

ผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน
ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

นางกัญญาลักษณม์ เตชะพงศ์วรชัย

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-0975-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING HEALTH SERVICE MANAGEMENT ALLIANCE MODEL
IN COMMUNITY ON QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY

Mrs. Kanyaluk Tejapongvorachai



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-0975-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
โดย	นางกัญญาลักษณ์ เตชะพงศาวรชัย
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สมคิด รักษาสัตย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุขโข)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กันยาลักษณ์ เดชะพงษ์วรชัย : ผลการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. (THE EFFECT OF USING HEALTH SERVICE MANAGEMENT ALLIANCE MODEL IN COMMUNITY ON QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY)
อ. ที่ปรึกษา : รศ.ดร.จินตนา ญูนิพันธุ์, 130 หน้า. ISBN 974-17-0975-7

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ในชุมชนสองแห่งในเขตกรุงเทพมหานคร โดยให้ผู้สูงอายุในชุมชนหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และผู้สูงอายุอีกชุมชนหนึ่งจำนวนเท่ากันเป็นกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลอง มีการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ส่วนในกลุ่มควบคุม มีการจัดบริการสุขภาพตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้ คือ แผนการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน คู่มือการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบตรวจสอบการทำงานของพันธมิตร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-Brief) หาความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน
2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนสูงกว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการบริการสุขภาพตามปกติ

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่อนิสิิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4377803836 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: HEALTH SERVICE MANAGEMENT ALLIANCE MODEL / QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY

KANYALUK TEJAPONGVORACHAI : THE EFFECT OF USING HEALTH SERVICE MANAGEMENT ALLIANCE MODEL IN COMMUNITY ON QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY. THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF. JINTANA YUNIBHAND, PhD. 130 pp. ISBN 974-17-0975-7

The purposes of this quasi-experiment research were to compare the quality of life in the elderly before and after using health service management alliance model in the community, and to compare the quality of life in the elderly in the community using such model and that in the community receiving the traditional service. The research samples were 40 elderly persons selected from two communities in Bangkok Metropolis which were equally divided by the community into 2 groups, an experimental and a control group. The health service management alliance model was implemented in the community assigned to be the experimental group, while the traditional service was used in the control group. Research instruments that were developed by the researcher were the implementation plan of health service management alliance model, the manual of caring and health promotion for the elderly, the alliance responsibilities checklist, and World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL Brief-26). The Cronbach alpha of the WHOQOL scale was .85. The gathered data was analyzed by t-test.

The major findings were as follows;

1. The quality of life in the elderly after using health service management alliance model in the community was statistically and significantly higher than before using the model, at the .05 level.
2. The quality of life in the elderly in the community, where the health service management alliance model was implemented, was statistically and significantly higher than that of the elderly in the community where the traditional health service model was used, at the .05 level

Field of study Nursing Administration

Student's signature.....

Academic year 2002

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดี
 ยิงจาก รศ.ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหลายท่าน ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆ และแนวทางที่เป็น
 ประโยชน์ในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ และขอกราบ
 ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ สมคิด รักษาสัตย์ ประธานสอบวิทยา
 นิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์และให้คำแนะนำสถิติใน
 การทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้
 วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ที่ให้ความ
 กรุณา ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ขอขอบพระคุณ
 สมาชิกที่เป็นพันธมิตรทุกท่านในศูนย์บริการสาธารณสุข 25 หน่วยงาน และพันธมิตรในชุมชนบึง
 พระราม 9 บ่อ 3 ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้
 ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณ สามีและบุตรทั้งสองอันเป็นที่รักยิ่ง ญาติพี่น้องที่ให้การ
 สนับสนุนช่วยเหลือ และเพื่อนๆที่คอยเติมพลังกายและใจซึ่งกันและกันจนสำเร็จการศึกษา

กัญยาลักษณ์ เตชะพงศ์วรชัย

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ผู้สูงอายุในชุมชน.....	13
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน.....	16
การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน.....	25
การทำงานโดยใช้รูปแบบพันธมิตร.....	29
ผลการทำงานพันธมิตรที่มีต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	37
การใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน.....	39
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	56

	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	59
การดำเนินการทดลอง.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
สรุปขั้นตอนในการทำวิจัย.....	75
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
5 สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย.....	85
สรุปผลการวิจัย.....	90
อภิปรายผลการวิจัย.....	91
ข้อเสนอแนะ.....	95
รายการอ้างอิง.....	98
ภาคผนวก.....	107
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	108
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	110
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	113
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	117
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือกำกับการทดลอง.....	122
ภาคผนวก ฉ ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม.....	126
ภาคผนวก ช ภาพการจัดกิจกรรมของพันธมิตรในชุมชน.....	127
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	130

ตาราง	หน้า
1	จำนวนและร้อยละ ของเพศ อายุ สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ..... 77
2	จำนวนและร้อยละ ของศาสนา สถานะในครัวเรือน อาชีพ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ..... 78
3	จำนวนและร้อยละ ของความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ..... 79
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน..... 80
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับรูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนตามปกติ (กลุ่มควบคุม)ก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายด้าน..... 81
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน (กลุ่มทดลอง) กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการสุขภาพ ตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนการทดลอง จำแนกตามรายด้าน..... 82
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน (กลุ่มทดลอง) และผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการสุขภาพในชุมชนตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังการทดลองจำแนกเป็นรายด้าน..... 83

สารบัญแผนภูมิ

ญ

แผนภูมิ	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	56
2. สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	75



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในยุโรปพบว่า 100 ล้านคนมีอายุมากกว่า 50 ปี ในประเทศอังกฤษได้คำนวณว่า ในปี ค.ศ 2006 จะมีประชากรทั้งหมด 60 กว่าล้านคน มีอายุมากกว่า 50 ปี ประมาณ 15 ล้านคน และมีผู้สูงอายุ มากกว่า 100 ปี ประมาณ 17,000 คน (Ashton, 1998:111) สำหรับประเทศไทย ประชากรวัย สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 9.13 ในปี พ.ศ. 2543 และร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ.2563 การเปลี่ยนแปลงนี้ กำลังนำประเทศไทยไปสู่ภาวะที่เรียกว่า ประชากรชรา ซึ่งหมายถึงการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุจากประชากรทั้งหมด โดยตาม เกณฑ์ของสหประชาชาติได้กำหนดไว้ว่า ประชากรจะชราเมื่อประชากรนั้นมีสัดส่วนของประชากร ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542:48) และคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2553-2568 อายุขัยเฉลี่ยของชายและหญิงไทยจะเพิ่มเป็น 69.50 และ 73.58 ปี (Gajeena and Sriwonga 1998:95) เมื่ออายุมากขึ้นความชุกของความเจ็บป่วย เพิ่มขึ้น โดยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูง กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ภาวะซึมเศร้า และการหกล้ม เป็นต้น ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ พบได้ถึงร้อยละ 40.9 (พงษ์ศิริ ปวารณชาติ, 2543:95) ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพความเจ็บป่วย ในส่วนประกอบ และโครงสร้างของคุณภาพชีวิตมักถูกประเมินถึง สภาพทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การพึ่งตนเอง การทำกิจกรรม (Berghorn and Schafer,1981) สถานภาพทางจิตใจ ความผาสุก ปฏิสัมพันธ์ในสังคม ศาสนา และชีวิตทางจิตวิญญาณ (Spilker,1996 cited in Mansfield,Ejas and Werner,1999) ถึงแม้ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลจะ แตกต่างกันไปตามสถานภาพ และมีความหลากหลายในการวัดระดับคุณภาพชีวิต แต่คุณภาพ ชีวิตก็ยังเป็นที่นิยมใช้ เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายและผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพ และมี องค์ประกอบด้วยเนื้อหาที่มีขอบเขตกว้างขวาง หลากหลายที่สะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิดที่แตกต่าง กันไปในแต่ละด้าน องค์การอนามัยโลกได้นิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ต่อชีวิตตามเป้าหมาย

ความคาดหวังและมาตรฐานของบุคคลภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ (สุนุตตรา ตะบุญพงศ์ ,วันดี สุทธิรงค์ และ พัชรียา ไชยลังกา ,2544) จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ เช่นการศึกษาของ วาสนา เกื้อนวงษ์ (2540) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินนทญา (2536) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง พบว่า ร้อยละ 85 ของกลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง มีเพียงร้อยละ 15 ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัย คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดนครราชสีมา ในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (วันที ขำเพ็ง,2540;วรรณภา กุมารจันทร์ ,2543) สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

ในการประเมินคุณภาพชีวิตของวัยสูงอายุนั้นมีหลายมุมมองที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเข้าใจในชีวิต ปรัชญาที่ยึดถือ ความคิดเห็น ในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่าง ภายใต้บริบทสังคมไทยเน้นความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนมากกว่าความเป็นปัจเจกบุคคล เพราะฉะนั้นคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนอกจากจะประเมินถึงสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจแล้ว สัมพันธภาพทางสังคมภายในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการประเมินคุณภาพชีวิต องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลขึ้นมาในปี ค.ศ. 1996 และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-Brief) ซึ่งสุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ(2540) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ตัวชี้วัดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบคือ สุขภาพด้านร่างกาย สุขภาพด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาให้ใช้ได้ไม่จำกัดผู้ใช้ บริการ ผู้ให้บริการ และในแง่กฎหมาย สุนุตตรา ตะบุญพงศ์ และคณะ(2544) ได้นำองค์ประกอบ WHOQOL-Brief นำมาประเมินคุณสมบัติของแบบวัดคุณภาพชีวิตกับผู้สูงอายุ 268 รายในอำเภอหาดใหญ่พบว่า สามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพราะฉะนั้นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-Brief นี้จะนำมาใช้ได้ ในบริบทของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

สิ่งที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือสถานะทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุมิโรคเรื้อรังสูงขึ้น ต้องการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น จึงทำให้มีความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระบบบริการทางสุขภาพและสังคมประชากรผู้สูงอายุในชุมชนให้เหมาะสม เพื่อ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชน ระบบบริการทางสุขภาพที่ผ่านมา มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างมากในการรักษาพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและเสียค่าใช้จ่ายต่อครั้งประมาณ 6,000 บาท (นันทวัน สุวรรณรูป, 2544:36) และแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลผู้สูงอายุมากขึ้นทุกปี (Gajeena and Sriwonga, 1998:97) นอกจากนี้การบริการยังไม่สามารถครอบคลุมอย่างทั่วถึง การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจการบริการแก่ผู้สูงอายุของผู้ให้บริการยังไม่เพียงพอ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542:237) การจัดบริการด้านสังคมและสุขภาพยังไม่ตอบสนองของความต้องการพื้นฐานและไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆอย่างทั่วถึง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543:191) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สภาพแวดล้อมระบบขนส่งสาธารณะที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้การเข้าถึงระบบต่างๆเป็นไปได้ยากลำบาก และในยามชราหรือเจ็บป่วยขาดผู้ดูแล ปัจจัยเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่ำลง หน่วยงานราชการและรัฐบาลจึงเล็งเห็นความสำคัญของการจัดบริการต่างๆให้กับผู้สูงอายุ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ และการบริการเชิงรุกระดับชุมชน (Community-based services) โดยชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมสำคัญในระบบบริการ การพัฒนาชุมชน ทั้งที่เป็นอาสาสมัครและเครือข่ายในชุมชนร่วมกัน

ภายใต้กรอบแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุมชนเมืองและชนบทว่า จะต้องมีการปรับการจัดการพื้นที่ในมิติใหม่ที่ประสานการพัฒนาชนบทและเมืองให้มีการเชื่อมโยงและเกื้อกูลกัน ลดความเหลื่อมล้ำของการพัฒนา โดยการพัฒนาศักยภาพของคนและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคทุกส่วนในสังคม ในการบูรณาการให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายและจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ในความเป็นชุมชนนั้น อยู่ที่การที่คนในชุมชนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้และร่วมกันกระทำภารกิจต่างๆ (ประเวศ วะสี อ่างใน ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2543: 28) สะท้อนให้เห็นถึง อุดมการณ์ อำนาจ และความสัมพันธ์ทางสังคม โดยไม่จำกัดว่า จะเป็นชุมชนชนบทหรือชุมชนเมือง ที่มีความแตกต่างในเรื่องของโครงสร้าง วิถีชีวิต วัฒนธรรมความเป็นอยู่ของประชากรในชุมชน ความสำคัญของกระบวนการพัฒนาชุมชนและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ขึ้นอยู่กับ องค์การชุมชนหรือองค์กรประชาชนเช่น ชมรม สมาคม อาสาสมัครต่างๆ ที่มีอุดมการณ์ร่วมกัน มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ มีผลประโยชน์ร่วมกัน มีทรัพยากร สมาชิก่วมบริหารจัดการกิจกรรมภายในชุมชน (สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ, 2540:3-9) เพราะฉะนั้นความแตกต่างในเรื่อง

ชุมชนชนบทและชุมชนเมืองจึงไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนด้านสุขภาพ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของ บุคคล ครอบครัว ชุมชน และองค์กรภายในชุมชนเป็นสำคัญ

ฉะนั้นบทบาทที่สำคัญของผู้บริหารทางการแพทย์ในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาในชุมชนด้านสุขภาพนั้น คือการออกแบบระบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งถือเป็นการจัดการผลผลิตทางการแพทย์ที่สำคัญ โดยมีการบูรณาการ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในชุมชนและการให้บริการพยาบาลในระดับต้นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของพันธมิตรองค์กรภายในชุมชน จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีอายุยืนยาวอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีความพิการ โดยให้ความรู้ด้านข้อมูลและรูปแบบการบริการใหม่ ในการเตรียมตัวผู้สูงอายุเพื่อรู้จักการป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเอง เข้าไปในระบบการจัดบริการพยาบาลตามปกติให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง การบริการดังกล่าวจะเป็นช่องทางให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าสู่ระบบบริการของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน นำมาซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้เกิดขึ้น Bolton และคณะ(1998) ได้ให้ความเห็นวาระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในชุมชน ต้องทำงานร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดีในชุมชน โดยมีการทำงานร่วมกันเป็นพันธมิตร ระหว่างแพทย์พยาบาล ในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ และผู้นำชุมชนในฐานะผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการสังคม ส่วน Douglas (1998) ได้เสนอกรอบแนวคิดพันธมิตรทางสุขภาพ ประกอบด้วย การบริการทางสาธารณสุข องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร องค์กรอิสระ องค์กรทางการค้าและองค์กรที่สนใจในการทำงานร่วมกันเพื่อสุขภาพที่ดี โดยมีวิธีการส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่ดี (Changing behavior) มีความมั่นใจในสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (Changing environment) และจัดหาการบริการที่ดีมีคุณภาพ (Providing better service) พื้นฐานในการทำงานที่ประสบความสำเร็จของรูปแบบพันธมิตร คือ ความสามารถในการทำงานที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีพันธสัญญา ร่วมกัน เปิดใจ มีความยืดหยุ่นในการทำงาน ร่วมมือในการทำงาน ประสานงานได้อย่างสอดคล้อง และมีแนวคิดที่ยั่งยืน จะทำให้การทำงานบรรลุถึงเป้าหมายได้โดยง่าย (Speckman and Isabella , 2000)

Maro and Paul (1994) ยังได้ให้ความเห็นว่า การบริหารจัดการดูแลด้านสุขภาพ จะต้องมีการพัฒนาการดูแลขั้นพื้นฐานร่วมกัน วางแผนการดูแลจัดระบบบริการ มีการบูรณาการ

ดูแลร่วมกันในลักษณะหุ้นส่วนหรือพันธมิตรที่ดีขึ้นกว่าเดิม จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรทางสุขภาพ เพื่อหามาตรการในการควบคุมอัตราความเจ็บป่วยเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทยโดยให้ความสำคัญกับการบริการสาธารณสุขเชิงรุก สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ให้พึ่งพาตนเองได้ ลดความพิการให้ได้มากที่สุดและเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ

พันธมิตรประกอบด้วย บุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคม ที่เป็นโครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญให้กับผู้สูงอายุ ในการทำให้ผู้สูงอายุลดความตึงเครียดจากภาวะต่างๆที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี รู้สึกมีคุณค่า และเกิดความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ความรักและนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น (Pender, 1996) นอกจากนี้ Cohen และ Wills (1985) ยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ดีและมีอารมณ์มั่นคง ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต มีการปรับตัว การเผชิญความเครียดของบุคคล จูงใจให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพกายและจิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การออกแบบการบริการพยาบาล ในการบริหารจัดการ นำนวัตกรรมใหม่ เป็นการจัดการผลผลิตทางการพยาบาลที่สำคัญยิ่ง และถือเป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารทางการพยาบาลในอนาคต (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544 :107) การจัดบริการสุขภาพในชุมชนโดยใช้หลักการจัดการของ Bovee et al. (1993) ในการทำกิจกรรมการวางแผนกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ในการทำงาน การจัดองค์การคือการจัดโครงสร้างการทำงาน การชักนำเป็นการสร้างพลังในการทำงาน และการควบคุมกำกับการทำงานร่วมกัน ผสมผสานเข้ากับรูปแบบพันธมิตรในมิติการทำงานของ Powell (1992 cited in Scriven ,1998) คือ การสร้างสัมพันธภาพโดยมีเป้าหมายร่วมกัน ร่วมกันทำกิจกรรม แบ่งปันทรัพยากร มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน ทำงานประสานงานกัน และเกิดการเรียนรู้ โดยกำหนดบทบาทและหน้าที่ให้ทุกคนได้รับรู้ร่วมกัน เช่น ทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ติดตามเยี่ยมให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และบทบาทของพันธมิตรในชุมชนในการช่วยเหลือและหาแนวทางจัดบริการให้กับผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ให้ความสะดวกในเรื่องการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล จัดหาพาหนะหรือกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเดียวกันไปพบแพทย์พร้อมๆกัน จัดผู้ดูแลผลัดเปลี่ยนกันไป มีการ

จัดสภาพแวดล้อมในบ้านและในชุมชนในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานในการวิจัย

จากแนวคิดพันธมิตรทางสุขภาพของ Powell (1992 cited in Scriven, 1998) เป็นลักษณะองค์กรหรือส่วนบุคคลทำงานร่วมกัน โดยสามารถทำให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก้ไข ควบคุมสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นระบบหุ้นส่วนสำหรับผลประโยชน์ทางสุขภาพ โดยมีกระบวนการทำงานเป็นระบบเครือข่ายร่วมกัน ประสานงานและบูรณาการพันธมิตร มุ่งก่อให้เกิดสหสาขาทางองค์กรสุขภาพ โดยมีมิติการทำงานดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพ มีเป้าหมายร่วมกัน กระทำกิจกรรมร่วมกัน แบ่งปันทรัพยากร มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน ทำงานที่ประสานสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และเกิดการเรียนรู้โดยประสบการณ์ ในการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อหวังผลในการมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน

Bolton et al. (1998) ได้พัฒนารูปแบบการทำงานพันธมิตรแบบหุ้นส่วน โดยมีแพทย์พยาบาล และวิชาชีพทางสุขภาพ รวมทั้งผู้นำชุมชน ตลอดจนองค์กรอื่นๆ มาใช้เป็นกลยุทธ์ในการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ให้การดูแลแบบองค์รวม โดยมีจุดมุ่งหมายในการปรับปรุงสุขภาพประชาชนในชุมชนให้มีภาวะสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ Marek et al. (2000) ได้นำรูปแบบใหม่ของการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในสถานบริการ โดยรูปแบบพันธมิตรหุ้นส่วนการดูแลภาครัฐและเอกชน ในการทำงานที่ประสานงานกันในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการแบบเบ็ดเสร็จ หรือเป็นชั่วโมง โดยมีการดูแลและการสนับสนุนให้การบริการที่ได้มาตรฐานขึ้น

ในการดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะวิเคราะห์ถึงในเชิงสุขภาพที่ดีได้ เพราะผู้สูงอายุมีภาวะที่เสื่อมถอยทางสุขภาพ ดังนั้นการประเมินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพ ควรพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีหมายถึงระดับการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2540:5) การที่จะให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีจะต้องอาศัยความร่วมมือในการทำงานหลายฝ่าย โดยมีรูปแบบในการทำงานในลักษณะความร่วมมือ ประสานงานกันในแนวราบระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง ด้วยการระดมสรรพกำลังรวมถึง คน สติปัญญา ความสามารถ และทรัพยากรที่มีอยู่ จะต้องหาแนวทางในการสร้างพันธมิตรให้เป็นเครือข่ายในการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยสร้างเป้าหมายร่วมกัน สมาชิกที่เกี่ยวข้องมีบทบาทหน้าที่ความถนัด และแสดงบทบาทตามศักยภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ลักษณะดังกล่าวนี้ถือเป็นแนวทางที่ตรงกับแนวคิดของการพัฒนาที่ให้ยึดพื้นที่ ประสานภารกิจ และร่วมทรัพยากร (Area , Function , Participation) เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในการพัฒนา (ธนา ประมุขกุล, 2544:105)

รูปแบบพันธมิตร เป็นการทำงานที่มีการเชื่อมโยงประสานระหว่างบุคคล องค์การทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน อาศัยความเข้าใจและจริงใจเป็นกลไกให้เกิดการขับเคลื่อนในการทำงาน โดยอาศัยการจัดการที่ดีนำความหลากหลายมาร่วมกัน ก่อให้เกิดคุณภาพ และการเรียนรู้ร่วมกัน การใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน มีจุดมุ่งหมายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีกระบวนการทำงาน จากความร่วมมือของบุคคลหลายฝ่ายในพันธมิตร ตามบทบาทหน้าที่และศักยภาพที่มีอยู่ เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุมักจะเจ็บป่วยบ่อย การทำงานของพันธมิตรเข้าไปดำเนินการ สนับสนุนส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ปฏิบัติตนให้ถูกต้องในการดำเนินชีวิตที่จะส่งผลต่อผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี สามารถดูแลตนเองได้เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ติดตามการดูแลโดยพันธมิตรในชุมชน จัดระบบบริการด้านสุขภาพ ดูแลโดยอาสาสมัครในชุมชนช่วยในการคัดกรองเบื้องต้นในการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ และมีการจัดกลุ่มผู้สูงอายุให้พบแพทย์ตามกลุ่มโรคเดียวกัน และให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อช่วยลดภาระให้ผู้ดูแลในการนำผู้สูงอายุไปรับการรักษาพยาบาล

การทำงานของพันธมิตรดังกล่าว เปรียบเสมือนเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มบุคคลต่างๆที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จากการศึกษานี้ วันเพ็ญ ขำเพ็ง (2540) พบว่าการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

สุมาลี ว่องเจริญกุล (2540) ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความเป็นอยู่ที่ดี และมีความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิต (วรรณวิมล เบญจกุล, 2538) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (วิไล สีพญา และ จุฑารัตน์ สติรปัญญา ,2540) และการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ,2543)

จากแนวเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจถึงแนวทางการทำงานร่วมกัน โดยนำรูปแบบพันธมิตรที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญร่วมกันทำงานในมิติการทำงาน ของ Powell (1992 cited in Scriven ,1998) มาใช้ในชุมชน และใช้ศักยภาพของพันธมิตรในการทำงาน ให้ทุกคนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของในงาน เพื่อบรรลุผลตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้และเป็นประโยชน์ในการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานในการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนจะดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน
2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มทดลองภายหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนจะดีกว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดบริการสุขภาพในชุมชนตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research Designs) เกี่ยวกับผลการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำการทดลองในชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร
2. ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทั้งเขตเมืองและชนบท ที่มีโครงสร้างอาณาเขตครอบคลุมส่วนท้องถิ่น ประชากรตั้งแต่ 50-500 ครอบครัว มีองค์กรภายในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน
3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน

3.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน หมายถึง การจัดระบบบริการ ประสานงาน และสนับสนุนการดำเนินงานในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้บริหารการพยาบาลเป็นผู้จัดการระบบและประสานงาน การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ระหว่างการทำงานร่วมกันในกลุ่มพันธมิตรที่ประกอบด้วย ทีมสุขภาพ (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์) ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้าน อาสาสมัครชุมชน ประธานหรือคณะกรรมการชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนใหญ่ และ 7 ขั้นตอนย่อยในการทำงานร่วมกันของพันธมิตรดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน หมายถึง การกำหนดตัวบุคคลที่จะมาเป็นพันธมิตรในชุมชน จะต้องเป็นผู้นำที่มีพลังอำนาจและบารมีในชุมชน เป็นผู้นำที่เข้มแข็งและเสียสละ และเป็นที่ยอมรับกันดีภายในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน โดยมีกิจกรรมในการวางแผนร่วมกันกำหนดแนวทางการทำงาน เพื่อวัตถุประสงค์อะไร ใช้ทรัพยากรอะไรในการดำเนินงาน โดยกำหนดบุคลากร สถานที่ ทรัพยากรและเวลาในการทำงาน ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยมิติการทำงานของพันธมิตรดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ หมายถึง การทำกิจกรรมทำความคุ้นเคยรู้จักกันทำงานด้วยกัน มีการประชุมพบปะระหว่างกันในกลุ่มพันธมิตร หาแนวทางในการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยและทีมสุขภาพเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในทีมพันธมิตร

1.2 การกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ หมายถึง การกำหนดกิจกรรมภายในกลุ่มพันธมิตรร่วมกันโดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ในการดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้รูปแบบพันธมิตรเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

2. ขั้นตอนการจัดโครงสร้างการทำงาน หมายถึง กิจกรรมที่กำหนดหน้าที่ภายในกลุ่มพันธมิตรที่ประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครชุมชน ผู้นำ/กรรมการชุมชน บุคคลใดเหมาะสมที่จะทำงานใด วิธีการจัดกลุ่มงาน และเมื่อมีปัญหาจะหาคำปรึกษาหารือกับใคร โดยมีการทำงานของพันธมิตรดังนี้

2.1 กำหนดกิจกรรมการทำงาน หมายถึง กำหนดการทำงานตามบทบาทและหน้าที่ของพันธมิตรที่กำหนดไว้และรับรู้ร่วมกัน

2.2 การแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน หมายถึง การจัดหาทรัพยากรในชุมชนมาใช้ร่วมกัน เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้และภูมิปัญญาส่วนท้องถิ่นร่วมกัน เพื่อแสดงถึงการพึ่งพาตนเองโดยแสวงหาถึงศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้

3. ขั้นการสร้างพลังในการทำงาน หมายถึง การกระทำของกลุ่มพันธมิตรในการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ด้วยแรงกายหรือคำพูด เป็นขั้นตอนการจูงใจให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจ มีการติดต่อสื่อสารที่ดี เกิดการทำงานที่ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติงาน โดย

3.1 ร่วมกันพัฒนาชุมชน หมายถึง การกระทำของพันธมิตรในการวางแผน กำหนดเป้าหมาย และการดำเนินกิจกรรม ประเมินแก้ไขปัญหาตามขั้นตอนตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ เกิดการเปลี่ยนแปลงในสุขภาพ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น

3.2 การทำงานที่ประสานงานกัน หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการตามบทบาท และหน้าที่ของพันธมิตรที่กำหนดไว้และรับรู้ทั่วกันประสานสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เช่น มีการพบปะพูดคุยให้การปรึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการและแก้ไขเป็นระยะ

4. ขั้นกำกับการทำงานร่วมกัน หมายถึง กิจกรรมการติดตามประเมินผล แก้ไขปรับปรุงผลการดำเนินงานร่วมกันเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่างานบรรลุผลตามเป้าหมายและแผนที่วางไว้ในมิติการทำงานพันธมิตรนี้ เป็นการกำกับการทำงานร่วมกัน ผลการดำเนินการนี้ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ และมีการพัฒนาทักษะจนเป็นการกระทำที่ยั่งยืนโดย

4.1 เกิดการเรียนรู้ หมายถึง กิจกรรมการถ่ายทอดข้อมูลให้ทุกคนเกิดการรับรู้ โดยการแลกเปลี่ยนความคิดและการดำเนินการ เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานร่วมกัน มีการพัฒนาทักษะในการทำงานมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงในความรู้และทัศนคติ ตลอดจนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายที่กลุ่มพันธมิตรกระทำขึ้น

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งประเมินได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-Brief) ที่ปรับปรุงโดย สุวัฒน์ มหัตถินวันดรกุล และคณะ(2540)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการเชิงรุกโดยใช้รูปแบบพันธมิตร ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
2. เป็นแนวทางในการบริหารการพยาบาล ในการสร้างเครือข่ายพันธมิตรทางสุขภาพ ในการให้บริการทางด้านสุขภาพ ในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ต่อไป
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นลำดับต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุในชุมชน
 - 1.1 สุขภาพประชากรผู้สูงอายุ
 - 1.2 วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน
2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
3. การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
4. การทำงานโดยใช้รูปแบบพันธมิตร
 - 4.1 ความหมายของพันธมิตร
 - 4.2 รูปแบบพันธมิตร
5. ผลการทำงานพันธมิตรต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
6. การใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ผู้สูงอายุในชุมชน

จำนวนประชากรผู้สูงอายุในวันจะเพิ่มมากขึ้น ได้ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพอนามัยของคนในสังคมค่อนข้างมาก เมื่อคนเราอายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตในสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีผลต่อการดำรงชีวิต หน้าที่ และบทบาท ประกอบกับมีพฤติกรรมอนามัย และสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ย่อมส่งผลต่อ สุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 สุขภาพประชากรผู้สูงอายุ

