร่ แบ่งเขตการปกครองเป็น 9 หมู่บ้าน ประกอบด้วยบ้านนาโก 5 หมู่บ้าน บ้านขาด 2 หมู่บ้าน และบ้านหวาย 2 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือน 1,399 หลัง มีประชากรรวม 5,276 คน แบ่งเป็นเพศชาย 2,649 คน และเพศหญิง 2,627 คน โดยประชาชนส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 4,187 คน คิดเป็นร้อยละ 79.56 รองลงมาคือสิทธิประกันสังคม 629 คน (ร้อยละ 11.95) สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 432 คน (ร้อยละ 8.21) และสิทธิอื่นๆ 15 คน (ร้อยละ 0.29) สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีกลุ่มเครือข่ายระดับชุมชนประกอบด้วยผู้นำชุมชน 30 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 85 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 20 คน ชมรมผู้สูงอายุที่มีสมาชิก 340 คน ชมรมผู้ปลูกสมุนไพร 36 คน หมอพื้นบ้าน 5 คน และปราชญ์ชาวบ้าน 12 คน นอกจากนี้ยังมีองค์กรและสถาบันที่ร่วมดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างละ 1 แห่ง โรงเรียนและโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างละ 3 แห่ง วัดหรือสำนักสงฆ์ 11 แห่ง

รวมทั้งมีกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ 10 กองทุน และกลุ่มออมทรัพย์หมู่บ้าน 9 กลุ่ม ทั้งนี้ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุของตำบลนาโกครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสวัสดิการและการคุ้มครองทางสังคม มีการจัดสรรเบี้ยยังชีพ กองทุนสวัสดิการชุมชน และปรับปรุงที่อยู่อาศัย ด้านสุขภาพและการแพทย์ มีบริการแพทย์แผนไทย การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองสุขภาพ บริการกายภาพบำบัด และจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ สนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมประเพณีต่างๆ ด้านสภาพแวดล้อม มีการปรับปรุงทางเดิน ทางลาด ราวจับในสถานที่สาธารณะ และจัดสร้างลานกิจกรรม และด้านการส่งเสริมอาชีพ มีการพัฒนาศักยภาพส่งเสริมการประกอบอาชีพและสนับสนุนการรวมกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มทอผ้า กลุ่มจักสานมวนหนึ่งข้าว กลุ่มดอกไม้จัน กลุ่มเย็บย้อมผ้าฝ้าย และกลุ่มดอกโป๊ยทาน

3. การศึกษาการพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุตำบลนาโก พบว่า จากการจัดเวทีอภิปรายปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ มีปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ โดยผู้สูงอายุมีความต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มเป็น 3,000 บาทต่อเดือน ด้านข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการ เนื่องจากขาดศูนย์บริการสุขภาพเฉพาะและมีปัญหาด้านการเดินทาง เช่น การใช้ระยะเวลานานในการเดินทางไปโรงพยาบาล ด้านการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานต่างถิ่นทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง และด้านการขาดแคลนกำลังคนในระบบการดูแล โดยพบว่าปัจจุบันมี Care Giver ลงเยี่ยมบ้านเพียง 2 วันต่อสัปดาห์ ทำให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าว นำไปสู่การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ 4 โครงการ ใช้งบประมาณรวม 740,000 บาท ประกอบด้วย โครงการสร้างความมั่นคงทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุ งบประมาณ 150,000 บาท มีกิจกรรมสำคัญคือการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ

ระดับตำบลและส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพ เช่น กลุ่มทอผ้า กลุ่มจักสานมวนยี่งั่ว และกลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้งบประมาณมากที่สุด 500,000 บาท เน้นการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบลและจัดระบบรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล โครงการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนงบประมาณ 30,000 บาท มีกิจกรรมอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และโครงการพัฒนาศักยภาพ Care Giver งบประมาณ 60,000 บาท เน้นการอบรม Care Giver รุ่นใหม่และเพิ่มวันเยี่ยมบ้านจาก 2 วัน เป็น 3

วันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ การดำเนินงานทั้งหมดอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลนาโก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน เช่น ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีรายได้เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปี และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลของ Care Giver ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 แสดงรายละเอียดในตาราง 1-2

