

การพัฒนารูปแบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

Developing a Model Promoting Accessibility to Health Care Service for Elders in a Community

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์^{1*} เรียม นมรักษ์¹ พรทิพย์ จอกระจ่าย¹ และ นवलณี ศรีวิวัฒน์²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

²เทศบาลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

*nuttra.t@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ วิธีการดำเนินการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ 10 คน ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 5 คน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การดำเนินงานวิจัยประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินสถานการณ์ 2) การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) เปรียบเทียบข้อค้นพบของการศึกษาประเมินสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อกับการศึกษาวิจัยที่มีมาก่อน 4) ระบุดูอุปสรรคที่สามารถจัดการได้ 5) เสนอรูปแบบการจัดการกับอุปสรรคโดยมีความเห็นชอบจากทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน 6) ลงมือปฏิบัติตามรูปแบบ ติดตาม และประเมินผล

จากการประเมินสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อที่ดูเหมือนว่าไม่มีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่แท้จริงแล้วมีปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ส่วนใหญ่ไม่ตระหนักรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษา คณะผู้วิจัยได้เลือกการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมเป็นมาตรการที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยได้จัดทำสมุดบันทึกสุขภาพและการประเมินผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน สำหรับ อสม. หลังการอบรม พบว่า อสม. สามารถประเมินผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบได้ถูกต้อง อสม.ที่ยังหนุ่มสาวและมีการศึกษาในระดับมัธยมขึ้นไปมีความเข้าใจและปฏิบัติได้ดีมาก

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ

Abstract

This study was aimed at developing a model promoting accessibility to health care services among elderly people dwelling in a community. This participatory action research was conducted in the Prongmadua Municipal area, Prongmadua subdistrict, Nakhon Pathom province. Participants included 10 represented elderly, health team at the Prongmadua health promoting hospital and 50 health volunteers in the district. Methods used in data collections were indept interview, group discussion. Content analysis was used in data analysis. The study involved the followings: 1) assessing the situation 2) critically reviewing of literature regarding obstacles in health care access for elders 3) comparing the current situation of the elderly's accessibility to health care services with the previous research reports 4) identifying an obstacle that could be overcome. 5) with agreement form the health team of the hospital, proposing a model to overcome the obstacle. 6) implementing and evaluating the model.

Based on the elderly living in the Prongmadua subdistrict, it seemed that there was no problem in accessing health care. However, the researcher found that the elders and their families had not realized that medical conditions associated with age could be improved with appropriate treatment. A protocol was proposed - "Training Health Volunteers to Comprehensively Assess the Elderly". An Elderly Assessment Handbook and Health Record were developed to be used by 50 health volunteers whom had been trained in a one day workshop. After the training, it was found that the elderly assessment records done by the health volunteers were completed correctly.

Keywords: elders, access to health care, a model promoting accessibility to health care