1.1.1 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร พบว่าประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คือ เพิ่มจาก 1.21 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 และ 4.02 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 (ภิญญา หนูภักดี, 2542 :103) 5.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2541 5.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าอีก 10 ปีข้างหน้า จนถึงปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้สูงอายุถึง 13.9 ล้านคนในประเทศไทย โดยที่สัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 9.0 ในปีพ.ศ. 2543 และร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2568 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ ,2543 :173) และผลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรปี พ.ศ. 2538-2539 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของหญิงไทยเป็น 74.9 ปี และชายเป็น 69.9 ปี คำว่าสูงอายุไม่ใช่ป่วยเป็นโรค แต่ถือว่าเป็นประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม

1.1.2 สถานะทางสุขภาพผู้สูงอายุ

Johnson (1990 : 357) พบว่าร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุ 65 ปี จะพบปัญหาโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และโรคเรื้อรังที่พบบ่อยคือ ข้อเข่าอักเสบ ปัญหาการได้ยิน การเห็นบกพร่อง ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เช่นเดียวกัน ในประเทศไทยผลการสำรวจโดยการตรวจร่างกายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย ปี พ.ศ. 2541 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ , 2543 :178) พบว่าประชากรสูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง ในอัตราร้อยละ 63.3 ในกลุ่ม 60-69 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปี ขึ้นไป และยังพบเป็นโรคเรื้อรังร่วมกันหลายโรคอีกด้วย โรคเรื้อรังที่พบบ่อย 5 อันดับคือ ปวดหัวเข่า เข่าอักเสบ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง ตาผิดปกติ เบาหวาน

ผู้สูงอายุนอกจากเจ็บป่วยเรื้อรังแล้ว ยังพบอุบัติการณ์ของอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บได้ง่ายกว่าอายุอื่นๆ เนื่องจากการทรงตัวและการมองเห็นไม่ดี จากการสำรวจวิจัยสาธารณสุขไทย (2541 อ้างใน จันทรพิชญ ชูประภาวรณ ,2543 :177) พบว่าอุบัติเหตุเกิดขึ้นในบ้านถึงร้อยละ 32.7 รองลงมาคืออุบัติเหตุทางเดินร้อยละ 22.3 และจากการทำงานร้อยละ 21.8 ของการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด ซึ่งจะส่งผลตามมามากมายต่อผู้สูงอายุที่เกิดอุบัติเหตุ ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว เป็นภาระต่อผู้ดูแล และค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น

กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนมากขึ้น และมักพบปัญหาทางสุขภาพเป็นไปในแนวทางที่เสื่อมลง ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน

1.2 วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นลักษณะของแบบแผนพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เกิดการถ่ายทอดต่อกันมา จนเป็นความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมทางสังคม ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ถ้ามีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมยิ่งทำให้แนวโน้มสุขภาพเสื่อมเร็วมากขึ้น

1.2.1 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า กินหมาก และการบริโภคยา ดังนี้

1) การบริโภคอาหาร จากการสำรวจสุขภาพประชากรตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 (จันทรพิชญ ชูประภาวรณ และคณะ ,2540:15) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ รับประทานอาหารเป็นประจำทุกวันร้อยละ 40.3 บริโภคเนื้อสัตว์ร้อยละ 29.4 เนื้อปลา ร้อยละ 29.4 นมสดร้อยละ 18.6 ชา/กาแฟ ร้อยละ 12 และน้ำอัดลมร้อยละ 3.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531); งานวิจัยส่วนส่งเสริมพลศึกษา สุขภาพ และนันทนาการ (2538) ; รัชดา จำปา และสุวดี ชูสุวรรณ (2540); วาสนา เกื้อนวงษ์ (2540) ที่พบว่าพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุไทยอยู่ในเกณฑ์ดีพอสมควร

2) การออกกำลังกาย จันทรพิชญ ชูประภาวรณ และคณะ (2540) พบว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันร้อยละ 40.3 และหากรวมการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-6 ครั้ง จะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 47.7 และที่ไม่ออกกำลังกายเลยร้อยละ 31.8 ในชนบทออกกำลังกายมากกว่าในเมือง และชายออกกำลังกายมากกว่าหญิง และจากการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538); ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา (2542) พบว่าผู้สูงอายุมีการ

ออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ส่วน วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย

3) การนอนหลับพักผ่อน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ (บรรลุ ศิริพานิช , 2531) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะนอนหลับวันละ 5-8 ชั่วโมง ร้อยละ 66.2 รองลงมาคือ 9-12 ชั่วโมงร้อยละ 29.8 พบปัญหาการนอนไม่หลับเพียงร้อยละ 1 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ ,2540) นับว่าผู้สูงอายุ มีการนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วันดี คณะวงศ์ (2538) ; Foley et al. (1995) ที่ศึกษาการนอนหลับในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจะนอนหลับยาก นอนหลับไม่สนิท ตื่นบ่อยในเวลากลางคืน ตื่นเช้ากว่าปกติ และมีอาการง่วงในเวลากลางวัน

4) การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และเคี้ยวหมาก จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล (2539) พบว่า สัดส่วนการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้สูงอายุลดลงตามอายุทั้งชายและหญิง ซึ่งตรงกันข้ามกับการเคี้ยวหมากจะเพิ่มตามอายุ และสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยหญิงมากกว่าชาย 3 เท่า จากการศึกษาของสุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2540) พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทเกือบครึ่งหนึ่งยังกินหมาก ผู้สูงอายุวัยสูงมีการกินหมาก มากกว่าผู้สูงอายุวัยต่ำ อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายอายุ 50-59 ปี สูงถึงร้อยละ 63 และจะลดลงเหลือร้อยละ 56 และ 49 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ,70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป

5) การใช้ยา จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ(2540) พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการซื้อยารับประทานเองร้อยละ 49.4 นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายुर้อยละ 47.3 ใช้ยาเป็นประจำทุกวัน หญิงมากกว่าชาย กลุ่มที่ใช้ยาเป็นประจำนั้นพบว่า 2 ใน3 บริโภคยา 1 ถึง 2 ชนิด และอีก 1 ใน 3 รับประทานยามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการรับประทานยาวันละ 3 ชนิดขึ้นไปสูงกว่าภาคอื่น ชนิดของยาที่ใช้ประจำ คือ ยาระงับปวด รองลงมา คือ ยาลดความดันโลหิต วิตามิน ยาเคลือบกระเพาะอาหาร ยาควบคุมเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา สวัสดิวุฒิมงคล และคณะ (2540) ที่พบว่า ยาที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุคือ ยาแก้ปวดทั่วไป ยาแก้ปวดข้อ และยาโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่พบว่า ข้อ และกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพ ที่ทำให้ผู้สูงอายุใช้ยาระงับปวดในสัดส่วนที่สูง

1.2.2 ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยอยู่บ้านเดียวกับบุตรร้อยละ 71 และอยู่ลำพังคนเดียวร้อยละ 4 ที่เหลืออยู่กับคู่สมรสหรือญาติพี่น้อง ครึ่งเรือนที่อาศัยส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนขยายมากกว่าครัวเรือนเดี่ยว ประกอบด้วยสมาชิก 3 รุ่น หรือมากกว่า คือ ตนเอง บุตร และหลาน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543 :90) และโดยวัฒนธรรมประเพณีครอบครัว

ไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีความรักใคร่เคารพกัน แต่ละครอบครัวจะรับผิดชอบให้การดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การเลี้ยงดู ให้การบำรุงรักษา ทำให้ผู้สูงอายุไทยเป็นบุคคลที่โชคดี ปัญหาผู้เลี้ยงดู และการทอดทิ้งจึงพบได้น้อย ต่างกับประเทศหลายประเทศที่ผู้สูงอายุหลายต่อหลายคนต้องต่อสู้กับความโดดเดี่ยวความเหงา พบว่ามีไม่น้อยรายที่ต้องเสียชีวิตอย่างไร้ผู้ดูแล และจากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ(2541) พบว่าผู้สูงอายุไทยได้รับการเกื้อหนุน และพบปะบุตรถึงร้อยละ 80.6-90.0

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า วิธีการดำรงชีวิต พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจน การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคม และวัฒนธรรม ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ สามารถส่งเสริมการเกิดเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมอนามัยไม่ถูกต้อง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิต ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนทั้งสิ้น

2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

คุณภาพชีวิตได้รับความสนใจอย่างมากจากนักวิชาการ เพราะเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประชากรทุกกลุ่มอายุ นักบริหารภาครัฐและเอกชน แนวคิด และทัศนคติต่างๆที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันไป และมีความหลากหลายกันในแต่ละวิชาชีพ พื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม จะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่ และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรมแตกต่างกัน แม้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแต่ละประเทศที่เผชิญอยู่ อาจมีลักษณะเหมือนกัน คุณค่าของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันไปอย่างเด่นชัด สืบเนื่องมาจาก การให้คุณค่า (Value judgement) ของแต่ละบุคคลนั่นเอง (สมชาย สุขสิริเสรีกุล,2539:213) ด้วยเหตุนี้ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน มีความหมาย องค์ประกอบ และการประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความหลากหลาย ดังนี้

2.1 ความหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

Wallace (1974:6) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง องค์ประกอบทั้งหลายที่ทำให้เกิดความพอใจแก่บุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

Sharma (1988:141) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า ความรู้สึกที่มีความสุขและความพึงพอใจต่อการได้รับหรือมีสิ่งต่างๆที่ชีวิตต้องการ

Patrick และคณะ (1993 อ้างใน สมชาย สุขศิริเสรีกุล,2539:213) กล่าวว่า ความหมายของคุณภาพชีวิตสะท้อนถึงความรู้ ประสบการณ์ และคุณค่าของบุคคลในแต่ละช่วงเวลาเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเนื่องมาจากการเจ็บป่วย สภาพการทำงานของร่างกาย ผลกระทบจากความเจ็บป่วย ความคิดเห็นและโอกาสทางสังคมที่ได้รับ อิทธิพลจากโรค การบาดเจ็บ การรักษาพยาบาล และนโยบายสุขภาพ

The WHOQOL group (1994 อ้างใน สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ, 2540 :5) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

Gold, Siegel, Russell, & Weinstein (1996 อ้างใน สุวรรณมา จันทร์ประเสริฐ, 2542 :20) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง สภาพที่สะท้อนทางนามธรรม (Subjective) และรูปธรรม (Objective) ของบุคคลที่เป็นอยู่ ซึ่งรวมถึง ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สุนทรีย์ และจิตวิญญาณ

สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2540:6) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมเป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

อัฉรนา นวจินดา และกาญจนา ลุศนันท์ (2542 :229) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตของบุคคล คือ ความพึงพอใจของบุคคล ที่เกิดจากการได้รับการตอบสนอง ต่อสิ่งที่ต้องการ

ทางด้านร่างกาย และจิตใจ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาวะแวดล้อมด้านเศรษฐกิจ และสังคมอย่างเพียงพอ จนก่อให้เกิดความมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตดี

จากความหมายต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดีและมีความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ ภายใต้นิยาม วัฒนธรรม และเป้าหมายของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลนั้น ในความหมายขององค์การอนามัยโลก มีความเป็นสากลและครอบคลุมความเป็นองค์รวม คือ ร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ในองค์ประกอบคุณภาพชีวิต จะมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของสังคม และวัฒนธรรม และมีขอบเขตในเนื้อหาค่อนข้างกว้างขวาง ดังนี้

Berghorn and Schafer (1981:331-347) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบที่บ่งชี้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ 5 ด้าน คือ

1 สถานภาพทางเศรษฐกิจ ที่ประกอบด้วย อาชีพ การศึกษา และรายได้ ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เป็นตัวที่ใช้วัดสถานะทางสังคม และวิถีชีวิต Klimmel et al (cited in Berghorn and Schafer ,1981:336) พบว่าผู้ที่มีสถานะทางอาชีพที่สูงกว่า หลังเกษียณการทำงานแล้ว จะมีแนวโน้มของการวางแผนหลังเกษียณได้ดีกว่าผู้ที่มีสถานะทางอาชีพที่ต่ำกว่า และมีการเรียนรู้ การตัดสินใจภายใต้การควบคุมของตนเองได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตหลังเกษียณอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินนทญา (2536) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพอยู่ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สรุปได้ว่า การประกอบอาชีพ จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของบุคคล ทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิต เป็นการเรียนรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง ที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และส่งผลถึงคุณภาพชีวิต

ในเรื่องของการศึกษา Markides and Martin (cited in Berghorn and Schafer 1981:336) พบว่าการศึกษาในผู้ชายสูงอายุรู้สึกมีคุณค่ามากกว่าการศึกษาในผู้หญิงสูงอายุ ผู้ชายที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า เมื่อศึกษาย้อนหลังจะพบว่า ประสบความสำเร็จ และมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ชายที่มีการศึกษาน้อย

รายได้เป็นตัวแปรสำคัญต่อระดับความพึงพอใจ แต่มีความแตกต่างกันในแต่ละระดับของบุคคล ถ้าผู้สูงอายุเรียนรู้ว่าตนเองมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย รู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและมีความเป็นอยู่ที่ดี ย่อมทำให้ผู้สูงอายุที่เกิดความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้น

ฐานะทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุประเมินตนเอง จะแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในชีวิตได้ค่อนข้างชัดเจน ผู้ที่มีรายได้ต่ำจะมีพฤติกรรมแสดงออกในทางเศร้าสร้อยน้อยเนื้อต่ำใจ คิดมาก

2 สุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความพึงพอใจในชีวิต สุขภาพเปรียบเสมือนหนึ่งวิถีทางอันจะนำบุคคลไปสู่ความสุข หรืออาจกล่าวได้ว่า สุขภาพคือคุณภาพชีวิตนั่นเอง (Health is a quality of life) (สุชาติ โสภประยูร, 2542 :3-4) อย่างไรก็ตามความหมายสุขภาพในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับของหน้าที่ เป็นความสามารถในการกระทำ ความสามารถในการคิด โดยผู้สูงอายุจะต้องประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ด้วยข้อคำถามเฉพาะถึงความสามารถของบุคคลในการทำงาน อาจจะไม่สอดคล้องกับการประเมินทางการแพทย์ ถ้าผู้สูงอายุ มีความรู้สึกที่ว่าตนเองมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจหรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจที่เกิดขึ้น ยอมรับความสามารถ ที่มีขอบเขตจำกัดของร่างกาย และปรับตัวได้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ก็จะส่งผลให้เกิดอึดทนในทัศนคติที่ต่อตนเอง และทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพที่เป็นอยู่

3 สภาพแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุนั้นค่อนข้างซับซ้อนและมีแง่มุมที่กว้าง ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อันดีกับกลุ่มบุคคลกลุ่มหนึ่ง จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข และความพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Creezy, Bery and Wright, 1985; Cruz, 1986) และจากการศึกษาของ Janzen, Paterson and Blashko (1989) พบว่า ความสัมพันธ์ที่มีคุณค่าต่อผู้สูงอายุ คือ ความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงคุณภาพซึ่งความสัมพันธ์นั้นจะต้องตั้งอยู่บนรากฐานของความจริงใจ เช่นความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน การไปมาหาสู่ การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การสื่อสารกันได้เข้าใจและความรู้สึกสนิทสนม ดังนั้นการประเมินความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ จะประเมินจากความสัมพันธ์ระดับบุคคล การสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อนใกล้ชิด และกิจกรรมทางเพศ

4 การพึ่งพาตนเองในผู้สูงอายุ ความสามารถด้านร่างกายจะลดน้อยลง ความต้องการพึ่งพาคู่คนอื่นจะมากขึ้น การดำรงชีวิตด้วยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุจึงกลายเป็นเรื่องที่ยากลำบากมากขึ้น ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจเพราะรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว เพื่อนฝูง การพึ่งพาตนเองนี้มีความหมายรวมทั้งการพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการด้วย

5 การทำกิจกรรมต่างๆในสังคมของผู้สูงอายุ รวมถึงการมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างระดับของกิจกรรมที่กระทำและระดับความพึงพอใจในชีวิต ผู้ที่ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกชีวิตมีค่า มีประโยชน์มีความหมาย และเกิดความพึงพอใจในชีวิต Berghorn et al. (1981:343-344) ได้แบ่งประเภทกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภทดังนี้

5.1 กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activity) ได้แก่การมีส่วนร่วมในองค์กรต่างๆ เช่นการเข้าโบสถ์ เข้าวัด กิจกรรมในสโมสร และกิจกรรมการกุศลต่างๆ

5.2 กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) ได้แก่กิจกรรมทางสังคมที่สัมพันธ์ เพื่อนบ้าน การเดินทาง การจับจ่ายสินค้า เป็นต้น

5.3 กิจกรรมที่กระทำคนเดียว (Solitary activity) ได้แก่ งานอดิเรก ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น Lemon และเพื่อนๆ (cited in Berghorn and Schafer, 1981:344) พบว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันระหว่าง กิจกรรมที่ไม่เป็นรูปแบบ กับความพึงพอใจ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจ และกิจกรรมใดๆที่เป็นรูปแบบ ซึ่งตรงข้ามกับ Palmore และ Luikart (cited in Berghorn and Schafer, 1981:344) ที่ศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมากระหว่าง กิจกรรมที่เป็นรูปแบบ และความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสนับสนุนทฤษฎี การมีกิจกรรมร่วมกัน (The activities theory) ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูง จะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และทฤษฎีกิจกรรมยังทำนายว่า บุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิต

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group,1995:1405) ได้เสนอองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ที่สะท้อนความเป็นองค์รวม และมีความเป็นสากล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่

1. ด้านร่างกาย (Physical domain)
2. ด้านจิตใจ (Psychological domain)
3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence)
4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)
5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)
6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality /personal beliefs)

องค์ประกอบนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ ทำให้ไม่สะดวก และมีข้อจำกัดในการใช้ศึกษาวิจัย เพราะต้องใช้เวลามากในการสัมภาษณ์ หรือตอบแบบสอบถาม

ในปี ค.ศ. 1996 องค์การอนามัยโลกได้พัฒนา และจัดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตใหม่เหลือองค์ประกอบ 4 ด้าน (สุวัฒน์ มหัตถนิรันทรกุล และคณะ,2540 :18-20) คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 26 ข้อ รายละเอียดขององค์ประกอบ 4 ด้าน มีดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การเรียนรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรง ของร่างกาย การเรียนรู้ถึง

ความรู้สึกสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน ซึ่งการรับรู้ เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน และการรับรู้ความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนต้องไม่พึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางกายกับแพทย์ เป็นต้น ในบางบริบทของการประเมินคุณภาพชีวิต จะประเมินถึงผลกระทบจากโรค และการรักษา ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ อาจจะรวมถึงผลที่ตามมาจากการเจ็บป่วยดังกล่าว เช่น การว่างงาน และฐานะทางเศรษฐกิจ (Fayers and Machin, 2000:3-4) แสดงให้เห็นว่า การมีสุขภาพที่ดี ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี (สุชาติ โสมประยูร, 2542; Denham, 1991) และจากการศึกษาของประภาพร จินันทยา (2536) และ กนกพร สุคำวัง (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้ เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต ที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น ผู้สูงอายุจะมีความหวั่นไหวของจิตใจง่าย น้อยใจ สาเหตุมาจากความรู้สึกสูญเสียบทบาททางสังคม หน้าที่การงาน เป็นผู้นำครอบครัว มีความเครียดในการปรับตัว อาการเหนื่อยหน่าย ซึ่งอาการเหล่านี้จะเป็นผลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ Nelson (1990) อ้างใน วรรณภา กุมารจันทร์, 2543:15) กล่าวว่า ความเชื่อในศาสนา มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับคุณภาพชีวิต และความผาสุกของผู้สูงอายุ

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) คือ การเรียนรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2543) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Burckhardt (1985) ที่พบว่า เครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตโดยอ้อมได้

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมีมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือการฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น กล่าวคือ ถ้าหากว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดีต่อบ้าน และชุมชนที่อยู่อาศัย เช่น รู้สึกปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย มีเพื่อนบ้านที่ดี การได้รับบริการที่ดีด้านสาธารณสุขปกคอกของชุมชน มีกิจกรรมที่เหมาะสม การอาศัยอยู่ในบ้านที่คงทนถาวร มีความสะดวกสบาย มีความสงบ และเป็นส่วนตัว ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ และเป็นสุขได้ วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2542) กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของคน และกลุ่มคน มีส่วนช่วยยกระดับสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนทั้งสิ้น

อัจฉรา นวจินดา และกาญจนา ลุศนันท์ (2542:229-330) กล่าวว่า ผู้มีคุณภาพชีวิต จะต้องประกอบด้วย

1. ความพึงพอใจ เนื่องจากเป็นความรู้สึกที่พึงปรารถนา และที่สื่อถึงคุณภาพเชิงบวกในการดำรงชีวิตของบุคคล

2. ความมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตดี เนื่องจาก ชีวิตประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ คุณภาพของชีวิตก็คือ คุณภาพของร่างกาย และจิตใจ หรืออีกนัยหนึ่งอาจกล่าวได้ว่า สุขภาพ คือคุณภาพอย่างหนึ่งของชีวิต (Healthy is a quality of life)

3. การได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากคุณภาพชีวิต พัฒนามาจาก ความต้องการของบุคคลซึ่งมีสภาวะต่างๆกัน การได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการทางร่างกาย ทำให้ร่างกายสามารถพัฒนาได้ตามปกติ ช่วยทำให้เกิดการมีสุขภาพกายที่ดี การได้รับการตอบสนองด้านจิตใจ ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจเป็นผลให้เกิดการมีสุขภาพจิตที่ดี

4. การมีส่วนร่วมในการพัฒนา สภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจ และสังคมเนื่องจาก สภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจ และสังคมมีผลกระทบโดยตรงต่อความมีคุณภาพชีวิตของบุคคล ดังนั้นบุคคลที่มีคุณภาพชีวิต จึงควรมีพฤติกรรมเชิงบวกต่อสภาวะแวดล้อม ซึ่งผลตอบแทนคือ การมีสภาวะแวดล้อมที่ดี และความนิยมจากบุคคลอื่นๆ ช่วยทำให้บุคคลเกิดการมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตดี

นอกจากนี้ Phillips (1991 อ้างถึงใน ประพนอม โอทกานนท์ และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2541:73) กล่าวว่า โครงสร้างทางสังคม ช่วยสร้างความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ และความช่วยเหลือยามที่บุคคลต้องการ โครงสร้างนี้เรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม มีตั้งแต่ ครอบครัว ชุมชน บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตรหลาน ผู้ดูแล เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลต่อ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ สนับสนุนการศึกษาของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ($r=.51$) ส่งผลต่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีหลายมุมมอง ตั้งแต่สุขภาพของร่างกาย สุขภาพจิต บทบาทและหน้าที่ทางสังคม การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจ สิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ในชุมชน ฯลฯ การนำไปใช้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้ต้องการจะศึกษา ในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกนั้น ได้มีการพัฒนาและวิเคราะห์องค์ประกอบเหลือ 4 องค์ประกอบ ก็สามารถที่จะสะท้อนคุณภาพชีวิตที่เป็นองค์รวมได้อย่างครอบคลุม สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล แนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่เป็นหลายมิติ ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของมนุษย์ที่เป็นผลจากขบวนการที่ซับซ้อน และความต่อเนื่องของหลายปัจจัยที่ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal background) สภาวะทางสังคม (Social situation) วัฒนธรรม (Culture) สิ่งแวดล้อม (Environment) และอิทธิพลของยุคสมัย (Age influence) จะทำให้บุคคลมีการรับรู้คุณค่า และความหมายของชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ในการประเมินคุณภาพชีวิตนั้น จะมีความแตกต่างกันตามแนวความคิด ของแต่ละบุคคลดังนี้

Stromberg (1984:88-91) ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ ผู้รักษา บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการประเมินออกมาเป็นคะแนนต่างๆ เช่น ความสามารถด้านร่างกาย อาชีพ การศึกษา และรายได้ เป็นต้น

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตนเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และความสุขที่ได้รับ โดยการประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดข้อมูลเป็นคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative data) โดยการประเมินตนเอง ผลออกมาเป็นคำบรรยาย และบอกถึงสภาพที่เป็นอยู่

Flynn and Frantz (1987 อ้างใน จำเรียง ฐรมะสุวรรณ ,2536) เสนอ 2 หลักใหญ่ๆ ในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย (Objective approach) แสดงถึงภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม หรือ ลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินโดยบุคคลอื่นหรือด้วยตนเอง จากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่การงาน เป็นต้น

2. ประเมินในเชิงจิตวิสัย (Subjective approach) เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากการรับรู้ ประสบการณ์ที่ผ่านๆมาของตนเอง เช่น ความปรารถนา ความพอใจในชีวิต และเห็นว่าการตัดสินโดยตนเองนี้ จะสะท้อนถึงระดับการประเมินที่น่าเชื่อถือที่สุด

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตแบบย่อขององค์การอนามัยโลก 26 ตัวชี้วัด มาแปลและปรับใช้ให้เหมาะสมกับคนไทยประกอบไปด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และ อัตวิสัย (Self – report subjective) สามารถประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม (global quality of life) โดยนำไปใช้วัดกับประชาชนไทย ทั่วประเทศ โดยไม่จำกัด เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ไม่มีอาการผิดปกติทางสมอง ไม่มีอาการทางจิต พบว่า แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - Brief – Thai ที่พัฒนาได้ครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟา 0.8406 และค่าความเที่ยงตรงในการวัด 0.6515

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และคณะ (2544) ได้ประเมินคุณสมบัติของแบบวัดคุณภาพชีวิต องค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL - brief) ในผู้สูงอายุ อำเภอหาดใหญ่ จำนวน 268 ราย พบว่า WHOQOL – brief มีความเที่ยงและความสอดคล้องภายในเป็นที่น่าพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยรวม เท่ากับ 0.90 ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาร์คแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 และองค์ประกอบ WHOQOL – brief สามารถสะท้อน คุณภาพชีวิตที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิต สังคม และด้านจิตวิญญาณ

ในการนำเครื่องมือ WHOQOL– brief – Thai ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถาม 26 ข้อ มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพราะข้อคำถามไม่มากเกินไปในการใช้สอบถาม

หรือสัมภาระของผู้สูงอายุ และครอบคลุมถึงความเป็นองค์รวม ด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

3. การจัดการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

การจัดการบริการผู้สูงอายุในชุมชน ควรมีการจัดโครงสร้าง วางระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ผู้มีส่วนร่วมต้องมีความเข้าใจในเป้าหมายเดียวกัน มีความครอบคลุมในมิติของการบริการ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นการทำให้สุขภาพผู้สูงอายุดำรงคงไว้และป้องกันการเสื่อมถอยของสถานะทางสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพปากและฟัน เป็นต้น

2. การป้องกันโรค (Primary prevention) เป็นกระบวนการวินิจฉัยและคัดกรองปัญหาทางสุขภาพในระยะแรกก่อนที่จะมีอาการ เช่น การให้วัคซีน การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

3. การรักษาโรคที่เกิดขึ้น (Secondary prevention) เมื่อมีอาการ หรือได้รับการตรวจพบความผิดปกติจากการคัดกรอง ต้องได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ เพื่อป้องกันการรุกรานของโรค

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Tertiary prevention) เป็นการฟื้นฟูภายหลังการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรม และพึ่งพาบุคคลอื่นให้น้อยที่สุด

การจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิตินี้ ที่สำคัญที่สุดที่ควรเน้นคือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นการป้องกันปัญหาไม่ให้เกิด หรือเกิดขึ้นให้น้อยที่สุด ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาระการดูแลในผู้สูงอายุ การดำเนินการในชุมชนนั้นต้องให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน อาจจะเป็นบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่โดยมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งเครือข่ายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในการจัดการให้กับผู้สูงอายุในชุมชนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

Eliopolos (1993, อ้างใน จารุวรรณ เหมะธร, 2539 :126) เสนอว่า การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อาจเป็นการดำเนินการโดยชุมชน หรือชุมชนร่วมกับสถาบัน อาจเป็นลักษณะการป้องกัน การช่วยเหลือ และสนับสนุนการดูแลเพียงบางส่วนไปจนถึงการดูแลอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่อง กิจกรรมซึ่งจัดให้แต่ละลักษณะ จะพิจารณาตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยEliopolos ได้แบ่งรูปแบบการบริการสุขภาพออกเป็น 4 ประเภทคือ

1. การบริการด้านการป้องกันและช่วยเหลือต่างๆ (Preventive and Auxiliary service) เป็นบริการที่จัดเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ เพื่อคงสมรรถนะของผู้สูงอายุไว้ การป้องกันการเกิดปัญหาทางกาย จิตใจและสังคม บริการที่มีในต่างประเทศได้แก่ บริการรับฝากเงิน ที่พัก และพาหนะ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ การช่วยเหลือด้านกฎหมาย การเสียภาษี การสันทนากการ การส่งของไปรษณีย์และอื่นๆ

2. การบริการด้านการสนับสนุน (Supportive service) เป็นการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุเหล่านี้จะยังสามารถดูแลตนเองได้ดีหากได้รับการสนับสนุน บริการที่จัดในต่างประเทศได้แก่ บริการช่วยเหลืองานบ้าน การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในตอนกลางวัน (day care program) บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุ (foster care) บริการจัดส่งอาหารที่บ้าน บริการติดต่อบริการระหว่างผู้สูงอายุที่บ้าน กับศูนย์ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้าน (home monitoring) และบริการติดตามทางโทรศัพท์