ตารางที่ 1 ปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภูไท ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้าน	สภาพปัญหา	แนวทางการพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ
ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและรายได้	-ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ โดยมีความต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มเป็น 3,000 บาทต่อเดือน -ขาดการสนับสนุนด้านเครื่องอุปโภคบริโภคจากหน่วยงานภาครัฐ -ไม่มีการรวมกลุ่มทอผ้าฝ้าย จักสานมวนยี่งั่ว และจัดทำดอกไม้พาน เพื่อสร้างรายได้	- การจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุเพื่อเป็นแหล่งเงินทุนและเพิ่มความมั่นคงทางการเงิน - สนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อทำอาชีพเสริม เช่น ทอผ้า จักสานและพัฒนาทักษะความรู้ด้านอาชีพ - ส่งเสริมการออมเงินอย่างเป็นระบบ	- อบต.นาโก - กลุ่มอาชีพในชุมชน - กลุ่มออมทรัพย์ในชุมชน
ด้านข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการ	-ขาดศูนย์บริการสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ -มีข้อจำกัดด้านการเดินทางและระบบขนส่ง ทำให้การเดินทางไปโรงพยาบาลใช้เวลานาน	-จัดรถรับ-ส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล -อบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน -จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ -จัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	- รพ.สต.นาโก - อสม. - จัดอาสาในชุมชน
ด้านการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	-ขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์และสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ผ้าอ้อมผู้สูงอายุ -การเข้าถึงสวัสดิการไม่เท่าเทียม -ลูกหลานไปทำงาน ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง -เปลี่ยนจากระบบดูแลในครอบครัวเป็นต้องพึ่งการดูแลจากภายนอก	-จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุ -จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลผู้สูงอายุ -เชิญชวนเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ -อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครัวเรือน	- ผู้นำชุมชน - ชมรมผู้สูงอายุ - รพ.สต.นาโก
ด้านการขาดแคลนกำลังคนในระบบการดูแลผู้สูงอายุ	-จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นไม่สัมพันธ์กับจำนวนผู้ดูแล -CG เยี่ยมบ้านเพียง 2 วัน/สัปดาห์ ไม่เพียงพอต่อความต้องการ	- รับสมัครและอบรม CG เพิ่มเติม - จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ CG อย่างต่อเนื่อง - จัดทำระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสม -เพิ่มจำนวนวันเยี่ยมบ้านจาก 2 วัน เป็น 3 วันต่อสัปดาห์ -สร้างระบบพี่เลี้ยงสอนงาน CG รายใหม่ -จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับ CG -จัดตั้งกลุ่มไลน์หรือช่องทางสื่อสารระหว่าง CG เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์	- อบต.นาโก - รพ.สต.นาโก - แกนนำชุมชน

ตารางที่ 2 แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภูไท

โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ
<p>1.โครงการสร้างความมั่นคงทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>กิจกรรม:</p> <p>1.จัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุระดับตำบล</p> <p>2.อบรมและจัดตั้งกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ (ทอผ้า จักสาน ดอกไม้ประดิษฐ์)</p> <p>3.จัดทำแผนธุรกิจและหาตลาดรองรับผลิตภัณฑ์</p> <p>4.อบรมการวางแผนการเงินและการออม</p>	<p>1.เพื่อสร้างระบบการเงินและการออมที่มั่นคง</p> <p>2.เพื่อส่งเสริมการสร้างรายได้และพัฒนาอาชีพที่เหมาะสม</p> <p>3.เพื่อพัฒนาทักษะการบริหารจัดการการเงินและการออม</p>	ผู้สูงอายุที่มีความพร้อม	<p>1.ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีรายได้เพิ่มขึ้น</p> <p>2.จำนวนกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุมีการดำเนินการต่อเนื่อง 3 กลุ่ม</p> <p>3.ร้อยละ 90 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีเงินออมเพิ่มขึ้น</p>
<p>2.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1.จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบล</p> <p>2.จัดการรับ-ส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล</p> <p>3.จัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <p>4.จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุและการติดตามสุขภาพ</p> <p>5.จัดกิจกรรมตรวจสุขภาพเชิงรุกในชุมชน</p>	<p>1.เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและเข้าถึงได้</p> <p>2.เพื่อสร้างระบบการติดตามและเฝ้าระวังสุขภาพในชุมชน</p> <p>3.เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ</p> <p>4.เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ</p>	ผู้สูงอายุทุกคน	<p>1.ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปี</p> <p>2.ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล</p> <p>3.มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบล</p>
<p>3.โครงการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1.อบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>2.จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน</p> <p>3.จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุประจำสัปดาห์</p> <p>4.อบรมให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>5.จัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุสำหรับครอบครัว</p>	<p>1.เพื่อสร้างระบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน</p> <p>2.เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลแก่ครอบครัวและชุมชน</p> <p>3.เพื่อส่งเสริมการร่วมกิจกรรมทางสังคม</p> <p>4.เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p>	ผู้สูงอายุและครอบครัว	<p>1.ร้อยละ 80 ของครอบครัวผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>2.ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุสม่ำเสมอ</p> <p>3.จำนวนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม 20 คน</p>
<p>โครงการพัฒนาศักยภาพ Care Giver</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1.รับสมัครและอบรม CG รุ่นใหม่</p> <p>2.จัดทำระบบพี่เลี้ยงและการสอนงาน</p> <p>3.พัฒนาระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการ</p> <p>4.จัดทำคู่มือปฏิบัติงานและแนวทางการเยี่ยมบ้าน</p> <p>5.สร้างเครือข่ายและระบบสื่อสารระหว่าง CG</p>	<p>1.เพื่อพัฒนาศักยภาพ Care Giver</p> <p>2.เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของ Care Giver</p> <p>3.เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการและสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับ Care Giver</p> <p>4.เพื่อสร้างเครือข่ายและระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง Care Giver</p>	อาสาสมัครและ Care Giver	<p>1. Care Giver ผ่านการอบรมตามมาตรฐานทุกคน</p> <p>2.อัตราการคงอยู่ของ Care Giver ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>3.ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลของ Care Giver ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>