1. ความสำคัญ และที่มาของปัญหา

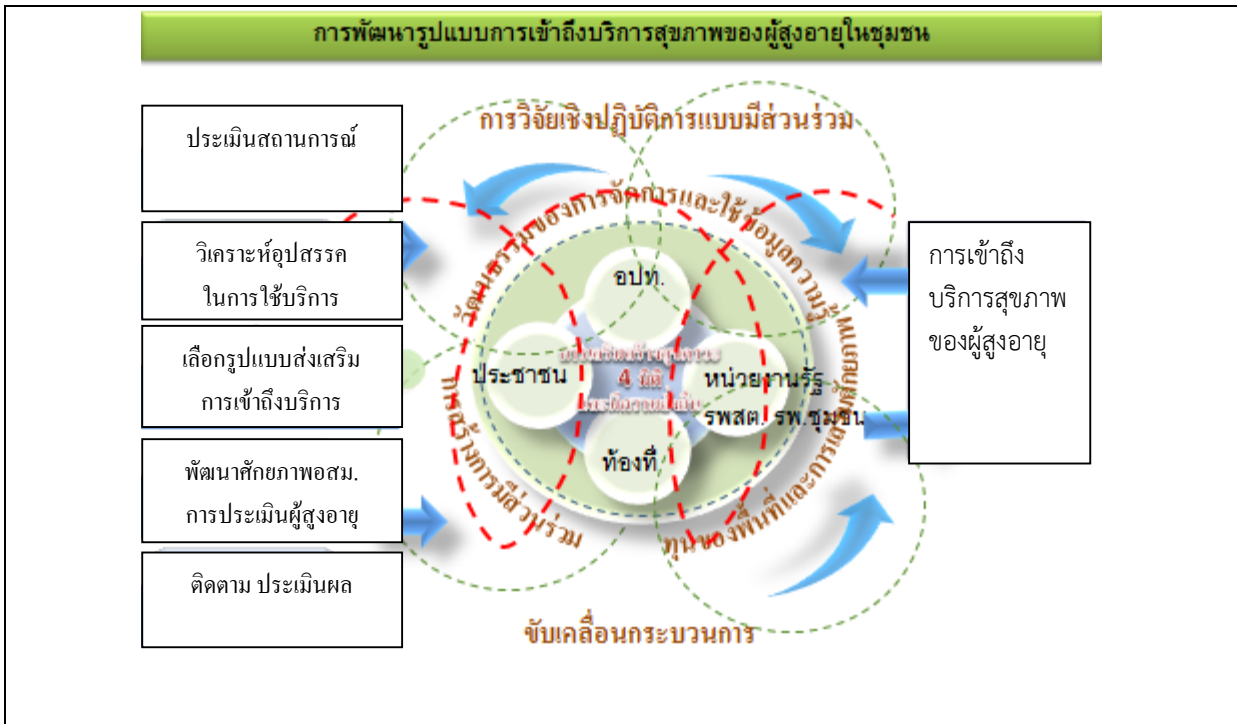
ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพของหลายๆ ประเทศ ขณะที่ความเป็นจริง กลุ่มที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพและสังคมมักจะขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อย เช่น ผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น ผลการสำรวจ ปี พ.ศ.2550 (วิชัย เอกพลาการ, 2553) ยืนยันว่าผู้สูงอายุมีการตรวจร่างกายประจำปีเพียง ละคร้อย 45 โดยชินตา วิชชาวุธ และสถิตพงษ์ ธนะวิริยะกุล (2552) อธิบายข้อจำกัดของผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการสุขภาพว่ามีปัญหาในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพต้องพึ่งพิงลูกหลาน หากไม่ว่างก็ไม่สามารถไปได้ หรือเมื่อไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพไม่มีช่องทางเฉพาะจะใช้เวลาในการรอรับบริการนานได้รับบริการที่ไม่ตรงตามความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ตลอดจนความไม่เชื่อถือในการให้บริการของสถานบริการที่ใกล้บ้านจึงทำให้ต้องไปรับบริการจากสถานบริการที่ไกลออกไป จึงทำให้การรักษาภาวะเจ็บป่วยขาดความต่อเนื่อง อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 365 คน ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ รายงานว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการเข้าถึงแหล่งบริการด้านความสะดวก และความสามารถในการจ่ายอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านความพอเพียงของบริการและการยอมรับในคุณภาพอยู่ในระดับน้อย ผานิตา พงษ์เศวต (2551) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุจำนวน 395 คน ในอำเภอดำเนินสะดวก พบว่าผู้สูงอายุใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นหลัก และสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่เป็นการสำรวจ ยังขาดงานวิจัยเชิงพัฒนาที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุชุมชนและท้องถิ่นมีความจำเป็นต้องดำเนินการในรูปของ "ประชาสังคม" (Civil Society) ที่เป็นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา ภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคชุมชนในรูปของ "ภาคี" จึงควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาที่มีการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชนท้องถิ่นในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อเป็นเทศบาลหนึ่งในอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม มีจำนวนผู้สูงอายุรวม 1470 คน มีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในการทำงานร่วมกับชุมชน ชมรมผู้สูงอายุได้สะท้อนความต้องการการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล คณะผู้วิจัยจึงเลือกเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษาการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุและเสนอรูปแบบ/วิธีการที่สนับสนุนการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล

คณะผู้วิจัย ได้เล็งเห็นความสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพจึงจัดทำโครงการ "การพัฒนาารูปแบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน" และเลือกเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อเป็นพื้นที่ศึกษา

2. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวความคิดของการวิจัย



การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเพื่อการพัฒนา มีการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอรูปแบบส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุ นักวิจัย อสม. หน่วยงานของรัฐ (เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลนครปฐม) โดยมีกระบวนการดังนี้

- 1) ประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ จากแบบสอบถาม สทนากลุ่ม และสัมภาษณ์จากผู้สูงอายุ ตลอดจน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล และมุมมองระหว่าง ผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ) และผู้ให้บริการ (ทีมสุขภาพโรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพรงมะเดื่อ)
- 2) วิเคราะห์อุปสรรคในการเข้าถึงบริการเปรียบเทียบกับสถานการณ์กับการทบทวนเอกสาร
- 3) เลือกรูปแบบส่งเสริมการเข้าถึงบริการ
- 4) พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการประเมินผู้สูงอายุ
- 5) ติดตาม ประเมินผลการประเมินผู้สูงอายุของ อสม.

3. นิยามศัพท์

การเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การใช้บริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ครอบคลุมเรื่องความสะดวก การรับรู้ต่อความพอเพียงของบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ การยอมรับหรือความพอใจต่อการบริการ สิ่งอำนวยความสะดวก ณ สถานบริการ ประเมินโดยแบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่คณะผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ อรรวรรณ พุ่มพวง (2551)

รูปแบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง แบบแผน วิธีการ กิจกรรม นวัตกรรม ที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการการรักษายาบาลในชุมชนพื้นที่จังหวัดนครปฐมมากขึ้น

5. การทบทวนเอกสาร

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึงการใช้บริการสุขภาพของบุคคลตามความเป็นจริง ความสะดวกต่อการใช้บริการของบุคคลนั้น มีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบบริการสุขภาพ (Penchansky และ Thomas,1981) ความพอเพียงของบริการทางการแพทย์ ที่ตั้งของแหล่งดูแลสุขภาพ การเดินทาง และความสามารถในการจ่ายการดูแล การบริการที่ให้ตรงกับปัญหา มีประสิทธิภาพ ประชาชนมีความพึงพอใจ การให้บริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ มีการยอมรับคุณภาพ (Gulliford et al., 2001)

สรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพหมายถึง การใช้บริการสุขภาพ การได้รับการตอบสนองด้านสุขภาพ และความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพ

สมาคมบุคลากรสุขภาพ (The Association of State and Territorial Health Official, 2001) แห่งสหรัฐอเมริกา กำหนดไว้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนควรมีเป้าหมายผสมผสานทั้งการซ่อมแซมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือการเพิ่มคุณภาพชีวิต ประเภทของสถานบริการเป็นเหตุผลหนึ่งที่ประชาชนเลือกใช้บริการของรัฐ การบริการสุขภาพที่สมควรเป็นไปตามหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ หรือ ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และเหมาะสมกับสภาพสังคม วัฒนธรรม ภาษาของแต่ละบุคคล โดยที่ค่าใช้จ่ายไม่ควรเป็นอุปสรรคที่จะทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการล่าช้าหรือถูกปฏิเสธ สถานพยาบาลควรอยู่ใกล้บ้านชุมชนเท่าที่จะเป็นไปได้ ทางด้านผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการรับบริการและผลลัพธ์ของบริการนั้น การบริการที่ได้รับตรงกับความต้องการ ส่วนทางด้านผู้ให้บริการควรได้รับการฝึกฝนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ วัฒนธรรมและการพัฒนาความต้องการของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีความพึงพอใจในการให้บริการด้วย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) เสนอหลักการเข้าถึงบริการสุขภาพว่าเป็นการบริการดูแลประชาชนแบบปฐมภูมิ เพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านภูมิศาสตร์ พิจารณาถึงระยะทาง ระยะเวลาดำเนินการ ค่าเฉลี่ยการเดินทางที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการสุขภาพ 2) ด้านการเงิน หมายถึง การสามารถชำระค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพ 3) ด้านวัฒนธรรม หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการบริการสุขภาพซึ่งสามารถ รักษารูปแบบและวัฒนธรรมของชุมชน 4) ด้านหน้าที่ หมายถึง การให้การบริการสุขภาพตามพื้นฐานอันพึงได้รับอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง

Schulz และ Johnson (1990) กล่าวถึงการเข้าถึงบริการประกอบด้วย 5 เอ (Five A”S) ได้แก่ 1) ความพอเพียงของบริการ (Availability) คือความเพียงพอของผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการ 2) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) หมายถึง สถานที่ตั้งสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวก คำนึงถึงที่ตั้งสถานบริการคมนาคมสะดวก 3) ความสะดวกเมื่อใช้บริการ (Accommodation) ได้รับบริการรวดเร็วไม่มีขั้นตอนยุ่งยากในการบริการ 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ(Affordability) หมายถึงความสามารถในการจ่ายอันเนื่องจากการใช้บริการ 5) การยอมรับในบริการ (Acceptability) หมายถึงการยอมรับความสามารถในการบริการ

สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผานิตา พงษ์เสวต (2551) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุจำนวน 395 คน ในอำเภอดำเนินสะดวก พบว่า ผู้สูงอายุใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นหลัก และสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 365 คน ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวก และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ด้านความพอเพียงและด้านคุณภาพของบริการอยู่ในระดับน้อย

สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ อูรวรรณ บุญสุวรรณและคณะ (2553) ศึกษา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 100 คน ในจังหวัดนครปฐม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดใช้บริการสุขภาพที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลอำเภอที่ใกล้บ้าน ร้อยละ 77 ของกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่าไม่สามารถไปใช้บริการสุขภาพได้ด้วยตนเองต้องอาศัยสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและต่อเนื่องระหว่างผู้ที่สามารถไปใช้บริการสุขภาพได้ด้วยตนเองและผู้ที่ไม่สามารถพบว่าผู้ที่สามารถไปใช้บริการสุขภาพได้ด้วยตนเองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและต่อเนื่องสูงกว่าผู้ที่ไม่สามารถไปใช้บริการสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ภาณุเบศร์ มหาเรือนขวัญ (2553) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2551 ผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 94.2 มีหลักประกันสุขภาพ มีเพียงร้อยละ 1.3 ที่ไม่มีหลักประกันใดๆ เลย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึงการรักษาพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2552

พบว่าอัตราการเข้ารับบริการในแต่ละกลุ่มโรคค่อนข้างคงที่ โดยโรคร้ายที่รุมเร้าผู้สูงอายุจนต้องนอนโรงพยาบาลสูงสุดคือโรคมะเร็ง ไหลเวียนโลหิต โรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีอัตราการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นตามอายุ รองลงมาคือโรคระบบทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ

เฉลิมพล แจ่มจันทร์ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุในแต่ละลักษณะพื้นที่ มีภาวะการเจ็บป่วยและภาวะโรคเรื้อรัง การได้รับสวัสดิการทางสุขภาพและการใช้สิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและอุปสรรค ภาระค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยและภาวะโรคเรื้อรัง ที่แตกต่างกัน ในภาพรวมผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพ ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและในเขตเมือง มีแนวโน้มประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพในระดับปฐมภูมิเพื่อการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย ในขณะที่ ผู้สูงอายุในชนบทมีแนวโน้มประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพในระดับทุติยภูมิเพื่อการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยรุนแรง อุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่สำคัญของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯและในเขตเมือง เป็นในเรื่องของ “ระยะเวลาที่ใช้” ในขณะที่ผู้สูงอายุในชนบท เป็นในเรื่องของ “ภาระค่าใช้จ่าย” โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ

เห็นได้ว่าการศึกษากการเข้าถึงบริการสุขภาพที่หลากหลาย และสะท้อนว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสารพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถสรุปได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยด้านองค์กรที่ให้บริการ เช่น อัตราการรักษาพยาบาล และบริการ จำนวนแพทย์พยาบาลปัญหาที่เกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อวัฒนธรรมและทัศนคติการตระหนักถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และลำดับที่เกี่ยวกับการรักษา (Gulliford, 2001) ที่ตั้งของสถานพยาบาลมีความสะดวกในการเข้าถึงหรือไม่
2. ปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม พฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ ความวิตกกังวล ประสบการณ์เดิม ความเชื่อ วัฒนธรรม ความรู้ แหล่งการเงิน และการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะนิสัยและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (Aday and Andersen, 1981) ความสามารถในการเดินทางด้วยตนเอง (ทวิศักดิ์ ตั้งสุทททวาทีน, 2544 ; สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, 2546 สุนุดตรา ตะบุนพงศ์ และคณะ, 2553) ภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงด้านสุขภาพ การไม่มีประกันสุขภาพ (European Commission, 2008)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (ชัชวาลย์ ทัดศิริวัช, 2558) หมายความว่า การร่วมกันดำเนินกระบวนการวิจัยโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งที่เป็นชาวบ้านและนักพัฒนา กับผู้วิจัยภายนอก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพความจริงของสังคมนั้นโดยประกอบด้วย

- 1) ปรับปรุงความสามารถและพัฒนาศักยภาพของชาวบ้าน ด้วยการส่งเสริมระดับนักศึกษาและพัฒนาความเชื่อมั่นให้เกิดการวิเคราะห์/สังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขาเอง ซึ่งเป็นการนำเอาศักยภาพเหล่านี้มาใช้ประโยชน์
- 2) ให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ชาวบ้าน ตลอดจนมีการนำไปใช้อย่างเหมาะสม
- 3) สนใจปริทัศน์ของชาวบ้าน โดย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับประเด็นปัญหา
- 4) การปลดปล่อยแนวความคิดเพื่อให้ชาวบ้านแต่ละคนยากจนด้อยโอกาสสามารถมองความคิดเห็นของตนเองได้อย่างเสรี มองสภาพการณ์และปัญหาของตนเอง วิเคราะห์วิจารณ์ ตรวจสอบสภาพข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ในเชิงทฤษฎีแล้ว การมีส่วนร่วมต่อการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการพัฒนานั้น มีหลากหลายมิติ สามารถจำแนกออกได้เป็นมิติต่าง ๆ ประกอบด้วย

มิติแรก ร่วมศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งเป็นการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน วิเคราะห์ชุมชน ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชนร่วมกัน และมีส่วนในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการด้วย เป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้เรียนรู้สภาพของชุมชน วิถีชีวิต สังคม ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อมเพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการจัดทำและประกอบการพิจารณาวางแผนงานวิจัย

มิติที่สอง ร่วมวางแผน เป็นการวางแผนการพัฒนาหลังจากได้ข้อมูลเบื้องต้นของชุมชนแล้ว และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัญหา สาเหตุของปัญหาเรียบร้อยแล้ว ก็นำมาอภิปรายแสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบายและ

วัตถุประสงค์ของโครงการ การกำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้เพื่อการวิจัย

มิติที่สาม ร่วมดำเนินการ เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการพัฒนา หรือเป็นขั้นตอนปฏิบัติการตามแผนการวิจัยที่ได้วางไว้ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ให้กับชุมชน โดยการสนับสนุนด้านเงินทุน วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน รวมทั้งการเข้าร่วมในการบริหารงาน การประสานขอความช่วยเหลือจากภายนอกในกรณีที่มีความจำเป็น

มิติที่สี่ ร่วมรับผลประโยชน์ โดยประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดการแจกจ่ายผลประโยชน์จากกิจกรรมการวิจัยในชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย เสมอภาคกัน และมิติที่ห้า เป็นการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานวิจัย และผลของการพัฒนาจากการดำเนินการไปแล้วว่าสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดอย่างไร เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ทันที และนำข้อผิดพลาดไปเป็นบทเรียนในการดำเนินการต่อไป การเปิดให้ประชาชนหรือชาวบ้านที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสเข้าร่วมกระบวนการวิจัยนั้น นับได้ว่าเป็นคุณค่าโดยแท้ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบนี่ยิ่ง ก่อให้เกิดรากฐานแห่งความยั่งยืนของการพัฒนา

6. ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ 10 คน ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 5 คน และผู้แทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสารสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

1. การประเมินสถานการณ์การเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในเทศบาลโพรงมะเดื่อจากการสำรวจและสนทนากลุ่มในการประเมินสถานการณ์ และข้อสรุปจากเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้รับบริการและทีมสุขภาพซึ่งเป็นผู้ให้บริการ (เรียม นมรักษ์ และ พรทิพย์ จอกกระจาย, 2557) พบว่าผู้สูงอายุใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโพรงมะเดื่อ และโรงพยาบาลนครปฐม มีความพอใจและมั่นใจในบริการที่ได้รับ โดยมีข้อเสนอให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโพรงมะเดื่อขยายเวลาทำการเป็น 18 นาฬิกาถึง 20.00 นาฬิกา

2. การวิเคราะห์ทบทวนอุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่โพรงมะเดื่อโดยคณะผู้วิจัย (เรียม นมรักษ์ และ พรทิพย์ จอกกระจาย, 2557) เปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่มีมาก่อนในการทบทวนเอกสาร จากการวิเคราะห์พบว่าอุปสรรคที่มี แต่ผู้สูงอายุและญาติไม่ตระหนักคือ “การไม่ตระหนักของผู้สูงอายุด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ และความจำเป็นของการเข้ารับการรักษาพยาบาล” ทำให้ไม่ไปใช้บริการสุขภาพ

3. การเลือกรูปแบบในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยประชุมเลือกรูปแบบในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการจาก 3 ทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่เกิดขึ้น 1) อบรมผู้สูงอายุ 2) อบรมญาติหรือครอบครัวผู้สูงอายุ 3) อบรม อสม. คณะผู้วิจัยเลือกการอบรม อสม. เป็นวิธีการที่ส่งเสริมผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการสุขภาพ

4. การพัฒนาศักยภาพ อสม.

4.1 ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย 1) การกำหนดกลุ่มเป้าหมายและจำนวน คณะผู้วิจัยและหัวหน้าอสม.ได้กำหนดจำนวนผู้เข้าอบรม 50 คน เลือกจาก อสม.ทั้งหมด โดยเลือกผู้ที่มีผู้สูงอายุในความดูแลและมีความเข้มแข็งในการปฏิบัติงาน 2) กำหนดหัวข้อในการอบรมและการปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุและชุมชน จำนวน 3 ท่าน และทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4.2 ขั้นฝึกอบรมโดยมีทีมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้อบรม ใช้ห้องประชุมของเทศบาลฯ ระยะเวลา 1 วันและมอบหมายการประเมินผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ และบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

4.3 ขั้นติดตามผล ทีมวิจัยประสานกับหัวหน้า อสม. นัดพบ อสม. จำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความถูกต้องในการประเมิน และการบันทึกข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 เป็นสนทนา ชักถาม ตรวจสอบสมุดบันทึกสุขภาพรอบแรก เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค และปรับปรุงแก้ไข และทำความเข้าใจกับ อสม. และมอบหมายการประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและการบันทึกในสมุดบันทึกอีกครั้งหนึ่ง

ครั้งที่ 2 ชักถามและประเมินการบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ

7. ผลการวิจัย

การวิเคราะห์อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากผลการวิจัยที่มีมาก่อน อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Fitzpatrick et.al., 2004; European Commission, 2008; Thorpe et.al., 2011) ได้แก่ 1) การมี/ไม่มีประกันสุขภาพ 2) การเดินทางไปสถานบริการมีความสะดวกหรือไม่ 3) ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ชาติพันธุ์ การศึกษา รายได้ การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้/การตระหนักรู้ด้านสุขภาพ วัฒนธรรมความเชื่อ เป็นต้น 4) ปัจจัยด้านสถานบริการ ความสะดวก การบริการ คุณลักษณะของผู้ให้บริการ การสื่อสาร เป็นต้น

การศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพจากเวทีสนทนาระหว่างผู้รับบริการผู้สูงอายุ และทีมผู้ให้บริการสุขภาพ สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในตำบลโพรงมะเดื่อไม่มีปัญหาในการมาใช้บริการสุขภาพที่สถานบริการ แต่ต้องการให้สถานบริการใกล้บ้านปรับปรุง ขยายเวลาการให้บริการ และโรงพยาบาลนครปฐมย่นระยะเวลาการรอตรวจ มีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ และมีอาสาสมัครคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งทางผู้ให้บริการไม่สามารถตอบได้ ซึ่งผู้แทนของสถานบริการแจ้งว่า อาจทำไม่ได้ มีข้อจำกัดจากจำนวนผู้ให้บริการและจำนวนผู้รับบริการที่มาก ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีอุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีหลักประกันสุขภาพ ทุกคนมีบัตรประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค การเดินทางไม่เป็นอุปสรรคสำหรับผู้สูงอายุในเทศบาลโพรงมะเดื่อ เนื่องจากผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดพักอาศัยกับครอบครัว ในกรณีที่ครอบครัวมีภารกิจ และหรือไม่มียานพาหนะในการพาผู้สูงอายุไปสถานบริการ สามารถขอความอนุเคราะห์ในการพาผู้ป่วยไปสถานบริการ โดยใช้ยานพาหนะพร้อมพนักงานขับรถและบุคลากรของเทศบาล เทศบาลโพรงมะเดื่อเป็นตัวอย่างที่ดีขององค์กรที่สนับสนุนส่งเสริมดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างจริงจัง

สำหรับการรับรู้/การตระหนักรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุว่าจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษา ผู้สูงอายุและครอบครัวจำนวนไม่น้อยเห็นว่าความผิดปกติหรืออาการที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุเป็นเรื่องปกติ เป็นความเสื่อมจิงละเลย เพิกเฉย ไม่ไปตรวจ รักษา แก้ไขให้ดีขึ้น (Fitzpatrick et.al., 2004) เป็นเรื่องจริงที่ความผิดปกติ ความเสื่อมหลายประการมากับอายุที่เพิ่มขึ้น การแพทย์ไม่สามารถจัดการให้ภาวะเหล่านี้กลับสู่ภาวะปกติได้ แต่สามารถชะลอได้ ควบคุมไม่ให้ เป็นมากขึ้น และฟื้นฟูให้ดีขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น 1) การมองเห็นไม่ชัด ตาฝ้าฟาง ผู้สูงอายุจะเข้าใจว่าเป็นเรื่องปกติของวัย จึงยอมรับและไม่แสวงหาการรักษา เมื่อมองเห็นไม่ชัดผู้สูงอายุจะเคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้การเดินทางทรงตัวไม่ดี เสี่ยงต่อการหกล้ม การทำหน้าที่ของอวัยวะภายในน้อยลง นอนไม่หลับ ปัญหาการมองเห็นของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เกิดจากการมีสายตาวาว และต้อกระจก ซึ่งสามารถแก้ไขได้จึงเป็นที่น่าเสียดาย หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการตรวจรักษา 2) อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ผู้สูงอายุและครอบครัวมักคิดว่า ผู้สูงอายุก็เป็นเช่นนี้ คือ รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่ค่อยหลับ จึงไม่ไปรับการตรวจรักษา ที่จริงแล้วผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจประเมินว่า อาการดังกล่าวมีสาเหตุจากอะไร และรับการรักษาแก้ไข เพื่อภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการลงพื้นที่สอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน กล่าวคือไม่สามารถที่จะเดินทางออกนอกบ้านได้ด้วยตนเอง บางรายมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่หน้าจะต้องได้รับการรักษามากกว่าที่เป็นอยู่ แต่ผู้สูงอายุและครอบครัวเห็นว่าไม่จำเป็น เมื่อสูงอายุและป่วยก็ต้องเป็นอย่างนี้ทำให้ไม่ได้รับการรักษา คณะผู้วิจัยจึงเห็นว่า ประเด็นการตระหนักรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเลือกรูปแบบเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

คณะผู้วิจัย และทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เห็นพ้องกันว่า การตรวจประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและสม่ำเสมอ อันได้แก่ นำหนัก ส่วนสูง การตรวจวัดระดับน้ำตาล การวัดสัญญาณชีพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพและอาการผิดปกติ ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาสาสมัครด้านสุขภาพประจำหมู่บ้าน อย่างน้อยเดือนละครั้ง จะทำให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและอาสาสมัครประจำบ้าน ทราบการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรก เมื่อไปรับการตรวจรักษา มีโอกาสที่จะได้ผลดีสูง หากปล่อยไว้ก็จะมีผลกระทบต่อร่างกายหลายอย่าง คณะผู้วิจัยจึงเลือกการพัฒนาสัปดาห์การประเมินผู้สูงอายุเป็นวิธีการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

คณะผู้วิจัยวางแผนจัดการอบรม และจัดทำคู่มือ และสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยจึงได้นัดหารือขอความเห็นจาก ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เทศบาล และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในการปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งที่ผ่านมาเทศบาลเป็นผู้จัดทำ โดยเก็บไว้ที่เทศบาล มีการตรวจชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง วัดรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และข้อแนะนำในการสังเกตอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน สมุดนี้ น่าจะเก็บไว้ที่บ้าน

ประเด็นของการหารือ คือ ทำอย่างไรให้ผู้บันทึกนี้เกิดประโยชน์สูงสุด “ทุกครั้งที่มีการประเมินและบันทึก ผู้ตรวจ และผู้บันทึก รวมทั้งผู้สูงอายุและญาติต้องไวต่อการเปลี่ยนแปลงของข้อมูล ที่อาจบ่งชี้ความผิดปกติที่เกิดขึ้น จำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินเฉพาะและพบแพทย์เพื่อการรักษาและฟื้นฟูที่ถูกต้อง”

คณะผู้วิจัย ได้ประเมินสมุดบันทึกที่ใช้อยู่ในปัจจุบันและเสนอประเด็นการประเมินเพิ่มเติมที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ เพราะมีโอกาสเกิดการเสื่อมถอยได้ เช่น การประเมินกิจวัตรประจำวัน การประเมินกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง การประเมินอาการไม่สบาย การประเมินภาวะเศร้าซึม การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และการหกล้ม

ผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และผู้แทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เห็นด้วยในการจัดทำสมุดบันทึกที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้ที่ทำหน้าที่ประเมินและบันทึกควรเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เนื่องจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านแต่ละคนจะมีผู้สูงอายุในความรับผิดชอบอยู่แล้ว ก่อนนำสมุดบันทึกที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ ควรจัดอบรมให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

คณะผู้วิจัย ได้จัดทำคู่มือการประเมินผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และสมุดบันทึกประจำตัวของผู้สูงอายุที่ปรับปรุงใหม่ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ

โครงการอบรมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม จัดขึ้นเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2557 ที่อาคารที่ทำการอสม. เทศบาลโพรงมะเดื่อ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 1) มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการเสื่อมถอยในผู้สูงอายุ 2) สามารถใช้แบบประเมินผู้สูงอายุได้ถูกต้อง การอบรมครั้งนี้มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เข้าร่วมการอบรมจำนวน 50 คน วิทยากร ประกอบด้วย ทีมวิจัยและอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ผลการอบรม พบว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีความตั้งใจ สนใจ ซักถามตลอดการประชุม ผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก

การทดลองใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน คณะผู้วิจัยร่วมกับประธาน อสม. ได้คัดเลือก อสม. จำนวน 10 คน ที่มีผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่ดูแล มีความตั้งใจ มุ่งมั่น ทำงานด้านสุขภาพ ทดลองนำสมุดบันทึกสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ โดยมีคู่มือการใช้ให้ อสม. กลุ่มนี้มีผู้สูงอายุในความดูแล 1-5 ราย ทีมวิจัยได้สัทธิการสอบถามและประเมินผู้สูงอายุให้ดูโดยละเอียด ซึ่งใช้เวลาประเมินผู้สูงอายุ 1 ราย ประมาณ 30 นาที คณะผู้วิจัยได้มอบหมายให้ อสม. กลับไปประเมินผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบและบันทึกลงในสมุดบันทึกและนำกลับมาให้คณะผู้วิจัยในอีก 1 สัปดาห์

ผลการทดลองใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า มีอสม. ที่ประเมินและบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์และเข้าใจความหมายอย่างตีเยี่ยม 2 ราย เป็นอสม. ที่อายุประมาณ 40-50 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สำหรับรายอื่นมีการสับสนบ้างในการใช้คู่มือเพื่อ ภายหลังจากทีมวิจัยได้หารือกับกลุ่ม อสม. และผู้ทรงคุณวุฒิ จึงได้ปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพให้ง่ายขึ้น กล่าวคือ นำแบบประเมินมาไว้ในสมุดบันทึก ช่วยให้ผู้ประเมินไม่สับสน

การปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจะจัดทำเท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 500 คน ในเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อเพื่อใช้จริง การเลือกใช้สมุดบันทึกฉบับปรับปรุงกับผู้สูงอายุวัย 70 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยอย่างชัดเจน ผลดีของการประเมินอย่างครอบคลุมและสม่ำเสมอควรใช้เวลาและติดตามอย่างน้อย 1 ปี

8. อภิปรายผล

คณะผู้วิจัยเลือกการพัฒนาศักยภาพของอสม. ในการประเมินผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะ 1) สอดคล้องกับบริบทและโครงสร้างการทำงานของ รพ.สต. ที่มี อสม. เป็นเครือข่ายสนับสนุน(สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 11ม www.nakakhonphc.go.th) 2) อสม. มีความใกล้ชิด สนับสนุนกับสมาชิกทุกคนใน

บ้านเรือนที่รับผิดชอบ สะดวกในการเยี่ยม ตรวจเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง 3) การพัฒนาผู้สูงอายุและครอบครัวอาจต้องใช้เวลามากกว่า และมีอุปสรรคเรื่องเวลาในการจัดการอบรม 4) มีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงถึงความสามารถในการพัฒนาของ อสม. (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ์, 2550; แสงดาว และคณะ, 2555; ประภาส อนันตา และ จริญญา ทองเอก , 2556)

การประเมินผู้สูงอายุแบบง่ายอย่างครอบคลุม สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุที่คณะผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยแบบประเมินที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำแบบประเมินมาตรฐาน ที่ใช้โดยบุคลากรในวิชาชีพ มาปรับปรุงให้ง่าย และสะดวกต่อ อสม. ในการประเมิน สำหรับการเลือกประเด็น/สภาวะที่กำหนดให้ประเมิน ใช้หลักการของ comprehensive geriatric assessment (Weiland & Hirth, 2003) และเพิ่มเติมการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหล่านี้ การตรวจประเมินอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มต้น โดยมี อสม. เป็นผู้ติดตามการประเมินและบันทึก และแจ้งความผิดปกติที่พบต่อ รพ.สต. หากผู้สูงอายุได้รับการตรวจรักษา แก่ไขตั้งแต่เริ่มต้น จะช่วยลดผลกระทบด้านลบลงได้มาก มีงานวิจัยที่ยืนยันผลดีของการประเมินผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ (Stuck et. al., 1993) ผลการทดลองประเมินผู้สูงอายุของ อสม. ได้ให้ข้อเสนอแก่ทีมวิจัยในการแก้ไขปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพให้เข้าใจง่าย และสะดวกในการใช้ยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้สมุดบันทึกสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต้องอาศัยการกำกับ ติดตามจาก รพ.สต. ซึ่งเป็นองค์กรที่ ทำงานใกล้ชิดกับ อสม. มากที่สุด สำหรับผลลัพธ์จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามและประเมินอีกครั้ง หลังจากมีการดำเนินงานไปแล้ว 1 ปี

9. สรุป

การศึกษานี้ครอบคลุมประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้นประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 1) ขั้นตอนแรก เป็นการประเมินสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ในเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุทั้งที่สามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง หรือต้องอยู่ติดบ้านเนื่องจากเจ็บป่วย เจ็บป่วยหรือภาวะเสื่อมถอยด้านร่างกาย ระบุว่าสามารถเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลได้ ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและการเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อน กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอต่อสถานบริการในด้านการขยายเวลาบริการ และย่นระยะเวลาการรอตรวจ คล้ายคลึงกับข้อเสนอของผู้รับบริการสุขภาพต่อผู้ให้บริการสุขภาพในหลายๆ แห่ง 2) ขั้นตอนที่ 2 เริ่มจากการวิเคราะห์อุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยคณะผู้วิจัยและทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่เห็นพ้องกันว่า การตระหนักรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองยังไม่ดีพอ ส่วนใหญ่มองว่าความเจ็บป่วย เสื่อมถอยในผู้สูงอายุเป็นภาวะปกติ ไม่จำเป็นต้องไปรับบริการตรวจรักษา ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการรับการตรวจรักษาตั้งแต่ต้น คณะผู้วิจัยเลือก “การพัฒนา อสม.ในการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมแบบง่าย” พร้อมกับพัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ อสม.ติดตามประเมินสภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ หลังการอบรม อสม. ได้แสดงศักยภาพที่สามารถประเมินผู้สูงอายุได้และบันทึกลงในสมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุได้ถูกต้อง เห็นได้ว่า อสม.เป็นภาคีภาคประชาชน เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน

10. ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอื่นๆของผู้สูงอายุ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญน้อย
2. การศึกษาติดตามผลของการประเมินผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอของอสม.ต่อการใช้บริการสุขภาพและสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยมีหน่วยบริการเป็นเจ้าของโครงการวิจัย

ด้านการปฏิบัติ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลติดตามผลการประเมิน และการบันทึกของอสม. หากพบความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการการตรวจรักษา ควรประสานกับผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อนำผู้สูงอายุมาตรวจและรักษา
2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นระหว่างภาคีสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ อสม. และทีมสุขภาพที่ให้บริการเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เรียนรู้ข้อมูลจากกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างกัน
3. ประกวดหมู่บ้านผู้สูงอายุสุขภาพดี
4. ให้อาสาสมัคร อสม. ที่มีผลการปฏิบัติงานดี เพื่อให้เป็นแบบอย่างกับรายอื่นๆ

11. เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ. (2550). บทความพิเศษ อสม. : ศักยภาพและยุทธศาสตร์ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. **หมออนามัย**. ปีที่ 17 (3) หน้า 7-19.
- เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2554). **ความเป็นธรรมและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสาธารณสุขของผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ในเขตภาคกลางและกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ชัชวาลย์ ทัดศิวิทธ์ (2558) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR): มิติใหม่ของรูปแบบวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนระดับท้องถิ่น
- ชื่นตา วิชชาวุธ สถิต พงศ์ธวัชวิริยะกุล. (2552). **ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ทวีศักดิ์ สุททกวาทิน. (2544). **การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ที พี เอ็น เพรส.
- ประภาส อนันดา จรรย์ญ ทงอนง. (255). ผลการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาง อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2555. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 20 (1) : หน้า 1-8.
- ผานิตา พงษ์เศวต. (2551). **การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ของผู้สูงอายุ อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี**. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ภานุเบศร์ มหาเรือนขวัญ. (2553). สถานภาพการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย. **Daily News Manager Online**. Retrieved August 16, 2010, from <http://www.manager.co.th>.
- เรียม นมรักษ์ และ พรทิพย์ จอกกระจาย (2557) การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาของผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ครั้งที่ 6 วิจัย เอกพลากร. (2553). **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552**. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด
- สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ อุไรวรรณ บุญสุวรรณและคณะ. (2553). **ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุวัย 70 ปีขึ้นไป**. การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2552 สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร หน้า 113.
- สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์. (2545). **การเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัด**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต การวิจัยและพัฒนาาระบบสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ. (บรรณนาธิการ). (2543). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540 - 2541**. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 11 นครศรีธรรมราช **ประวัติอสม**. retrived จาก WWW.NAKHONPHC.GO.TH เมื่อ 20 พฤศจิกายน 2557

- อนวัณณ์ ศุภชุตินกุล. (2536). การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อความอยู่รอดของบริการสุขภาพในภาครัฐ, สถานความหวัง : **สู่ความเป็นเลิศของโรงพยาบาลรัฐ** ในวาระครบรอบ 60 ปีของนายแพทย์บุญยงค์ วงศ์รักมิตร. กรุงเทพฯ: ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป.
- อรรวรรณ พุ่มพวง. (2551). การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Aday, L.A. and Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. **Health Service Research**. 3(1974), 208-220.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1981). Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. **Medical Care**, 19(12), 4-27.
- European Commission (2008). **Quality in equality of access to healthcare services**. Retrived May 24th, 2014 from <http://www.euro.center.org/data/1237457784-41597.pdf> pp 25-72 ,99-115.
- Fitzpatrick, A.L., Powe, N.R., Cooper, L.S., Lves, D.G. & Robbins, J.A. (2004). Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. **American Journal of Public Health**. 94(10): 1788 – 1794.
- Gulliforg, M. (2001). Access to Health Care. NCCSDO. (online) available URL [http://www.sdo.lshtm.ac.uk/PDF/Access Scoping Exercise Report.pdf](http://www.sdo.lshtm.ac.uk/PDF/Access%20Scoping%20Exercise%20Report.pdf)
- Penchamsky, R., Thomas, J. W. (1981). The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, 19(2), 127-140.
- Persinger, G. (2000). Pharmaceutical Beafits under State Medical Assistance Programs. available URL <http://www.npcnow.org/pdf/assistpro/appendixe.pdf>
- Schulz, R., Johnson, A. C. (1990). **Management of hospital and health service: Strategic issues and performance** (3rd ed.). Toronto: The C.V. Mosby.
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. **Lancet**. Oct 23;342(8878):1032-6.
- Thorpe,J.E., Thorpe,C.T, Kennelty,K .A. Pandhi, N. (2011).Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. **BMC Health Services Research** .11:181 doi:10.1186/1472-6963-11-181.