3. การบริการดูแลเพียงบางส่วนและเป็นครั้งคราว (Service for partial and intermittent care) เป็นการบริการสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีความจำกัดของความสามารถในการดูแลตนเองบางอย่าง เช่น มีปัญหาด้านร่างกายหรือต้องปฏิบัติตามกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติตามกิจกรรมเหล่านั้น ซึ่งหากไม่ได้รับการบริการที่เหมาะสม ผู้สูงอายุอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะของการบริการรูปแบบนี้อาจเป็นโรงพยาบาลกลางวัน(day hospital) การดูแลที่บ้าน (home care) หรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(hospice) ส่วนใหญ่เน้นการดูแลด้านสุขภาพอนามัย การดูแลตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การให้สุขศึกษา และการให้คำปรึกษาครอบครัว

4. การบริการการดูแลอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่อง (Service for complete and continuous care) เป็นการบริการสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาการต้องการการดูแลเฉพาะตลอด 24 ชั่วโมง จากบุคลากรด้านสุขภาพ การจัดบริการอาจเป็นบริการในโรงพยาบาล สถานพยาบาล (nursing home) ศูนย์ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (geriatric assessment centers) บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หน่วยการดูแลระยะยาว (long term care unit) และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice)

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพสูง ต้องตระหนักถึง ความเป็นองค์รวมของผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย กาย จิต สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการและวิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนตัวได้ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกนึกคิด มีอิสระในการที่จะตัดสินใจเลือกกระทำในสิ่งที่ต้องการ มีเกียรติ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และจะพยายามพัฒนาศักยภาพของตนเองให้สูงที่สุดในแต่ละช่วงเวลา ทั้งในสุขภาพดีเยี่ยม เสี่ยงต่อการ

เจ็บป่วย และตาย ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงธรรมชาติผู้สูงอายุ ลักษณะปัญหาสุขภาพอนามัย สภาพครอบครัว สังคม วัฒนธรรม และสภาพเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยที่ประชากรทุกสถานะ ทุกเพศ ทุกวัย ผู้นำชุมชน คนหนุ่มสาว หรือแม้แต่ตัวผู้สูงอายุเองน่าจะมีส่วนร่วมในการเกื้อกูลบริการแก่ผู้สูงอายุได้

การจัดบริการการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรองเบื้องต้น และให้การดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยไม่รุนแรง และการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการฟื้นฟูสภาพ โดยการส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเอง และใช้ทรัพยากรในชุมชน ทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้การจัดบริการปฐมภูมิจะต้องครอบคลุมประชาชนในความรับผิดชอบโดยทั่วถึง โดยรูปแบบการบริการที่ประกอบด้วย การบริการในสถานบริการ และในที่พักอาศัยของประชาชนในชุมชนต่างๆ

ประคอง อินทรสมบัติ (2543: 245-249) กล่าวถึง บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุดังนี้

1. จัดโปรแกรมส่งเสริมปกป้องสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน สถานสงเคราะห์ หรือรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
2. การช่วยให้ผู้สูงอายุปกป้องตนเอง มีแบบแผนชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การดูแลโภชนาการ รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมมีประโยชน์ต่อสังคม เป็นต้น
3. พยาบาลทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ โดยมีการดำเนินงานที่ปรับให้เหมาะสมกับความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรม
4. กลวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health care education) จะต้องเริ่มประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และเป้าหมายชีวิต
5. ใช้โอกาสของกลุ่มที่จัดตั้งเป็นทางการ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ เช่น ในพิธีกรรมทางศาสนาที่วัด หรือ โบสถ์เป็นแกนหลักที่พยาบาลใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง
6. พัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ (systemic program) และสร้างสรรค์ เช่น การเตรียมตัวเกษียณอายุ การตรวจสุขภาพ การร่วมแก้ปัญหาและติดตามผลซึ่งกระทำในและนอกสถานบริการสาธารณสุข

7. บริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน
8. พยาบาลจัดโปรแกรมร่วมกับกิจกรรมในสังคม เช่น ร่วมออกกำลังกาย ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ตรวจร่างกาย คัดกรองความเจ็บป่วย เป็นต้น
9. จัดกิจกรรมรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
10. การจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการ (access to service) เช่น มีคลินิกผู้สูงอายุ
11. การจัดโครงการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุป การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการดำเนินงานทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยต้องเข้าถึงชุมชนให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนและเกิดการพึ่งตนเองให้มากที่สุด เพราะฉะนั้น การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่สำคัญ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และเผยแพร่ประสบการณ์ มีระบบส่งต่อที่ดีและมีการประสานงานกันระหว่างการบริการสุขภาพกับสังคม จะมีส่วนให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

4. การทำงานโดยใช้รูปแบบพันธมิตร

พันธมิตรประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ เป็นเครือข่ายของการบริการทางสุขภาพที่ทำงานร่วมกันเป็นพันธมิตร ถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการจัดบริการทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน และแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไปเป็นการดูแลเชิงรุก โดยใช้ชุมชนเป็นฐานมากขึ้น การทำงานของพันธมิตรจะมีบทบาทที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพมากขึ้น

4.1 ความหมายพันธมิตร

Powell (1992 cited in Scriven, 1998 :19) ได้นำแนวคิดพันธมิตรมาใช้ทางสุขภาพ และให้ความหมายพันธมิตรทางสุขภาพว่า เป็นระบบหุ้นส่วน (Partnership) เพื่อผลประโยชน์ทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนกระบวนการทำงานเป็นระบบ เครือข่าย โดยมีการทำงานร่วมกัน(Collaboration) ประสานงาน (Coordination) และบูรณาการ(Integrated) การทำงานด้านพันธมิตร

Speckman and Isabella (2000:230) ให้ความหมายพันธมิตรว่า เป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นระหว่างสององค์กร หรือมากกว่าสององค์กรในการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เช่น ในเชิงการผลิต ด้านการตลาด ข้อมูลข่าวสาร เงินทุน และเทคโนโลยี เป็นต้น โดยที่การสร้างพันธมิตรจะต้องมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน

สมคิด จาตุศรีพิทักษ์ (2537:96) ได้ให้ความเห็นว่าการสร้างพันธมิตรจะบังเกิดผลประโยชน์สูงสุด จะต้องมีความมุ่งหมายหลักแห่งการร่วมมือที่เด่นชัดสอดคล้องกัน โดยความจำเป็นแห่งการสร้างสัมพันธภาพ และคุณประโยชน์ที่ได้นั้น จะต้องมิอยู่ทั้งสองฝ่าย จะต้องพึงพาอาศัยซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพของพันธมิตร จะยั่งยืนอยู่ได้นานก็ต่อเมื่อแต่ละฝ่ายสามารถปรับตัวเข้าหากันได้ คือต้องมีความเข้าใจกันในแต่ละฝ่าย ถึงรูปแบบการดำเนินงาน ฉะนั้นการเรียนรู้ให้ความเข้าใจในวัฒนธรรมองค์กรของแต่ละฝ่ายจึงเป็นเงื่อนไขที่สำคัญ และพบว่า อุปสรรคที่สำคัญต่อการสร้างพันธมิตรคือความหวาดระแวงซึ่งกันและกัน

ยุดา รักไทย และสุภาวดี วิริยะประพันธ์ (2544:12) ให้ความหมายของพันธมิตรเชิงธุรกิจ ให้ความหมายของคำว่าพันธมิตร หมายถึง การที่บริษัทต่างๆ ตกลงร่วมมือกันในการดำเนินกิจกรรมบางอย่าง

จากความหมายต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่า พันธมิตร หมายถึง การทำงานร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกัน ทำงานที่ประสานสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน อยู่บนรากฐานของความเชื่อถือไว้วางใจซึ่งกันและกัน

4.2. รูปแบบพันธมิตร

Lorange & Rooks (1993 อ้างในยุดา รักไทยและ สุภาวดี วิริยะประพันธ์, 2544: 22-25) ได้แบ่งประเภทของพันธมิตรออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การรวมเฉพาะกิจ (Ad hoc pool) บริษัทหรือองค์กรที่จะเป็นพันธมิตรกัน จะลงทุน คน เงิน เทคโนโลยี ฯลฯ เพื่อใช้ในการดำเนินงานร่วมกันให้น้อยที่สุด เนื่องจากแผนงานนั้นใช้เวลาระยะสั้น และไม่มีการเตรียมทุนไว้สำหรับกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลัง ผลประโยชน์ที่เกิดจากการร่วมมือกันนี้จะถูกบริษัท หรือองค์กรทั้งสองฝ่ายเก็บเกี่ยวในภายหลัง ไม่ว่าจะเป็ผลกำไรในรูปตัวเงิน เทคโนโลยีใหม่ๆ รวมถึงทุนที่สามารถเรียกเก็บคืนได้ เช่น พนักงาน ผู้เชี่ยวชาญเทคโนโลยีที่นำไปใช้

2. การร่วมมือ(Consortium) พันธมิตรประเภทนี้ จะเป็นเพียงการทำสัญญาเพื่อกำหนดว่าใครจะทำอะไรในองค์การของตน ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายเท่านั้น แต่อาจจะมีการประสานงานกันเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่ายสามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงอันรวดเร็วได้อย่างสอดคล้องกัน

3. โครงการร่วมลงทุน (Projective — based joint ventures) บริษัทที่ร่วมกันเป็นพันธมิตรประเภทนี้ จะให้ทรัพยากรของตนไปกับการสร้างคุณค่าเชิงกลยุทธ์ (Strategic value) น้อยมาก และผลผลิตที่เกิดขึ้นจะถูกเก็บคืนสู่บริษัท หรือองค์กรเฉพาะส่วนที่เป็นตัวเงินถึงแม้ทรัพยากรและผลผลิตส่วนใหญ่ จะยังคงอยู่กับพันธมิตร แต่ความสามารถในการปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงต่างๆก็มีจำกัด เนื่องจากมีทรัพยากรไม่เพียงพอ

4. การร่วมลงทุนอย่างเต็มที่ (Full — blown joint venture) เป็นการร่วมมือระยะยาว โดยทั่วไปหุ้นส่วนทุกฝ่ายจะให้การสนับสนุนด้านทุนและทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง และไม่ค่อยมีข้อจำกัดเหมือนการเป็นพันธมิตรประเภทอื่นๆ เพื่อให้ทีม กลุ่มที่ทำงาน ซึ่งเปรียบเสมือนองค์กรใหม่แห่งหนึ่งนั้นสามารถรับมือ ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ๆ ได้

รูปแบบพันธมิตรที่สามารถนำมาใช้ในองค์กรสุขภาพ จะเป็นในลักษณะของการร่วมมือ (Consortium) เพื่อพัฒนาและจัดกิจกรรมร่วมกันของเครือข่ายที่เป็นพันธมิตร นำไปสู่พลังในการจัดการกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ สร้างความชำนาญ จัดโครงสร้างการทำงานด้วยความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมในชุมชนไปสู่การพัฒนา เป็นการเสริมสร้างให้ชุมชนเข้มแข็ง โดยการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน

Holzemer and Arnold (1998) ได้นำรูปแบบพันธมิตร มาใช้ทางสุขภาพ เป็นรูปแบบสำหรับประเมินภาวะสุขภาพในชุมชน โดยกล่าวว่า พันธมิตรหรือหุ้นส่วนที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือระหว่างผู้รับบริการและทีมสุขภาพ โดยมีสัมพันธภาพระหว่างการทำงานของผู้รับบริการ พยาบาล และทีมสุขภาพ เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการทำงานรูปแบบพันธมิตร ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการ และผู้ให้บริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะมีผลกระทบในทางลบทั้งระบบ และมีผลต่อการตัดสินใจในการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ รูปแบบ การทำงานของพันธมิตรด้านสุขภาพในการประเมินสุขภาพในชุมชนประกอบด้วย

1. ความต้องการพื้นฐานของชุมชน (Focus on community based needs) ความต้องการพื้นฐานของชุมชนเป็นความต้องการที่มีการเปลี่ยนแปลงสะท้อนถึงประชากรเฉพาะในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วย

1.1 แบบแผนอัตราการป่วย และอัตราตาย

- 1.2 ลักษณะของประชากร
 - 1.3 ความเอาใจใส่ในสิ่งแวดล้อม
 - 1.4 การบริการสาธารณะ
 - 1.5 คุณทริยภาพในชุมชน
 - 1.6 แหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
2. ระบบการจัดการดูแล (System of care management) ซึ่งมีความซับซ้อนของตัวแปร คือ
- 2.1 ปัญหาของผู้รับบริการ
 - 2.2 ความคาดหวังในการดูแลด้านสาธารณะ
 - 2.3 ความสามารถของเจ้าหน้าที่
 - 2.4 มาตรฐานการดูแลที่ยอมรับได้
 - 2.5 การวางแผนการดูแลร่วมกันของทีม สหสาขาวิชาชีพ
3. ผลต่อการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากร (Influences on resource decisions) จำนวนตัวแปรที่มีผลต่อการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรประกอบไปด้วย
- 3.1 แบบแผนการจัดทรัพยากร
 - 3.2 ค่านิยมและความเชื่อของประชากร
 - 3.3 ความเชื่อถือไว้วางใจในท้องถิ่น ศาสนา และกองทุนช่วยเหลือจากรัฐบาล
 - 3.4 ผลกระทบต่อความสนใจของกลุ่มในทรัพยากรที่จัดสรร

Powell (1992 cited in Scriven,1998:8) กล่าวถึงมิติการทำงานของพันธมิตรทางสุขภาพที่มีประสิทธิผล ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบคือ

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Relationships) มนุษย์จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล กลุ่มชุมชนทั้งทางตรง และทางอ้อมเสมอ การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานตนเอง ตามขั้นตอนของ Maslow ได้แก่ ความต้องการความรัก การได้รับการยอมรับนับถือรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การมีสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่นนั้น เป็นบทบาทต่อการดำเนินชีวิต และชีวิตการทำงานให้ประสบความสำเร็จไปด้วยดี และก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานและมิตรภาพของเพื่อนร่วมงาน (Edelman,1993)

Sampson and Marthas (1977 cited in Markwell,1998:28) ให้ความเห็นว่าขนาดของกลุ่มจะมีผลต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพ กล่าวคือ ขนาดของกลุ่มเพิ่มขึ้น เวลาในการมีส่วนร่วมของสมาชิกจะน้อยลง ถึงแม้ว่าสมาชิกในกลุ่มจะทำให้สะดวกในการจัดหาแหล่ง

ทรัพยากรให้กลุ่มพันธมิตรก็ตาม แนวคิดนี้จะช่วยทำให้โครงสร้างและการกำหนดแบบแผนของการมีสัมพันธภาพที่ซับซ้อนของกลุ่มชัดเจนยิ่งขึ้น ในการสร้างสัมพันธภาพ จะต้องกำหนดบทบาทของแต่ละคนในกลุ่มให้ชัดเจน

Mullins (1993 cited in Markwell,1998:28) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลประกอบด้วย

1) ปัจจัยทางสถานการณ์ เช่น ความต้องการในงาน ลักษณะของผู้นำ และตำแหน่งในการติดต่อสื่อสารของเครือข่าย

2) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ค่านิยม ทักษะสติ แรงจูงใจ ความสามารถ และบุคลิกภาพ

กล่าวได้ว่า สัมพันธภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงานร่วมกับคนอื่น ๆ หากมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดี จะเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น และได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในสังคม การทำงานก็มุ่งสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

2. กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ (Goals and Targets)

การกำหนดเป้าหมายและขอบเขตภารกิจของพันธมิตรอันเป็นแนวทางหลักของพันธมิตรในการดำเนินงาน เป็นการระบุประเด็นการพัฒนา หรือผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกิจกรรมของพันธมิตรที่ต้องกระทำให้เกิดขึ้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงหลังจากที่ได้ดำเนินการร่วมกัน และนำมาซึ่งการกำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อให้การดำเนินการบรรลุเป้าหมาย เพราะวัตถุประสงค์เป็นการบอกลายละเอียดของความสำเร็จทั้งในเชิงปริมาณหรือคุณภาพ

การร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของสมาชิกในพันธมิตร จะสามารถนำเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ในส่วนที่ตนเองหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องไปสู่การแปรเปลี่ยนเป็นแผนปฏิบัติ และจัดทำโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อรองรับ และยังทำให้สมาชิกสามารถเชื่อมประสานเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และแผนปฏิบัติงานของสมาชิกในพันธมิตรได้

ดังนั้นความชัดเจนของเป้าหมายซึ่งมาจากความคิดเห็นของมวลหมู่สมาชิก จึงสะท้อนถึง ความเข้มแข็งของพันธมิตร และเปรียบเสมือนเข็มทิศนำทางให้สมาชิกได้เข้าใจตรงกัน เดินไปในทิศทางเดียวกันและใช้ทรัพยากรได้สอดคล้องกับภารกิจที่พึงกระทำของสมาชิกในพันธมิตร

3. การกำหนดกิจกรรมการทำงาน(Activity) ในขั้นตอนการดำเนินงาน พันธมิตรจะต้องร่วมกันแบ่งภาระความรับผิดชอบ ตามบทบาทหน้าที่ที่ตนเองถนัด ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์

(2543:255) ได้เสนอขั้นตอนองค์ประกอบที่จะต้องนำมาพิจารณาในการกำหนดกิจกรรม การทำแผนปฏิบัติงาน คือ

3.1 กิจกรรมที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ โดยพิจารณาเป้าหมาย และวัตถุประสงค์รายข้อหรือในแต่ละด้าน ว่ามีกิจกรรมหลักใดบ้างที่มวลสมาชิกเห็นว่า ควรจะดำเนินการ และจัดลำดับความสำคัญเพื่อนำไปสู่การจัดการทำแผนปฏิบัติ

3.2 พิจารณาทรัพยากร ในแต่ละกิจกรรม ต้องการทรัพยากรทั้งคน เงิน และวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งเทคโนโลยีในเรื่องใดบ้าง จะอำนวยความสะดวกในการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างไร และจะแสวงหาทรัพยากรจากแหล่งอื่นๆใดบ้าง

3.3 แบ่งความรับผิดชอบ กิจกรรมใดที่องค์การหรือบุคคลสนใจเลือกไปปฏิบัติ กิจกรรมใดที่ต้องประสานงาน กิจกรรมใดที่ต้องดำเนินการร่วมกัน โดยมีการแต่งตั้ง และระบุผู้รับผิดชอบชัดเจน

3.4 กำหนดตารางเวลาการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถทราบความเคลื่อนไหวในกิจกรรมที่ดำเนินงาน และประสานความร่วมมือได้อย่างดี มีประสิทธิภาพ

3.5 นำแผนไปปฏิบัติ และติดตามประเมินผล ในการนำแผนไปปฏิบัติ ควรมีการประสานงาน จัดเวทีพูดคุยและร่วมติดตามประเมินผลในส่วนที่มวลสมาชิกอยากให้เข้าร่วม นอกจากนี้ควรมีการประเมินผลความสำเร็จในภาพรวม เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลง ระยะห่างจากเป้าหมาย และปัญหาอุปสรรคของกระบวนการความร่วมมือ

4. การแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน (Shared resource) พันธมิตรจะต้องแสวงหาและดึงศักยภาพ ทรัพยากรที่มีในสมาชิกที่เป็นพันธมิตรมาใช้ โดยต้องพิจารณาว่า กิจกรรมใดเป็นกิจกรรมหลักของเครือข่าย และแหล่งทรัพยากรมีอยู่ที่ใด จะระดมทรัพยากรอย่างไร จะหาแหล่งทุนหรือทรัพยากรเพิ่มเติมมาจากแหล่งใดบ้าง การจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากร และทุนของพันธมิตร เป็นกิจกรรมหลักหนึ่งที่ต้องทำให้งานต่อเนื่อง ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543:257) ให้ความเห็นว่า “ทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณเป็นเพียงเครื่องมือทางการบริหารเท่านั้น แต่หัวใจอยู่ที่ทรัพยากรที่มาจากความตระหนักในความรับผิดชอบและร่วมกันคนละไม้คนละมือของมวลสมาชิก”

5. ร่วมกันพัฒนาชุมชน (Community development) การพัฒนาชุมชนเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญประการหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาชุมชนมีการพัฒนาแนวคิด และวิธีการทำงานมาหลายทศวรรษ การพัฒนาชุมชนแนวคิด และปฏิบัติการแบบผสมผสาน และแบบสหวิทยาการประกอบกัน (integrated & multidisciplinary approach) หัวใจสำคัญของการ

พัฒนาชุมชน คือชุมชนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติการ (Community action) และความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน

ในการพัฒนาชุมชนนั้น ควรกระตุ้นและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับบุคคลไปถึงระดับสังคม ตั้งแต่การดูแลตนเองเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (self esteem) เชื่อมั่นในการตัดสินใจ และลงมือกระทำให้เกิดประสิทธิภาพ ตลอดจนสร้างความเข้าใจ และเรียนรู้ในการเผชิญกับบริบททางสังคม และสิ่งแวดล้อมของตนเอง การพัฒนาในกลุ่มย่อย (Small group development) กลุ่มจะเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน โดยกลุ่มทำให้เกิดความสนับสนุนซึ่งกันและกัน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีภายในชุมชน และเกิดเครือข่ายเพื่อนบ้าน และการสนับสนุนความร่วมมือของพันธมิตร ในประเด็นรวมของกลุ่มหรือเครือข่ายระหว่างชุมชน เพื่อร่วมกันผลักดันนโยบายสาธารณะสุขเพื่อสุขภาพภายในชุมชน (จุจินาถ อรรถสิทธิ์ ,2541:22-28)

ชุมชนยังยืนเป็นทิศทางของการพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานการพึ่งพาตนเองโดยอาศัยระบบการจัดการของชุมชนในการพัฒนาด้านต่างๆ ที่ชุมชนเป็นผู้เรียนรู้ ผู้เลือกสรร ผู้วางแผน ผู้ปฏิบัติ และรับผลจากการปฏิบัตินั้น โดยวิธีคิดที่มีพื้นฐานจากระบบคิดเดิมของชุมชน หรือภูมิปัญญาพื้นบ้านผสมผสานเข้ากับวิธีคิด และระบบการจัดการของสังคมใหม่ นอกจากนี้ Raeburn และ Rootman (1998) ได้กล่าวว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งของการพัฒนาชุมชน

สวลักษณ์ ตั้งประดิษฐ์ (2540 :7-15) ได้นำแนวคิดในการพัฒนาชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาอนามัยชุมชนดังนี้

1. การพัฒนาอนามัยชุมชนมุ่งพัฒนาคนเป็นประการสำคัญ
2. การพัฒนาอนามัยชุมชนยึดถือชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนา
3. วิธีการดำเนินการพัฒนาอนามัยชุมชนควรเป็นไปในลักษณะที่ช่วยให้ประชาชนช่วยตนเองได้
4. การพัฒนาอนามัยชุมชนต้องเกิดมาจากความต้องการที่แท้จริงของประชาชน และความจำเป็นของชุมชน
5. การพัฒนาอนามัยชุมชนเป็นการพัฒนารวมทุกสาขาที่เป็นปัญหา เป็นความต้องการและความจำเป็นของชุมชน
6. การพัฒนาอนามัยชุมชนมิได้มุ่งที่ผลสำเร็จทางวัตถุ หากแต่มุ่งทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
7. การพัฒนาอนามัยชุมชนควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจ

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกทิศทาง เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการที่จะพัฒนาชุมชน

6. การทำงานที่ประสานงานกัน (Co-ordination) ในการทำงานของพันธมิตร จะต้องมีส่วนร่วมผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงาน เพื่อเกิดการจัดการที่ดี ต่อการนำพาสมาชิกของพันธมิตรขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ Kakabadse et al (1988 cited in Markwell, 1998:29) ได้ระบุว่า สิ่งที่สำคัญในการทำงานที่ประสานงานกันจะต้องให้ผู้ที่เราคิดประสานงานด้วยรู้สึกถึงความสะดวกสบาย ให้ความสำคัญถึงความจำเป็นในการทำงานร่วมกัน กับการยอมรับถึงค่านิยม และพฤติกรรม คนที่เราติดต่อประสานงานด้วย ด้วยความไว้วางใจ และความเชื่อมั่น นอกจากนี้ Allred, Arford และ Michel (1995:22) กล่าวว่า การประสานงานกัน เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิตการทำงาน และไม่สิ้นสุด ในองค์กรสุขภาพ มีความจำเป็นต้องประสานงานถึงในระบบการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และให้มุมมองถึงการประสานงานกันว่ามีลักษณะเหมือนกับการทำงานร่วมกันหรือ การบูรณาการของความพยายามในการติดต่อสื่อสารท่ามกลางบุคคล และกลุ่มคนในองค์กร

การประสานงานจึงเป็นเรื่องที่บุคคล หรือหน่วยงานทำงานร่วมมือกันเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีวัตถุประสงค์ให้งานมีคุณภาพ ประหยัดเงิน ประหยัดเวลา และช่วยลดความซ้ำซ้อนของงาน ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างผู้ทำงาน ทำให้เกิดความสามัคคี การประสานงานที่ดี จะทำให้ผู้ร่วมงานเข้าใจนโยบายในการทำงานไปในทางเดียวกัน เข้าใจปัญหาและอุปสรรคทำให้สามารถหาแนวทางแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

7. การเรียนรู้ (learning) ภายหลังจากจัดกิจกรรมทางด้านสุขภาพของพันธมิตร แล้วองค์กรที่เป็นพันธมิตรจะสะสมประสบการณ์การเรียนรู้ในการวางแผนปฏิบัติการและประเมินผลโดยการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง (learning by doing) หรือเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบปฏิสัมพันธ์ (interactive learning process) นอกจากนี้ในกระบวนการปฏิบัติการด้านสุขภาพชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครในชุมชนควรได้รับการเพิ่มบทบาท เพิ่มทักษะการจัดการ เพื่อช่วยชุมชนสามารถพัฒนาสุขภาพอย่างสร้างสรรค์ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามผลสำเร็จมิได้เกิดขึ้นเพียงชั่วข้ามคืน แต่การปฏิบัติการด้านสุขภาพในชุมชน จะส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพในชุมชนระยะยาวได้

การเรียนรู้จากประสบการณ์ของการทำงานในกลุ่ม กลุ่มจะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ กลุ่มช่วยเหลือกันเองสามารถตอบสนองข้อมูล ความรู้ และเทคนิคการดูแลตนเองให้สมาชิกภายในกลุ่มช่วยลดความตึงเครียดและความกดดันภายในตน

เอง กระตุ้นแรงจูงใจ และเสริมบุคลิกภาพเพื่อแก้ไขปัญหาตนเอง เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้สุขภาพดีขึ้น และคุณภาพชีวิตที่ดี (รุจิณา อรรถสิทธิ์, 2541 :22)

กระบวนการเรียนรู้ เป็นการถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกันโดยอาศัยช่องทางต่างๆ ผ่านพิธีกรรม ประเพณี ค่านิยม ตัวบุคคล การร่วมวิถีชีวิต และเครือข่ายการเรียนรู้ เพื่อหาทางแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกัน พันธมิตรที่ทำงานร่วมกัน แสดงถึงความหลากหลายที่มาวมกันของสมาชิก ก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ สามารถนำไปสู่การพัฒนาจนเกิดการสร้างสรรค์นวัตกรรมตามมา เหล่านี้ทำให้สมาชิกภายในพันธมิตรเกิดการเรียนรู้ขึ้นในตนเอง อันเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม หรือจากเป็นผลออกมาเป็นรูปธรรมในกิจกรรมที่พัฒนา ขึ้นไปเรื่อยๆ จนกระทั่งเป็นนวัตกรรมต้นแบบให้กับผู้อื่น และถือว่าการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

Funnell et al. (1995 cited in Chamber ,1998) กล่าวว่า รูปแบบการทำงานพันธมิตรจะต้องร่วมกันทำงานเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยพันธมิตรเปรียบเสมือนหุ้นส่วนในแต่ละส่วนขององค์การ หรือในแต่ละบุคคลที่มีส่วนร่วมในเป้าหมาย ทำงานร่วมกันเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ จะมีความแตกต่างในวิธีปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่ได้ถือว่า เป็นศิลปะของการทำงานของพันธมิตร

5. ผลการทำงานพันธมิตรที่มีต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

พันธมิตรที่ประกอบด้วยครอบครัว ชุมชน สังคม ถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตมนุษย์ที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกร่วมกัน เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งร่างกายและจิตใจ (Cohen and Wills,1985) โดย Pender (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยการส่งเสริม หรือ เอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมที่นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนสามารถบรรเทาผลกระทบจากความเครียด ทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และยังเป็นแหล่งข้อมูลย้อนกลับเพื่อช่วยประเมินการกระทำของตนเอง ก่อให้เกิดความพึงพอใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป

Pender (1996:257-259) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support systems) ได้แก่ครอบครัวและญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมากที่สุด

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support systems) ได้แก่บุคคลที่มีประสบการณ์ ความชำนาญ ที่สามารถชักจูงให้บรรลุผลสำเร็จ และสามารถปรับตัวได้กับสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Organized religious support systems) ได้แก่ พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ฯลฯ โดยยึดหลักคำสอนของศาสนาเป็นเป้าหมายให้การสนับสนุน

4. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support systems) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา จะช่วยสนับสนุน ส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ

5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มอื่นๆ (Organized support systems not directed by health professional) ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นสื่อกลางที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิต

แหล่งสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้นมีหน้าที่และบทบาท (Pender,1996:259)

ดังนี้

1. ส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต ตลอดจนสิ่งแวดล้อม ในการส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพที่ดีทั้งกาย จิต สังคม

2. ลดความเครียดจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

3. เกิดการป้องกันหรือยืนยันในกิจกรรมที่กระทำให้เกิดความมั่นใจว่าถูกต้อง

ต้อง

4. ทำหน้าที่เป็นเบาะกันชนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต เป็นการป้องกันโรค และลดภาวะเจ็บป่วย