สรุปและอภิปรายผล

จากศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ภายใต้บริบทชุมชนภูเก็ต ตำบลนาโถ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระยะที่ 1) พบว่าผู้สูงอายุในตำบลนาโถส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและรายได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และการประกอบ

อาชีพเกษตรกรรมซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน ส่งผลให้ปัญหาความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันหลายด้านทั้งการมีที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัย และมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ จนเกิดปัญหาโรคเรื้อรังโดยเฉพาะเบาหวาน และโรคข้อเสื่อม ประกอบกับการที่ลูกหลานต้องออกไปทำงานต่างถิ่นทำให้มีผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว ส่งผลให้มีกลุ่มที่ต้องการความ

ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน สภาพปัญหาที่พบสอดคล้องกับการศึกษาของนิวัฒน์ สาระพันธ์⁸ ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์ประสบปัญหาหลักด้านเศรษฐกิจคือรายได้ไม่พอเพียงและขาดอาชีพเสริม และมีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิสา คำขึ้น⁹ ที่พบว่าข้อจำกัดด้านการศึกษาและรายได้ส่งผลต่อความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงสอดคล้องกับทัศนีย์ ขาว และคณะ¹⁰ ที่พบว่าการขาดผู้ดูแลและการอยู่ตามลำพังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง อย่างไรก็ตามชุมชนตำบลนาโกมีบริบทชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเป็นชุมชนญาติที่ยังคงรักษาเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมไว้อย่างเข้มแข็ง มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบกับการมีเครือข่ายการดูแลที่หลากหลาย ทั้งผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ, ชมรมผู้สูงอายุ, หมอพื้นบ้าน และปราชญ์ชาวบ้าน รวมถึงมีองค์กรสนับสนุนทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีนโยบายครอบคลุม ทั้งด้านสวัสดิการและการคุ้มครองทางสังคม สุขภาพและการแพทย์ การมีส่วนร่วมทางสังคม สภาพแวดล้อม และการส่งเสริมอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของพูลศักดิ์ หอมสมบัติ และคณะ¹¹ ที่เสนอว่าการดูแลผู้สูงอายุควรตั้งอยู่บนพื้นฐานการเห็นคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญาและการทำประโยชน์ให้สังคม จากสภาพปัญหาและบริบทชุมชนดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม เริ่มจากการจัดเวทีถกปัญหาที่ทำให้ได้ปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การขาดผู้ดูแลในครอบครัว และการขาดแคลนกำลังคนในระบบการดูแล หลังจากนั้นมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ

จัดทำแผนดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิด AIC ได้แผนดูแลผู้สูงอายุจำนวน 4 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการสร้างความมั่นคงทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมสำคัญคือการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุระดับตำบลและส่งเสริมการรวมกลุ่มอาชีพ เช่น กลุ่มทอผ้า กลุ่มจักสานมวยนึ่งข้าว และกลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์ 2) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบลและจัดระบบรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล 3) โครงการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เน้นกิจกรรมอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และ 4) โครงการพัฒนาศักยภาพ Care Giver เน้นการอบรม Care Giver รุ่นใหม่และเพิ่มวันเยี่ยมบ้านจาก 2 วัน เป็น 3 วันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้แผนดังกล่าวมีการกำหนดผู้รับผิดชอบประมาณ และตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน การพัฒนาแผนดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของจักรพงษ์ พระสุรัตน์ และคณะ¹² ที่พบว่าการใช้แนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ทั้งการรับฟัง แสดงความคิดเห็น และร่วมปฏิบัติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับไพริน ศิริพันธ์¹³ ที่พบว่าการขับเคลื่อนนโยบายและการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ดีขึ้น รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของวรชาติ โชครศมีดาว¹⁴ ที่เสนอแนวทางการเพิ่มความมั่นคงทางการเงินผ่านการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนและการส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสม โดยสรุปในการพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุครั้งนี้ เป็นผลมาจากการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดยคำนึงถึงสภาพปัญหา ทูทางสังคม และศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับจักรพันธ์ พรหมฉลวย และคณะ¹⁵ ที่เสนอให้บูรณาการหลักการ "เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา" ในการจัดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล

1.1 ควรเร่งดำเนินการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุระดับตำบลตามแผนงานที่ได้ โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงิน

1.2 ควรจัดสรรงบประมาณในการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำตำบลและจัดระบบรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลตามแผนที่กำหนด

1.3 ควรผลักดันการดำเนินงานกลุ่มอาชีพที่มีอยู่แล้วในชุมชน ได้แก่ กลุ่มทอผ้า กลุ่มจักสานมวนยี่งอ ข้าว กลุ่มดอกไม้เงิน กลุ่มเย็บย้อมผ้าฝ้าย และกลุ่มดอกโป๊ยทาน

1.4 ควรสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพ Care Giver รุ่นใหม่ตามแผนที่กำหนด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.1 ควรปรับระบบการเยี่ยมบ้านของ Care Giver จาก 2 วัน เป็น 3 วันต่อสัปดาห์ตามแผนที่กำหนด เพื่อให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ

2.2 ควรจัดระบบการคัดกรองสุขภาพให้ครอบคลุมโรคที่พบบ่อย โดยเฉพาะเบาหวาน, โรคข้อเสื่อม และภาวะไขมันในเลือดสูง

2.3 ควรบูรณาการระบบบริการสุขภาพกับภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยประสานกับหมอพื้นบ้าน และปราชญ์ชาวบ้านที่มีอยู่ในชุมชน

2.4 ควรร่วมกับ อสม. และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเอง

3 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้นำชุมชน

3.1 ควรผลักดันโครงการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

3.2 ควรประสานกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญา

3.3 ควรบูรณาการการทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ปลูกสมุนไพร และเครือข่ายผู้นำชุมชน

3.4 ควรส่งเสริมให้วัดและสำนักสงฆ์เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมทางวัฒนธรรมภูมิปัญญาสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะการประเมินผลลัพธ์ของ 4 โครงการหลัก ได้แก่ โครงการสร้างความมั่นคงทางการเงิน โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โครงการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และโครงการพัฒนาศักยภาพ Care Giver เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรศึกษารูปแบบการจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนภูมิปัญญา โดยเน้นการถอดบทเรียนจากหมอพื้นบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน และผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญา เพื่อพัฒนาเป็นองค์ความรู้ที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรม

3. ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในชุมชนภูมิปัญญา โดยวิเคราะห์ทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถขยายผลไปยังชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>

2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกรมอนามัยภายใต้แนวคิด "สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว" ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th>
3. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, บรรณาธิการ. สถานะสุขภาพคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.hiso.or.th/hiso/picture/report Health/report/report2_7.pdf](https://www.hiso.or.th/hiso/picture/report%20Health/report/report2_7.pdf)
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dental.anamai.moph.go.th>
5. ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมอนามัย. สถานการณ์งานอนามัยผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น:กรมอนามัย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.hiso.or.th/hiso/picture/report Health/report/report2_7.pdf](https://www.hiso.or.th/hiso/picture/report%20Health/report/report2_7.pdf)
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2560). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สปสช.
7. Yamane T.(1973). Statistics: An introduction analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row International; 1973.
8. นิวัฒน์ สาระพันธ์.(2567). การสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุเพื่อแก้ปัญหาการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์. J Roi Kaensarn Academi. 9(4):123-36.
9. สุนิสา คำขึ้น.(2563). ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 30(2):104-20.
10. ทศนีย์ ขาว, กาญจน์ สุนภัส บาลทิพย์, ศศิธร ลายเมฆ, สุนันทา ยงวนิชเศรษฐ.(2567). การรับรู้เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง. วารสารวิจัยทางการแพทย์ การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 44(2):29-41.
11. พูลศักดิ์ หอมสมบัติ, สุกัญญา แซ่มซ้อย, ศักดิ์ชัย เพชรสิงห์.(2565). โรงเรียนผู้สูงอายุ: การเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย. วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย. 6(2):540-51.
12. จักรพงษ์ พระสุรัตน์, วิรัตน์ ปานศิลา, วรพจน์ พรหมสัถยพรต.(2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบ้านหนองคู อำเภอเสนาานิคม จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 6(4):184-98.
13. ไพริน ศิริพันธ์.(2566). ประสิทธิผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดตราด. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 19(3):37-48.
14. วรชาติ โชครัตน์ดาว.(2566). ความมั่นคงทางการเงินของผู้สูงอายุในประเทศไทย. J Roi Kaensarn Academi. 9(6):45-58.
15. จักรพันธ์ พรหมฉลวย, วรวิมล เฟื่องพันธ์, สุวิชัย โกศัลยวิวัฒน์.(2567). การบูรณาการศาสตร์พระราชาศาสตร์เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก. J Soc Sci Humanit ResAsia. 30(1):57-74.