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ คงไว้ซึ่งสุขภาพ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากการศึกษาของ Nies,Vollman and Cook (1998) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกายในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑนา เจริญกุล (2534); วรรณวิมล เบญจกุล (2535) ; วิไล สีพยา และ จุฑารัตน์ สติปัญญา (2540) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้น ครอบครัว ชุมชน สังคม ถือเป็น

เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะต้องทำงานร่วมกันเป็นพันธมิตรในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย ให้กับผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

6. การใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน

การบริการสุขภาพในชุมชนประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีการบูรณาการผสมผสานการบริการทุกประเภท และมีความต่อเนื่องในการดูแล พยาบาลเป็นบุคลากรยุทธศาสตร์ของระบบบริการปฐมภูมิของประเทศ ที่ทำหน้าที่เป็นรอยต่อของกระบวนการบริการระหว่างผู้ให้บริการขั้นต้น กับส่วนสนับสนุน และเป็นผู้จัดการการบริการพื้นที่ (ประเวศ วะสี, 2543; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) สิ่งหนึ่งที่จะสนับสนุนให้เกิดการบริการที่ดีนั้น ครอบครัว ชุมชน สังคมควรมีส่วนร่วมในการจัดบริการ เพราะจะทำให้ ครอบครัว ชุมชน สังคมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและจะให้การสนับสนุนอย่างเข้มแข็ง อีกทั้งยังทำให้การบริการนั้นๆตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

ครอบครัว ชุมชน สังคม เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะเป็นพันธมิตรทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ จะทำให้บุคคลมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์และเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถพึ่งพาตนเองตลอดจนเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถให้การตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมได้อย่างครอบคลุม เกิดความพึงพอใจในชีวิตส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่ง Pender (1996) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย

การใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนเป็นการบริหารจัดการในรูปแบบการทำงานร่วมกัน ประสานงานเป็นเครือข่ายในกลุ่มสหวิชาชีพทางการแพทย์ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญในการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเองได้ ลดความพิการให้ได้มากที่สุด และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีชีวิตรื่นยาวอย่างมีความสุข โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมายสำคัญในการให้บริการในการวิจัยในครั้งนี้ ก่อนที่จะขยายผลการบริการไปยังกลุ่มอื่นๆอีกต่อไป

การนำแนวคิดมิตีการทำงานในรูปแบบพันธมิตรของ Powell มาบริหารจัดการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประสานแนวคิด โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ในการบริหารจัดการได้นำแนวคิดการจัดการของ Bovee et al. (1993:5) ที่ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์การ การชักนำ และการควบคุม มาปรับใช้ เช่น การบริหารจัดการในบทบาทของการควบคุม ซึ่งในกระบวนการทำงานของพันธมิตรจะเป็นการจัดการให้อยู่ในขอบเขตของการทำงานร่วมกัน โดยมีการใช้ทักษะที่แตกต่างกันตามสภาพแวดล้อมและความเหมาะสม ในบทบาทของการชักนำ เป็นกิจกรรมที่ชักนำให้สมาชิกมีส่วนร่วมดำเนินการที่มีทิศทางเดียวกัน สร้างความเข้าใจในหมู่มวลสมาชิกที่เป็นเครือข่ายของระบบการสนับสนุนทางสังคมในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายร่วมกันถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน โดย Powell (1992 cited in Scriven, 1998:43) กล่าวว่า ความเชื่อถือ ศรัทธา และค่านิยมของการทำงานร่วมกัน เป็นเครื่องมือของการทำงานพันธมิตร นอกจากนี้ พันธมิตรทางสุขภาพ ยังนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลในการวิเคราะห์ผลสำเร็จของการทำงานพันธมิตร

การใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนโดยมีขั้นตอนในรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน

ในขั้นตอนการวางแผนประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดกลยุทธ์และการพัฒนาแผนย่อย เพื่อให้เกิดการประสานกิจกรรมต่างๆ จะเป็นวิธีการหรือการปฏิบัติที่ผู้บริหารมีความตั้งใจที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ พยาบาลชุมชนจะต้องเข้าร่วมกับผู้นำชุมชนในกระบวนการวางแผนเพื่อพัฒนาและหาแหล่งทรัพยากรชุมชน มีการจัดตั้งระบบบริหารจัดการ โดยใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม และขยายเครือข่ายการบริการให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วยมิตีการทำงานของ Powell ดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพในกลุ่มพันธมิตร โดยการแนะนำตัว ทำความรู้จัก พูดคุยให้เกิดความคุ้นเคยจนเกิดความเชื่อถือไว้วางใจ เนื่องจากพยาบาลชุมชนมีความคุ้นเคยกับประชาชนเป็นทุนเดิมอยู่ก่อนแล้วจึงไม่เป็นการยากที่จะเข้าร่วมในกลุ่มพันธมิตร การได้เข้าร่วมประชุมและพบปะกันอยู่เป็นประจำ ยิ่งทำให้เกิดความคุ้นเคยและเกิดความไว้วางใจมากยิ่งขึ้นเกิดการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ร่วมกันได้หลากหลายความคิด

สร้างสรรค์การมีส่วนร่วมเสมือนเวทีชาวบ้านที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชน ถ้าหากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดี จะเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น และได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล ,2534)

Beyer and Marshall (1981:662-665) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของสัมพันธภาพประกอบด้วย

- 1.1.1 ความมั่นใจและไว้วางใจ (confidence and trust)
- 1.1.2 การให้ความช่วยเหลือ (mutual health)
- 1.1.3 การให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน (mutual support)
- 1.1.4 ความเป็นมิตรและความรื่นรมณ์(friendliness and enjoyment)
- 1.1.5 การทำงานกลุ่มที่มุ่งเน้นความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเดียวกัน (team efforts toward goal achievement)
- 1.1.6 การริเริ่มและสร้างสรรค์ (creativity)
- 1.1.7 การติดต่อสื่อสารระบบเปิด (open communication)
- 1.1.8 ความเป็นอิสระจากการคุกคาม(freedom from treat)

ปัจจัยทางด้านสัมพันธภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำไปสู่ความสำเร็จของการทำงานร่วมกัน ถ้าหากสมาชิกพันธมิตร มีความเข้าใจ จริงใจในการเข้าร่วมพันธมิตรแล้ว สิ่งที่ดีตามมาคือ ความเชื่อมั่นไว้วางใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีในชุมชน ดังนั้น สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดี และการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

1.2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ในการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพนั้น ควรมีเป้าหมายในการดำเนินงาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ลดการพึ่งพา มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีรูปแบบการดำเนินงานที่มาจากแนวคิดหลากหลายของสมาชิกพันธมิตร ทำให้มีเป้าหมายในการดำเนินการที่ชัดเจนและมีทิศทางเดียวกัน

ผู้นำทางการพยาบาลต้องนำแนวคิดนโยบายระดับชาติ เกี่ยวกับกาปฏิรูประบบสุขภาพ แผนพัฒนาสังคมเศรษฐกิจแห่งชาติ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 และแผนพัฒนาผู้สูงอายุระยะยาว มาเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ โดยแจ้งให้สมาชิกที่เป็นพันธมิตรได้มีส่วนร่วมรับรู้ และระดมความคิด เพื่อจัดกิจกรรมหรือโครงการต่างๆในชุมชนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ

2 ขั้นตอนที่ 2 การจัดโครงสร้างการทำงาน

ในขั้นตอนนี้ ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลเป็นผู้ประสานงานในการวางแผนกำหนดกิจกรรมต่างๆของพันธมิตรโดยการประชุมพบปะพันธมิตร เพื่อให้สมาชิกพันธมิตรมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทของตนเองตามความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ บุคคลใดเหมาะสมกับงานใด ตลอดจนสรรหาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และนอกชุมชน การกำหนดบทบาทของพันธมิตร ไม่ใช่ในลักษณะของการมอบหมายงาน พยาบาลต้องประสานกิจกรรมในการดำเนินงาน และส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยมิติการทำงานพันธมิตรดังนี้

2.1 การกำหนดกิจกรรมการทำงาน

พันธมิตรจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมในชุมชน ให้ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นขอรับในการกำหนดบทบาทของตนเอง โดยมีโครงสร้างการทำงานในแต่ละบทบาทให้สมาชิกเป็นแนวทางช่วยแก้ไข เพิ่มเติม ในส่วนของกิจกรรมที่กำหนดไว้ ดังนี้

2.1.1 บทบาทของชุมชน WHO(1993 อ้างถึงใน รุจินาถ อรรถสิทธิ์, 2541:22-23) ได้กล่าวถึงบทบาทของชุมชนดังนี้

ชุมชนมีบทบาทเป็นผู้กระทำก่อน (pro-active role) ในงานสาธารณสุข และชุมชนมิได้มีความเป็นหุ้นส่วนกับองค์กรด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ชุมชนจะเป็นผู้แทน (agent) และมีการแบ่งอำนาจ (power sharing) ระหว่างชุมชนกับองค์กรด้านสาธารณสุข เพื่อที่จะมีการกำหนดภารกิจ วัตถุประสงค์และผลประโยชน์จากโครงการด้านสุขภาพ โดยมีกลยุทธ์การส่งเสริมปฏิบัติการด้านสุขภาพของชุมชน 4 ด้านดังนี้

- 1) การมีพันธะสัญญาทางการเมืองแบบยั่งยืน
- 2) การเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติการด้านสุขภาพของชุมชน
- 3) การเพิ่มพลังให้ปฏิบัติการด้านสุขภาพชุมชน (empowerment)
- 4) การเชื่อมโยงการทำงานระหว่างองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน และ

องค์กรประชาชนในแบบสหวิทยาการ

ในการดำเนินงานในชุมชนนั้น อาศัยผู้นำชุมชน องค์กรต่างๆภายในชุมชนเป็นขุมพลังและกลไกในการสร้างเครือข่าย การสื่อสารในชุมชน ผู้นำในชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างสูง ซึ่งจะต้องเป็นผู้นำที่สามารถประยุกต์งาน และประสานงานกับทางราชการ หน่วยงานเอกชน และภายในชุมชน มีความสามารถในการบริหารจัดการ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ พุดชกจูงใจมน้ำ และได้รับการยอมรับจากคนภายในชุมชน โดยผู้นำหรือแกนนำที่ประสบความสำเร็จ และมักจะสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีลักษณะดังนี้ (ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2543:66-67)

- 1) เป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ รู้ลึก รู้กว้าง รู้ไกล และนำเสนอทางเลือกในการพัฒนาได้
- 2) มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนแก้ไขทั้งในระยะสั้นระยะยาว คิครอบด้าน และบูรณาการสู่การปฏิบัติได้
- 3) มีความสามารถในการจดจำ ใฝ่รู้ มีการจัดระบบการเรียนรู้ และแสวงหาความรู้ที่ดี
- 4) มีความสามารถในการบริหารจัดการ และการประสานงานกับผู้อื่น
- 5) เป็นผู้มีความตั้งใจจริง แสดงความเสียสละเพื่อส่วนรวม
- 6) สามารถพูดชักจูงผู้อื่นได้ นำเสนอทางเลือก และชี้วิสัยทัศน์ให้กับสังคมได้
- 7) มีความเข้าใจชีวิตเข้าใจโลก และเท่าทันต่อสถานการณ์ภายนอกชุมชน
- 8) มีความสามารถในการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ควบคุมตนเองและการยอมรับการวิพากษ์วิจารณ์ด้วยใจที่เป็นธรรม
- 9) ได้รับการยอมรับจากชาวบ้าน
- 10) มีอุดมการณ์ เชื้อมั่นและยึดในหลักการ

กล่าวโดยสรุป บทบาทหน้าที่ของชุมชน หรือองค์กรส่วนท้องถิ่นจะเกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมของบุคคล ที่เป็นสมาชิกของชุมชนให้เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การจัดเวทีให้เกิดการพัฒนานั้นเอง

2.1.2 บทบาทผู้ดูแลในครอบครัว

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้ศึกษาและวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ(พ.ศ. 2525-2545) ได้กำหนดทิศทางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับการเอาใจใส่ ความเคารพนับถือ
- 2) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และถ้าไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ควรได้รับการดูแลจากสังคม
- 3) ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัย และได้รับการตรวจรักษาเมื่อยามเจ็บป่วย รวมทั้งข่าวสารการเปลี่ยนแปลงต่างๆของสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม

- 4) ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว และชุมชนตามความถนัด เพื่อการถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมต่างๆ และให้เกิดความมีคุณค่าแห่งตน

เสนอ อินทรสุขศรี (2526 อ้างใน สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง, 2540:16) ได้ให้ข้อพึงปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุดังนี้

- 1) การจัดการอาหาร ควรจัดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุเบื่ออาหาร ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อแนะนำเรื่องการแก้ไข
- 2) ให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความพอใจ เช่น กวาดบ้าน ปลูกต้นไม้ ซ่อมแซมสิ่งของ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีส่วนร่วมต่อครอบครัว อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุไม่ต้องการให้ใครมาสั่งหรือใช้ให้ตนทำงาน
- 3) ควรให้เงินผู้สูงอายุไว้ใช้พอสมควร แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่ได้ใช้เงินมากนัก แต่ผู้สูงอายุอาจเอาไว้ซื้อของเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือทำบุญตามศรัทธาของตน
- 4) หาทางให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิง เบิกบานใจ เช่น ถ้าผู้สูงอายุพอใจอ่านหนังสือ ก็ควรจัดหาหนังสือให้อ่าน จัดให้มีวิทยุ โทรทัศน์และการบันเทิงต่างๆ
- 5) พาผู้สูงอายุไปเข้าสังคมเท่าที่กำลังจะไปได้ เช่น พาไปชมการแสดง การฟังอภิปราย ไปชมสถานที่ต่างๆ
- 6) ผู้สูงอายุที่เลื่อมใสในศาสนา ควรหาโอกาสพาไปวัดเพื่อฟังเทศน์ สันทนาธรรม หรือนิมนต์พระที่ท่านนับถือมาที่บ้าน ให้ผู้สูงอายุได้สันทนาธรรม ฟังคำสั่งสอน เป็นต้น
- 7) ให้โอกาสผู้สูงอายุได้พบเพื่อน เพื่อไม่ให้เหงา หรือขาดเพื่อน
- 8) บุตรหลานควรจะทำตนให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ครอบครัวพึงแสดงความรัก เคารพ นับถือด้วยกิริยา วาจา
- 9) จัดหางานอดิเรกให้ เช่น ถ้าผู้สูงอายุชอบเลี้ยงสัตว์ ก็ควรหาสัตว์เลี้ยงให้
- 10) ดูแลเรื่องความปลอดภัยภายในบ้าน
- 11) ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ห้องพัก ทางเดิน ควรให้มีแสงสว่าง พื้นไม่ลื่นจนเกินไป และควรจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง
- 12) การตัดผมโกนหนวด สระผม ตัดเล็บ ควรได้ดูแลเอาใจใส่ตามสมควร
- 13) ควรให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจร่างกายทุก 6 เดือน และให้การรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วย

ครอบครัวและชุมชนเป็นสถานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด (บวรล ศิริพานิช, 2543; Ebersole and Hess,1990) ซึ่งสามารถให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุได้ 6 ประเภทคือ การช่วยเหลือที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือด้านการเงิน การช่วยเหลืองานบ้าน การช่วยเหลือด้านธุรกิจ การช่วยเหลือด้านจิตใจ และการช่วยเหลือด้านพิธีกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและต้องพึ่งพา ผู้ดูแลในครอบครัวถือเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในบ้านและชุมชนได้นานที่สุด และจากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ในครอบครัวจะเป็นคู่ครอง หรือบุตรของผู้สูงอายุเองเป็นส่วนใหญ่และเป็นเพศหญิง (จรรย์ มาลฮอตตรา และคณะ, 2543:6)

2.1.3 บทบาทของผู้สูงอายุ

1) บทบาทต่อตนเอง ผู้สูงอายุควรให้ความสนใจดูแลรับผิดชอบต่อตนเองในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมในชีวิตประจำวัน ในเรื่องของการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย การตรวจสุขภาพ และการทำสุขภาพจิตที่ดีให้กับตนเอง

2) บทบาทต่อครอบครัว ผู้สูงอายุสามารถเป็นที่ปรึกษาของบุคคลในครอบครัว ให้การช่วยเหลือครอบครัว ในเรื่อง ดูแลเด็กเล็ก การทำงานบ้าน และการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจในรายที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้อยู่

3) บทบาททางสังคม ผู้สูงอายุสามารถเป็นที่ปรึกษา ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆในชุมชน (บวรล ศิริพานิช , 2543) ให้การช่วยเหลือสังคมตามความถนัดและความสามารถของร่างกาย โดยเฉพาะประสบการณ์ การทำงานในอาชีพที่สั่งสมมานาน เช่น นักการเมือง ผู้บริหาร ที่ปรึกษาทางกฎหมาย ผู้นำทางศาสนา ผู้นำทางธุรกิจ ครูอาจารย์ ผู้สูงอายุในประเด็นเหล่านี้ ถ้าช่วยเหลือสังคมนับว่ามีคุณค่าอย่างยิ่ง (รัชนิกรณ์ ภูกร,2538)

ผู้สูงอายุยังสามารถทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติได้ จึงควรที่จะใช้ทรัพยากรที่มีคุณค่าให้เกิดประโยชน์ กล่าวคือ ควรจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาท มีส่วนร่วมในครอบครัว และสังคมได้ตามความถนัดและความสามารถ โดยเฉพาะการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ความชำนาญในด้านต่างๆ รวมทั้งความรู้ในด้านศิลปะ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และกิจกรรมอันดีงามที่จะพัฒนาดำรงไว้สืบต่อไป

2.1.4 บทบาทของอาสาสมัครในชุมชน

กรุงเทพมหานครได้กำหนดบทบาทของอาสาสมัครในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานดังนี้(วรัณพร จันทรังษี,2541:122-123)

- 1) เป็นผู้แจ้งข่าวสาธารณสุขแก่ชาวบ้านในเขตรับผิดชอบ
 - 1.1) นัดหมายชาวบ้านมารับบริการสาธารณสุข เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัวที่ศูนย์บริการสาธารณสุข
 - 1.2) แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น เช่น อูจจาจะร่วง ไข้เลือดออก ฯลฯ
 - 1.3) แจ้งข่าวการเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข เช่น การออกหน่วยฉีดวัคซีน หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ประกวดสุขภาพเด็กและผู้สูงอายุ
- 2) เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่นๆจากชาวบ้าน แล้วส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขทราบ
- 3) รับข่าวสารและจดบันทึกไว้ในบันทึกการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานประจำเดือนแล้วส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขทราบ
- 4) ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการสำรวจชุมชน
- 5) เป็นผู้ให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้ และชักชวนชาวบ้านในด้านสาธารณสุขต่างๆ
- 6) เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุขกับกรรมการชุมชน ประชาชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่นๆ เพื่อพัฒนาชุมชนให้ดีขึ้น เช่น ร่วมกันกำจัดขยะมูลฝอย ขุดลอกคูคลอง สาธิตอาหารเสริมในชุมชน จัดตั้งกองทุนยา จัดตั้งสถานเลี้ยงเด็กในชุมชน และมีการประชุมวางแผนร่วมกันดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน ตลอดจนกิจกรรมส่วนรวมอื่นๆ
- 7) เป็นผู้ให้บริการเช่น
 - 7.1) ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการชั่งน้ำหนักเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ทุกคนปีละ 4 ครั้ง เพื่อสำรวจเผื่อระวังและติดตามภาวะโภชนาการในเด็ก
 - 7.2) ให้การปฐมพยาบาล
 - 7.3) เป็นผู้ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นแก่ผู้เจ็บป่วยตามบทบาทที่ได้รับการฝึกอบรม
 - 7.4) จ่ายเวชภัณฑ์ตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมอบหมาย
 - 7.5) ส่งต่อผู้ป่วยในรายที่ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแล้วอาการไม่ทุเลา โดยส่งต่อตามขั้นตอน ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน
- 8) ร่วมในกิจกรรมอื่นๆ เช่น ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข จัดนิทรรศการ หรือฉายภาพยนตร์เพื่อให้สุขศึกษาในชุมชน

ในส่วนของการบริการผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครสามารถให้ความร่วมมือ และให้การช่วยเหลือดำเนินการคัดกรองเบื้องต้นในการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ เป็นผู้ประสานงานระหว่าง ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ อาสาสมัครในชุมชนจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ในบทบาทนี้ทีมสุขภาพได้ดำเนินการสอนเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครในชุมชน

2.1.5 บทบาทของพยาบาลและทีมสุขภาพ

บทบาทของพยาบาลในชุมชน มุ่งเน้นพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิ การจัดตั้ง เครือข่าย การสนับสนุนและการส่งต่อที่ดี เสริมสร้างการประสานงานระหว่างบริการสุขภาพ พัฒนาการบริการแก่ผู้สูงอายุ ในหลายรูปแบบ ส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว การเสริมสร้างประชาสังคม เน้นจิตวิญญาณ และการมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบต่อปัญหา และการจัดการภายในชุมชน เช่น บริการเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังและค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยง พยาบาลจะปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมาย ต้องครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้ (ชวลีพร เชาว์นเมธากิจ, 2541:25-26)

1) การให้สุขศึกษา (health education) เป็นการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงของปัจเจกบุคคลและการใช้ประโยชน์จากการใช้บริการสาธารณสุข การให้สุขศึกษาเป็นการสร้างโอกาสเพื่อการเรียนรู้ให้แก่ปัจเจกบุคคล และกลุ่มบุคคล โดยอาศัยรูปแบบต่างๆของการสื่อสาร การให้ข้อมูลข่าวสารและการชี้แนะอย่างเพียงพอจะเป็นการช่วยประชาชนในการตัดสินใจเลือกทางการดำเนินชีวิตของตนเอง จัดว่าเป็นการให้อำนาจด้านสุขภาพ (empowerment for health) แก่ปัจเจกบุคคลและชุมชน

2) การช่วยปัจเจกบุคคลและชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพมาเป็นพฤติกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัย การให้สุขศึกษาเป็นสื่อในการพัฒนาทักษะชีวิตของบุคคลให้มีความสามารถต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือดำเนินพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม ทักษะชีวิตประกอบไปด้วย ทักษะส่วนบุคคล ระหว่างบุคคล การรับรู้ทักษะทางร่างกาย ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถควบคุม และกำกับครองของชีวิตตนเอง รวมทั้งพัฒนาความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม หรือแม้แต่การปรับสภาพแวดล้อมเหล่านั้น

3) การป้องกันการเกิดโรค (health prevention) เป็นการลดโอกาสการเจ็บป่วยและความพิการของปัจเจกบุคคลและชุมชนด้วยการลดปัจจัยเสี่ยง ยับยั้งการลุกลามของโรค โดยการตรวจพบแต่ต้นมือ ป้องกันการเกิดภาวะเจ็บป่วยซ้ำ สภาวะที่ไม่พึงประสงค์ และ

อาการแทรกซ้อนของโรค รวมถึงกลวิธีที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม หรือมาตรการในการควบคุมที่มีผลต่อการป้องกันประชากรกลุ่มใหญ่

4) การชี้นำเพื่อสุขภาพ (advocacy for health) การมีสุขภาพที่ดีจะเป็นทรัพยากรสำคัญยิ่งที่จะทำให้เกิดการพัฒนาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังเป็นส่วนสำคัญของคุณภาพชีวิต การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านบวก และด้านลบ พยาบาลจัดอยู่ในกลุ่มนักวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้และทักษะด้านสุขภาพ จึงควรมีส่วนร่วมในการผลักดัน สนับสนุนหรือคัดค้าน การปรับปรุงระบบ หรือกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

5) การเป็นผู้ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ ในการส่งเสริมสุขภาพนั้น ปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคลจะเป็นผู้กำหนดทิศทางหรือเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพ ฉะนั้นพยาบาลจะเน้นบทบาทที่การช่วยเหลือให้ ปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคล สามารถตัดสินใจเพื่อบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะเป็นแหล่งทรัพยากรด้านความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคลที่ต้องการคำปรึกษาแนะนำ

6) การทำวิจัยและพัฒนา การส่งเสริมสุขภาพเป็นงานระดับกว้าง เกี่ยวข้องกับสังคม และสุขภาพของสังคม ดังนั้นการค้นหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในบทบาทของพยาบาล การกำหนดวิธีการ แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และการลดปัญหาสุขภาพของประชาชนยังเป็นสิ่งที่ต้องศึกษาวิจัยต่อไปเพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนางานด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ

พยาบาลควรมุ่งเน้นและให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพเท่าเทียมกับการรักษาพยาบาลโดยทำงานร่วมกับบุคคลอื่นแบบทีมสหวิชาและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและผู้ให้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ พยาบาลควรมีส่วนในการชี้ให้เห็นประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การเกิดบริการสนับสนุนที่เหมาะสม และประชาชนเข้าถึงได้ ส่วนแพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ที่อยู่ในทีมเป็นที่ปรึกษาและให้การดูแลตามบทบาทและหน้าที่ของตน

2.2 การแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน

ทรัพยากรในชุมชน หมายถึง ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรธรรมชาติ และทรัพยากรที่มนุษย์สร้างขึ้นที่มีอยู่ในชุมชนสามารถนำมาใช้ หรือใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการบริหารงาน(ชานาญ วัฒนะ, 2529:16) ทรัพยากรชุมชน แบ่งออกได้ 4 ประเภทคือ (สุทิน เนียมพลับ, 2522 อ้างถึงใน ชานาญ วัฒนะ, 2529:18-19)

- 1) ทักษะการบุคคล ได้แก่ บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถที่เฉพาะ หรือผู้ที่มีความสามารถพิเศษต่างๆในชุมชน
- 2) แหล่งทรัพยากรธรรมชาติ ได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ ลักษณะของหิน ดิน แร่ แม่น้ำ น้ำตก ฯลฯ
- 3) แหล่งทรัพยากรทางวัฒนธรรม ได้แก่ ชีวิตความเป็นอยู่ ประเพณีไทยในท้องถิ่นนั้นๆ
- 4) แหล่งทรัพยากรทางสังคม ได้แก่ สถานที่สำคัญทางราชการ โรงเรียน แหล่งอุตสาหกรรม ต่างๆ

ทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในชุมชน คือ ทักษะการบุคคล เพราะคนเป็นศูนย์กลางแห่งการพัฒนา องค์การชุมชนจะเข้มแข็งไม่ได้ หากผู้นำและประชาชนขาดจิตสำนึก ขาดวิสัยทัศน์ในการพัฒนา ทักษะการบุคคลจึงเป็นสิ่งที่พันธมิตรทุกคนพึงมีและไขว่คว้า ผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้แทนกลุ่มต่างๆในชุมชน กลุ่มอาสาสมัคร ผู้มีความสนใจ ฯลฯ ล้วนแล้วแต่เป็นทรัพยากรที่มีค่ายิ่งและควรคำนึงถึง นอกจากนี้ยังมีทรัพยากรจากงบประมาณทางราชการ เช่นงบพัฒนาชุมชน งบจากนักการเมือง เหล่านี้เป็นสิ่งที่พันธมิตรในชุมชนสามารถแสวงหาและเรียนรู้ถึงการนำทรัพยากรเหล่านี้มาใช้

3. ขั้นตอนในการสร้างพลังในการทำงาน

เป็นขั้นตอนการทำงานร่วมกันของกลุ่มพันธมิตรเพื่อให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ใน การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สมาชิกมีการพบปะประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น ช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการทำงานที่ประสานสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องเป็นผู้คอยกระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยดังต่อไปนี้

3.1 ร่วมกันพัฒนาชุมชน การให้สมาชิกพันธมิตรได้มีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดเป้าหมายและดำเนินกิจกรรม ประเมินแก้ไขปัญหาตามขั้นตอนตามบทบาทและหน้าที่ของพันธมิตร แสดงถึงความเสียสละของพันธมิตรที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงในความรู้และทัศนคติ และการปฏิบัติในด้านสุขภาพ รวมถึงการยกระดับคุณภาพชีวิตของชุมชนให้อยู่ในสภาพที่ดีและเหมาะสม ส่งเสริมให้กลุ่มพันธมิตรตัดสินใจ แก้ไขปัญหา สนองต่อความต้องการของชุมชน สมาชิกควรได้รับการยกย่องจะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกรักและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ระหว่างการเข้าร่วมในกิจกรรมสมาชิกในพันธมิตรต้องรู้จักเปิดบานแจ่มใส สร้างบรรยากาศในการเป็นมิตร หลังจากการดำเนินกิจกรรมภายในชุมชนแล้ว ควรหาโอกาสพบ

กันภายในชุมชนในกลุ่มย่อยอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อปรึกษาหารือช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

3.2 การทำงานที่ประสานงานกัน ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องสร้างบรรยากาศในการทำงานให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน ประสานงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกชุมชน จะต้องเข้าใจหลักมนุษยสัมพันธ์ ในการปฏิบัติงาน การติดต่อประสานงาน ซึ่งเป็นส่วนช่วยให้การดำเนินงานต่างๆ ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและราบรื่น โดยดำเนินการดังนี้

1) จัดให้มีการพบปะสังสรรค์ร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มพันธมิตร เพื่อก่อให้เกิดการสนิทสนมในหมู่พันธมิตร ซึ่งจะนำหนทางไปสู่ความรู้และความเข้าใจในงาน และปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ตลอดจนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหา ทักษะคติ และอุดมการณ์ต่างๆซึ่งกันและกัน

2) ชี้แจงให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องให้มีความเข้าใจในแผนงาน วัตถุประสงค์ นโยบาย ระเบียบการทำงาน หน้าที่ความรับผิดชอบตามบทบาทที่ได้ตกลงกันได้

4. ขั้นกำกับการทำงานร่วมกัน

เป็นขั้นตอนในการติดตามประเมินผลของการดำเนินการ ว่าพบปัญหาและอุปสรรคอย่างไร มีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างไร ให้ทุกคนได้รับรู้ เกิดเป็นกระบวนการของการเรียนรู้ และการถ่ายทอดความรู้ให้แกกัน หมายความว่า ประสบการณ์จากการทำงานเป็นกลุ่ม เป็นการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติอันจะช่วยให้เกิดปัญญาในการพัฒนาและแก้ไขปัญหโดยอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์จริง

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543 : 111-112) ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทำให้ได้บทเรียนที่สำคัญคือ

1 เกิดกระบวนการพัฒนาศักยภาพตน โดยมีการประสานผู้นำต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมมือกันทำงานเพื่อสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน เป็นพหุภาคี ช่วยให้ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งและมีผู้แทนของหมู่บ้าน ตำบลที่สมัครใจและอาสาเป็นกลไกประสาน

2 เรียนรู้ร่วมกันและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การเรียนรู้ร่วมกันเกิดจากการได้สนทนาปัญหาสุขภาพที่ตนสนใจ จากเวทีการประชุมกลุ่มย่อย นำมาสู่การส่งเสริมการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยทุกคนเข้าร่วมออกความคิดเห็น คัดเลือกกิจกรรมที่จะดำเนินการก่อนหลัง ดูทรัพยากรที่มีอยู่จนเกิดการแบ่งงานกันทำและประสานความร่วมมือกับผู้อื่น รวมทั้งพิจารณาความสำเร็จเพื่อปรับปรุงกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ

3 ไม่เพียงแต่ผู้นำที่มีบทบาท แต่ผู้รู้ ผู้ประสบปัญหา กลุ่มคนจน กลุ่มด้อยโอกาส ต่างมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา ความต้องการและร่วมกันพัฒนา ก่อให้เกิดการกระจายผล

ประโยชน์และการพัฒนาสุขภาพอย่างเป็นธรรมชาติ พร้อมกับสร้างหลักประกันด้านสุขภาพที่ดีและครอบคลุมทุกคน

4 ผู้เข้าร่วมรู้สึกถึงความมีศักดิ์ศรีที่ได้แสดงความเสียสละเพื่อส่วนรวม ได้มีบทบาทสำคัญในกิจกรรมของหมู่บ้าน ได้ร่วมทำงานกับผู้อื่น เรียนรู้บรรทัดฐานของสังคมที่ตนอยู่ เกิดการถ่ายทอดแก่นุตรหลานเยาวชน เกิดบทบาทที่เท่าเทียมกันของชายและหญิง การทำงานร่วมกันอย่างเสียสละเช่นนี้ ทำให้ทุกฝ่ายหันหน้าเข้าหากันและมีการจัดการเรื่องต่างๆ ด้วยความสมานฉันท์

5 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนหมู่บ้าน หรือผู้แทนประชาคม เข้าใจบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุน การประสานงานความร่วมมือเพื่อพัฒนาตำบล หมู่บ้าน และชุมชนของตน

การเรียนรู้จากการปฏิบัติและประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นพื้นฐานของการพัฒนาที่จะช่วยให้ประชาชนได้สร้างประสบการณ์ความรู้ ทักษะ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาทางเลือกที่เหมาะสมในการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันต่อไป

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศยังไม่ปรากฏ งานวิจัยที่เกี่ยวกับผลการจัดบริการสุขภาพในชุมชนโดยใช้รูปแบบพันธมิตรต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่ใกล้เคียงดังต่อไปนี้

7.1 งานวิจัยภายในประเทศเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

สมศิริ เลปนานนท์ (2536) ได้ดำเนินโครงการ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด หัวรถจักรบางซื่อ ในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ดำเนินการให้บริการตรวจและดูแลสุขภาพ จัดศูนย์การออกกำลังกาย จัดกองทุนสวัสดิการเพื่อจัดกิจกรรมในชุมชน อบรบอาสาสมัครผู้สูงอายุ เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และทุพพลภาพ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้รับความร่วมมือร่วมใจสนับสนุนจากสมาชิกผู้สูงอายุในชุมชนอย่างสูง และเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างดี

ประภาพร จินนทญา (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุ ดินแดง โครงสร้างองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 21 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ การรับรู้เกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป การรับรู้เกี่ยวกับเพื่อน การรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนาและงานสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ พักผ่อน การรับรู้เกี่ยวกับสภาพบ้าน การรับรู้

เกี่ยวกับการได้ยิน ความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับการหายใจการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในด้านการใช้จ่าย การเรียนรู้เกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ การรับรู้เกี่ยวกับงานอดิเรก การรับรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การรับรู้เกี่ยวกับการพักผ่อนในบ้าน การรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย ความสุขและความพอใจในชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพในชุมชน การรับรู้เกี่ยวกับสภาพพื้น และการรับรู้เกี่ยวกับการมองเห็น โดยที่องค์ประกอบเหล่านี้ สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตทั้งหมด 72 ตัวแปร ได้ร้อยละ 73.7

วันที่ ข้าเพ็ง (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัด นครราชสีมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพรายได้ การดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน และเมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า การดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ รายได้สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29.84

สุมาลี ว่องเจริญกุล (2540) ศึกษาเชิงคุณภาพถึงเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของ กรุงเทพมหานคร จำนวน 18 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายและได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความเป็นอยู่ที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน ผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีเครือข่ายแต่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความเป็นอยู่ที่ด้อยกว่ากลุ่มแรก มีความพึงพอใจในชีวิตในอดีตมากกว่า ปัจจุบัน สำหรับกลุ่มสุดท้าย หมายถึง ผู้สูงอายุที่แทบจะไม่มีเครือข่ายและไม่มีเครือข่ายและไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมใดๆเลย มีความเป็นอยู่ที่ด้อยกว่าสองกลุ่มแรกที่ได้กล่าวไปแล้ว มีความพึงพอใจกับชีวิตในอดีตมากกว่าปัจจุบัน และพบว่าเครือข่ายทางสังคมที่อยู่ใกล้ชิด และมีบทบาทในการสนับสนุนมากที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัว รองลงมา คือญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชนตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่า เครือข่ายทางสังคมมีบทบาทมากในการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างมาก

จิระพร อภิชาติบุตร (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพ สุขภาพอนามัย กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมในชุมชน การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการรับรู้การ

สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาถึง การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย

7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Holmes and Ward (1996) ได้นำรูปแบบพันธมิตรโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community – based project) ในการทำโครงการ หัวใจสุขภาพดี โดยองค์กรสุขภาพ รัฐบาลท้องถิ่น และองค์กรอาสาสมัคร มีกิจกรรมรณรงค์ด้านอาหาร การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการคลายเครียด ตามบทบาทของตนเอง โดยมีข้อตกลง และมีเป้าหมายร่วมกันในพันธมิตรที่เป็นเครือข่ายในชุมชนและองค์การสุขภาพในการลดอัตราการตาย และอัตราเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลโครงการพบว่า อาหารมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของหัวใจในทางบวกในระดับของการทำงานที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมีประเด็นสำคัญของความสำเร็จอยู่ที่ประสิทธิภาพของหุ้นส่วนที่เป็นพันธมิตร และการมีส่วนร่วมของชุมชน

Walters (1998) นำรูปแบบพันธมิตรเป็นเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พันธมิตรประกอบด้วย องค์กรที่ทำงานในส่วนของรัฐบาลและองค์กรเอกชน มีนโยบาย ให้ทุกๆหุ้นส่วนที่เป็นพันธมิตรแบ่งปันประสบการณ์ ในเครือข่ายระหว่างชาติ ใช้เวลาในการประชุมปรึกษาหารือ และใช้จดหมายข่าวเป็นสิ่งสำคัญในการรวมตัวกันของพันธมิตร โดยเฉพาะช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ จะได้ผลและรวดเร็ว ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน โดยมุ่งให้บริการหลักในข่าว นโยบายสุขภาพ และกิจกรรมในชุมชน หรือ การดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

โดยมุ่งประเด็นที่ ส่งเสริมสุขภาพให้คนอเมริกันทางเหนือมีสุขภาพที่แข็งแรง เป็นโครงการที่ ประสบผลสำเร็จอย่างดี

Allen and Meduna (1999) ได้นำรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับการดูแลในระยะยาว มาพัฒนาและนำมาใช้ โดยทีมสหสาขาวิชา ที่ประกอบด้วย พยาบาลทางคลินิกเป็นผู้ประสานงาน, สมาชิกจากการได้รับบริการทางสังคม นักโภชนาการ ผู้ช่วยทำกิจกรรม บำบัดทางกายภาพบำบัด พยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ และอาสาสมัครทำงานร่วมกัน ในรูปแบบพันธมิตรในการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณีในผู้ป่วยที่ต้องดูแลในระยะยาว พบว่า เกิดความพึงพอใจต่อผู้ป่วยอาศัยและครอบครัว การกลับเข้าไปอยู่โรงพยาบาลลดน้อยลง 50% อัตราการตายลดลงไป 60% ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

Stuifbergen, Seraphine and Roberts (2000) ศึกษาในการทดลองรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีความทุพพลภาพเรื้อรัง อายุ 18-70 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และทำให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิต

นอกจากนี้ ยังมีการนำรูปแบบพันธมิตรทางสุขภาพไปใช้ในการศึกษากรณีอื่นๆด้วย คือ

Priebe and Gruyters (1993) ศึกษาถึงการประเมินคุณภาพของการช่วยเหลือของพันธมิตร ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนพบว่า การช่วยเหลือของพันธมิตรค่อนข้างดี และการช่วยเหลือของพันธมิตรมีความสัมพันธ์กับการอยู่โรงพยาบาล และการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์การทำงาน และระยะเวลาระหว่างการติดตามอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งให้เห็นถึงผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์ การช่วยเหลือจากพันธมิตรในทางบวก

Eaker et al. (2001) ใช้พันธมิตรทางสุขภาพในการคัดกรอง มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกในชุมชน ได้มีการทำวิจัยถึงทดลองใช้ การร่วมมือกัน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานทำการคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มทดลองสามารถที่คัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

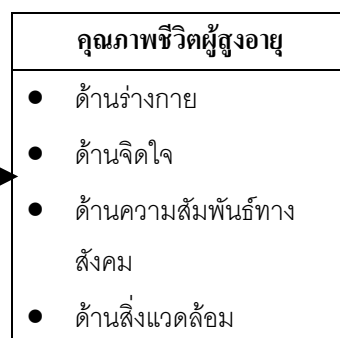
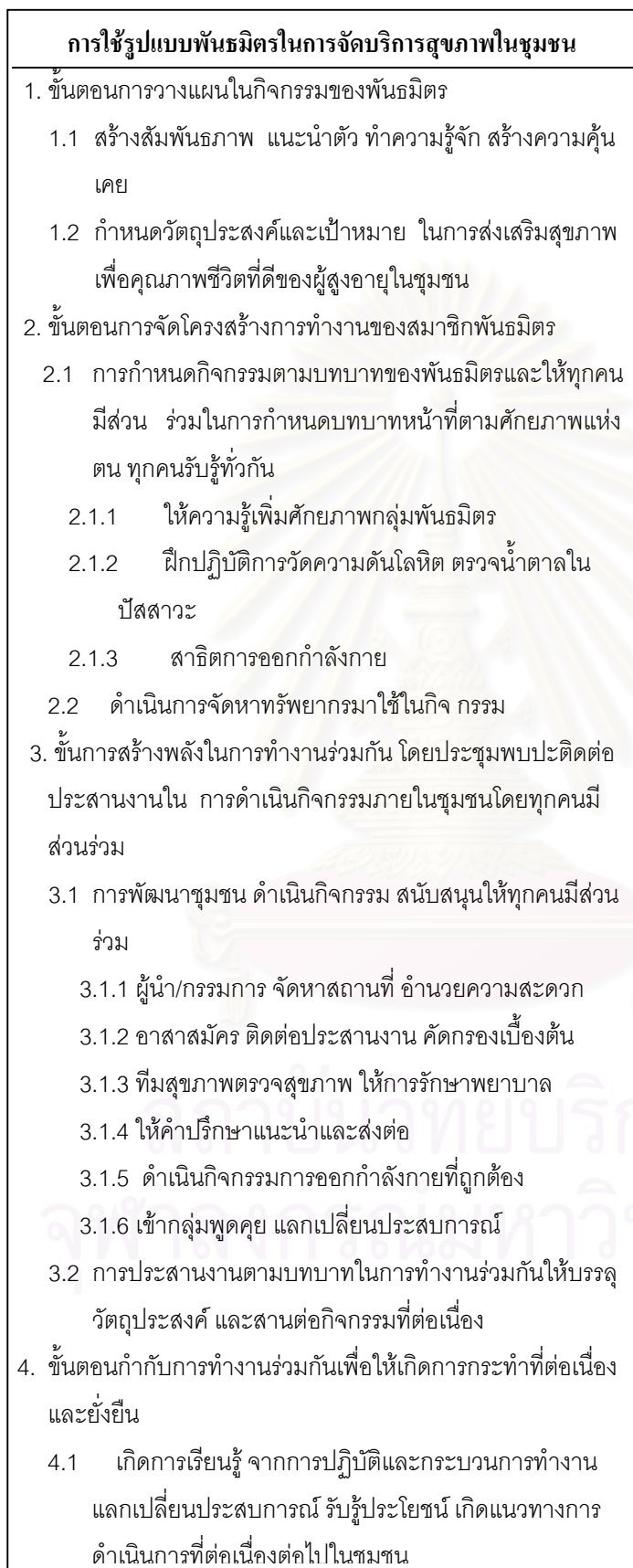
การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดมิติการทำงานของ Powell (1992 cited in Scriven, 1998) มาบริหารจัดการระบบบริการโดยใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วยพันธมิตรในทีมสุขภาพ และทีมพันธมิตรในชุมชน ที่เป็นแหล่งสนับสนุนทาง

สังคมที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน (Pender,1996) ดำรงและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีให้นานที่สุด รวมทั้งเสริมพลังอำนาจทางปัญญาให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความรู้ ความตระหนัก และความเอาใจใส่ ให้ความเคารพ ยกย่องนับถือ ดูแลช่วยเหลือเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในครอบครัว สังคม เกิดความภาคภูมิใจและพึงพอใจในชีวิต ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมตลอดจนถึงแวดล้อมภายในชุมชน โดยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-Brief) มาใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจของผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในสังคม ดังแสดงในกรอบแนวคิดดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experiment Research Design) แบบ Nonequivalent Control Group Pretest Posttest Design เพื่อศึกษาถึงผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

O₁ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนการทดลองการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน

O₂ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน

O₃ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนที่ได้รับการบริการสุขภาพในชุมชนตามปกติ

O₄ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังที่ได้รับการบริการสุขภาพในชุมชนตามปกติ

X หมายถึง การใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทั้งเขตเมืองและชนบท ที่มีโครงสร้างอาณาเขตครอบคลุมส่วนท้องถิ่น ประชากร 50- 500 ครอบครัว เมืองค์กรชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุในชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3

มีขั้นตอนการคัดเลือกดังนี้

1. เกณฑ์ในการคัดเลือกชุมชน ต้องมีความพร้อมในเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 มีผู้นำ/กรรมการชุมชนที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทางการ
 - 1.2 มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน
 - 1.3 มีสถานที่ในการดำเนินงาน เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงเรียนเด็กเล็กก่อนวัยเรียน เป็นต้น
 - 1.4 ชุมชนให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมดำเนินการ
2. ทำการคัดเลือกชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 25 ห้วยขวาง ตามเกณฑ์ที่กำหนด จากจำนวนชุมชนทั้งหมด 23 ชุมชน ได้ตามเกณฑ์ 8 ชุมชน เมื่อสอบถามความพร้อมในการดำเนินงานของ ประธานชุมชน อาสาสมัคร และสถานที่ในการดำเนินการ พบว่ามี 2 ชุมชน มีความพร้อมในเรื่องดังกล่าว จึงได้ทำการคัดเลือกโดยการจับสลากเพื่อใช้เป็นกลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุในชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร
3. ทำการคัดเลือกชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าวให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง สุ่มจับสลากให้เป็นกลุ่มควบคุมคือ ชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงดังนี้
- 3.1 มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง มีความหนาแน่นของบ้านน้อยกว่าชุมชนแออัดและกรุงเทพมหานครได้จัดประกาศกำหนดเป็นชุมชน
 - 3.2 มีจำนวนประชากร 200-300 ครอบครัว เป็นบ้านที่ปลูกบนที่ของทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์
 - 3.3 จำนวนประชากรขนาดกลาง มีประชากรสูงอายุ ประมาณ 70-80 ราย
4. เมื่อได้ชุมชนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับประธาน/กรรมการชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน
5. ทำการสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่ตั้งไว้ในชุมชนกลุ่มทดลองและชุมชนกลุ่มควบคุม จำนวนชุมชนละ 20 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติและกลุ่มตัวอย่างดังนี้
- 5.1 ผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
 - 5.2 ยินดีและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้
 - 5.3 รู้สึกดีดี สามารถพูดคุยได้ยิน และโต้ตอบได้
 - 5.4 ไม่คำนึงถึงความเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ ยกเว้นความเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
6. จัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นคู่ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยในแต่ละคู่ให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน หรือใกล้เคียงกันให้มากที่สุดในเรื่อง อายุ และเพศ โดยแบ่งช่วงอายุดังนี้ กลุ่มอายุ 60-69 ปี กลุ่มอายุ 70ปีขึ้นไป

7. ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับฉลากในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุตามช่วงอายุ ที่จัดแบ่งไว้ให้ได้จำนวนกลุ่มละ 20 รายดังนี้
 - 7.1 กลุ่มอายุ 60-70 ปี เพศชาย จำนวน 5 รายและเพศหญิง จำนวน 10 ราย
 - 7.2 กลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป เพศชาย จำนวน 2 รายและเพศหญิง จำนวน 3 ราย
8. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
9. ถ้ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธ ดำเนินการจับฉลากขึ้นมาแทนที่ใหม่ในช่วงอายุและเพศเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือแผนการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน คู่มือการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบตรวจสอบการทำงานพันธมิตรโดยสมาชิกเป็นผู้ตรวจสอบตนเอง ผู้วิจัยเป็นผู้สรุปตรวจสอบเพิ่มเติมพร้อมให้คำเสนอแนะระหว่างการเดินทางเยี่ยมในระหว่างสัปดาห์ และเก็บเครื่องมือเมื่อสิ้นสุดการประชุมพบปะในแต่ละสัปดาห์

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครัวเรือน อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ และโรคประจำตัว
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-Brief, 1996) ที่กรมสุขภาพจิตได้แปลและนำมาพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2540) ซึ่ง WHO ยอมรับเป็นทางการแล้ว และ สุนุดตรา ตะบุญพงศ์ และคณะ (2544) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ อ.หาดใหญ่ จำนวน 268 ราย พบว่าค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 และสามารถสะท้อนความเป็นองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ 4 หมวด ดังนี้

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย 7 ข้อ คือข้อที่ 2,3,4,10,11,12 และ 24 โดยมีข้อความทางลบคือข้อที่ 2 และข้อที่ 11

องค์ประกอบด้านจิต 6 ข้อ คือข้อที่ 5,6,7,8,9 และ 23 โดยมีข้อความทางลบคือข้อ 9

องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ คือข้อที่ 13,14 และ 25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ คือข้อที่ 15,16,17,18,19,20,21 และ 22

องค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิตทั่วไปและสุขภาพ 2 ข้อคือข้อที่ 1,26

ในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้เลือกตอบดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจ หรือแย่มาก

หมายเลข 2 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย
รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่

หมายเลข 3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ
รู้สึกแยระดับกลางๆ

หมายเลข 4 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกเช่นนั้นมาก รู้สึกพอใจ
หรือรู้สึกดี

หมายเลข 5 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด
หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การให้คะแนนคุณภาพชีวิต ข้อความทางบวกให้คะแนนตามหมายเลขที่เลือกตอบ ข้อความที่เป็นลบก็กลับ
การให้คะแนนดังนี้

	คะแนนข้อความด้านบวก	คะแนนข้อความด้านลบ
เลือกหมายเลข 1	1	5
เลือกหมายเลข 2	2	4
เลือกหมายเลข 3	3	3
เลือกหมายเลข 4	4	2
เลือกหมายเลข 5	5	1

ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการดังนี้

1.1 ขออนุญาตใช้เครื่องมือจากกรมสุขภาพจิต และศึกษาวิธีการใช้ให้สอดคล้องและเหมาะสม

1.2 นำแบบวัดคุณภาพชีวิตมาหาค่าความเที่ยง เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุแตกต่างกัน และเป็นการวัดภายใต้บริบทที่แตกต่างจากบริบทเดิมค่าความเที่ยงย่อมเปลี่ยนไป โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนประชาอุทิศและชุมชนไทยญี่ปุ่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach' s Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .84 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่ 18 ถามว่า “ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด” มีค่า เท่ากับ -.027 เนื่องจากว่า ผู้สูงอายุยังเกิดความสับสนในเรื่องการไปรับบริการตามการแบ่งพื้นที่ในโครงการ 30 บาท บางรายยังพอใจในการไปรับบริการที่เดิม บางรายยังไม่เคยไปรับบริการเลยไม่แน่ใจ เมื่อปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงได้ทำการตัดข้อคำถามนี้ออก ซึ่งจะได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .85

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 แผนการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน

2.1.1 โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องถึงรูปแบบการทำงานแบบพันธมิตร ผู้วิจัยนำหลักการจัดการของ Bovee et al. (1993) ที่ประกอบด้วยการวางแผน การจัดโครงสร้างการทำงาน การสร้างพลังในการทำงาน และการควบคุมกำกับการทำงาน ผสมผสานเข้ากับรูปแบบพันธมิตรในมิติการทำงานของ Powell (1992 cited in Scriven, 1998) 7 ประการคือ การสร้างสัมพันธภาพ กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม แบ่งปันทรัพยากร พัฒนาชุมชน ประสานงานการทำงาน และเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ทำงานของกลุ่มพันธมิตรซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ตามแนวคิดของ Pender (1996) คือ ครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนตามธรรมชาติ กลุ่มผู้สูงอายุเป็นแหล่งสนับสนุนจากเพื่อน กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นผู้สนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ และองค์กรชุมชน เป็นแหล่งอุปถัมภ์และให้การสนับสนุนต่างๆ การทำงานของพันธมิตรจะมีบทบาทในการส่งเสริม และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จัดการกับความเครียด เกิดความพึงพอใจและมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง

2.1.2 ร่างแผนการการทำงานโดยใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนโดยกำหนด วัตถุประสงค์ เป้าหมาย แนวทางการทำงานตามหน้าที่และบทบาทของสมาชิกในกลุ่ม รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน

2.1.3 นำแผนการที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์บาลอนามัยชุมชนอายุการทำงานไม่ต่ำกว่า 5 ปี หรือผู้ที่เป็นผู้บริหารทางการแพทย์บาลอนามัยชุมชน 5 ท่าน และทางการแพทย์บาลอนามัยอายุ 3 ท่าน (รายนามอยู่ในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันในเนื้อหา 7 ใน 8 ท่าน มีการแก้ไขเนื้อหาบางประโยคให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น คำผิดบางคำ และแผนภูมิในขั้นตอนการดำเนินงานให้ละเอียดมากขึ้น

2.1.4 นำแผนการที่ใช้รูปแบบพันธมิตรให้พันธมิตรที่มสุขภาพได้ร่วมแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาท และหน้าที่ของตนเอง ในส่วนที่เป็นพันธมิตรในชุมชน ได้จัดทำเป็นเอกสารแผ่นพับฉบับย่อ ที่เป็นส่วนสำคัญและเกี่ยวข้องกับพันธมิตรในชุมชนคือ วัตถุประสงค์และเป้าหมายในการดำเนินงาน แนวทางการดำเนินงานร่วมกัน บทบาทและหน้าที่ของพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ให้สมาชิกที่เป็นพันธมิตรแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมถึงความเป็นไปได้ในการทำงานร่วมกันและประกาศให้รับรู้ทั่วกัน ทั้งพันธมิตรที่มสุขภาพและพันธมิตรในชุมชนไม่มีการแก้ไขในส่วนใดๆ ยินดีที่และให้ความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน

2.1.5 นำแผนการที่ใช้รูปแบบพันธมิตร ไปแก้ไขปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การดูแลและแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีเนื้อหาและรายละเอียดดังนี้

บทที่ 1 บทนำ ประกอบด้วยหลักการ และเหตุผล วัตถุประสงค์ เป้าหมายในการดำเนินการวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการดำเนินงาน และประโยชน์ที่ได้รับ

บทที่ 2 กรอบแนวคิดและขั้นตอนในการดำเนินงาน

บทที่ 3 แนวทางการทำงานตามบทบาท

บทที่ 4 รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน

2.1.7 นำแผนการที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนไปให้ผู้ปฏิบัติงานที่มสุขภาพ กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัคร ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักในชุมชนไทยญี่ปุ่น และชุมชนประชาอุทิศ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับชุมชนทดลอง ดูความเป็นไปได้ของแผนการที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนโดยนำไปใช้บางส่วนของการทำงาน เช่น เพิ่มเติมบทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครในชุมชน การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการจัดกิจกรรมการบริการ

ทางสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ หลังจากนั้นทำการแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2.2 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.2.1 ศึกษาจากตำรา เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.2 กำหนดวัตถุประสงค์ของคู่มือ เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน และเป็นสื่อการสอนของผู้วิจัยและทีมสุขภาพ

2.2.3 จัดทำโครงร่างและรายละเอียดของเนื้อหา ที่ประกอบด้วย อยู่อย่างมีความสุขในวัยสูงอายุ อาหาร การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การออกกำลังกาย การนอนหลับ การพักผ่อน การป้องกันอุบัติเหตุผู้สูงอายุในบ้าน และการปฏิบัติตนทั่วไปเพื่อการมีสุขภาพกายและจิตดี

2.2.4 ทำการตรวจสอบแก้ไข โดยผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาลอนามัยชุมชน อายุการทำงานไม่ต่ำกว่า 5 ปี หรือผู้ที่เป็นผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลอนามัยชุมชน 5 ท่าน และทางการแพทย์พยาบาลผู้สูงอายุ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้อง เหมาะสม ของภาษา แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คือการเรียงลำดับเนื้อหา แก้ไขข้อความบางประโยคให้เข้าใจง่าย

2.2.5 นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง จำนวน 5 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา และความเข้าใจของผู้สูงอายุก่อนนำไปใช้จริง พบว่าควรปรับตัวหนังสือให้ใหญ่ขึ้น ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในเนื้อหาได้ดี

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบตรวจสอบการทำงานพันธมิตร ประกอบด้วย 4 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับทีมสุขภาพ เป็นแผนกำกับการทำงานในแต่ละสัปดาห์ โดยระบุกิจกรรมที่ปฏิบัติ

ชุดที่ 2 สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างง่ายในการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้าน เป็นแบบ Check list ในแต่ละวัน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกพฤติกรรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมตามบทบาทของผู้ดูแล
หลักในครอบครัว

- ชุดที่ 3 สำหรับอาสาสมัคร เป็นแบบบันทึกการปฏิบัติงาน โดยระบุถึงกิจกรรมที่จัด
กระทำกับผู้สูงอายุเช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการช่วยเหลือ
เหลือดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ กิจกรรมการคัดกรอง
เบื้องต้น ตลอดจนการติดต่อประสานงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกับทีมสุขภาพ
- ชุดที่ 4 สำหรับผู้นำ/กรรมการชุมชน เป็นแบบบันทึกกิจกรรมการดำเนินการช่วยเหลือ
ด้านสถานที่ การจัดหาสถานที่ การจัดหายานพาหนะ การติดต่อประสานงาน
กับหน่วยงานอื่นๆในการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนทางด้านสังคมและ
สิ่งแวดล้อม

โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

- 3.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องถึงมิติการทำงานแบบพันธมิตร
- 3.2 ร่างแผนกำกับการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในกลุ่มพันธมิตร
- 3.3 ประชุมกลุ่มให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในแผนกำกับการทำงาน
เพิ่มเติมแก้ไขตามความคิดเห็นของสมาชิก
- 3.4 ผู้วิจัยสรุปประเด็นให้สมาชิกรับทราบ
- 3.5 นำแผนร่างที่ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความ
ถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันในเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ใน 8 ท่าน
- 3.5 นำเครื่องมือที่แก้ไขไปให้กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัคร ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก
ในชุมชนไทยญี่ปุ่นซึ่งเป็นชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงชุมชนทดลอง ศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนิน
การ ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แบบบันทึกการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร ที่ระบุกิจ
กรรมที่จัดกระทำกับผู้สูงอายุ ไม่สะดวกในการบันทึกในแต่ละวัน อาสาสมัครเสนอให้มีการบันทึก
เป็นรายเดือน จึงได้อธิบายให้เข้าใจว่า เป็นการทดลองในระยะสั้นการบันทึกจึงใช้เวลาในแต่ละวันภายใน
หนึ่งสัปดาห์

การดำเนินการทดลอง

ขั้นที่1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมบุคลากร

1.1 เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ ทีมพยาบาลวิชาชีพในศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นผู้ช่วยผู้วิจัย 3 คน ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยใน ทำความเข้าใจวิธีการดำเนินงาน และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และกิจกรรมต่างๆในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนโดยใช้รูปแบบพันธมิตร

1.2 ทีมพันธมิตรในชุมชน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ที่จะมาเป็นพันธมิตรในชุมชน นอกจากผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะได้รับผลประโยชน์โดยตรงกับการจัดบริการสุขภาพในชุมชนแล้ว ผู้นำที่มีพลังอำนาจและมีบารมีในชุมชนเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการบริการสุขภาพ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในชุมชน เป็นผู้ที่ยึด เชื้อถือ ศรัทธาและได้รับความไว้วางใจจากชุมชน บุคลากรเหล่านี้จะทำให้ทีมพันธมิตรในชุมชนมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น เมื่อได้ทีมพันธมิตรชุมชนประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อาสาสมัครในชุมชน ประธานหรือกรรมการในชุมชน จัดประชุมชี้แจงในทีมพันธมิตรให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย และทำความเข้าใจกับวิธีการดำเนินงาน และเครื่องมือกำกับการทำงานของแต่ละคน

2. เตรียมเครื่องมือ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

3. เตรียมสถานที่ในการทดลอง ศูนย์สุขภาพในชุมชน หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน โดยขอความร่วมมือ ประธาน กรรมการชุมชน ขอทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่2 ขั้นการทดลอง

สัปดาห์ที่1

1. วันแรก (2 สิงหาคม 2545) ในผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มควบคุมช่วงเช้า และกลุ่มทดลองในช่วงบ่าย โดยใช้สถานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลอง ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัคร และผู้นำ/กรรมการชุมชนในวันที่

3 สิงหาคม 2545) โดยเขียนจดหมายเวียนเชิญและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล

2 วันที่สอง (3 สิงหาคม 2545) ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยกำหนดการประชุมพบปะกลุ่มพันธมิตรตามแผนที่วางไว้ดังนี้

**กำหนดการประชุมพบปะกลุ่มพันธมิตรในชุมชน
ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน (3 สิงหาคม 2545)**

08.00-08.30 น.	ลงทะเบียน รับเอกสาร
08.30-09.00 น.	กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพแนะนำสมาชิก
09.00-10.00 น.	ชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการดำเนินการ ร่วมกันกำหนดบทบาทสมาชิกในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน
10.00-10.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.15-12.00 น.	ดำเนินการอบรมให้ความรู้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.00 น.	สรุปบทบาทของสมาชิกพันธมิตร ชี้แจงแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
14.00-15.00 น.	ฝึกทบทวนการปฏิบัติ วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ให้กับอาสาสมัครชุมชน

โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มพันธมิตร พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินวิจัย และดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1 ดำเนินกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้สมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักคุ้นเคยโดยแนะนำตนเองให้รู้จักซึ่งกันและกัน ชี้แจงเป้าหมายการทำงานของพันธมิตร เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย และเสนอแนวคิดในการทำงานร่วมกันและทำความเข้าใจในกลุ่มพันธมิตรว่าเป็นส่วนสนับสนุนทางสังคมในการกระทำกิจกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้

1.2 กำหนดเป็นเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดำเนินการ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นที่เป็นสาระสำคัญให้ทุกคนรับรู้ร่วมกันเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานที่เป็นทิศทางเดียวกัน

2. ขั้นตอนการจัดโครงสร้างการทำงาน เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่

2.1 เสนอโครงสร้างการทำงานในลักษณะเอกสารแผ่นพับให้พันธมิตรให้ทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอแนะ ดังนี้

อาสาสมัคร ทำหน้าที่ในการติดต่อประสานงานที่มีสุขภาพกับครอบครัวผู้สูงอายุ พร้อมติดตามผลการดำเนินการ คอยกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนในการจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน การออกกำลังกายภายในชุมชน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จัดกิจกรรมบริการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ตลอดจนสังเกตการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ประสานงานภายในกลุ่มผู้สูงอายุในการดูแลช่วยเหลือภายในกลุ่มผู้สูงอายุ (อาสาสมัคร 1 คนรับผิดชอบผู้สูงอายุ 5 คน)

ผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีส่วนร่วมในการจัดการเรื่องอาหาร ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในครอบครัว มีกิจกรรมร่วมกันในชุมชน และส่งเสริมสุขภาพจิตภายในบ้านของตนเอง

ผู้สูงอายุ ให้ความสนใจและปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของตนเองตามคำแนะนำ และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน

ผู้นำในชุมชน /ประธาน/กรรมการชุมชน หรือผู้ใดผู้หนึ่ง มีส่วนร่วมในการสนับสนุนจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ภายในชุมชนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม เช่น จัดหาสถานที่ในการออกกำลังกาย สนามเปตองในชุมชน จัดบริการยานพาหนะภายในชุมชน ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น เช่น สำนักงานเขต นักการเมือง เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณบางส่วนที่จะนำไปใช้ในกิจกรรมภายในชุมชน ตลอดจนแหล่งทรัพยากรอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน

ผู้วิจัยและทีมสุขภาพ ให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อมีปัญหาสุขภาพตามบทบาทของวิชาชีพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และให้การดูแลรักษาขั้นพื้นฐาน และการส่งต่อที่เหมาะสม

2.2 แสวงหาทรัพยากรมาใช้ในชุมชน ให้ทุกคนเสนอแนวทางในการนำทรัพยากรภายในชุมชนมาใช้ เช่น ทรัพยากรที่เป็นบุคคล ภูมิปัญญาท้องถิ่น การช่วยเหลือตนเอง และการช่วย

เหลือซึ่งกันและกันภายในชุมชนก่อนที่จะแสวงหาทรัพยากรภายนอกชุมชน เช่น งบประมาณพัฒนาชุมชน งบประมาณจากนักการเมือง เป็นต้น

ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่เป็นสาระสำคัญให้ทุกคนรับทราบดังนี้

1. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญถึงบทบาทหน้าที่ของพันธมิตรให้ทุกคนรับรู้ทั่วกัน
2. ผู้วิจัยและทีมสุขภาพดำเนินการให้ความรู้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพร้อมแจกคู่มือการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิก
3. ผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงเครื่องมือกำกับการทำงานทดลอง เพื่อเป็นแบบตรวจสอบการทำงาน ของสมาชิกพันธมิตรด้วยตนเองโดยการ check list และนำมาสรุปผลร่วมกันแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ในแต่ละสัปดาห์
4. นัดหมายการพบปะครั้งต่อไปในวันที่ 10 สิงหาคม 2545 เวลา 8.30 น.เพื่อดำเนินกิจกรรมร่วมกัน

หลังการประชุมสิ้นสุดลง ให้พันธมิตรเริ่มดำเนินการตามบทบาท จัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ติดตามการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุกรายๆ ละ 3 ครั้งในระหว่างสัปดาห์จนกว่าการทดลองจะสิ้นสุดลง โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาแนะนำ กระตุ้นกิจกรรมการดำเนินการ ติดตามประสานงาน จูงใจให้ทุกคนมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมและนัดหมายประชุมกลุ่มทุกสัปดาห์ เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานในสัปดาห์แรก

1. เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้นำชุมชนและกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากก่อนการดำเนินการ ผู้นำชุมชนและกลุ่มผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ไม่ค่อยดีนัก โดยสังเกตจากท่าทีของผู้นำชุมชนและการพูดคุยกับผู้สูงอายุ ให้ความสนใจในการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น
2. ผู้นำชุมชนให้ความสะดวกในการจัดหาสถานที่ในการดำเนินการ และยินยอมให้ใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนในช่วงวันหยุด หรือช่วงเย็น และสัญญาด้วยคำพูดกับผู้สูงอายุว่า จะจัดหางบประมาณในการจัดทำสนามเปตองให้กับผู้สูงอายุ

3. สมาชิกพันธมิตรในชุมชน ได้เสนอแนวคิดให้มีการจัดตั้ง ชมรมออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุ ทุกวัน พุธ เสาร์ และอาทิตย์ โดยเชิญผู้นำการออกกำลังกายภายนอกชุมชน มาเป็น ผู้นำในช่วงแรกๆ

ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินการครั้งแรก

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ในบางราย ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ดูแลผ่านทางผู้สูงอายุ ในช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อพบผู้ดูแล สร้างสัมพันธภาพและพูดคุยถึงแนวทางการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมเป็นพันธมิตรในการดำเนินการโดยมีเป้าหมายเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน

2. มีผู้สูงอายุเพศชาย 1 รายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เส้นเลือดในสมองตีบ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ได้นำผู้สูงอายุท่านอื่นที่มาร่วมกิจกรรมในวันนั้น แทนผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นเพศชายและอายุใกล้เคียงกันและยินดีในการเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 (10 สิงหาคม 2545)

ขั้นการสร้างพลังในการทำงานร่วมกันให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยการกระตุ้น ใจด้วยคำพูดและการกระทำให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมให้เกิดขึ้นภายในชุมชนในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน กำหนดการดำเนินการดังนี้

กำหนดการประชุมพบปะกลุ่มพันธมิตรในชุมชนครั้งที่ 2

ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน (10 สิงหาคม 2545)

- | | |
|----------------|--|
| 08.00-08.30 น. | ผู้นำ/กรรมการชุมชน จัดหาและให้ความสะดวกในการใช้สถานที่ |
| 08.30-09.30 น. | อาสาสมัครคัดกรองเบื้องต้น ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ |
| 09.30-11.00 น. | ดำเนินการตรวจสุขภาพ ให้การรักษาในรายเจ็บป่วยเล็กน้อย ให้คำปรึกษา แนะนำ ปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล โดยทีมสุขภาพและผู้วิจัย |
| 11.00-11.30 น. | ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย และอาสาสมัคร นำทีมการออกกำลังกายที่ถูกต้องในผู้สูงอายุ |

- 11.30-12.00 น. พักผ่อนตามอัธยาศัย จัดกลุ่มพูดคุยกันภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม กำหนดผู้รับผิดชอบในการประสานกิจกรรมให้เกิดขึ้นในชุมชน

รายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมของพันธมิตรในสัปดาห์ที่ 2

1. พัฒนาชุมชน คือการมีส่วนร่วมในการวางแผน การปฏิบัติงานตามบทบาทที่วางไว้ และรับรู้ทั่วกัน มีการนัดหมายในการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1.1 ผู้นำ/กรรมการชุมชนให้การสนับสนุนสิ่งแวดลอมที่เอื้ออำนวยในการกระทำกิจกรรมต่างๆในชุมชน เช่น จัดเตรียมสถานที่และสิ่งแวดลอมให้เหมาะสม

1.2 อาสาสมัครทำหน้าที่ในการคัดกรองเบื้องต้น ในการวัดความดันโลหิต ซึ่งนำหนัก ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบ

1.3 ทีมสุขภาพตรวจสุขภาพร่างกายให้กับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพเป็นรายบุคคล พร้อมแจกแบบตรวจสอบการทำงานไปบันทึกกิจกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแล แนะนำการลงบันทึกให้เข้าใจ

1.4 ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย และอาสาสมัคร นำทีมในการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล

1.5 หลังการออกกำลังกาย ให้พักผ่อนตามอัธยาศัย ในระหว่างนั้นมีกิจกรรมการพูดคุยกันภายในกลุ่ม เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

1.6 กระตุ้นส่งเสริมให้มีการพัฒนาแนวทางเลือก ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆให้มีความหลากหลาย และมีการตัดสินใจโดยกลุ่ม เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน กิจกรรมกีฬาผู้สูงอายุ กิจกรรมเสริมความรู้ด้านต่างๆตามความต้องการผู้สูงอายุ เป็นต้น

1.7 ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่เป็นสาระสำคัญของกิจกรรมในวันนี้ พร้อมนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปในวันที่ 17 สิงหาคม 2545 เวลา 16.00 น.

2. กำหนดผู้รับผิดชอบในการประสานงานเพื่อดำรงไว้ซึ่งกิจกรรมให้คงอยู่ต่อไปและต่อเนื่อง

2.1 อาสาสมัครเป็นผู้ประสานงานกิจกรรมที่ดำเนินในชุมชนกับทีมสุขภาพ

2.2 ประธาน/กรรมการชุมชนเป็นผู้ประสานงานระหว่างสำนักงานเขต นักการเมืองส่วนท้องถิ่น ในการจัดสถานที่ สิ่งแวดลอม และทรัพยากรที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว

2.3 จัดทำสมุดบันทึกโทรศัพท์การติดต่อประสานงานหน่วยงานต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน

2.4 เสนอแนะจัดเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างไม่เป็นทางการภายในชุมชน เพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเอง และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

3. ชี้แจงแบบตรวจสอบการทำงานพันธมิตร และแจกแบบตรวจสอบการทำงานให้กลุ่มพันธมิตรไปทำการบันทึกพร้อมนัดหมายในสัปดาห์หน้า

4. ติดตามเยี่ยมบ้านให้ครบทุกราย ให้คำปรึกษาแนะนำ ชี้แจงแนวทางในการปฏิบัติตนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ กระตุ้นกิจกรรมให้เกิดขึ้น ตลอดจนร่วมช่วยแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ พร้อมนัดหมายการประชุมพบปะร่วมกันเมื่อสิ้นสุดในแต่ละสัปดาห์

ผลการดำเนินงาน เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2

1. มีผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างมาสมทบในกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการคัดกรองมากขึ้น แต่ก็มีผู้สูงอายุ 2 รายในกลุ่มทดลองที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เนื่องจากติดธุระ งานแต่งบุตรสาว งานทำบุญบ้าน

2. การดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง อาสาสมัครจะเป็นผู้กระตุ้นเตือนผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบ เข้าร่วมในกิจกรรม อาสาสมัครจะเป็นผู้วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก

3. ในระหว่างสัปดาห์ จะมีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ ในการดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกาย มีอาสาสมัครดำเนินการคัดกรองวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักให้กับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยไม่ได้เข้าร่วมแต่อย่างใด เป็นการดำเนินการด้วยชุมชนเอง ผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นความคิดในครั้งแรกเท่านั้น

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้สูงอายุบางรายติดภาระกิจ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ผู้วิจัยดำเนินติดตามเยี่ยมบ้านในระหว่างสัปดาห์ และอาสาสมัครที่รับผิดชอบผู้สูงอายุนั้นติดตามดูแลอีกทางหนึ่ง

สัปดาห์ที่ 3 ขึ้นกับการทำงาน (17 สิงหาคม 2545)

1. ประชุมพบปะกลุ่มพันธมิตรในชุมชน อภิปรายผลการดำเนินงาน อุปสรรค ปัญหา แนวทางแก้ไข ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อนำไปพัฒนาและปฏิบัติสืบต่อไปให้เป็นกิจกรรมที่ยั่งยืน โดยมีแนวทางในการดำเนินกิจกรรมที่คงอยู่ดังนี้

1.1 กิจกรรมการออกกำลังกายทุกวัน พุธ เสาร์ และอาทิตย์ วันละ 20-30 นาที โดยมีอาสาสมัครเป็นผู้นำทีม ผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน กระตุ้นให้มีการดำเนินกิจกรรมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.2 กิจกรรมการคัดกรองโดยอาสาสมัคร ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ชั่งน้ำหนัก ทุกเดือน โดยกำหนด วันและเวลาที่สะดวก และรับรู้ร่วมกัน เช่น ทุกวันศุกร์สุดท้ายของเดือน เวลา 16.00 น. เป็นต้น และมีการขยายบริการให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่ไม่อยู่ในกลุ่มทดลองด้วย

1.3 การให้คำปรึกษาแนะนำปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ โดยทีมสุขภาพ

1.4 กระตุ้นเตือนผู้สูงอายุให้มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และควรพบแพทย์ตามนัดหมาย

1.5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นครอบครัว ชุมชนให้มีส่วนร่วม และรับรู้ในกิจกรรมที่กระทำกับผู้สูงอายุ ให้การดูแลและเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ เกิดความพึงพอใจในชีวิต และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ตรวจสอบเครื่องมือกำกับการทดลอง ส่งเสริมให้มีการกระทำกิจกรรมที่ยังไม่ได้ดำเนินการ แจกเครื่องมือกำกับการทดลอง พร้อมนัดหมายในสัปดาห์หน้า

3. ติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

ผลการดำเนินการเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 3

1. ก่อนเริ่มกิจกรรมการออกกำลังกายทุกครั้ง อาสาสมัครจะตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และตรวจปัสสาวะให้ในรายที่ต้องการตรวจ

2. มีผู้สูงอายุรายหนึ่งเป็นต่อกระดูก ไม่เคยได้รับการตรวจรักษา ได้รับการส่งต่อพบแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสม โดยเพื่อนผู้สูงอายุเป็นเพื่อนพาไปโรงพยาบาล ในระหว่างดำเนินการพบผู้สูงอายุ 2 ราย มีระดับความดันโลหิตสูง และไม่เคยได้รับการรักษา ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม

3. ผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ขอเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น มีการพูดคุยหลังกิจกรรม มีผู้สูงอายุรายหนึ่งกล่าวถึงอาการปวดต้นคอทุเลาขึ้นมาก และอีกรายที่สามารถยกแขนได้สูงขึ้นมากกว่าแต่ก่อน

4. ในวันอาทิตย์จะมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าวันอื่น และผู้ดูแลผู้สูงอายุบางรายสามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้

สัปดาห์ที่ 4 (24 สิงหาคม 2545) สรุปผลการดำเนินงาน ให้พันธมิตรรับทราบ ร่วมกันแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ย้ำเตือนกิจกรรมการทำงานตามบทบาทและหน้าที่ของพันธมิตร และขยายการบริการให้กับผู้สูงอายุรายอื่นๆภายในชุมชนต่อไป นัดหมายผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมช่วงเช้า และกลุ่มทดลองช่วงบ่ายในสัปดาห์หน้า 31 สิงหาคม 2545

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลและรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบวัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยนัดหมายวัน และเวลาในการสัมภาษณ์ในวันที่ 31 สิงหาคม 2545
2. สรุปผลและวิเคราะห์ข้อมูล

รายละเอียดการรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง ทำแบบทดสอบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (pretest) โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย
2. ขณะทำการทดลอง นำเครื่องมือกำกับการทดลองที่เป็นแบบตรวจสอบการทำงานพันธมิตรใช้ในการดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้
 - 2.1 แผนกำกับการทำงาน ที่ระบุกิจกรรมการปฏิบัติงานในแต่ละสัปดาห์
 - 2.2 แบบบันทึกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (check list) ให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุเป็นผู้บันทึกเพื่อติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม
 - 2.3 แบบบันทึกการปฏิบัติงานของอาสาสมัครและผู้นำชุมชน
 ในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการบันทึกข้อมูลของกลุ่มพันธมิตรในชุมชนและกระตุ้นกิจกรรมให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งต่อเพื่อรับคำปรึกษาแนะนำในทีมสุขภาพในรายที่มีปัญหา
3. หลังการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. หลักความมีเมตตา กรุณา (Principle of beneficence) โดยการทดลองครั้งนี้ปราศจากอันตรายต่อผู้ถูกวิจัย และเป็นประโยชน์ต่อผู้ถูกวิจัย และมีอัตราส่วนความเสี่ยงต่อผลประโยชน์น้อยที่สุด ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างต้องการเข้าร่วมการวิจัยสามารถเข้าร่วมได้ แต่ไม่ได้นำมาคิดเป็นกลุ่มตัวอย่างลงในข้อมูลการวิจัย
2. หลักการเคารพและคำนึงถึงสิทธิของผู้ถูกวิจัย (Principle of respect for human dignity) ผู้ถูกวิจัยมีสิทธิยินยอมและบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย มีสิทธิในการปกปิด หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
3. หลักในการตัดสินใจ (Principle of justice) ผู้ถูกวิจัยมีสิทธิในการเข้ารับการรักษาอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม ไม่มีการเลือกให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่กลุ่มพันธมิตรใช้ในการดำเนินการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ ที (t-test statistic for independent group)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ ที (t-test statistic for dependent group)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต หลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ ที (t-test statistic for independent group)
5. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนในการทำวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ(3 สัปดาห์)

1. เตรียมบุคลากรลงในทีมสุขภาพและพันธมิตรในชุมชน
2. เตรียมเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย
3. เตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทดลอง

2. ขั้นทดลอง (4 สัปดาห์)

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการ Pretest ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นัดหมายพันธมิตรกระทำกิจกรรมวันรุ่งขึ้น

1.ขั้นตอนการวางแผน

- 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ
- 1.2 การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ในการดำเนินการและกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในพันธมิตร

2.ขั้นการจัดโครงสร้างการทำงาน เป็นขั้นตอนการกำหนดหน้าที่ภายในกลุ่มพันธมิตร

2.1 กำหนดบทบาทและหน้าที่ของพันธมิตร โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังต่อไปนี้

อาสาสมัคร(4 คน) ติดต่อประสานงานและจัดการบริการผู้สูงอายุเป็นกลุ่มโรคในการไปพบแพทย์ อาสาสมัคร 1 คนรับผิดชอบผู้สูงอายุ 5 คน กระตุ้นส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และเป็นผู้นำในการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน มีการจัดกิจกรรมซึ่งนำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ

ผู้ดูแลทางสุขภาพ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุ ปฏิบัติตามคำแนะนำและเข้าร่วมในกิจกรรม

ผู้นำชุมชน/กรรมการชุมชน ดูแลช่วยเหลือให้ความสะดวกในการจัดอุปกรณ์และสถานที่ ทรัพยากรอื่นๆในชุมชน การช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานราชการและเอกชนให้กับผู้สูงอายุ

ทีมสุขภาพ / ผู้วิจัย ให้ความรู้ในการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม ตรวจสุขภาพ ให้การรักษาขั้นพื้นฐาน และดำเนินการเสริมศักยภาพ โดยการจัดการอบรมให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุกับกลุ่มพันธมิตร

2.2 การแสวงหาทรัพยากรมาใช้ในชุมชน

สัปดาห์ที่2

3. ขั้นการสร้างพลังในการทำงาน เป็นการกระตุ้นสร้างแรงจูงใจในการทำงานร่วมกัน เกิดการติดต่อสื่อสารและการประสานงานที่ดี

3.1 พัฒนาชุมชนให้สมาชิกมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมตามบทบาท ดังนี้

- 1.1.1 ผู้นำ/กรรมการชุมชนจัดสถานที่และอำนวยความสะดวก
- 1.1.2 อาสาสมัครทำการคัดกรอง
- 1.1.3 ตรวจสุขภาพ ให้การรักษาขั้นต้น พร้อมให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล โดยทีมสุขภาพและผู้วิจัย
- 1.1.4 ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย อาสาสมัครนำทีมในการออกกำลังกาย
- 1.1.5 พักผ่อน พุดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กลุ่มช่วยเหลือกันเอง

3.2 ประสานงานอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ในการประสานกิจกรรมการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

สัปดาห์ที่ 3

4. ขั้นกำกับการทำงาน ติดตามกิจกรรมการดำเนินงานจากเครื่องมือกำกับการทดลองของทีมสุขภาพ จากการ สอบถาม และ แก้ไขปรับปรุง เกิดการเรียนรู้และแก้ไขจากการปฏิบัติ พร้อมวางแผนกิจกรรมที่ควรกระทำให้ต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

สัปดาห์ที่4 ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาแนะนำ เก็บเครื่องมือกำกับการทดลอง และกระตุ้นกิจกรรมต่อเนื่องโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย

3. ขั้นประเมินผลและรวบรวมข้อมูล (1 สัปดาห์)

วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย จากชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา และกลุ่มทดลอง 20 ราย จากชุมชนบึงพระราม 9 ปอ 3 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง
- ตอนที่ 3 รายงานผลจากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามปลายเปิดภายหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเพศ อายุ สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	7	35.00	7	35.00	14	35.00
	หญิง	13	65.00	13	65.00	26	65.00
อายุ	60-69 ปี	14	70.00	14	70.00	28	70.00
	70 ปีขึ้นไป	6	30.00	6	30.00	12	30.00
สถานภาพการสมรส							
	คู่	13	65.00	16	80.00	29	72.50
	หม้าย	6	30.00	4	20.00	10	25.00
	แยกกันอยู่	1	5.00	0	0.00	1	2.50
ระดับการศึกษา							
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	5.00	7	35.00	8	20.00
	ประถมศึกษา	16	80.00	13	65.00	29	72.50
	มัธยมศึกษา	3	15.00	0	0.00	3	7.50
รวม		20	100.00	20	100.00	40	100.00

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65 เป็นเพศชาย ร้อยละ 35 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 70 อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65. ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 80 ในกลุ่มควบคุม ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของศาสนา สถานะในครัวเรือน อาชีพ ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา	พุทธ	8	40.00	18	90.00	26	65.00
	อิสลาม	12	60.00	2	10.00	14	35.00
สถานะในครัวเรือน							
	หัวหน้าครอบครัวหรือเจ้าบ้าน	15	75.00	12	60.00	27	67.50
	ผู้อาศัย	3	15.00	6	30.00	9	22.50
	บุตรหลานเป็นเจ้าบ้าน	2	10.00	2	10.00	4	10.00
อาชีพ							
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	55.00	13	65.00	24	60.00
	รับจ้างทั่วไป	3	15.00	3	15.00	6	15.00
	ค้าขาย	6	30.00	4	20.00	10	25.00
	รวม	20	100.00	20	100.00	40	100.00

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90 มีสถานะในครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 75 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 60 ในกลุ่มควบคุม อาชีพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 55 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความพอเพียงของรายได้ และโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพอเพียงของรายได้						
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	9	45.00	9	45.00	18	45.00
เพียงพอเหลือเก็บ	5	25.00	4	20.00	9	22.50
ไม่เพียงพอ	6	30.00	7	35.00	13	32.50
โรคประจำตัว						
ข้อเสื่อม	5	25.00	10	50.00	15	37.50
หัวใจและหลอดเลือด	3	15.00	1	5.00	4	10.00
เบาหวาน	3	15.00	3	15.00	6	15.00
ความดันโลหิตสูง	6	30.00	2	10.00	8	20.00
โคเลสเตอรอลในเลือด	1	5.00	2	10.00	3	7.50
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	2	10.00	0	0.00	2	5.00
ไม่มีโรคประจำตัว	0	0	2	10.00	2	5.00
รวม	20	100.00	20	100.00	40	100.00

จากตาราง พบว่า ความพอเพียงของรายได้ผู้สูงอายุ เพียงพอไม่เหลือเก็บร้อยละ 45 เพียงพอเหลือเก็บร้อยละ 25 ไม่เพียงพอร้อยละ 30 โรคประจำตัวในผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง พบมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30 รองลงมาข้อเสื่อม ร้อยละ 25 และพบน้อยที่สุดคือ โคเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 5 ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุม พบมากคือโรคข้อเสื่อม ร้อยละ 50 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 15

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน

คุณภาพชีวิต	หลังการทดลอง(n=20)		ก่อนการทดลอง(n=20)		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ด้านร่างกาย	25.70	4.09	22.55	4.03	3.67*
ด้านจิตใจ	23.05	2.67	20.65	3.65	2.72*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.85	1.31	8.70	1.38	3.52*
ด้านสิ่งแวดล้อม	23.35	2.03	20.80	2.53	5.52*
โดยรวม	81.95	8.26	72.70	8.55	5.53*

*p<.05

จากตาราง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับรูปแบบพันธมิตรในการบริการสุขภาพในชุมชนตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามรายด้าน

คุณภาพชีวิต	หลังการทดลอง(n=20)		ก่อนการทดลอง(n=20)		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ด้านร่างกาย	22.55	4.58	23.55	4.59	1.61
ด้านจิตใจ	19.80	2.38	19.45	2.61	-0.86
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	7.65	1.50	8.20	1.28	1.57
ด้านสิ่งแวดล้อม	21.10	2.02	20.60	2.33	-1.17
โดยรวม	71.10	7.91	71.80	8.86	-0.59

*p<.05

จากตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านทุกด้านของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน (กลุ่มทดลอง) กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนการทดลอง จำแนกตามรายด้าน

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ด้านร่างกาย	22.55	4.03	23.55	4.59	-.73
ด้านจิตใจ	20.65	3.65	19.45	2.61	-1.19
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	8.70	1.38	8.20	1.28	-1.18
ด้านสิ่งแวดล้อม	20.80	2.53	20.60	2.33	-.26
โดยรวม	72.70	8.55	71.80	8.86	-0.33

*p<.05

จากตาราง พบว่าก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน (กลุ่มทดลอง) และผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการสุขภาพในชุมชนที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังการทดลองจำแนกเป็นรายด้าน

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ด้านร่างกาย	25.70	4.09	22.55	4.58	2.29*
ด้านจิตใจ	23.05	2.67	19.80	2.38	4.07*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.85	1.31	7.65	1.50	4.95*
ด้านสิ่งแวดล้อม	23.05	2.03	21.10	2.02	3.50*
โดยรวม	81.95	8.26	71.10	7.91	4.24*

*p<.05

จากตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 รายงานผลการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดภายหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการทางสุขภาพ

ข้อคำถาม

“ท่านมีความคิดเห็น หรือรู้สึกอย่างไรต่อรูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการทางสุขภาพในชุมชน”

ผู้สูงอายุ เห็นด้วยกับรูปแบบที่จัดขึ้น ได้พบปะพูดคุย รับรู้เรื่องราวข่าวสารสุขภาพ และข่าวสารภายในชุมชน ควรจัดให้มีกิจกรรมต่างๆ สนุกสนานได้รับความรู้ มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุบางรายให้ความเห็นว่า ชอบกิจกรรมการออกกำลังกาย อยากให้มีทุกวัน และกิจกรรมตรวจสุขภาพได้รับคำปรึกษาแนะนำดี

ผู้ดูแลภายในครอบครัว ไม่มีเวลามาร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง เพราะต้องทำงาน เห็นด้วยกับกิจกรรมที่จัดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่เหงา มีความรู้ดี ส่วนใหญ่ก็ดูแลช่วยเหลืออยู่ในบ้าน บางรายให้ความเห็นว่า บิดาตนดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดี ตนเองมีหน้าที่พาไปพบแพทย์เท่านั้น และให้การช่วยเหลือทางการเงินเล็กน้อย

ผู้นำชุมชน รู้สึกยินดีที่ทีมแพทย์พยาบาลได้ให้ความสนใจในชุมชนนี้ ยินดีให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม การทำกิจกรรมทุกครั้งในชุมชนขอให้แจ้งมาให้ทราบด้วย

อาสาสมัคร เห็นด้วยกับการจัดรูปแบบนี้ อยากให้มีอาสาสมัครเพิ่มช่วยการทำงาน เพราะผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมมากขึ้น และอยากให้มีส่วนแทนที่สามารถผลัดเปลี่ยนการทำงาน เพราะบางครั้งติดธุระไม่สามารถมาร่วมดำเนินการได้

ทีมสุขภาพ เห็นด้วยกับการทำงานร่วมกันเป็นพันธมิตร ซึ่งตรงกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นระบบบริการเชิงรุก การสร้างเสริมสุขภาพประชาชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ช่วยให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างประชาชนในชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์ แต่ต้องดำเนินงานอย่างจริงจังและมีผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน

บทที่ 5

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research Design) แบบแผนการวิจัยสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน วัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent Pretest - Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยแบ่งการวิจัยเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 เป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน

กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุในชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา เป็นกลุ่มที่ให้การบริการสุขภาพในชุมชนตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนจะดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน
2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มทดลองภายหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนจะดีกว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดบริการสุขภาพในชุมชนตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทั้งเขตเมืองและชนบท ที่มีโครงสร้างอาณาเขตครอบคลุมส่วนท้องถิ่น ประชากร 50- 500 ครอบครัว มีองค์การภายในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 รายเป็นกลุ่มทดลอง และผู้สูงอายุชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา จำนวน 20 รายเป็นกลุ่มควบคุม

สรุป ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 เพศชาย ร้อยละ 35 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็น ร้อยละ 70 อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 80 ในกลุ่มควบคุม ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองนับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90 สถานะในครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 75 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 60 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65 ในกลุ่มควบคุม โรคประจำตัวที่พบมากในกลุ่มทดลองคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30 กลุ่มควบคุมคือข้อเสื่อม ร้อยละ 50

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ตอนคือ
 - 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
 - 1.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Brief) แบ่งเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ คู่มือแบบแผนการให้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน และคู่มือการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบตรวจสอบการทำงานของพันธมิตร โดยพันธมิตรเป็นผู้ตรวจสอบด้วยตนเอง ผู้วิจัยสรุปตรวจสอบเพิ่มเติม สรุปและให้ข้อเสนอแนะ ร่วมกันแก้ไขปัญหาและอุปสรรค

วิธีสร้างเครื่องมือ

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Brief) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ที่สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ (2540) ได้นำมาพัฒนารูปแบบข้อคำถามให้มีมาตรฐาน มีความเป็นสากล ขนาดเล็ก สะดวก ง่ายต่อการนำไปใช้ และเป็นที่ยอมรับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุชุมชนไทยญี่ปุ่นและชุมชนประชาอุทิศ ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .85

2. คู่มือแบบแผนการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำแนวคิดหลักการจัดการของ Bovee และคณะ (1993) มาบริหารจัดการในมิติการทำงานพันธมิตรของ Powell (1992 cited in Scriven ,1998) พันธมิตรเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ (Pender,1996) ในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ร่างแผนการทำงาน กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ใน 8 ท่าน และสมาชิกพันธมิตรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในบทบาทและหน้าที่ของตน นำไปปรับปรุงเนื้อหาและแก้ไขตามคำแนะนำ นำไปทดลองใช้ในชุมชนที่ไม่ใช่ชุมชนทดลอง โดยนำไปใช้เป็นบางส่วนของการทำงานที่ชุมชนประชาอุทิศ ชุมชนไทยญี่ปุ่น และศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้เคียง นำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

3. คู่มือการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย กำหนดโครงร่าง เนื้อหา สาระ เกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา จากอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ใน 8 ท่าน นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ 5 ราย ปรับปรุงข้อความให้อ่านง่าย และตัวหนังสือโตขึ้นอีกเล็กน้อย ก่อนนำไปใช้จริง

4. แบบตรวจสอบการทำงานของพันธมิตรสำหรับทีมสุขภาพ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล อาสาสมัคร และผู้นำชุมชน โดยร่างแผนการทำงานตามบทบาทและหน้าที่ ให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ใน 8 ท่าน นำไปทดลองใช้กับอาสาสมัคร ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลชุมชนประชาอุทิศและชุมชนไทยญี่ปุ่น ปรับปรุงการบันทึกตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้จริง

การดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมพันธมิตรในที่มสุขภาพ และที่พันธมิตรในชุมชน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆที่จัดให้มีขึ้นในชุมชนโดยใช้รูปแบบพันธมิตร

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วข้างต้นให้พร้อมที่จะดำเนินการ

1.3 เตรียมสถานที่ในชุมชน ทำหนังสือแจ้งขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชนขอใช้สถานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน

2. ขั้นทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม นัดหมายผู้สูงอายุในช่วงเช้าวันที่ 2 สิงหาคม 2545 ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนในชุมชน ดำเนินการสัมภาษณ์แบบวัดคุณภาพชีวิตครั้งแรกโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ให้คำปรึกษาแนะนำเป็นรายบุคคล ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาทางสุขภาพโดยผู้วิจัย และทำการส่งต่อให้กับที่มสุขภาพเมื่อมีปัญหาคือจะต้องได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม พร้อมนัดหมายอีก 4 สัปดาห์เพื่อดำเนินการสัมภาษณ์แบบวัดคุณภาพชีวิตครั้งที่ 2 ในวันที่ 31 สิงหาคม 2545

2.2 กลุ่มทดลอง เริ่มดำเนินการดังนี้

2 สิงหาคม 2545 นัดหมายผู้สูงอายุในช่วงบ่าย ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนในชุมชน ดำเนินการสัมภาษณ์แบบวัดคุณภาพชีวิตครั้งแรกโดยผู้ช่วยผู้วิจัย ให้คำปรึกษาแนะนำเป็นรายบุคคล พร้อมนัดหมายครั้งต่อไปวันรุ่งขึ้น 3 สิงหาคม 2545 โดยนำผู้ดูแลหลักในครอบครัวมาด้วย พร้อมนัดหมายผู้นำชุมชน อาสาสมัครในชุมชน มาประชุมพบปะร่วมกัน

3 สิงหาคม 2545 ประชุมกลุ่มพันธมิตรร่วมวางแผนดำเนินกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการดำเนินงาน เสริมสร้างศักยภาพด้านความรู้และแนวทางการทำงานที่เป็นพันธมิตรให้กับสมาชิก ร่วมกันกำหนดบทบาทของกิจกรรมการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการทางสุขภาพในชุมชนให้กับผู้สูงอายุตามบทบาทและหน้าที่ของตนที่รับรู้ร่วมกัน

10 สิงหาคม 2545 ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมของพันธมิตร สร้างพลังแรงจูงใจในการทำงานร่วมกัน ให้เกิดการพัฒนาชุมชนและการประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมทำกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมการคัดกรองโดยอาสาสมัคร การตรวจสุขภาพ ให้คำปรึกษาแนะนำ กิจกรรมการออกกำลังกาย การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน กำหนดผู้ติดต่อประสานงานในการดำเนินกิจกรรม และร่วมกันดำเนินการจัดตั้งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุสุขภาพดีในชุมชน

17 สิงหาคม 2545 กำกับติดตามผลการดำเนินงาน กระตุ้นเตือนการปฏิบัติกิจกรรมที่ยังไม่ได้ดำเนินการ พบปะร่วมกันแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษาแนะนำในระหว่างสัปดาห์ทุกคนๆ ละ 3 ครั้ง พร้อมหาแนวทางที่จะทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

24 สิงหาคม 2545 สรุปผลการดำเนินงานให้พันธมิตรรับทราบ และส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมที่ยั่งยืนต่อไป โดยกำหนดกิจกรรมให้ทุกคนรับรู้ร่วมกัน เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายทุกวัน พุธ เสาร์ อาทิตย์ กิจกรรมการคัดกรองโดยอาสาสมัคร การให้คำปรึกษาแนะนำและตรวจสุขภาพทุกวันศุกร์สุดท้ายของเดือน เป็นต้น

31 สิงหาคม 2545 ดำเนินการสัมภาษณ์แบบวัดคุณภาพชีวิตครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS/PC (Statistic Package for the Social Science / Personal Computer) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลแจกแจงเป็นความถี่และร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ ที (t-test statistic for independent group)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ ที (t-test statistic for dependent group)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต หลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ ที (t-test statistic for independent group)
5. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 เพศชายร้อยละ 35 มีอายุระหว่าง 60-69ปี ร้อยละ 70 อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90 สถานะในครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 75 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 60 ในกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65 ในกลุ่มควบคุม ความพอเพียงของรายได้ ส่วนใหญ่เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45 และพบว่ากลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวคือข้อเสื่อม ร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน จะดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน ผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1.

3. ผลของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนตาม (กลุ่มทดลอง) และผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการสุขภาพในชุมชนตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง รายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลอง สูงกว่าคะแนนคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับรูปแบบพันธมิตรจัดบริการสุขภาพในชุมชน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการทางสุขภาพตามปกติ ผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2.

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านทุกด้านที่ได้รับการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการ

บริการทางสุขภาพตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.70 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.80

จึงสรุปได้ว่า ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

5. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการบริการทางสุขภาพตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.80 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.10

จึงสรุปได้ว่า ก่อนและหลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากการศึกษา ผลการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่ได้รับรูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน (กลุ่มทดลอง) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับรูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการจัดบริการสุขภาพในชุมชนตามปกติ (กลุ่มควบคุม) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับรูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการสุขภาพในชุมชนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า พันธมิตรที่ประกอบด้วย กลุ่มเพื่อน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน และทีมสุขภาพ ถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่มีส่วนช่วยทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น เนื่องจากสมาชิกพันธมิตรได้รับรู้ในบทบาทและหน้าที่ของตนที่พึงกระทำต่อผู้สูงอายุและมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการคัดกรองและมีการพบปะพูดคุยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้นำชุมชนได้รับรู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุ และเล็งเห็นคุณค่าทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนเกิดความภาคภูมิใจ จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนช่วยเหลือ มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในรูปแบบที่เป็น Formal และ Informal โดย Pender (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม จะ

ช่วยดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ช่วยลดความเครียด ส่งเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ต่อการมีพัฒนาการที่ดี และป้องกันการเจ็บป่วย สามารถใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวต่อความเครียดที่ประสบอยู่ได้

แหล่งสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ต้องทำงานร่วมกันในลักษณะที่เป็นพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพตามบทบาทและหน้าที่ของตนโดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ในการส่งเสริมสุขภาพ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับตนเอง และบุคคลอื่นๆ ในสังคม มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ประสานความร่วมมือ (co-operation) สร้างพลังในชุมชน มีการบริหารจัดการที่ดี โดยตั้งศักยภาพของแต่ละบุคคลในชุมชนให้เกิดพลังอำนาจ (empowerment) ภายในกลุ่มชนในชุมชน (พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์, 2541: 57-67) ให้สมาชิกพันธมิตรได้ร่วมในกระบวนการต่างๆ ในชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาชุมชนไปในทางสร้างสรรค์ เกิดการเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง จนเกิดผลลัพธ์ออกมาในลักษณะแผนการพัฒนาที่หลากหลาย สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองภายในชุมชน และเกิดการพัฒนายั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดของ Bolton และคณะ (1998) ; Douglas (1998) ที่ว่า ระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นพันธมิตรทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะก่อให้เกิดการมีพฤติกรรมที่ดีมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจในสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และได้รับการบริการที่ดีมีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ ซึ่งหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง เพราะฉะนั้น การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ต้องมีส่วนร่วมในการให้บริการ ร่วมมือกันเป็นพันธมิตรในการกระทำกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน

2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต จำแนกตามรายด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ในกลุ่มทดลองภายหลังการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า

2.1 คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มพันธมิตรทางสุขภาพในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาขั้นพื้นฐาน และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่กิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพด้านความรู้ในการปฏิบัติตนทั้งผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแลในครอบครัว ตลอดจนอาสาสมัครในชุมชนได้ตระหนักถึงแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค คอยกระตุ้นเตือนให้มีกิจกรรมต่างๆร่วมกันเช่น กิจกรรมการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม การดูแลเรื่องอาหารให้กับผู้

สูงอายุในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่ในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมภายในบ้าน และนอกบ้าน การให้การรักษาเบื้องต้นจ่ายยาสามัญประจำบ้านโดยอาสาสมัครประจำชุมชน และมีการติดตามดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องทุกสัปดาห์ คนละ 3 ครั้งในระหว่างการดำเนินงานวิจัยให้คำแนะนำ ปรีกษา และส่งต่อให้ทีมสุขภาพในรายที่มีปัญหา เช่น ปัญหาสุขภาพช่องปาก ส่งพบทันตแพทย์ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่งต่อปรีกษานักสังคมสงเคราะห์เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือตามความเหมาะสมในแต่ละรายไป กิจกรรมต่างๆเหล่านี้มีส่วนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี การเคลื่อนไหวร่างกายดีขึ้น จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุลี ทองวิเชียร และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน มีส่วนสัมพันธ์กับบริบทของชุมชน และครอบครัว โดยเฉพาะระบบเครือญาติ เพื่อนบ้าน ภูมิปัญญาชาวบ้าน ขนบธรรมเนียมประเพณี แหล่งข่าวสาร ความรู้จากสื่อต่างๆภายนอก และภายในชุมชน ทั้งโดยทางตรงและโดยอ้อม ซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งก่อนเจ็บป่วย และระหว่างเจ็บป่วย การดำเนินการของพันธมิตรในการให้บริการเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ จะได้รับการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน กระตุ้นเตือนการตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับการส่งต่อที่เหมาะสม เป็นช่องทางการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ ศรีสรจันทร์ และคณะ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพระดับต่ำ

2.2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนเกิดจาก การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มองค์กรในชุมชน ผู้นำชุมชน ครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด ในการจัดการให้บริการด้านที่อยู่อาศัย ด้านอาหาร การเงิน การจัดสิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอกบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ตลอดจนการสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตใจ ถือว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในภาวะสุขภาพดี และยามเจ็บป่วย จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกหลาน หรือมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี สุขภาพจิตผู้สูงอายุก็จะดี (ปราโมทย์ วังสะอาด , 2530 ; มารศรี นุชแสงพลี , 2532) เหล่านี้ก็จะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีด้วย

การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน มีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ มีกิจกรรมร่วมกัน เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตใจ เกิดการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้สูงอายุจะเกิดความเชื่อมั่น และรู้สึกว่าคุณค่า ได้รับการยอมรับนับถือ ได้รับความเอาใจใส่ต่อกันและกันในกลุ่ม ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต (Pender,1996) สนับสนุนทฤษฎีกิจกรรมที่เชื่อว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบปะเพื่อนฝูง

จะทำให้ไม่มีความเหงาหรือเศร้าซึม ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Berghorn and Schafer,1981:343)

นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัคร ผู้นำชุมชน/กรรมการชุมชนให้ความสนใจต่อผู้สูงอายุมากขึ้นกว่าเดิม รับรู้ในกิจกรรมต่างๆ ที่มีในชุมชน เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และยอมรับเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ย่อมส่งผลต่อด้านอารมณ์และจิตใจผู้สูงอายุ เกิดความเชื่อมั่น และมีคุณค่าในตัวเอง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจจึงสูงขึ้น

2.3 คุณภาพชีวิตด้านสังคม กลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเองถือเป็นพันธมิตรในการให้การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน (peer support) ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน มีการพบปะพูดคุยกันทุกสัปดาห์หลังมีกิจกรรมการออกกำลังกาย ได้แลกเปลี่ยนพูดคุยประสบการณ์ ช่วยเหลือให้คำแนะนำระหว่างกัน และได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าตนมีคุณค่า จะไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีกำลังใจมากขึ้น จากการศึกษาของ สุวัฒน์ ศรีสรจัตร์ และคณะ (2543) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะการดำเนินกิจกรรมต่างๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถ และมีประโยชน์ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น และการมีกิจกรรมร่วมกันกับผู้อื่น ได้รู้จักกัน ยังสร้างความเพลิดเพลินให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษา ของสุจิตรา นิลเลิศ (2539) ที่พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบาย ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ การให้ความเคารพยกย่อง การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรม รายได้ (เงิน สิ่งของ) การยอมรับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การยอมรับและให้อภัย การใช้เวลาเอาใจใส่พูดคุยด้วย ตัวแปรเหล่านี้ทุกตัว มีอิทธิพลหรือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทางบวก

2.4 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อธิบายได้ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญผู้สูงอายุสามารถเอื้ออำนวยสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนให้กับผู้สูงอายุ จัดหาสถานที่ในการออกกำลังกาย สนามกีฬาเปิดองให้กับผู้สูงอายุ สนับสนุนจัดหาทรัพยากรจากงบประมาณที่ได้จากงบประมาณชุมชน นักการเมือง กองทุนต่างๆ มาสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ถึงแม้ยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากนัก สิ่งแวดล้อมรวมถึงสถานะสภาพภายในบ้าน ความมั่นคงปลอดภัยของแหล่งที่อยู่อาศัย สถานะทางการเงิน การได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ ล้วนแล้วแต่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นทั้งสิ้น การประชุมพบปะร่วมกันของพันธมิตรทุกสัปดาห์ และการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน จะได้รับฟังข่าวสารทั้งด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกที่ดีต่อบ้านและชุมชนที่อยู่

อาศัย และมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในชุมชน (Creezy, Bery and Wright, 1985; Cruz, 1986)

นอกจากนี้ การศึกษาของสมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคณะ (2538) ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สถานะทางสุขภาพ และสถานที่อยู่อาศัย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 58.60 สรุปได้ว่า พันธมิตรในทีมสุขภาพและพันธมิตรในชุมชนมีส่วนที่ให้การสนับสนุนการจัดบริการทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ด้วยความร่วมมือร่วมใจกันโดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เดียวกันในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พอสรุปได้ว่า ผลการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน สามารถนำรูปแบบพันธมิตรไปใช้ในการจัดบริการด้านสุขภาพเชิงรุกถึงชุมชน การมีส่วนร่วมของ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่งถือเป็นพันธมิตรที่สำคัญในชุมชน โดยมีการบริหารจัดการที่ดี การจูงใจ เสริมสร้างพลังในชุมชน สังคม เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หัวใจสำคัญอยู่ที่ การบริหารจัดการพันธมิตรเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการร่วมกันให้เกิดผลประโยชน์ต่อองค์กรมากที่สุด โดยผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ตามข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ผู้บริหารการพยาบาลควรพิจารณานำแนวทางการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดระบบบริการการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอื่นๆ และทุกชุมชน โดยพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละชุมชนซึ่งมีความแตกต่างกันภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และวิถีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป ข้อที่ควรคำนึงถึงในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่จะนำมาเป็นพันธมิตรในการทำงานร่วมกันนั้น มีส่วนสำคัญในการที่จะสร้างความเข้มแข็งของพันธมิตร ซึ่งนอกจากจะเป็นผู้ที่ได้ผลประโยชน์โดยตรงแล้ว จะต้องเป็นผู้ที่เสียสละ เป็นที่เชื่อถือ ศรัทธา และเป็นผู้ที่รู้จักดีในชุมชน

1.2 ผู้บริหารการพยาบาล ควรพิจารณาแนวทางในการสร้างเครือข่ายการทำงานในลักษณะที่เป็นพันธมิตร ทำงานร่วมกันเป็นพหุภาคีกับองค์กรอื่นๆมาเป็นพันธมิตร เพื่อช่วยส่งเสริม

การทำงานที่หลากหลายในแนวคิด ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ไม่ใช่แต่เฉพาะในชุมชนเท่านั้น ผู้ปฏิบัติงานในส่วนราชการ องค์กรเอกชน องค์กรการเมือง ตลอดจนรัฐวิสาหกิจ สามารถทำงานร่วมเป็นพันธมิตรในการให้บริการประชาชนด้านสุขภาพอนามัย โดยมีเป้าหมายที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ควรจะกำหนดผู้รับผิดชอบโดยตรง ในการติดต่อประสานงาน การดำเนินงาน เพื่อบรรลุผลสำเร็จของการดำเนินงานพันธมิตรให้เป็นไปด้วยความสะดวกและรวดเร็ว

1.3 การทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ เข้าร่วมกิจกรรม การดำเนินการทุกขั้นตอน โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นและส่งเสริมในการดำเนินกิจกรรมในระยะแรก การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ความเชื่อถือและไว้วางใจของกันและกันของพันธมิตร เป็นสิ่งสำคัญในการทำงานร่วมเป็นพันธมิตร ชุมชนเป็นพันธมิตรที่สำคัญและมีศักยภาพพอเพียงในการดูแล ช่วยเหลือตนเอง

1.4 ควรมีการพัฒนาผู้นำทุกระดับ โดยเฉพาะการเสริมสร้างทักษะในกระบวนการแก้ปัญหาเชิงรุก ทักษะในการสื่อความหมาย และทักษะในการทำงานร่วมกันเป็นทีม ระหว่างประชาชน องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมความแล้วก็คือ ทักษะด้านการบริหารจัดการโครงการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมนั่นเอง

1.5 การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเข้าไปในชุมชนจัดเป็นทางเลือกอันหนึ่งที่คาดว่าจะทำให้เกิดการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอย่างดี เป็นการทำงานที่รุกเข้าสู่พื้นที่ ชุมชน ผู้ครอบครัวและบุคคล มุ่งเน้นความรับผิดชอบต่อส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก อันเป็นการการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่า การซ่อมสุขภาพ เมื่อประชาชนมีพฤติกรรมที่ดี การเจ็บป่วยลดน้อยลง ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพย่อมลดลง อันจะนำไปสู่ระบบบริหารและระบบบริการในอนาคต

1.6 การทำงานในชุมชนต้องมีความยืดหยุ่นในการทำงาน มีการติดต่อประสานงานกับบุคคลหลายระดับ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการทำงานร่วมกันเป็นพันธมิตร อีกสิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ ความพร้อมของชุมชนภายใต้สภาพแวดล้อมและบริบทที่แตกต่างกันไป และการทำงานร่วมกันหลายฝ่ายย่อมนำมาซึ่งความคิดที่หลากหลาย ให้นำผลดีมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติไปสู่จุดมุ่งหมายและผลลัพธ์ที่เป็นเป้าหมายเดียวกัน

1.7 การดำเนินงานในชุมชนที่จะให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนนั้น ชุมชนจะต้องเป็นผู้เลือกสรร ผู้วางแผน ผู้ปฏิบัติ และรับผลประโยชน์จากการปฏิบัตินั้น ผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นและเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในชุมชน (empowerment) ให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้และเสริมเพิ่มพลังเป็นระยะ (reinforcement) ให้เกิดความเข้มแข็งที่ต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการติด

ตามเยี่ยมชมเยียน ให้การสนับสนุนด้านความรู้ แนวทางการดำเนินงาน เกิดเป็นแนวทางการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 นำรูปแบบพันธมิตรไปใช้กับประชาชนกลุ่มอื่นๆ เช่น กับกลุ่มเด็ก และเยาวชน ในโรงเรียน และในชุมชนที่เป็นปัญหาสุขภาพจิต ที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย และปัญหาที่ต้องเร่งดำเนินแก้ไขร่วมกันในรูปแบบที่เป็นพันธมิตร โดยการมีส่วนร่วมของคุณครู ผู้ปกครอง อาสาสมัคร และชุมชนร่วมเป็นพันธมิตรในการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

2.2 ศึกษากระบวนการเชิงรุก โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุข ในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การจูงใจ ควบคู่ไปกับการพัฒนาและการบูรณาการสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน และเอื้อต่อสุขภาพ

2.3 ติดตามผลการดำเนินงานในระยะยาว ถึงปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- กนกพร สุกำว้าง .2540 . แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
ดุขฎิบั๊ณทิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กลุ่มงานวิจัยส่งเสริมพลศึกษา สุขภาพ และนันทนาการ . 2538. พฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย
.เอกสารรายงานการวิจัยสำนักพัฒนาการพลศึกษา สุขภาพ และนันทนาการ กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษา
ธิการ.
- จรรย์ มาลฮอตตรา และคณะ. 2543. การศึกษาผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทร่วมในการเป็นผู้
ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ .1(2) เมษายน-มิถุนายน: 5-13.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ .2543. สถานะสุขภาพคนไทย.กรุงเทพฯ:อุษาการพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ . 2540 .การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปใน
ประเทศไทยปี พ.ศ. 2538 .วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.20(2) เมษายน-
มิถุนายน: 15-35.
- จารุวรรณ เหมะธรร. 2539. การบริการทางสุขภาพผู้สูงอายุ. การประชุมวิชาการเรื่อง การส่งเสริมสุข
ภาพ: บทบาทสำคัญของพยาบาล วันที่ 11-13 ธันวาคม 2539 ณ โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพฯ.
- จำเรียง กุระมะสุวรรณ. 2536. ประชากรผู้สูงอายุกับการจัดสวัสดิการ. ในจรัสวรรณ เทียนประภาส
และพัชรี ต้นศิริ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ , หน้า 1-34.กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองธรรม.
- จิระพร อภิชาติบุตร . 2540 . ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และ
การบริการสุขภาพในชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร .
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบั๊ณทิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ชำนาญ วัฒนะ. 2529. การศึกษาสภาพการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน ในการบริการงานวิชาการของ
โรงเรียนประถมศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบั๊ณทิต สาขา
บริหารการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชฎิลพร เซาว์นเมธากิจ. 2541. พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 . เอกสารประกอบการ
ประชุมวิชาการเรื่อง พยาบาลกับบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. วันที่ 17
กรกฎาคม 2541 ณ หอประชุมตึกศักดิ์รินทรภักดี วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ธนา ประมุขกุล . 2544 . เครือข่าย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. กรกฎาคม-กันยายน
:104-112.

- ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์ . 2543. กระบวนการเสริมสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม.
พิมพ์ครั้งที่ 4 . ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- นภาพร ชโยวรรณ .2541. ตารางประกอบการบรรยายเรื่องครอบครัวและผู้สูงอายุในเอเชีย : ภาพรวม.การสัมมนาวิชาการเรื่องครอบครัวและผู้สูงอายุ ณ ห้องประชุม จุมภฏ – พันทิพย์ ชั้น 4 อาคารประชาธิปไตย – ราไพพรรณี วันที่ 9 กันยายน 2541. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล. 2539. รายงานการสำรวจภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- นันทวัน สุวรรณรูป. 2544. อุปสรรคและปัญหาการบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน.วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.2(4) ตุลาคม- ธันวาคม :36-40.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล .2543. การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรลุ ศิริพานิช .2543. อดีต ปัจจุบัน ความหวัง ของผู้สูงอายุไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.1(3) กรกฎาคม-กันยายน: 30-34.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. 2531. พฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาว และแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร : สามัคคีการพิมพ์.
- ประคอง อินทรสมบัติ .2543. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : แนวคิด ทฤษฎี การปฏิบัติการพยาบาล. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช.
- ประนอม โอทกานนท์ และ สุวณี วิวัฒน์วานิช. 2541. สภาพแวดล้อม ทรัพยากรที่จำเป็นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุไทย. ทุนวิจัยรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาพร จินันทุยา .2536. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเวศ วะสี . 2543. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุม เรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ: ทิศทางและบทบาทของพยาบาล วันที่ 18 ธันวาคม 2543 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร.
- ปราโมทย์ วัังสะอาด.2530. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปาลีรัตน์ พรทวีภัณฑา.2541.แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางอายุ.วิทยา
 นิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัย
 เชียงใหม่.
- พงษ์ศิริ ปราวรณาดิ. 2543. แนวคิดการจัดตั้ง Age Net. การอบรมและประชุมวิชาการด้านผู้สูง
 อายุและความชรา. ณ โรงแรมตะวันนารามาตา วันที่ 2-6 ตุลาคม 2543 . กรุงเทพฯ : ปีปีการ
 พิมพ์และบรรจุกุณธ์.
- พวงรัตน์ บุญญานุกฤษ. 2544. ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ ในการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วั
 ใหม่บุลูพรินต์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2540. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่
 7.กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์. 2541. การสร้างพลังและสุขภาพ. วารสารสุขภาพศึกษา.21(78) มกราคม-เมษายน:
 57-67.
- ภิญญา หนูภักดี.2542 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในระบบ
 สุขภาพที่กำลังเปลี่ยนแปลง.วารสารการศึกษายพยาบาล.10(2) สิงหาคม-พฤศจิกายน :103-112.
- มณฑนา เจริญกุล. 2534. แรงบันดาลใจบนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุข
ภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
 มหิดล.
- มารศรี นุชแสงพลี. 2532. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ศึกษากรณีผู้สูงอายุป้อน
ไก่อ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุดา รักไทย และสุภาวดี วิหะประพันธ์. 2544. กลยุทธ์พันธมิตรธุรกิจ. กรุงเทพฯ: บริษัทเอ็กซ์เปอร์
 เน็ท จำกัด.
- รัชดา จำปา และสุวดี ชูสุวรรณ . 2540 . พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ
 อนามัย.วารสารวิชาการเขต 12 . 18(1) มกราคม-มีนาคม :9-14.
- รัชนีภรณ์ ภูกร.2538. สุขภาพผู้สูงอายุ. โครงการตำราวิชาการราชภัฏเฉลิมพระเกียรติ คณะวิทยา
 ศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม.
- รุจิราถ อรรถดิษฐ์ . 2541 . สถานภาพและบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของภาคประชาชน . เอกสาร
 ประกอบการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 2 เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทแห่งยุคของ
 ทุกคน วันที่ 6-8 พฤษภาคม 2541 ณ โรงแรมปรินทร์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.
 โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วรรณวิมล เบญจกุล .2535. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา กุมารจันทร์. 2543 . คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรัณพร จันทร์ขี้.2541. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าของกรุงเทพมหานคร. ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐาน กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ .2542. การวางแผนและประเมินผล โครงการส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎี และปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจริญดีการพิมพ์. วังใหม่บลูพรินต์.
- วันดี คหะวงศ์ .2538. แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตเมือง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย .2538.ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันที ขำเพ็ง. 2540. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา เกื่อนวงษ์.2540.พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา สวัสดิคุณพิงศ์ และคณะ.2540 .การสำรวจปัญหาทางสังคมและสุขภาพในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลตำบลแม่สอด จังหวัดตาก.วารสารกรมการแพทย์.22(7) : 251-260.
- วิไล สีพญา, จุฑารัตน์ สิริปัญญา. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 17(1-4):14-23.
- สมคิด จาตุศรีพิทักษ์ . 2537. คิดเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ:บริษัท เอช เอ็น กรุ๊ป จำกัด.

- สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคณะ.2538. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล. 2(1) มกราคม- มีนาคม :88-89.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2534. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมชาย สุขสิริเสีร์กุล. 2539. หลักการและการประยุกต์ใช้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.4(3);213-223.
- สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ. 2543 .การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง . พยาบาลสาร. 27(2) เมษายน – มิถุนายน : 29-39.
- สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ. 2540. การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้าน. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- สมศิริ เลปนานนท์. 2536 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด. วารสารกรมการแพทย์. 18(5) พฤษภาคม : 239-245.
- สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง .2540. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.วิทยาลัยนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา นิลเลิศ. 2539. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ โสมประยูร . 2542 . สุขภาพเพื่อชีวิต . พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล .2542 . หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, วันดี สุทธรังษี และ พัชรียา ไชยลังกา .2544. การประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย. วารสารพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.2(2):6-12.

- สุมาลี ว่องเจริณกุล . 2540 . เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร . วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสาขามนุษยวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ.2540. ภาวะสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุลี ทองวิเชียร และ พิมพิพรรณ ศิลปสุวรรณ. 2532. ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. เอกสารรายงานการวิจัย ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข . คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. 2542. การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและผลประโยชน์ของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุวลักษณ์ ตั้งประดิษฐ์ .2540. การพัฒนาอนามัยชุมชน. ใน เรณูวรรณ หาญวาทย์ (บรรณาธิการ), หน้า1-7. นนทบุรี:ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ .2540. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ . กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวัฒน์ ศรีสรณ์. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพศึกษา.23(84) มกราคม-เมษายน: 76-87.
- อัจฉรา นวจินดา และ กาญจนา ลุศนันท์ .2542. ปัจจัยทางครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพ . ใน สุชาติ โสมประยูร(บรรณาธิการ). สุขภาพเพื่อชีวิต,หน้า 225-248.กรุงเทพ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ภาษาอังกฤษ

- Allen,N.E. and Meduna,E.1999.Development and implementation of a case management model for long-term care. Journal of Gerontological Nursing. August: 42-44.
- Allred, C.A., Arford, P.H. and Michel, Y. 1995. Coordination as a critical element of manage care. JONA, 25(12). pp. 21-28.
- Ashton, L. 1998. Ageing well : healthy alliance to promote the health of older people. In A Scriven (ed.) , Alliance in Health Promotion, pp . 110-118. London : Mc Millanpress.
- Berghorn, F.J and Schafer,D.E. 1981. The dynamics of ageing : original essays on the process and experience of growing old . Colorado:Westview press.
- Beyer,J.E. and Marshall,J. 1981. The interpersonal dimension of collegiality. Nursing out look. 29: 662-665.
- Bolton, L.B . et al.. 1998. Community health collaboration models for the 21st century Nurs Admin Q. 22(3) ,pp . 6 - 17.
- Bovee,C.L. et al..1993.Management.New York:McGraw-Hill.
- Burckhardt,C.S. 1985.The impact of arthritis on quality of life. Nursing Research. 34 : 11-16.
- Chambers , H. 1998. Arts in health promotion : a comparative overview of two health arts alliances . In A Scriven (ed) Alliance in Health Promotion ,pp . 161-167 .London :Mc Millanpress .
- Cohen,S. and Wills, T.A.1985. Stress social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin.9:310-357.
- Creezey, R.F., Bery, W.E. and Wright, R. 1985. Loneliness among the elderly: Causal approach. Jornnal of Gerontology Nursing. 40(4): 487-493.
- Cruze,A.D. 1986.On loneliness and the elderly. Journal of Gerontorogical Nursing,12(11):22-29.
- Denhem , M.J. 1991.Care of the long stay elderly patient.2nd ed.London: Chapmanand Hall.

- Douglas, R. 1998. A framework for healthy alliances. In A Scriven (ed.), Alliance in Health promotion, pp.3-16 . London : Mc Millanpress.
- Eaker,E.D.et al.. 2001.Women's health alliance intervention study: increasing community breast and cervical cancer screening . Journal Public Health Management Practice . 7 (5) Sep : 20 -30.
- Ebersole, P. and Hess, P. 1990. Toward healthy aging human needs and nursing response.3rd ed.St Louis: CV Mosby.
- Fayers, M.P. and Machin,D.2000 .Quality of life. New York: John Wiley & Sons.
- Foley,D.J. et al..1995. Sleep complaints among elderly persons : An epidemiologic study of three communities.Sleep,18(6) : 425-432.
- Gajeena, A. and Sriwonga, J. 1998. Public assistance scheme in Thailand : Policy options for the elderly group. Thailand Journal of Health promotion and Environmental Health. (October-December), pp. 95-106.
- Holmes,L.and Ward,T.M. 1996. Heart Well – healthy alliance in action. Nutrition & Food Science. 96(6) : 25-28. [Online]. Available from :[http://www.anbar.com/\[2002,January22\]](http://www.anbar.com/[2002,January22])
- Holzemer,S.P. and Arnold,J.1998. Alliance for health model:Caring for community. In M. Klainberg (ed.),Community Health Nursing:An Alliance for Health,pp. 79-93.New York:Mc Graw-Hill.
- Janzen, H.,Paterson,J., and Blashko,L.1989. That's living too. Alberta: Three Pears Publishing.
- Johnson, M.L. 1990. Growing old in America : Health care for the elderly . In a Wold.Community Health Nursing, pp. 357-359. Connecticut: Appleton & Lange.
- Mansfield.C.J. ,Ejaz,K.F. and Werner,P. 1999. Satisfaction surveys in long term care . Newyork:Springer publishing Company.
- Marek, K.D. et al. 2000. Ageing in place : A new model for long - term care. Nurs Admin G. 24(3), pp.1-11.
- Markwell, S.1998.Exploration of conflict theory as it relates to healthy alliances. In A Scriven (ed),Alliance in Health Promotion, pp. 19-33.London: Mc Millanpress.

- Maro, D. and Paul, R. 1994. Provider alliance : Key to healthcare reform. Health care Financial Management. 48(1), pp.26-32.
- Nies,K.M. ,Vollman,M. and Cook,T.1998. Facilitators, barriers and strategies for exercise in the european american woman in the community. Public Health Nursing. 15(4):263-272.
- Pender,N.J.1996. Health promotion in nursing practice.3nd ed. Connecticut: Appleton&Lange.
- Priebe, S. and Gruyters , T. 1993 . The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study.Front Health Serve Management, 7(3).Spring:3-23.
- Raeburn, J. and Rootman, I. 1998. People – centred health promotion. New York: John Wiley & Sons.
- Scriven, A. 1998. Alliance in health promotion : Theory and practice. London : Mc Millanpress.
- Sharma, R.C. 1988. The meaning of quality of life. In R.C. Sharma, Population Resource: Environment and quality of life. New Delhi: Dhanpat Rai & Sons.
- Speckman, R.E. and Isabella, L.A. 2000. Alliance competence : Maximizing the value of your partnerships. New York : John wiley & Sons.
- Stromberg,M.F. 1984. Selection and instrument to measure quality of life. Oncology Nursing Forum. 11:88-91.
- Stuifbergen , A.K. , Seraphine , A . and Roberts , G . 2000 . An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. Nursing Research. 49(3) May-June,pp. 122-129.
- The WHOQOL group .1995 . The world health organization quality of life assessment [WHOQOL] : position paper from the world health organization . Social Science and Medicine ,pp,41 :1403 – 1409.
- Wallace, S.1974. Identification of quality of life indicator for use in family planning programme in developing countries. Unpublished doctoral dissertation: Pennsylvania State University.
- Walters,R.1998.Promoting the health of older people: making it happen. Internet Journal of Health Promotion, [Online]. Available from :<http://www.rhpeo.org/ijhp-articles/1998/1/index.htm> [2002,January22]



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง สังกัด
1. นาง อรชร ณ ระนอง	ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 9 (เกษียณราชการ) สำนักอนามัย
2. นาง วรัมพร จันทร์งษ์	ผู้อำนวยการกองพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
3. พ.อ.ท.หญิง วัฒนา ตาลานนท์	หัวหน้าฝ่ายอนามัยชุมชน กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
4. นาง ศรีวรรณ ตันศิริ	หัวหน้าฝ่ายมาตรฐานการพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
5. นาง ปิรฐิยา ธนกรวิทย์	หัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (พยาบาลสาธารณสุข ดีเด่นสาขาการบริการ)
6. ผศ.ดร. พิชญากรณ์ มูลศิลป์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7. รศ.จากรุวรรณ เหมะธร	อาจารย์คณะพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ผศ.ดร.นันทวัน สุวรรณรูป	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Efficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์,2540:125)

สูตรสัมประสิทธิ์ความเที่ยง

$$\infty = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s^2} \right]$$

∞ = สัมประสิทธิ์ความเที่ยง

n = จำนวนข้อ

s_j^2 = คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

s_i^2 = คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

2.1.1 สูตรคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์,2540:137)

$$\text{สูตร } \bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

\bar{X} = ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 สูตรคำนวณหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ ,2540 :43)

$$\text{สูตร } S.D. = \sqrt{\frac{\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

$S.D.$	=	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
$\sum X^2$	=	ผลรวมกำลังสองของคะแนนทั้งหมด
n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 สูตรทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย t - test (Dependent Sample)
(พวงรัตน์ ทวีรัตน์ ,2540:165)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}$$

D = ผลต่างของคะแนนแต่ละคู่

n = จำนวนคู่

2.4 สูตรทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย t - test (Independent Sample)
(พวงรัตน์ ทวีรัตน์,2538 : 164)

$$\text{สูตร } t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\left[\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \right] \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

เมื่อ df = ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

$$= n_1 + n_2 - 2$$

X_1 = ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

X_2 = ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

n_1 = ขนาดของกลุ่มทดลอง

n_2 = ขนาดของกลุ่มควบคุม

S_1^2 = ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ (กลุ่มทดลอง)

S_2^2 = ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ (กลุ่มควบคุม)



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



.....ตัวอย่าง.....

แบบวัดคุณภาพชีวิต(WHOQOL-Brief)

แนะนำแบบสัมภาษณ์

ข้อคำถามต่อไปนี้ จะถามผู้สูงอายุในเรื่อง ความรู้สึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต สุขภาพ และเรื่องอื่นๆในชีวิต โปรดตอบทุกคำถาม ถ้าไม่แน่ใจหรือสงสัยในข้อคำถามให้อธิบาย หรือให้ผู้สูงอายุพยายามเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่งที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุด ที่สามารถเป็นคำตอบแรกของผู้สูงอายุ ข้อคำถามจะถามถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับชีวิตผู้สูงอายุในสองสัปดาห์ที่ผ่านมาว่า เป็นอย่างไร

ตัวอย่างคำถาม โปรดคิดถึงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำถามอาจถามว่า

“ ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมากเพียงใด ”

ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	2	3	4	5

คำตอบก็คือ ให้เลือกสำรวจและประเมินเหตุการณ์ ความรู้สึก ของผู้สูงอายุที่ผ่านมาในช่วง สองสัปดาห์ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่เหมาะสม โปรดอ่านคำถามในแต่ละข้อ แล้วให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกของตนเองให้ตรงกับตนเองมากที่สุด

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ถามถึงความรู้สึก และประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุในแต่ละข้อเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และโปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

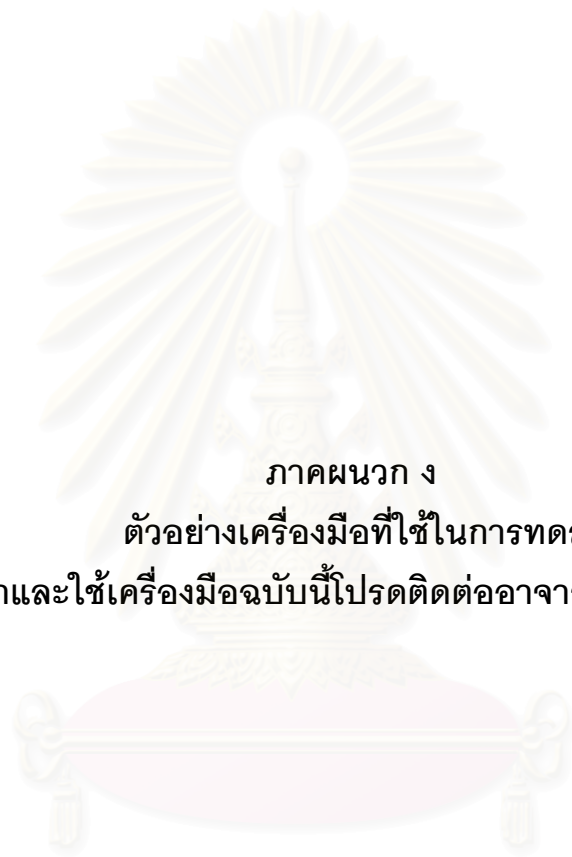
1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพการสมรส
() คู่ () โสด () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษาที่ ...
() มัธยมศึกษาที่ ... ()ปริญญาตรี หรือสูงกว่า ปริญญาตรี
5. ศาสนา () พุทธ () อิสลาม () อื่นๆ
6. สถานะในครัวเรือน
() หัวหน้าครอบครัวหรือเจ้าของบ้าน () ญาติเป็นเจ้าของบ้าน
() ผู้อาศัย () บุตรหลานเป็นเจ้าของบ้าน
() อาศัยอยู่กับผู้อื่น
7. อาชีพ () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () รับจ้าง
() ค้าขาย () อื่นๆ
8. ความพอเพียงของรายได้ผู้สูงอายุ
() เพียงพอไม่เหลือเก็บ () เพียงพอเหลือเก็บ () ไม่เพียงพอ
9. โรคประจำตัว
() ข้อเสื่อม () หัวใจและหลอดเลือด () เบาหวาน
() ความดันโลหิตสูง () โคล레스เตอรอลในเลือดสูง () อื่นๆระบุ.....

สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต

ข้อคำถามต่อไปนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ และมีข้อคำตอบเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย โดยข้อคำถาม จะเป็นการถามถึงประสบการณ์อย่างหนึ่งอย่างใด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ประเมินเหตุการณ์ หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่เหมาะสม และเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

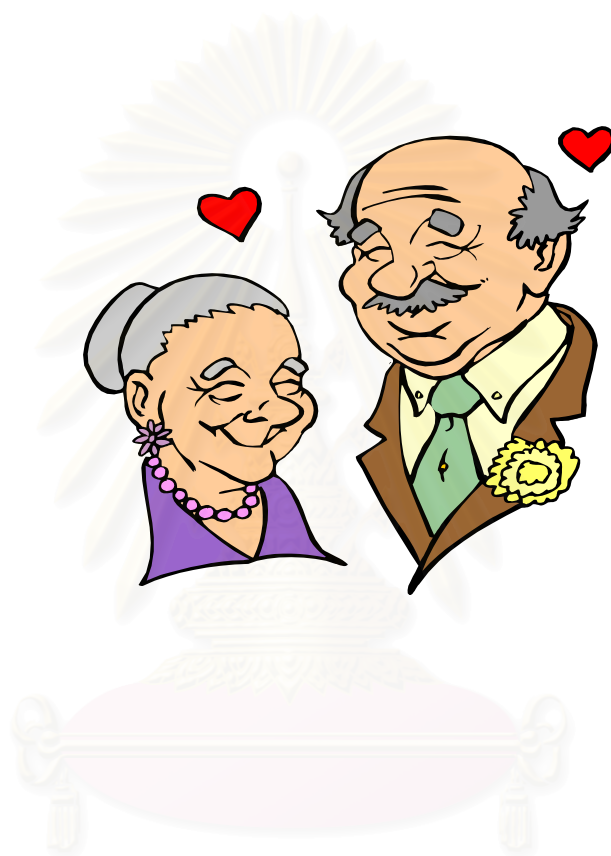
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด						
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถ ทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด						
3.....						
4.....						
5.....						
6.....						
7.....						
8.....						
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ระดับใด						



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
(ผู้สนใจศึกษาและใช้เครื่องมือฉบับนี้โปรดติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาหรือผู้วิจัย)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ



จัดทำโดย

นาง กัญยาลักษณ์ เตชะพงศ์วรชัย

รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษา

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2545

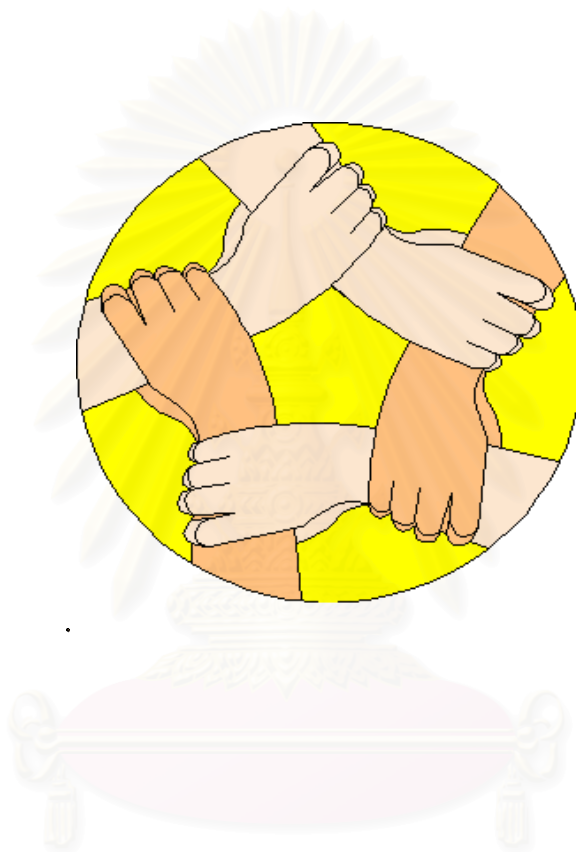
สารบัญ

	หน้า
อยู่อย่างมีความสุขในวัยสูงอายุ	1
อาหารสำหรับผู้สูงอายุ	3
การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันของผู้สูงอายุ	5
การออกกำลังกาย	7
การป้องกันอุบัติเหตุผู้สูงอายุภายในบ้าน	14
การนอนหลับพักผ่อน	16
สรุปข้อควรปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเพื่อการมีสุขภาพกายและจิตดี	17
บทบาทผู้นำชุมชน	18
บทบาทอาสาสมัครในชุมชน	19
บทบาทผู้ดูแลและครอบครัว	19
บทบาทผู้สูงอายุ	19
บทบาทของทีมสุขภาพในชุมชน	20
บันทึกการตรวจร่างกาย	21
กำหนดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ	22
บรรณานุกรม	23

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ

แผนการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน



โดย

นาง กัญยาลักษณ์ เตชะพงศ์วรชัย

รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษา

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2545

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	2
1.2 วัตถุประสงค์และเป้าหมายในการดำเนินงาน	3
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน	4
2.1 ความหมายพันธมิตร	5
2.2 แนวคิดหลักการในการดำเนินงาน	5
2.3 แผนภูมิขั้นตอนการดำเนินงาน	6
บทที่ 3 แนวทางในการดำเนินงาน	8
3.1 การใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน	9
3.2 บทบาทผู้นำชุมชน	12
3.3 บทบาทอาสาสมัครในชุมชน	13
3.4 บทบาทผู้ดูแลและครอบครัว	13
3.5 บทบาทผู้สูงอายุ	13
3.6 บทบาททีมสุขภาพในชุมชน	14
บทที่ 4 รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน	17
4.1 แผนการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน	19
4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน	20
บทสรุป	25
บรรณานุกรม	26
ภาคผนวก	



ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือกำกับการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....ตัวอย่าง.....

แผนกำกับการทำงานของทีมสุขภาพ

สัปดาห์ที่.....1.....2.....3.....4

ให้ทำเครื่องหมาย / ในกิจกรรมที่ปฏิบัติแต่ละวันในหนึ่งสัปดาห์ ถ้าไม่ได้ปฏิบัติไม่ต้องใส่เครื่องหมายใดๆ

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
1. ประชุมชี้แจงแนวทางการทำงาน							
2. ทำความรู้จักสมาชิกที่เป็นพันธมิตร							
3. นัดหมายประชุมกลุ่มร่วมกับผู้สูงอายุ							
4. ชี้แจงแนวทางการทำงานร่วมกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์							
5.....							
6.....							
7.....							
8.....							
9.....							
10.....							
11.....							
12.....							
13. อื่นๆระบุ.....							
14 ระบุอุปสรรคและปัญหา.....							

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....ตัวอย่าง.....

เครื่องมือกำกับพฤติกรรมกรปฏิบัติงานของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

สำหรับผู้วิจัย

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 1. ผู้ดูแลอายุ.....ปี | <input type="text"/> |
| 2. เพศ () ชาย | <input type="text"/> |
| () หญิง | <input type="text"/> |
| 3. สถานภาพการสมรส | <input type="text"/> |
| () โสด | () แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน |
| () แต่งงานแล้วแยกกันอยู่ | () หม้าย () หย่า |
| 4. ระดับการศึกษา | <input type="text"/> |
| () อ่าน - เขียนไม่ได้ | () อ่าน - เขียนได้เล็กน้อย |
| () ประถมศึกษาที่..... | () มัธยมศึกษาที่..... |
| () ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี | |
| 5. อาชีพ | <input type="text"/> |
| () รับจ้างทั่วไป | () รับราชการ |
| () ค้าขาย | () ไม่ได้ทำงาน / แม่บ้าน |
| () ลูกจ้าง | () อื่นๆระบุ..... |
| 6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน | <input type="text"/> |
| () ไม่มีรายได้ | () รายได้ไม่เพียงพอ |
| () รายได้เพียงพอ | () อื่นๆ |
| 7. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ | <input type="text"/> |
| () เป็นบุตร | () เป็นหลาน |
| () เป็นญาติ..... | () เพื่อนบ้าน |

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกบทบาทและกิจกรรมของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลหลักในครอบครัว

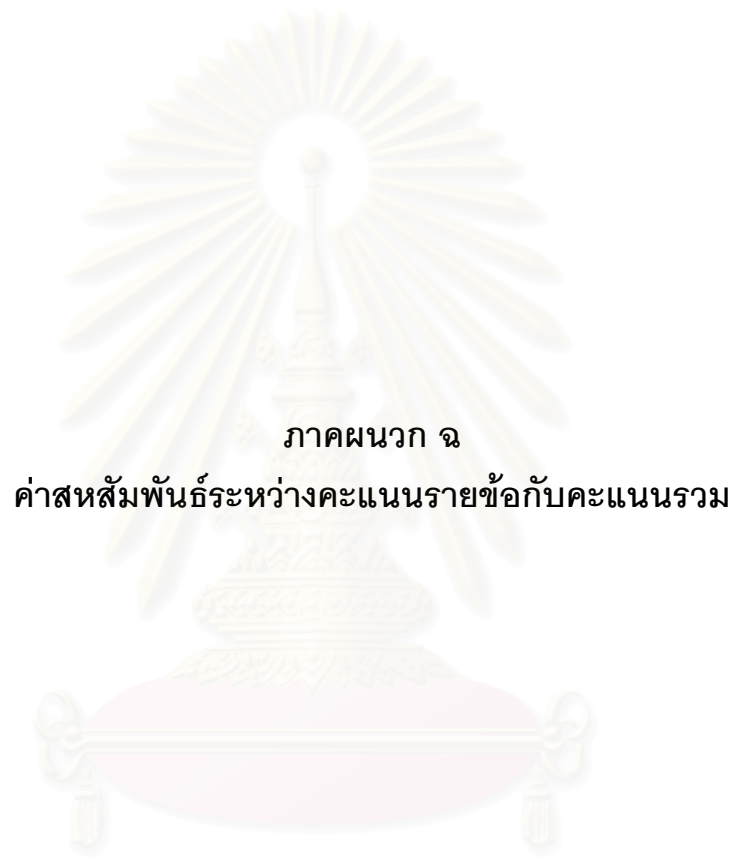
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย [/] ลงในช่องว่างที่ตรงตามวันที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักในครอบครัว
ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทตามความเป็นจริงในแต่ละวันภายใน 1 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้
ปฏิบัติไม่ต้องใส่เครื่องหมายใดๆ

สัปดาห์ที่ 1.....2.....3.....4

พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
1.รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ							
2.มือเข้ารับประทานอย่างเต็มที่							
3.เมื่อกกลางวันและเย็นลดลงตามลำดับ							
4.ดื่มนม หรือน้ำเต้าหู้							
5.....							
6.....							
7.....							
8.....							
9.....							
10.....							
22 ระบุอุปสรรคและปัญหา.....							
กิจกรรมตามบทบาทของผู้ดูแลหลักในครอบครัว	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
1. ช่วยจัดเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุ							
2. จัดเก็บบ้านให้เป็นระเบียบ							
3. ช่วยพาผู้สูงอายุพบแพทย์							
4.							
8.							
11. ระบุอุปสรรคและปัญหา							

ผู้บันทึก.....

เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....



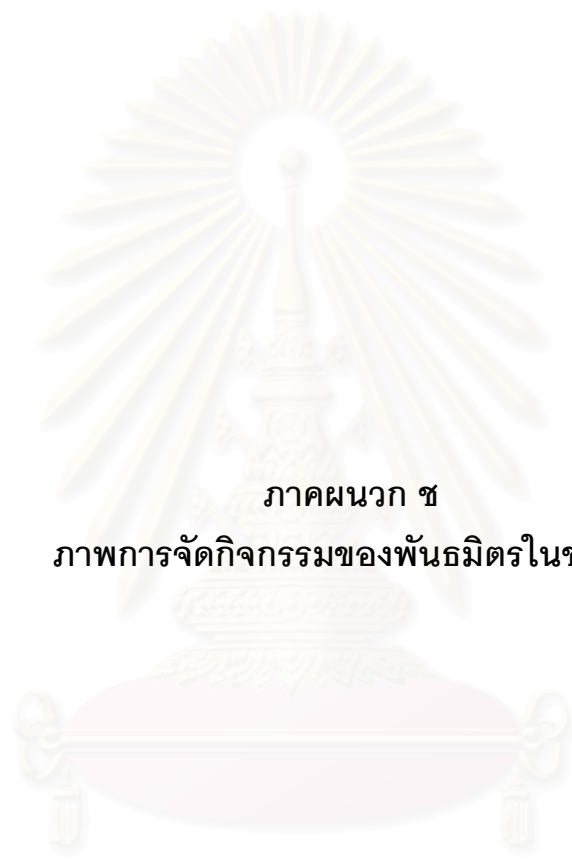
ภาคผนวก จ

ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม และสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของแบบวัดคุณภาพชีวิต

คำถามรายข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม	สัมประสิทธิ์แอลฟา ถ้าตัดข้อนี้ออก
1	.59	.83
2	.51	.83
3	.50	.83
4	.38	.83
5	.62	.83
6	.65	.82
7	.73	.82
8	.22	.84
9	.16	.84
10	.73	.82
11	.50	.83
12	.41	.83
13	.37	.83
14	.09	.84
15	.61	.83
16	.02	.84
17	.22	.84
18	-.03	.85
19	.02	.85
20	.11	.84
21	.01	.84
22	.61	.82
23	.63	.82
24	.61	.82
25	.01	.84
26	.54	.83



ภาคผนวก ช
ภาพการจัดกิจกรรมของพันธมิตรในชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพกิจกรรมที่พันธมิตรดำเนินการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ



ประธานชุมชน อาสาสมัคร ผู้สูงอายุและผู้ดูแลและทีมสุขภาพร่วมเป็นพันธมิตร
ดำเนินกิจกรรมการบริการผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาง กัญยาลักษณ์ เตชะพงศ์วรชัย เกิดวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2502 จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (วชิรพยาบาล) ในปี พ.ศ. 2524 และพยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราชพยาบาล) ในปี พ.ศ. 2527 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปลายปีการศึกษา 2543 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ศูนย์บริการสาธารณสุข 25 ห้วยขวาง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย