



แบบฟอร์มรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย (เดี่ยว) โครงการย่อย
(รายงานทุก 6 เดือน)

โครงการ (ไทย) การจัดการทางสังคมเพื่อส่งเสริมการบริการสุขภาพ ป้องกันและดูแลผู้สูงอายุติดเตียงใน
ชุมชนเคหะดินแดง- ห้วยขวางกรุงเทพมหานคร

(อังกฤษ) Social management to promoting health service prevention and
caring of bedridden families in Dindang- Huai Khwang Housing Community Bangkok

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปี 2565 จำนวน 300,000 บาท

ระยะเวลาทำการวิจัย 12 เดือน เริ่มทำการวิจัยเมื่อ (เดือน, ปี). 1 พฤษภาคม 2565 – 30 เมษายน 2566

รายงานความก้าวหน้าของการวิจัยครั้งที่ 2 ระหว่าง (เดือน, ปี) พฤษภาคม ถึง สิงหาคม (เดือน, ปี) .

รายนามหัวหน้าโครงการ (เดี่ยว)/โครงการย่อย และผู้ร่วมโครงการ พร้อมทั้งหน่วยงานที่สังกัดและ
รายละเอียดการติดต่อ (ที่อยู่/โทรศัพท์/โทรสาร/email)

1.1 หัวหน้าทีมวิจัยภาคกลาง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรีย์ ยอดฉิม

1.2 หัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑนาวดี เมธาพัฒนา

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

โทร. 064-160-5444 E-mail: muntanavadee.ma@ssru.ac.th

ผู้ร่วมวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญศรี กิตติโชติพาณิชย์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

โทร. 089-794-4585 E-mail: boonsiri.ki@ssru.ac.th

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิภากร สอนสนาม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

โทร. 081-563-5140 E-mail: wipakon.so.ma@ssru.ac.th

3. ดร.อารยา ทิพย์วงศ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

โทร. 091-003-5119 E-mail: araya.ti@ssru.ac.th

4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศักดิ์ ศ่างฉาย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

- โทร. 086-571-8206 E-mail: sakapas.sa@ssru.ac.th
5. อาจารย์รังสีมา พัศระ
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
โทร. 087-682-8862 E-mail: rangsima.pa@ssru.ac.th
 6. อาจารย์นงลักษณ์ แก้วทอง
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
โทร. 080-829-4965 E-mail: nongluck.ka@ssru.ac.th
 7. อาจารย์จิราพร รักการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
โทร. 081-825-3099 E-mail: jiraporn.ra@ssru.ac.th
 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรนุช เชาว์ปรีชา
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
โทร. 087-983-1642 E-mail: oranuch.ch@ssru.ac.th
 9. ดร.อุดมพร ยิ่งไพบูลย์สุข
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
โทร. 081-801-6055 E-mail: udomporn.yi@ssru.ac.th
 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมวดี คฤหเดช
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
โทร. 081-822-9178 E-mail: premwadee.ka@ssru.ac.th
 11. อาจารย์สกุลตรา คำชู
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
โทร. 081-915-5591 E-mail: sakuntra.ku@ssru.ac.th

นักวิจัยท้องถิ่น

12. นางเกษแก้ว องค์กร์คุณา
13. นางอังศรา สาลิตุล
14. นางสาวทัศนา ผลวิงวอน
15. นางสมัย วงษ์ทอง
16. นางกมลพรรณ วงษ์ปิ่น
17. นางจันทิมา รื่นจิตร

1.3 ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชริน ดำรงกิตติกุล

1.4 หน่วยงานหลัก วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

1.5 หน่วยงานสนับสนุน สภาการวิจัยแห่งชาติและมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

2. ประเภทการวิจัย

Research and Development

3. สาขาวิชาการและกลุ่มวิชาที่ทำการวิจัย

สาขาพยาบาลศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์ และสาขาคหกรรมศาสตร์

4. คำสำคัญ (Keyword) ของการวิจัย

การจัดการทางสังคม การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
ชุมชนเคหะดินแดง- ห้วยขวาง

ข้อมูลเพื่อการทำรายงานความก้าวหน้าการวิจัยและนวัตกรรมระยะ 6 เดือน (พฤษภาคม-สิงหาคม 2565)

ทีมผู้วิจัยขอรายงานความก้าวหน้าในรอบ 6 เดือนของโครงการวิจัย (เดี่ยว) โครงการย่อยเรื่อง “การจัดการทางสังคมเพื่อส่งเสริมการบริการสุขภาพ ป้องกันและดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเคหะดินแดง-ห้วยขวางกรุงเทพมหานคร” แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลการรายงานเบื้องต้น (Inception Report) และ (2) ข้อมูลรายงานความก้าวหน้าการวิจัยและนวัตกรรมระยะ 6 เดือน

1. ข้อมูลการรายงานเบื้องต้น (Inception Report)

การนำเสนอข้อมูลการรายงานเบื้องต้นในโครงการวิจัยย่อยนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) รายละเอียดข้อเสนอโครงการวิจัยย่อยเบื้องต้น 2) รายละเอียดเนื้อหาตามรูปแบบของวช.กำหนดที่ต้องการให้รายงาน 3) กิจกรรมที่ดำเนินการ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1) รายละเอียดข้อเสนอโครงการวิจัยย่อยเบื้องต้น

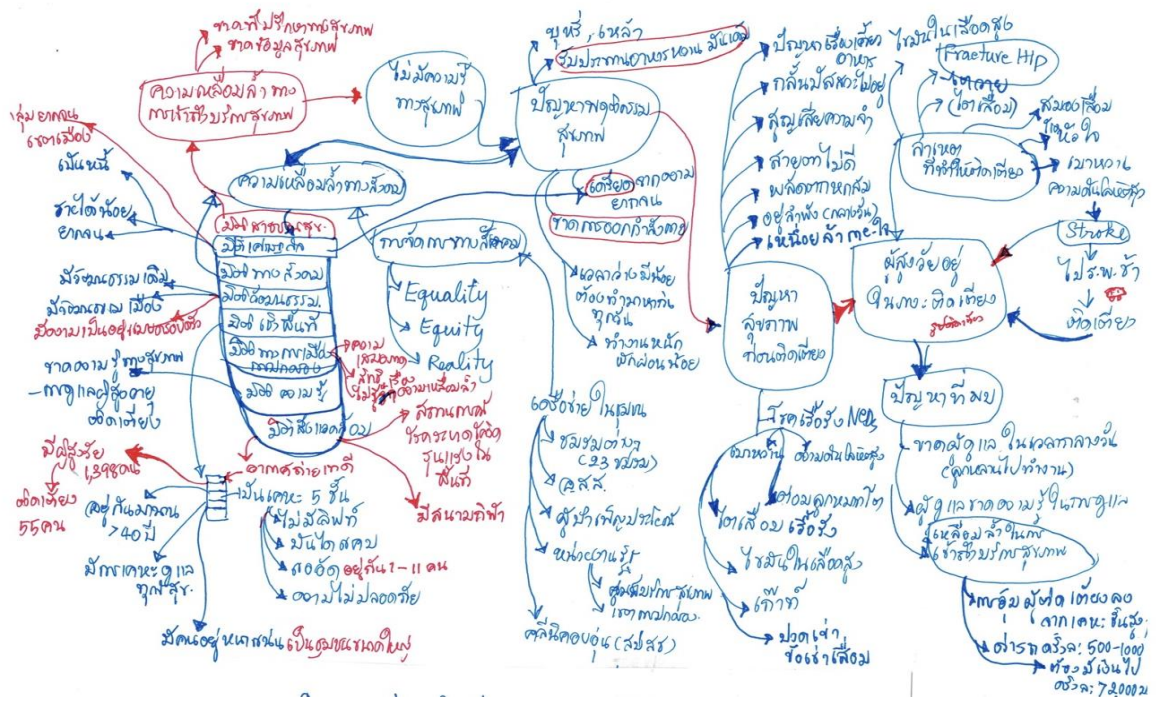
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ภาวะติดเตียงและความยากจนเป็นความทุกข์อย่างยิ่งของการอาศัยอยู่ในชุมชนเคหะแห่งชาติในเขตเมือง เนื่องจากความบีบคั้นของความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีรายได้น้อย ผู้สูงอายุติดเตียง ในเขตเมืองจึงเป็นปัญหาทางสังคมและสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเป็นกลุ่มเปราะบางและขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นอย่างมากเพราะผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถมารับบริการได้ด้วยตัวเอง ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากลูกหลานหรือผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการพาไปรับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหรือมาตรวจตามนัดที่สถานบริการสาธารณสุข อีกทั้งการประสพภาวะโรคระบาดโควิด 19 เป็นระยะยาวนานกว่า 2 ปี รวมถึงพื้นที่การเคหะดินแดง-ห้วยขวาง ได้ประสบกับการระบาดของโรคอย่างหนักเป็นกลุ่มโรคระบาดรุนแรงในช่วงปี 2564 ของชุมชนเคหะและตลาดห้วยขวาง ทำให้เกิดการตกงานไม่มีรายได้ จึงเกิด

ความทุกข์เชิงอยู่ของครอบครัวผู้ป่วยติดเตียง ความเหลื่อมล้ำใน 2 มิติดังกล่าวจึงเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ต้องการฟื้นฟู ด้วยการประสานความช่วยเหลือจากภายนอกและภายในชุมชนไปด้วยกันในรูปแบบเครือข่ายทางสังคม และการจัดการทางสังคมโดยมีชุมชนเป็นพื้นฐานในการจัดการตนเอง

ชุมชนเคหะดินแดง-ห้วยขวางเป็นชุมชนยากจนใจกลางเมืองมหานคร ซึ่งมีรากฐานความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ ระหว่างเมืองและชนบท ชุมชนนี้ได้อยู่ร่วมกันในลักษณะครอบครัวมานานกว่า 40 ปี เนื่องจากในช่วงนั้นมีการย้ายแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง และในช่วงยี่สิบปีที่ผ่านมาเขตเมืองยังไม่สามารถสร้างความเท่าเทียมกันเชิงพื้นที่ให้เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำมาจนถึงปัจจุบัน ชุมชนนี้ได้กลายเป็นคนจนเขตเมือง และได้รับการจัดสรรให้มีที่อาศัยในลักษณะการเคหะเป็นตึก 4 ชั้น ไม่มีลิฟท์ เปลี่ยนรูปแบบจากความเป็นอยู่แนวราบเป็นแนวตั้งจึงเกิดความยากลำบากในการขึ้นลงทุกเช้า-เย็น เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุและการมีภาวะติดเตียงจึงยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

ความเหลื่อมล้ำในชุมชนนี้มีหลายมิติซับซ้อนกัน ได้แก่ มิติด้านพื้นที่ ความเหลื่อมล้ำด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ มิติความรู้ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การสาธารณสุข โดยรวมจึงเป็นความเหลื่อมล้ำด้านสังคมที่สะท้อนภาพของ ‘คนจนเมือง’ ที่มีความซ้อนทับกันในหลายมิติ ส่งผลกระทบไปยังมิติอื่นๆ โยงใยเป็นปัญหาหลายมิติซ้อนกัน กลุ่มปัญหาของชุมชนเคหะห้วยขวางนี้ส่วนใหญ่มีความโยงใยมาจากภาวะความยากจน การเป็นหนี้ การขาดความรู้ทางสุขภาพ การไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจึงทำให้มีโรคเรื้อรัง การทำงานหนักเพื่อหารายได้ ผนวกกับความบีบคั้นจากความยากจนในเขตเมือง จึงเกิดภาวะเครียดและโรคเรื้อรังจนนำไปสู่ภาวะติดเตียงในบั้นปลายชีวิต ดังแสดงในภาพโยงใยทางกลุ่มปัญหาของชุมชนที่นำไปสู่ภาวะติดเตียงในสูงวัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ภาพโยงใยกลุ่มปัญหาสุขภาพในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดเตียงของผู้สูงอายุชุมชนเคหะดินแดง-ห้วยขวาง

จุดเด่นของชุมชนแห่งนี้คือความมีจิตอาสา ผู้อาศัยในเคหะห้วยขวางในรุ่นนี้นับเป็นการสืบทอดมาเป็นรุ่นที่ 3 ที่มีสายใยแห่งครอบครัว เนื่องจากผู้ที่มาปักหลักที่แห่งนี้มีความเป็นอยู่แบบครอบครัวเป็นส่วนใหญ่มาตั้งแต่ต้น นับถือศาสนาพุทธเกือบ 100 % จากจุดเด่น ทางวัฒนธรรม และความเป็นอยู่ในระบบครอบครัวที่มีรากเหง้าจากสังคมเชิงชนบทในรุ่น ปู่ ย่า ตา ยาย ยุคเริ่มสร้างชุมชนห้วยขวาง (2499) ได้หล่อหลอมทางสังคมจนบัดนี้ จึงได้เห็นจุดเน้นที่เข้มแข็งคือความผูกพันในลักษณะครอบครัวที่ไม่ทิ้งกันแม้จะทุกข์ยาก ผู้ติดเตียงได้มีเสมอมารุ่นต่อรุ่น แต่จะอยู่กับลูกหลานแม้ปัจจุบันต้องไปทำงานช่วงกลางวันหรือกลางคืน ก็จะไม่ผลัดกันดูแล แม้ไม่มีลูกหลานดูแลช่วงกลางวัน จะมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมดูเป็นบางเวลา ซึ่งเป็นความกตัญญูเป็นคุณธรรมที่จำเป็นต้องรักษาไว้ให้คงอยู่สืบเนื่องไป จะเห็นได้จากระยะเวลาการดูแลผู้สูงวัยติดเตียง ซึ่งดูแลในระยยาว 2-10 ปี การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่จำเป็นต้องมีการหนุนเสริมให้เกิดความเสมอภาค ความเท่าเทียม ด้วยความเป็นจริงได้ (Equity, Equality, Reality) นั้นจำเป็นต้องได้รับการหนุนเสริมด้วยระบบจากกลไกรัฐ ด้วยการกำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานที่เท่ากัน การบริหารจัดการพิเศษ สำหรับกลุ่มผู้สูงวัยติดเตียง รวมถึงการส่งเสริมรายได้ด้วยการค้นหาศักยภาพของชุมชนให้เกิดรายได้เพิ่มขึ้น ส่วนปัญหาอุปสรรคและช่องว่างความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพสุขภาพนั้นมีส่วนหนึ่งมาจาก ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพที่ขาดกลไกต่อเนื่องลงสู่ฐานรากกลุ่มยากจนเขตเมือง และการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนไม่ทั่วถึง

ในการศึกษาการจัดการทางสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเคหะห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร เป็นการดำเนินงานในระยะที่ 2 ซึ่งดำเนินงานต่อจากระยะแรกได้มีการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันค้นหาวิถีเพื่อการจัดการทางสังคมและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมในมิติการบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเคหะห้วยขวาง และมีกลุ่มจิตอาสาแกนนำเป็นกรรมการในการจัดการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์จำเป็นในรูปแบบธนาคารอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผู้สูงวัยติดเตียง โดยอาศัยการบริจาคจากผู้บริจาคเป็นส่วนใหญ่ ในการศึกษาครั้งนี้จึงเพิ่มมิติการสร้างงานจากศักยภาพของชุมชนให้เกิดรายได้ ซึ่งได้ค้นพบจากการศึกษาระยะแรกนั้น ชุมชนมีความสามารถในการทำอาหารไทยพื้นบ้านได้โดดเด่น แต่ขาดการบริหารเชิงพาณิชย์ที่เป็นรูปธรรม การศึกษาครั้งนี้ จึงนำความรู้จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาลงสู่การช่วยเหลือชุมชนในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง การให้ความรู้ในการป้องกันการติดเตียง และการเสริมความรู้ด้านอาหารให้มีจุดเด่นทางสุขภาพและนำสู่การเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว โดยอาศัยการจัดการทางสังคมของชุมชนเองด้วย

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะเน้นการจัดการทางสังคมในการยกระดับกลไกการดูแลและการป้องกันผู้สูงอายุติดเตียงและการเพิ่มรายได้ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในมิติสุขภาพและมิติเศรษฐกิจในครอบครัวผู้สูงวัยติดเตียง ด้วยกระบวนการ CBR ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนและมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา โดยความร่วมมือของการเคหะห้วยขวาง-ดินแดง และภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการชุมชนเมืองที่มีลักษณะพิเศษในการลดความเหลื่อมล้ำในมิติสังคมในด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการเสริมสร้างรายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุติดเตียงต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อจัดระบบข้อมูลให้เข้าถึงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนการเคหะดินแดง-ห้วยขวางกรุงเทพมหานคร

1.2.2 เพื่อพัฒนาความร่วมมือของการเคหะแห่งชาติและหน่วยงานในพื้นที่ในการดูแลและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนผู้สูงอายุติดเตียงของชุมชนการเคหะ ดินแดง-ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

1.2.3 เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการระบบดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้สูงอายุติดเตียงของชุมชนการเคหะ ดินแดง-ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

1.3 ขอบเขตของการวิจัย (ตามข้อเสนอโครงการวิจัยย่อยเบื้องต้น)

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุชุมชนที่มีลักษณะจัดสรรโดยเคหะแห่งชาติ เพื่อผู้มีรายได้น้อยของเคหะดินแดง-ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร นับเป็นชุมชนผู้มีรายได้น้อยในเขตเมืองขนาดใหญ่

ขอบเขตพื้นที่	กลุ่มปฏิบัติการวิจัย	ภาคีหน่วยงานในพื้นที่
ชุมชนเคหะดินแดง- ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุไม่ติดเตียงจำนวน 250 คน และผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลจำนวน 25 คู่ (50 คน) อาศัยบนแฟลต 5 ชั้น ที่อยู่ในความดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง	กลุ่มชุมชนเคหะดินแดง- ห้วยขวาง ประกอบด้วย 1) ประธานประจำแต่ละแฟลตเคหะชุมชนดินแดง-ห้วยขวาง จำนวน 17 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) จำนวนประมาณ 20 คน 3) ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 ชมรม 4) กลุ่มผู้สูงอายุจิตอาสา จำนวนประมาณ 30 คน 5) ประธานและคณะกรรมการการเคหะชุมชนดินแดง-ห้วยขวาง จำนวน 15 คน	1) คณะกรรมการประจำ 17 แฟลต เคหะชุมชนดินแดง-ห้วยขวาง 2) อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 3) ชมรมผู้สูงอายุเคหะชุมชนดินแดง-ห้วยขวาง 4) คณะกรรมการการเคหะชุมชนดินแดง-ห้วยขวาง 5) ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 6) คลินิกอบอุ่น 7) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 8) วัดในชุมชน 9) กลุ่มนักรบเมืองท้องถิ่น

1.4 วิธีดำเนินการวิจัย

เนื่องจากการดำเนินการวิจัยต่อเนื่องเป็นปีที่ 2 จึงมีต้นทุนจากปีที่ 1 ดังนี้

ต้นทุนจากการดำเนินงานปีที่ 1

- 1) แกนนำชุมชนในรูปแบบคณะกรรมการ การจัดระบบการช่วยเหลือความจำเป็นเร่งด่วน
- 2) ธนาการอุปกรณ์จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง
- 3) เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในเคหะชุมชน ห้วยขวาง

สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ และแนวทางการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์

- 1) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี: ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
- 2) ยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏ 20 ปี: การพัฒนาท้องถิ่น
- 3) ยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา:
 - (1) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างผลงานวิชาการสู่การยกระดับภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างยั่งยืน (Construct Academic Works for Elevating Local Wisdom Sustainably)
 - (2) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความสัมพันธ์ เชื่อมโยงเครือข่ายและท้องถิ่น (Establish Relationship to Link Local to Network)
- 4) ยุทธศาสตร์กรุงเทพมหานคร:

ยุทธศาสตร์ของกรุงเทพมหานครด้านที่ 3 มหานครสำหรับทุกคน มิติที่ 3.1 การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สวัสดิการและการสงเคราะห์และการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส เป้าประสงค์ที่ 3.1.2.1 ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาสสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

วิธีการเชื่อมโยงกับหน่วยงาน

1. ประสานงานความร่วมมือกับการเคหะชุมชนเคหะดินแดง-ห้วยขวางและเครือข่ายชุมชน
 2. การมีส่วนร่วมในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุจากชุมชนและภาคีเครือข่าย (Empathize)
 3. กำหนดโจทย์ปัญหาตีความหมายให้ชัดเจนตรงความปัญหาและความต้องการ การเคหะชุมชนดินแดง-ห้วยขวาง (Define)
 4. ร่วมออกแบบกลไกต้นแบบในการส่งเสริมการบริการสุขภาพ ป้องกัน และดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเคหะดินแดง-ห้วยขวาง (Ideate)
 5. ร่วมสร้างต้นแบบกลไกการบริการสุขภาพตามธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุในการป้องกันและดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเคหะดินแดง-ห้วยขวาง (Prototype)
 6. ร่วมกันทดลองและทดสอบกลไกพร้อมกับติดตามผลปรับปรุง คำนึงความรู้สู่ชุมชนท้องถิ่น (Test)
- สำหรับโครงการวิจัยในปีที่ 2 ในเรื่อง “การจัดการทางสังคมเพื่อส่งเสริมการบริการสุขภาพ ป้องกัน และดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเคหะดินแดง- ห้วยขวางกรุงเทพมหานคร” โดยใช้กระบวนการ CBR ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อจัดระบบข้อมูลให้เข้าถึงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนการเคหะดินแดง-ห้วยขวางกรุงเทพมหานคร 2) เพื่อพัฒนาความร่วมมือของการเคหะแห่งชาติและหน่วยงานในพื้นที่ในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้สูงอายุติดเตียงของชุมชนการเคหะ ดินแดง-ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร และ 3) เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการระบบดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้สูงอายุติดเตียงของชุมชนการเคหะดินแดง-ห้วยขวาง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย การวิจัยครั้งนี้จะเน้นการลดความเหลื่อมล้ำในมิติสังคมในด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงในลักษณะชุมชนยากจนเขตเมืองและเกิดแนวปฏิบัติตามธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืนให้กับชุมชนต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประเมินสถานการณ์ปัญหา โดยการดำเนินงานระยะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุในประเด็นความเหลื่อมล้ำทางสาธารณสุขของชุมชน ดังนี้

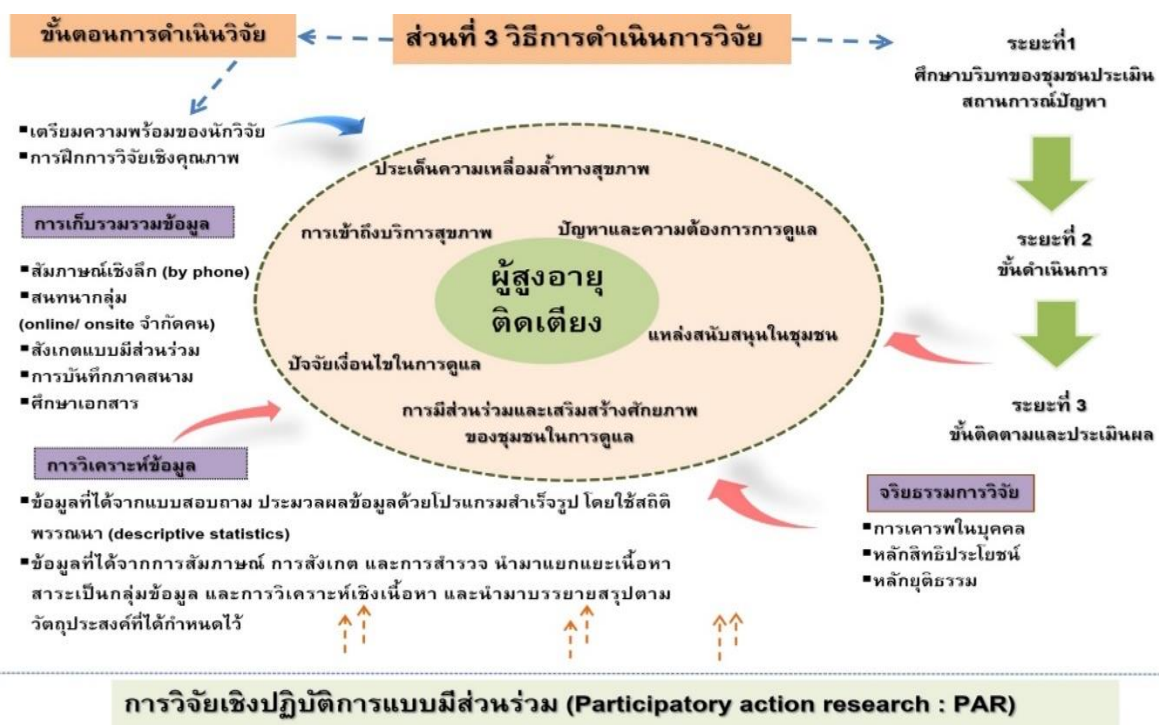
1. สร้างสัมพันธภาพและความเข้าใจกับประชาชนในชุมชน โดยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน
2. ศึกษาข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร ข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพิ่มเติมจากการศึกษาในปีที่ 1
3. ศึกษาบริบทของชุมชน โดยสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ภาคสังคมภาคีเครือข่ายและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพิ่มเติมจากการศึกษาในปีที่ 1
4. สสำรวจบริบทของพื้นที่โดยเข้าไปสังเกต พูดคุยสัมภาษณ์กับผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลประธานชมรมผู้สูงอายุ แกนนำแหล่งเรียนรู้ต่างๆ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่รัฐเพิ่มเติมจากการศึกษาในปีที่ 1
5. พูดคุยกับผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ภาคสังคมภาคีเครือข่ายและหน่วยบริการสุขภาพ และกลุ่มองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเพิ่มเติมจากการศึกษาในปีที่ 1

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชนในการค้นหาประเด็นความเหลื่อมล้ำและแนวปฏิบัติในการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยประชุมทีมวิจัยทบทวนปัญหา วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ต้นทุนในชุมชนและวางแผน การดำเนินงานป้องกันแก้ไขประเด็นการจัดตั้งธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนคดยเน้นประเด็นลดความเหลื่อมล้ำทางสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนร่วมกัน
2. ผู้วิจัยจัดเวทีระดมสมอง (แบบออนไลน์) ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ภาคสังคมภาคีเครือข่ายและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ แกนนำผู้สูงอายุ และกลุ่มองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนโดยการนำเสนอข้อมูลพื้นฐาน (Base Line) จากความต้องการของชุมชนในประเด็นความเหลื่อมล้ำทางสาธารณสุขของผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้จากการลงพื้นที่เพื่อรับรู้ข้อมูลร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้ร่วมกันออกแบบและสร้างแนวปฏิบัติตามธรรมนูญสุขภาพที่ร่วมกันจัดตั้งขึ้น
3. วางแผนร่วมประชุมแกนนำ (แบบออนไลน์) และกำหนดแผนงานดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนในประเด็นลดความเหลื่อมล้ำทางสาธารณสุข และกระตุ้นให้คนในชุมชนมีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหากิจกรรมที่จะดำเนินการ
4. ปฏิบัติตามกิจกรรมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อสร้างแกนนำในการยกระดับศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน
5. ประชุม (แบบออนไลน์) ติดตามความก้าวหน้า ประเมินผลและเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานโดยประเมินผลทุกทางเลือกที่ดำเนินการโดยทีมวิจัยหลักร่วมกับทีมวิจัยชุมชน และนำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน

นำเสนอเวทีประชาคมเป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้ชุมชนเกิดกระบวนการยกระดับการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ พัฒนาแนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหให้กับชุมชน

ระยะที่ 3 ขั้นติดตามและประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามวิเคราะห์กลไกในการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการจัดการทางสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชนและภาคีเครือข่าย มีการดำเนินการดังนี้ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานและประเมินผลตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยการจัดเวทีชุมชน เชิญผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการชุมชน แกนนำชุมชน และประชาชน เพื่อนำเสนอผลสำเร็จจากการดำเนินงาน และเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัยกับชุมชน รวมถึงการสานต่อให้ชุมชนนำผลของการวิจัยไปดำเนินการแก้ไขปัญหในประเด็นลดความเหลื่อมล้ำทางสาธารณสุขหรือพัฒนาชุมชนต่อไป สรุปวิธีการดำเนินการวิจัย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ภาพรวมการดำเนินการวิจัยการจัดการทางสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเคหะดินแดง-ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

1.5 ผลลัพธ์รายปี

ปีที่เสนอขอ (ปีที่ 1)

ผลลัพธ์รายปี (กรณีที่เสนอขอต่อเนื่อง 2 ปีขึ้นไป ขอให้ระบุผลลัพธ์รายปีด้วย)

1) ผลผลิต (Output) (ผลสัมฤทธิ์ที่สำคัญ)

ปีที่น่าส่ง ผลผลิต	ผลผลิต	ประเภท ผลผลิต	รายละเอียดของผลผลิต	จำนวน	หน่วย นับ
2566	1) รูปแบบการ จัดการทางสังคม	Model	เป็นคู่มือการปฏิบัติการของชุมชนใน การดูแล/ป้องกันภาวะผู้สูงวัยติด เตียง	1	1
	2) ตำรับอาหาร สำหรับผู้ป่วยติดเตียง เสริมสมุนไพรมะขาม	1	เป็นชุดเมนูอาหารสำหรับผู้สูงวัยติด เตียงที่เพิ่มคุณค่าด้วยสมุนไพรมะขาม สามารถให้ทางสายยางและป้อนได้	1	1
	3) ศูนย์เรียนรู้การ ส่งเสริมอาชีพด้าน อาหารไทยยอดนิยม	1	เป็นศูนย์เรียนรู้ร้านอาหารไทยยอดนิยม ประยุกต์จากวังสุนันทาสู่ชุมชน	1	1

2) ผลลัพธ์

การนำผลผลิตที่คาดว่าจะได้รับ ไปใช้ประโยชน์ในด้านใด (เลือก ได้มากกว่า 1 ด้าน)	รายละเอียดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Outcome) ที่เกิดจาก การนำผลผลิตที่คาดว่าจะได้รับไปใช้ ประโยชน์	ผู้ใช้ประโยชน์ (User)	ปีที่เกิด ผลลัพธ์
องค์ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูง วัยติดเตียงแบบประคับประคอง ในเขตเมือง สุขใจเมื่อยังอยู่ จาก ไปอย่างสมศักดิ์ศรี	-เป็นชุดความรู้เชิงปฏิบัติการดูแล สุขภาพผู้สูงวัยติดเตียงแบบ ประคับประคองในเขตเมือง สุขใจเมื่อ ยังอยู่ จากไปอย่างสมศักดิ์ศรี	-ศูนย์ สาธารณสุข -ศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุ	2566

3) ผลกระทบ

ผลกระทบที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Impact)	คุณค่าที่คาดว่าจะส่งมอบ (value proposition)	ผู้ได้รับประโยชน์ (Beneficiary)
ผู้สูงวัยติดเตียงมีคุณภาพชีวิต แบบ สุขใจเมื่อยังอยู่จากไป อย่างสมศักดิ์ศรี	-เป็นคุณค่าแห่งชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชนยากจนเขตเมืองมี ความสุขได้ถึงระยะสุดท้าย	ผู้สูงวัยในชุมชนเคหะชุมชนดินแดง-ห้วย ขวาง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร การเคหะแห่งชาติ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 เกิดระบบข้อมูลให้เข้าถึงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนการเคหะดินแดง-ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

1.6.2 เกิดกลไกต้นแบบแนวปฏิบัติการบริหารจัดการระบบดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้สูงอายุติดเตียงของชุมชนรายได้น้อยเขตเมือง

2) รายละเอียดเนื้อหาตามรูปแบบของวช.กำหนดที่ต้องการให้รายงาน

2.1 ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในชุมชนวิจัย จากการทำงานที่ต่อเนื่องจากปีที่แล้ว นำมาทำ Baseline Data

ชุมชนเคหะดินแดง-ห้วยขวางเป็นชุมชนยากจนใจกลางเมืองมหานคร ซึ่งมีรากฐานความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ ระหว่างเมืองและชนบท ชุมชนนี้ได้อยู่ร่วมกันในลักษณะครอบครัวมานานกว่า 40 ปี เนื่องมาจากในช่วงนั้นมีการย้ายแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง และในช่วงยี่สิบปีที่ผ่านมาเขตเมืองยังไม่สามารถสร้างความเท่าเทียมกันเชิงพื้นที่ให้เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำมาจนถึงปัจจุบัน ชุมชนนี้ได้กลายเป็นคนจนเขตเมือง และได้รับการจัดสรรให้มีที่อาศัยในลักษณะการเคหะเป็นตึก 4 ชั้น ไม่มีลิฟท์ เปลี่ยนรูปแบบจากความเป็นอยู่แนวราบเป็นแนวตั้งจึงเกิดความยากลำบากในการขึ้นลงทุกเช้า-เย็น เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุและการมีภาวะติดเตียงจึงยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

ความเหลื่อมล้ำในชุมชนนี้มีหลายมิติซับซ้อนกัน ได้แก่ มิติด้านพื้นที่ ความเหลื่อมล้ำด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ มิติความรู้ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การสาธารณสุข โดยรวมจึงเป็นความเหลื่อมล้ำด้านสังคมที่สะท้อนภาพของ ‘คนจนเมือง’ ที่มีความซ้อนทับกันในหลายมิติ ส่งผลกระทบไปยังมิติอื่นๆ โยงใยเป็นปัญหาหลายมิติซ้อนกัน

กลุ่มปัญหาของชุมชนเคหะห้วยขวางนี้ส่วนใหญ่มีความโยงใยมาจากภาวะความยากจน การเป็นหนี้ การขาดความรู้ทางสุขภาพ การไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจึงทำให้มีโรคเรื้อรัง การทำงานหนักเพื่อหารายได้ ผนวกกับความบีบคั้นจากความยากจนในเขตเมือง จึงเกิดภาวะเครียดและโรคเรื้อรังจนนำไปสู่ภาวะติดเตียงในบั้นปลายชีวิต ดังแสดงในภาพโยงใยทางกลุ่มปัญหาของชุมชนที่นำไปสู่ภาวะติดเตียงในช่วงสูงวัย ดังภาพที่ 1

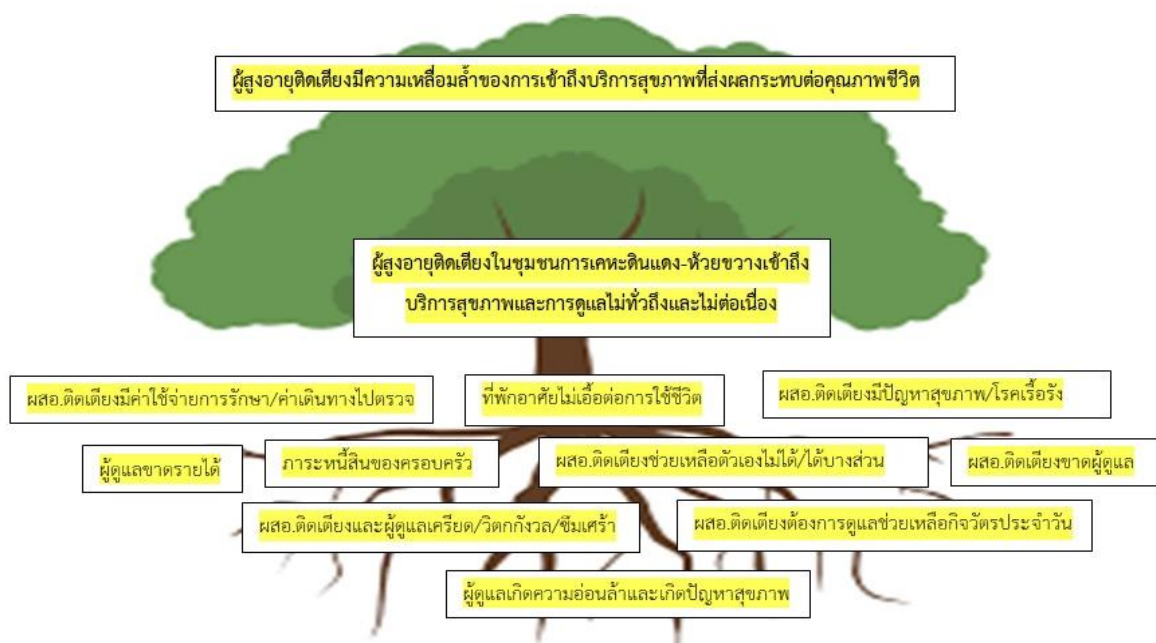
จุดเด่นของชุมชนแห่งนี้คือความมีจิตอาสา ผู้อาศัยในเคหะห้วยขวางในรุ่นนี้นับเป็นการสืบทอดมาเป็นรุ่นที่ 3 ที่มีสายใยแห่งครอบครัว เนื่องจากผู้ที่มาปักหลักที่แห่งนี้มีความเป็นอยู่แบบครอบครัวเป็นส่วนใหญ่มาตั้งแต่ต้น นับถือศาสนาพุทธเกือบ 100 % จากจุดเด่น ทางวัฒนธรรม และความเป็นอยู่ในระบบครอบครัวที่มีรากเหง้าจากสังคมเชิงชนบทในรุ่น ปู่ ย่า ตายาย ยุคเริ่มสร้างชุมชนห้วยขวาง (2499) ได้หล่อหลอมทางสังคมจนบัดนี้ จึงได้เห็นจุดเน้นที่เข้มแข็งคือความผูกพันในลักษณะครอบครัวที่ไม่ทิ้งกันแม้จะทุกข์ยาก ผู้ติดเตียงได้มีเสมอมารุ่นต่อรุ่น แต่จะอยู่กับลูกหลานแม้ปัจจุบันต้องไปทำงานช่วงกลางวันหรือกลางคืน ก็จะไม่ผลัดกันดูแล แม้ไม่มีลูกหลานดูแลช่วงกลางวัน จะมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมดูเป็นบางเวลา ซึ่งเป็นความกตัญญูเป็นคุณธรรมที่จำเป็นต้องรักษาไว้ให้คงอยู่สืบเนื่องไป จะเห็นได้จากระยะเวลาการดูแลผู้สูงวัยติดเตียง ซึ่งดูแลในระ

ยาว 2-10 ปี การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่มีต้องมีการหนุนเสริมให้เกิดความเสมอภาค ความเท่าเทียม ด้วยความเป็นจริงได้ (Equity, Equality, Reality) นั้นจำเป็นต้องได้รับการหนุนเสริมด้วยระบบจากกลไกรัฐ ด้วยการกำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานที่เท่ากัน การบริหารจัดการพิเศษ สำหรับกลุ่มผู้สูงวัยติดเตียง รวมถึงการส่งเสริมรายได้ด้วยการค้นหาศักยภาพของชุมชนให้เกิดรายได้เพิ่มขึ้น ส่วนปัญหาอุปสรรคและช่องว่าง ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการสุขภาพสุขภาพนั้นมีส่วนหนึ่งมาจาก ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพที่ขาดกลไกต่อเนื่องลงสู่ฐานรากกลุ่มยากจนเขตเมือง และการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนไม่ทั่วถึง

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการดำเนินงานในระยะที่ 2 ซึ่งดำเนินงานต่อจากระยะแรกได้มีการการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันค้นหาวิถีเพื่อการจัดการทางสังคมและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ในมิติการบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเคหะห้วยขวาง และมีกลุ่มจิตอาสาแกนนำเป็นกรรมการในการจัดการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์จำเป็นในรูปแบบธนาคารอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผู้สูงวัยติดเตียง โดยอาศัยการบริจาคจากผู้บริจาคเป็นส่วนใหญ่ ในการศึกษาครั้งนี้จึงเพิ่มมิติการสร้างงานจากศักยภาพของชุมชนให้เกิดรายได้ ซึ่งได้ค้นพบจากการศึกษาระยะแรกนั้น ชุมชนมีความสามารถในการทำอาหารไทยพื้นบ้านได้โดดเด่น แต่ขาดการบริหารเชิงพาณิชย์ที่เป็นรูปธรรม การศึกษาครั้งนี้ จึงนำความรู้จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทาลงสู่การช่วยเหลือชุมชนในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง การให้ความรู้ในการป้องกันการติดเตียง และการเสริมความรู้ด้านอาหารให้มีจุดเด่นทางสุขภาพและนำสู่การเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว โดยอาศัยการจัดการทางสังคมของชุมชนเองด้วย

2.2 นำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในชุมชนวิจัย ด้วย Problem Tree เพื่อตั้งเป็นคำถามวิจัย

Problem Tree

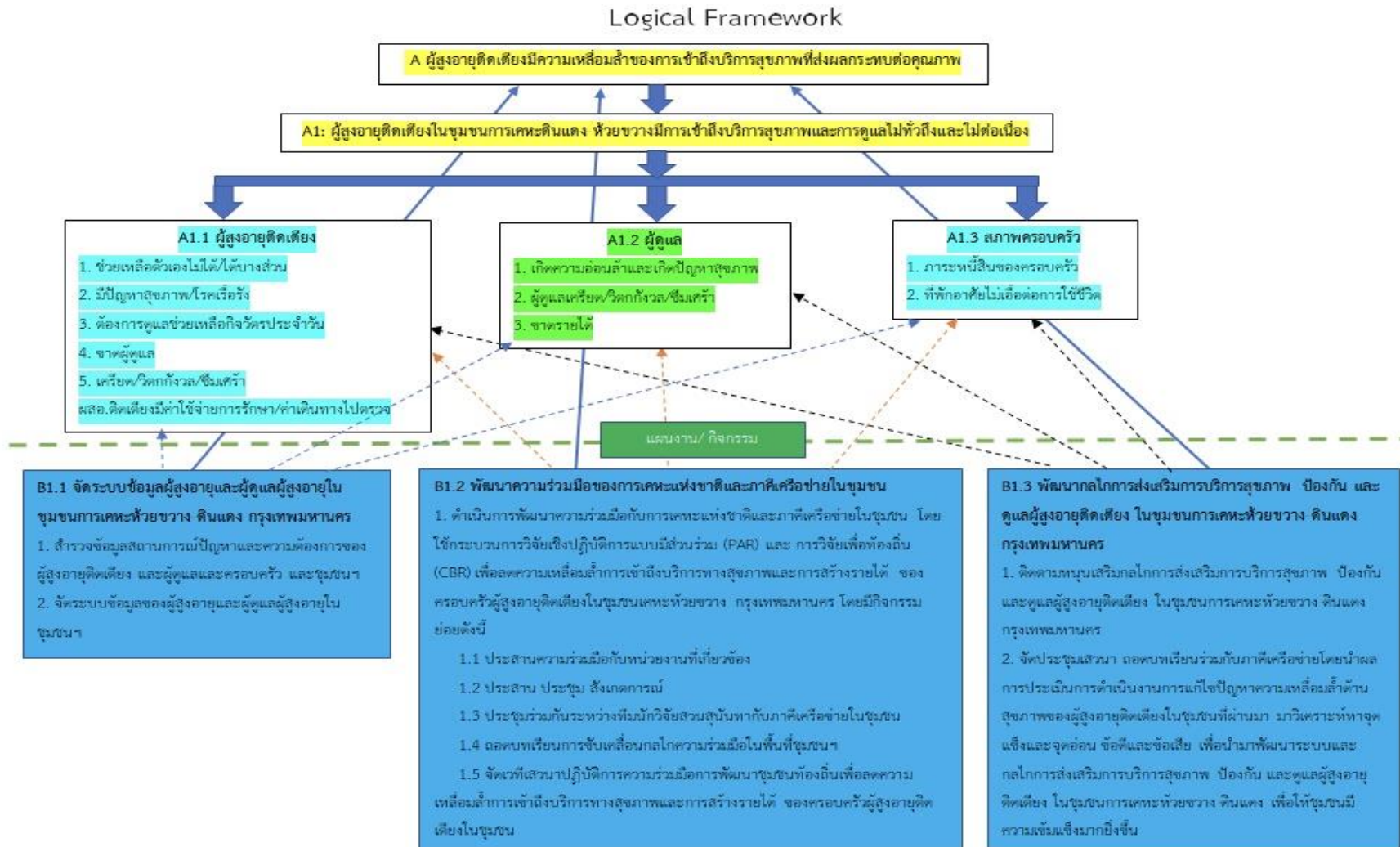


ภาพที่ 3 Problem Tree วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในชุมชนวิจัย

คำถามการวิจัย

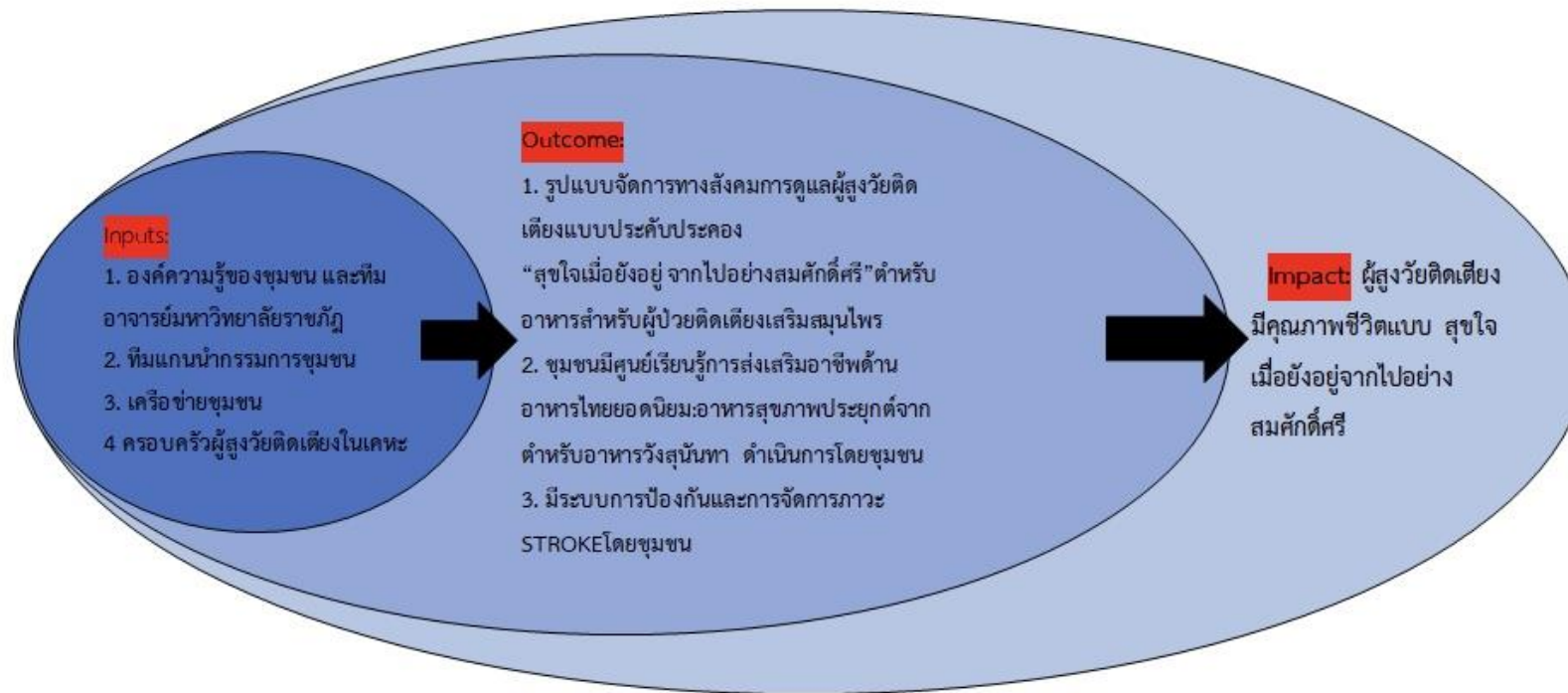
การจัดการทางสังคมเพื่อส่งเสริมการบริการสุขภาพ ป้องกันและดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเคหะดินแดง- ห้วยขวาง กรุงเทพมหานครควรทำอย่างไร

2.3 นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในชุมชนวิจัย มาทำ Logical Framework เพื่อทำ Outcome Mapping ตามรูปแบบไฟล์



ภาพที่ 4 Logical Framework ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในชุมชนวิจัย

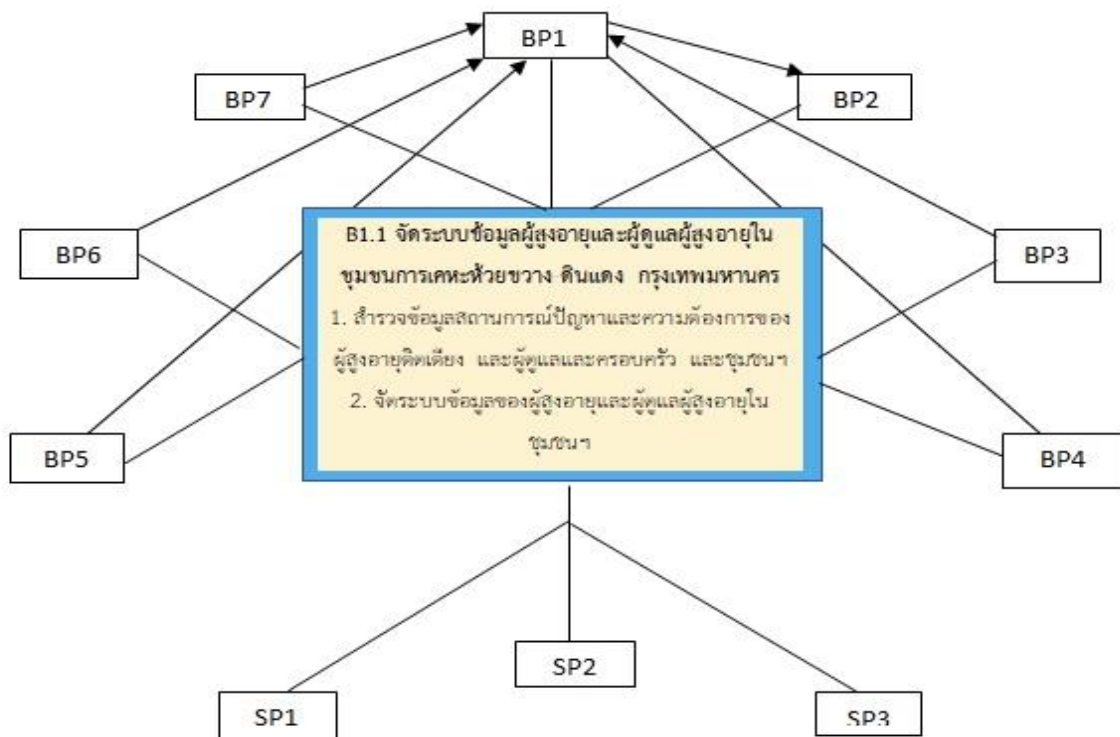
Outcome Mapping



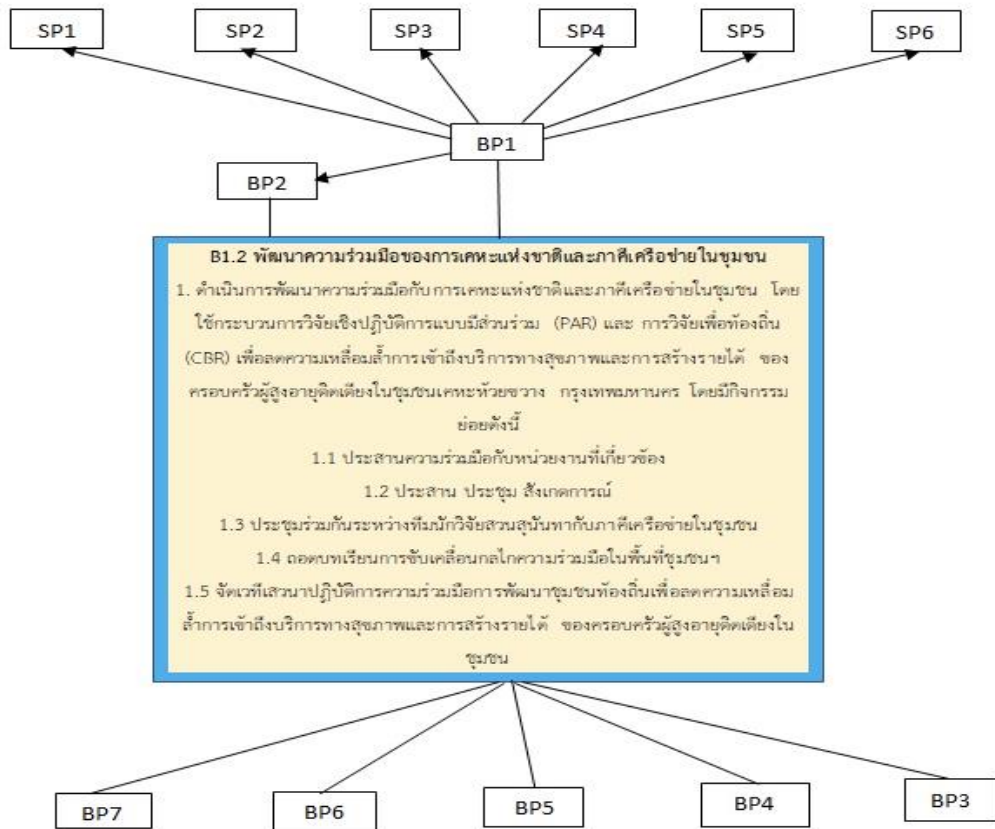
ภาพที่ 5 Outcome Mapping ของงานวิจัยเรื่องการจัดการทางสังคมเพื่อส่งเสริมการบริการสุขภาพ ป้องกันและดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนเคหะดินแดง- ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร

2.4 วิเคราะห์บทบาทภาคีหน่วยงาน (Stakeholder Analysis) รวมทั้งการทำงานร่วมกับ โหนด CBR ด้านใดบ้าง นำมาออกแบบการทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุผลที่คาดว่าจะได้รับ

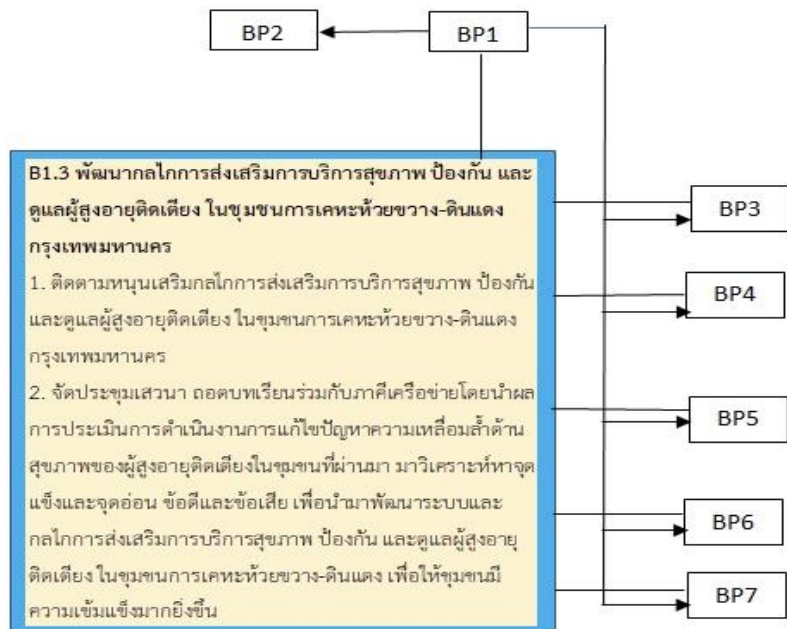
Boundary Partner (BP)	Strategic Partner (SP)
<p>กลุ่มนักวิชาการ</p> <p>1) ทีมนักวิจัย (BP1)</p> <p>2) โหนด CBR (BP2)</p> <p>กลุ่มชุมชน ประกอบด้วย</p> <p>1) ประธานประจำแต่ละแฟลตเคหะชุมชนดินแดง-ห้วยขวาง จำนวน 17 คน (BP3)</p> <p>2) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) จำนวนประมาณ 20 คน (BP4)</p> <p>3) ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 ชมรม (BP5)</p> <p>4) กลุ่มผู้สูงอายุจิตอาสา จำนวนประมาณ 30 คน (BP6)</p> <p>5) ประธานและคณะกรรมการการเคหะชุมชนดินแดง-ห้วยขวาง จำนวน 15 คน (BP7)</p>	<p>ภาคีในพื้นที่</p> <p>1) ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 (SP1)</p> <p>2) คลินิกอบอุ่น (SP2)</p> <p>3) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (SP3)</p> <p>4) วัดในชุมชน (SP4)</p> <p>5) กลุ่มนักรการเมืองท้องถิ่น (SP5)</p> <p>6) พัฒนาการ สำนักงานเขตห้วยขวาง-ดินแดง (SP6)</p>



ภาพที่ 6.1 วิเคราะห์บทบาทภาคีหน่วยงาน B1.1 จัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนการเคหะฯ



ภาพที่ 6.2 วิเคราะห์บทบาทภาคีหน่วยงาน B1.2 พัฒนาร่วมมือของการเคหะแห่งชาติและภาคีเครือข่ายในชุมชน



ภาพที่ 6.3 วิเคราะห์บทบาทภาคีหน่วยงาน B1.3 พัฒนากลไกการส่งเสริมบริการสุขภาพ ป้องกันและดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน

2.5 ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัย (ระบุหัวข้อ) นำมาสร้างกรอบแนวคิด ทฤษฎีการวิจัย

คณะที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล PubMed ด้วยคำสำคัญ ได้แก่ Bedridden พบมีจำนวนการศึกษากว่า 89 เรื่อง จากนั้นได้ใช้คำสำคัญ Bedridden and inequality พบการศึกษากว่า 89 เรื่องเช่นกัน เมื่อค้นด้วยคำว่า Bedridden and Community พบว่ามีการศึกษาที่ปรากฏจำนวนเพียง 6 เรื่อง Bedridden and family พบรายงานจำนวน 10 เรื่อง ซึ่งล้วนแต่เป็นการศึกษาทางคลินิก และเมื่อค้นด้วยคำสำคัญ 3 คำรวมกัน คือ Bedridden and inequality and community ไม่พบการรายงานการศึกษา

ในส่วนฐานข้อมูลของประเทศไทย ได้แก่ google scholar พบว่า มีการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกัน เช่น การศึกษาของ สุมิตรา วิชา, ณิชพันธ์ มานพ, สุภา ศิริรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณิชฎกานต์ ตาบุตร วงศ์, ธนภฤช หมั่นก้อนแก้ว และธนัชพร มณีวรรณ (2561) เรื่องการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของ รพ. สต.ฮองห้า อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง) การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงโดย การมีส่วนร่วมของภาคีหลัก 3 ภาคี ในชุมชน (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม และ 2) พัฒนาระบบสารสนเทศให้ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรที่ต้องการใช้ประโยชน์จากข้อมูลของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากบุคคลและภาคีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนฮองห้า (หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และ หมู่ 8 ตำบลน้ำใจ อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) จำนวน 62 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 62 คน 2) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver: CG) จำนวน 15 คน และ 3) ตัวแทนภาคีหลัก 3 ภาคี (ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม) และจากแหล่งเรียนรู้ที่เป็น Best Practice ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ลำปาง และเชียงใหม่ แล้วนำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าดัชนีประสิทธิผลของการเรียนรู้ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพหลังจาก ตรวจสอบข้อมูลนำมาจัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ฮองห้า หรือชุมชนฮองห้า (หมู่ 1 หมู่ 6 หมู่ 7 และหมู่ 8 ตำบลน้ำใจ อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินสภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล (2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน (3) การจัดระบบ บริการสุขภาพระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีของ รพ.สต. ฮองห้า รพ.แม่ทะ และรพ. ลำปาง (4) การกำหนดนโยบาย แผนงานโครงการ และงบประมาณจากเทศบาลน้ำใจ และ (5) การดำเนินงานดูแล ผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องโดยแต่ละส่วนประกอบมีความเชื่อมโยงเพื่อประสานการทำงานและ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน 2) โปรแกรม COC Link ระบบ Off Line ได้รับการพัฒนาให้เป็นระบบ On Line สามารถส่งข้อมูลไป-กลับ (two way) และเชื่อมโยงข้อมูลในการติดตามดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลแม่ทะและโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ในอำเภอมะนังได้ครอบคลุมทั้งหมดทุกแห่ง 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 78.15 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และเคยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพที่ผิดปกติของผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ฟังฟัง ได้แก่ มีความผิดปกติของช่องปาก (ร้อยละ 58.06) มีปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 66.13) มีปัญหาการรู้คิด (ร้อยละ 62.90) มีอาการปวดเข่าและเสียงต่อภาวะหกล้ม (ร้อยละ 70.97) มีค่า BMI ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 38.71) เสียงต่อภาวะขาดสารอาหาร (ร้อยละ 66.13) และมีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะราด (ร้อยละ 37.10)

4. ค่าดัชนีประสิทธิผลของการเรียนรู้ (Effectiveness Index: E.I.) ของผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง (caregiver: CG) ภายหลังจากที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง มีค่าเท่ากับ 0.4909 ซึ่งแสดงว่า ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง มีความรู้เพิ่มขึ้น 0.4909 หรือคิดเป็นร้อยละ 49.09 การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังในชุมชน ควรตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง และญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังและญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมินและการดูแลตนเอง กลุ่มคนในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนควรมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการมีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงของการดูแล ลดความซ้ำซ้อนของบทบาทหน้าที่ในการทำงาน วางแผนการใช้ทรัพยากรในชุมชน (บุคลากร วัสดุครุภัณฑ์ งบประมาณ และการบริหารจัดการ) ร่วมกัน รวมถึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสารสนเทศและการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

นอกจากนี้ ทศนะ เปลี่ยนเอก, อังสุมารินทร์ ไชยราช, บุญญรัตน์ สัตถาผล, อัจฉรา อาแพงพันธ์ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เขต รับผิดชอบ รพ.สต. บ้านหนองฮาง ตำบลธาตุ อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น โดยมีที่มาและความสำคัญ สถิติการส่งต่อผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย จาก รพ.วามานวิลาส ถึง รพ.สต. บ้านหนองฮาง เพื่อดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน พบว่าปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 5 คน ปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 11 คน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 54.55 และผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 16 คน ร้อยละ 9.14 การลงชุมชนเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบปัญหาสุขภาพ คือ ข้อติด แผลกดทับ การดูแลเรื่องความสะอาด อาการปวด จากโรคที่เจ็บป่วย และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยขาดคนดูแล หรือหากมีคนดูแลแต่ผู้ดูแลยังมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เรื่องค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ค่าแพมเพิส ค่าออกซิเจน ค่าเดินทางไปรับการรักษาต่อเนื่อง การกระตุ้นให้ประชาชน ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเป็นระบบและยั่งยืนต่อไป มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เขตรับผิดชอบของรพ.สต.บ้านหนองฮาง ตำบลธาตุ อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) เป็นการเลือกพื้นที่เฉพาะกรณีในเขตพื้นที่ตำบลธาตุ โดยผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ประชาชนในพื้นที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และสนับสนุนการดำเนินงานในครั้งนี้ จำนวน 15 หมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Caregiver) จำนวน 27 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่มจำนวน 30 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม มีกระบวนการวิจัย 4 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนปฏิบัติการ 2) ระยะปฏิบัติการ 3) ระยะดำเนินกิจกรรมตามแผน 4) ระยะประเมินผลหลังการปฏิบัติการ ผลการศึกษาหลังจากประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนวาง

แผนการแก้ไขปัญหาจึงเกิดโครงการ แก้ไขปัญหา 2 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ นักจัดการสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขยายผลสู่ชุมชน และได้ อสม. จิตอาสาที่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 154 คน และ 2) โครงการคนตำบลธาตุไม่ทอดทิ้งกันเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ติด เติง) มีการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการโดยทีมหมอครอบครัว/อสม./จิตอาสาที่ผ่านการอบรม/ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน ปรีक्षाแพทย์ทางไลน์ coc เป็นรายกรณี และได้จัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตำบล ด้วยเงินบริจาคจากคนในชุมชน และจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย คือถังออกซิเจน เสื่อน้ำเกลือ แพนเพิส Walking ที่นอนลม ซึ่งมีคณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นคนในชุมชนเพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของ

พรทิพย์ สาริโส, ปิยะภร ไพรสนธิ์, อุษาชัช ไถหินัง, วรางคณา อ่ำศรีเวียง และนารีลักษณ์ พงรัตน์ (2560) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจังหวัดเชียงราย ตาม Chronic Care Model ของ Wagner สุ่มเลือกพื้นที่ศึกษาและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลในชุมชนบุคลากรสุขภาพเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลและสนทนากลุ่ม ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา โดยศึกษาใน กลุ่มตัวอย่าง 50 คน เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 12 คน ผู้ดูแลหลัก 11 คน ผู้ดูแลในชุมชน 23 คน และบุคลากรสุขภาพ 4 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ทั้งหมดมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค และมีปัญหาการทำกายภาพบำบัดไม่ถูกต้อง ในส่วนของผู้ดูแลหลักมีอายุโดยเฉลี่ย 58.91 ปี (SD=10.46) และมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 1 คน หลังสิ้นสุดการวิจัยได้มีข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบ/การพยาบาล โดยควรพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลในชุมชน เช่น อบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกปฏิบัติควบคู่ไปกับการทำงานโดยมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษา ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น จัดทำแผนการเยี่ยมบ้านโดยกำหนดลักษณะผู้สูงอายุ ระยะเวลาความถี่ในการเข้าเยี่ยมอย่างชัดเจน เป็นต้น กำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างชัดเจน เช่น ทีมการดูแลขอบเขตหน้าที่ของ อสม. จัดทำแผนและระบบข้อมูลของชุมชนที่ง่ายต่อการวางแผนในการดูแล พร้อมมีการประเมินการปฏิบัติเพื่อนำมาปรับปรุงในทุกๆ ปี

เมธพร เมธาพิศาล, อาคม บุญเลิศ และเสาวนันท บำเรอราช (2560) ได้ทำการศึกษาความต้องการผู้ดูแลในบ้านในมุมมองของผู้สูงอายุเมื่อขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันโดยใช้อุปกรณ์ โดยศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองปากซ่อง 1 (หนองกะจะ) ตำบลปากซ่อง อำเภอปากซ่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 228 ราย โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรือผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ต้องการให้มีผู้ดูแลอาศัยอยู่ด้วย ร้อยละ 37.3 ไม่ต้องการ ร้อยละ 62.7 เมื่อสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุมีความต้องการผู้ดูแลช่วยเรื่องการเตรียมอาหารมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.2 การทำความสะอาดบ้านและเสื้อผ้า ร้อยละ 46.1 และช่วยเตรียมและช่วยให้รับประทานยาตรงเวลาร้อยละ 43.0 ผู้สูงอายุคิดว่าควรมีผู้ดูแลคอยดูแลโดยเมื่อป่วยเป็นอัมพาตมากที่สุดร้อยละ 46.5 และมีความต้องการบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลมากที่สุด สรุปผลการวิจัย เนื่องจากความหลากหลายในความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในพื้นที่กลุ่มนี้ ทำให้บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถนำไปสู่การ

วางแผนการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเมื่อผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการประกอบอาหาร ความสามารถด้านการทำความสะอาด หรือด้านการจัดเตียงรับประทานและควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยสำคัญและค่าอิทธิพลที่ส่งผลต่อความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเมื่อขาดความสามารถในด้านการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้อุปกรณ์ เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาการช่วยเหลือและหาแนวทางการวางแผนดำเนินการเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุต่อไป

พรรณนิดา สายพวงค์ (2560) ได้พัฒนาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกตาหึ่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติจังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านแบบมีส่วนร่วม โดยการนำทฤษฎีการพยาบาลโอเร็ม มาเป็นแนวทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 6 ราย ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2559 ถึง มีนาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมิน INHOMESS โดยใช้วิธีการสอน สาธิต สังเกตและสัมภาษณ์ การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล จิตอาสาในชุมชนรวมทั้งนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนกำหนดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบประคับประคอง ตามบริบทของผู้ป่วยรายกรณีโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และจิตอาสาในชุมชนรวมทั้งนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) หรือ Family Care team: F.C.T เพื่อเสริมศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว และเป็นแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล ครอบครัว เครือข่ายจิตอาสาในชุมชน และ บุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายต่อไป ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ในระยะยาวและยั่งยืน ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดเตียงและครอบครัว และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

เพ็ญญา มะหะหมัด (2561) ได้ทำการศึกษาแบบการให้บริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสถานการณ์รูปแบบการให้บริการการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 64 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและประเมินความพึงพอใจ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยผลการวิจัย พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงมีปัญหา ดังนี้ 1) ปัญหาด้านสุขภาพ 2) ปัญหาด้านจิตใจ 3) ปัญหาด้านสภาพเศรษฐกิจ 4) ปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม 5) ปัญหาด้านผู้ดูแล สำหรับรูปแบบการให้บริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ ได้แก่ Model การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มทีมสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย พบว่า ในภาพรวมทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยรวมอยู่ในระดับสูง (S.D.=4.78, S.D.=0.19 และ =4.42, S.D.=0.20) ตามลำดับ

โดยการศึกษาของสายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน (2562) เรื่องรูปแบบ

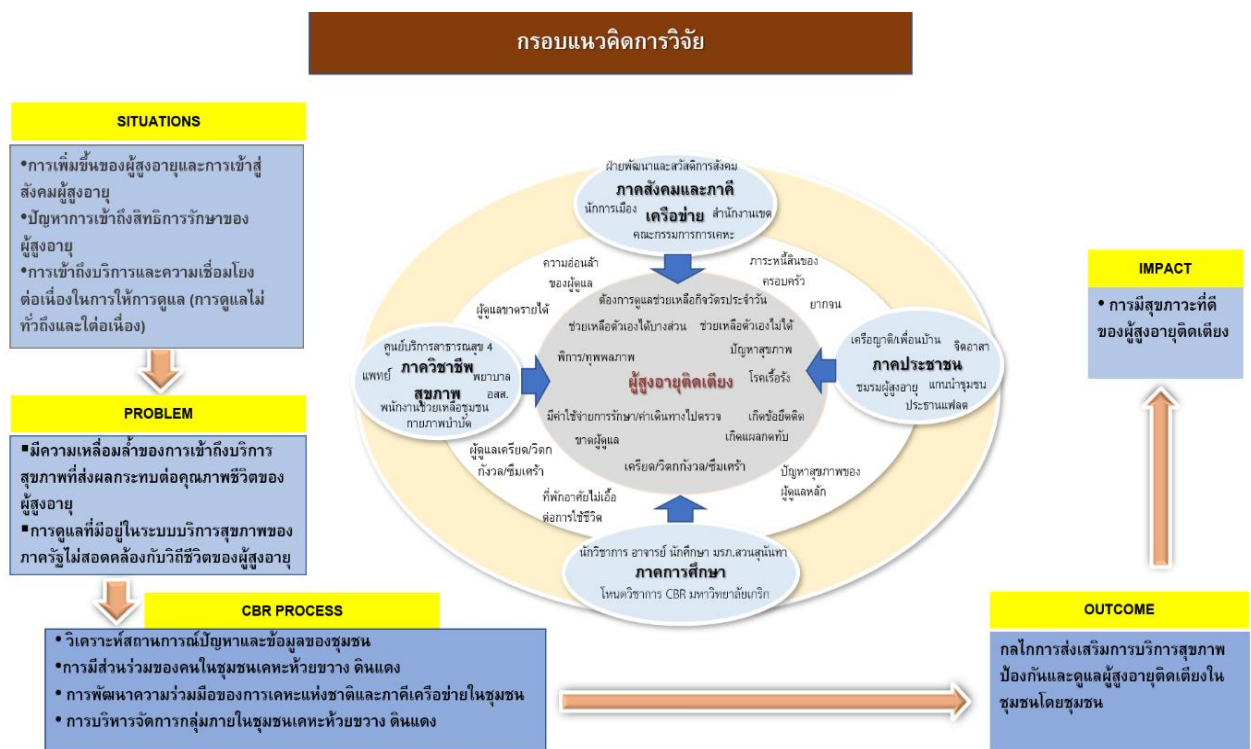
การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม เพื่อศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี จำนวน 210 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 10 คน พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย ติดเตียง มีค่าความเชื่อมั่น .88 และ .93 ตามลำดับ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาและความต้องการในการดูแลโดยรวม ในระดับปานกลาง 2) ปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การเยี่ยมบ้านไม่มีความต่อเนื่อง ไม่มีบริการรับส่งผู้ป่วย ขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ขาดการป้องกัน ภาวะข้อติดแข็ง ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีผู้อื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลไม่ได้รับการประเมิน และดูแลสุขภาพ และ 3) รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ควรเป็น รูปแบบที่มีการแก้ปัญหาและลดอุปสรรคต่างๆ ของการเยี่ยมบ้านดังกล่าว ร่วมกับมีการเสริมสร้างกำลังใจและ พลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลปะ และวรรณศิริ ประจันโน, 2562, รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล, วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 30(1). 55-68.)

นรลักษ์ณ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี (2562) ได้ประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL เพื่ออาศัยองค์ความรู้เพื่อนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคล ชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การสร้างเสริมสุขภาพตนเอง โดยแนวคิดนี้มีพื้นฐานที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ตัวบุคคล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก่อน แล้วจึงวางแผนและกำหนดกลวิธี เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น สามารถใช้ได้กับทุกๆ ช่วงวัย ทั้งในชุมชน ในโรงพยาบาล กลุ่มที่มีสุขภาพดี และกลุ่มโรคเรื้อรัง ดังนั้นแนวคิดนี้จึงเหมาะสมต่อการนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหากพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด PRECEDE MODEL ย่อมสามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาและการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า และณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง (2015). ประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งผลการวิจัย พบว่า บุคลากรพยาบาล มีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญ($p < .01$) ประกอบด้วย การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน ($p < .001$) การดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัว ($p < .05$) การดูแลให้อาหารทางสายยาง ($p < .01$) การดูดเสมหะ($p < .001$) และการดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ของเครื่องช่วยหายใจ ($p < .001$) อุบัติการณ์ปอดอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดการติดเชื้อ

ปอดอักเสบลงได้ โดยควรทำ การศึกษาซ้ำ ในระยะยาวในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อทดสอบประสิทธิผลของ แนวปฏิบัติ

จะเห็นว่าการศึกษาที่ผ่านมา นั้นมีข้อจำกัดในการอธิบายบริบทสิ่งแวดล้อมที่โอบล้อมผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นรากเหง้าของปัญหา และการใช้เครือข่ายทางสังคมเข้ามาเรียนรู้และจัดการปัญหาร่วมกัน ซึ่งอาจมาจาก ข้อจำกัดของแนวคิดทฤษฎี และรูปแบบการวิจัยที่ใช้ นอกจากนี้การศึกษาในชุมชนยังมีอยู่จำกัด ดังนั้นในการศึกษา ครั้งนี้มีความแตกต่างด้วยแนวคิดทฤษฎี และรูปแบบการวิจัยซึ่งคาดว่าจะได้องค์ความรู้ที่สามารถอธิบายต่อยอดองค์ ความรู้ที่ผ่านมา ตลอดจนอาจเกิดองค์ความรู้หรือนวัตกรรมใหม่ทางการศึกษาร่วมด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยที่มีค่า สำคัญร่วมกัน 3 คำ คือ Bedridden and inequality and community ไม่พบการรายงานการศึกษาในฐานข้อมูล ของ PubMed

นอกจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) แล้ว การวิจัยครั้งนี้ยังใช้ แนวคิดและทฤษฎีอื่นๆ ได้แก่ 1) ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Bronfenbrenner's ecological system theory) 2) ทฤษฎีไข่ดาว (Fried-egg Theory) 3) ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม (Social Network Theory) 4) แนวคิดการมีส่วนร่วม ของชุมชน 5) PRECEDE-PROCEED Model 6) แนวคิดความเหลื่อมล้ำ และ 7) แนวคิด Community Based Research (CBR)



ภาพที่ 7 กรอบแนวคิดที่ส่งข้อเสนอโครงการวิจัยย่อยครั้งที่ 1 (วันที่ 18 มิถุนายน 2565)

เอกสารอ้างอิงของการวิจัย

กาญจนา แก้วเทพ. (2563). *คู่มือความรู้การวิจัยเพื่อท้องถิ่น (CBR) กับความเหลื่อมล้ำในสังคม*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2545). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.

ทวีคุณ สวรรค์ตรานนท์, สมหมาย ชินนาค และสิริพัฒน์ ลาภจิตร. (2552). การสร้างเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แบบมีส่วนร่วม ในเขตพื้นที่ 10. *Veridian E – Journal, Silpakorn University*, 2(1), 49-61 retrieved from [https:// https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/6923/5968](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/6923/5968)

ทวีชัย เชษฐเนิน, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2554). ความอยู่ดี มีสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมข้าราชการบำนาญบำนาญและผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการประชุมวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 26: 190-194.

ทัศนะ เปลี่ยนเอก, อังสุมารินทร์ ไชยราช, บุญญรัตน์ สัตถาผล, อัจฉรา อาแพงพันธ์. (2558). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านหนองฮาง ตำบลธาตุ อำเภอดงหลวง จังหวัดสุพรรณบุรี*. รายงานกระทรวงสาธารณสุข.

นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 12(1), 1-11.

น้ำทิพย์ วิชาวัน. (2558). เครือข่ายสังคมในสังคมเครือข่าย. *ว วิจัยสมาคมห้องสมุดฯ*, 8(2), 1-9.

ปิยะวัติ บุญ-หลง, กาญจนา แก้วเทพ และบวร ปภัสราทร. (2559). *งานวิจัยเพื่อสังคม: หลักการและวิธีการ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันคลังสมองชาติ.

ปรีชา ปิยจันทร์, เพ็ญประภา ภักธรานุกรม, สุจิตรา สามัคคีธรรม และ หฤทัย กมลศิริสกุล. (2563). การพัฒนาระบบและกลไกขับเคลื่อนงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร. *วารสารร่วมพฤษภา มหาวิทยาลัยเกริก*, 38(1), 52-66.

พรทิพย์ สารีโส, ปิยะภร ไพรสนธิ์, อุษาฯ โถหินง, วรางคณา อ่ำศรีเวียง และ นารีลักษณ์ ฟองรัตน์. (2560). สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: เขตเทศบาลเมืองเชียงราย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 40(2), 85-95.

พรรณิดา สายพสงค์. [อินเทอร์เน็ต] (2560). *พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกตาหึ่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติจังหวัดบุรีรัมย์* [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2564]; [4], สืบค้นจาก http://www.sangkhahospital.com/sangkha/administrator/modules/mod_download/img/5_263_12_08_2017_10_17_19_PhannidaSaiphasong.pdf

เพ็ญภา มะหะหมัด. (2561). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสุโงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส. *วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 10(2), 51-63.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. นครปฐม: พรินเทอริ.
- เมธาพร เมธาพิศาล, อาคม บุญเลิศ และ เสาวนันทน์ บำเรอราช. (2560). ได้ทำการศึกษา ความต้องการผู้ดูแลในบ้าน ในมุมมองของผู้สูงอายุเมื่อขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันโดยใช้อุปกรณ์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(6), 591-5.
- รุจเรขา วิทยายุทธพิบูล. (2557). การพัฒนาแบบจำลองเครือข่ายสังคมเพื่อการเพิ่มผลผลิตงานวิจัยในมหาวิทยาลัย วิทยาลัยไทย. *ดุสิตนิพนธ์หลักสูตรสารสนเทศศาสตร์ สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*.
- ลดาวลัย ฤทธิกล้า และณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง (2015). ผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *พยาบาลสาร*, 42, 1-10.
- วรรณรัตน์ ลาวัง และรัชณี สรรเสริญ. (2558). PPCT Model: รูปแบบชีวนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพ ผู้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. *วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 16(2).
- สายใจ จารุจิตร, รัตธี อร่ามศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน. (2562). รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1). 55-68.
- สุปรียา หวังพัชรพลและคณะ .(2560). ชุดโครงการวิจัยความเหลื่อมล้ำและคนจนเมือง.
<http://www.knowledgefarm.in.th/research-inequality-and-the-urban-poor/> เข้าถึง 2 กค. 2564
- สมิตรา วิชา, ณัชพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตร วงศ์, ธนภฤช หมั่นก้อนแก้ว และธนัชพร มณีวรรณ. (2561). การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.ฮ่องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง). *วารสาร มฉก วิชาการ*, 22(43-44), 70-84.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2563]; เข้าถึงได้ จาก: สืบค้นจาก (<http://www.thaincd.com/information-statistic/non-comunicable-disease-data.php>)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2563]; เข้าถึงได้ จาก: สืบค้นจาก (<http://www.thaihealth.or.th/Content/23525.html>)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). *เวทีผู้นำแห่งอนาคต (Leadership for Collective Happiness – LCH)* [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก: สืบค้นจาก <https://www.leadershipforfuture.com/>
- หทัย ชิตานนท์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข). การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก: สืบค้นจาก http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol21No3_11

- อัจฉรา ปุราคม. (25480). การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ : กรณีศึกษา จังหวัด พิษณุโลก. เอกสารโครงการวิทยานิพนธ์ดุขฎฐฎีบัณฑิตสาขาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อดิศร วงศ์คงเดช. (2539). การพัฒนาสาธารณสุขชุมชน : การมีส่วนร่วมและการเตรียมชุมชน. ขอนแก่น : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสอนสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดขอนแก่น.
- Bronfenbrenner, U. (1974). Developmental research, public policy, and the ecology of childhood. *Child Development*, 45(1), 1- 5.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In Husen T. & Postlethwaite, T. N. (Eds.), *International Encyclopedia of Education* (2nd ed., Vol. 3, pp. 3-44). Oxford, UK: Elsevier.
- Dijk, J.V. (2006). *The network society*. London: SAGE Publications.
- Edelman, G. M. and Tononi, G. (2000). *A universe of consciousness: How matter becomes imagination*. New York: Basic Books.
- Green & Kreuter. (1999). *Health Program Planning*. 3rd ed., Mayfield, Japanese.
- Lawrence W. Green & Judith M. Ottoson. (2006). *A Framework for Planning and Evaluation: PRECEDE-PROCEED Evaluation and Application of the Model*.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, A. M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Julie Levin Alexander.

3) กิจกรรมที่ดำเนินการ

3.1 กิจกรรมที่ดำเนินการแล้ว

- 1) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างของการเคหะ
- 2) ทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม ทฤษฎีคานงัด
- 3) วันที่ 9 มีนาคม 2565 ประชุมแกนนำ และเครือข่ายเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการ ค้นหา

แนวคิดของแกนนำในประเด็นต่างๆ ตามแนวข้อคำถาม และร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน



ภาพที่ 8 ประชุมแกนนำและเครือข่าย วันที่ 9 มีนาคม 2565



ภาพที่ 9 ประชุมแกนนำและเครือข่าย วันที่ 9 มีนาคม 2565

4) วันที่ 19 สิงหาคม 2565 พบเครือข่ายภาครัฐ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 เพื่อ
ค้นหาข้อมูล และหารือในการกำหนดพื้นที่นำร่อง



ภาพที่ 10 พบเครือข่ายภาครัฐ ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 วันที่ 19 สิงหาคม 2565



ภาพที่ 11 พบเครือข่ายภาครัฐ ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 วันที่ 19 สิงหาคม 2565

3.2 กิจกรรมที่กำลังดำเนินการ

1) วันที่ 2 กันยายน 2565 สนทนากลุ่มย่อยร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแลเพื่อจัดทำระบบฐานข้อมูล



ภาพที่ 12 สนทนากลุ่มย่อยร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข วันที่ 2 กันยายน 2565



ภาพที่ 13 สนทนากลุ่มย่อยร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข วันที่ 2 กันยายน 2565

- 2) ยื่นขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์
- 3) ทบทวนทฤษฎีคานงัด

3.3 กิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไป

- 1) เก็บข้อมูลภาคสนาม
- 2) วิเคราะห์ข้อมูล
- 3) นำเสนอผลการวิจัย

2. ข้อมูลรายงานความก้าวหน้าการวิจัยและนวัตกรรมระยะ 6 เดือน

รายงานโครงการวิจัยย่อยนี้จะแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) สรุปผลการประชุมแกนนำ (2) รายงานความก้าวหน้าการวิจัยและนวัตกรรมตามรูปแบบของวช.กำหนด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 สรุปผลการประชุมแกนนำ

จากการประชุมแกนนำวันที่ 9 มีนาคม 2565 ด้วยแนวข้อคำถามที่กำหนดไว้ พบข้อมูลดังต่อไปนี้

- 1) ท่านคิดว่าสุขภาพผู้สูงวัยในชุมชนนี้เป็นอย่างไร
 - ญาติต้องทำมาหากิน ช่วงกลางวัน ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียว
 - เข้าไม่ถึงการดูแลที่ดีและถูกต้อง จนท. และหน่วยงานขาดความต่อเนื่อง
 - อยากให้มีสวัสดิการและมาตรการรองรับที่เหมาะสมและทันทั่วถึง
 - ที่พักอาศัยไม่รองรับการที่มีผู้สูงอายุ
- 2) ท่านคิดว่าจะมีวิธีดูแลตนเองและคนรอบข้างอย่างไรเพื่อป้องกันภาวะติดเตียง
 - สุขภาพ อาหาร ออกกำลังกาย พบปะเพื่อนฝูง 2-4 วันต่อสัปดาห์
 - ดูแลตนเอง หรือแจ้งประธานแฟลต
 - ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ หมั่นตรวจสุขภาพ
 - เข้าถึงสถานพยาบาลยามเจ็บป่วย
 - การให้คำปรึกษาของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างไรของผู้สูงอายุ
- 3) คุณลักษณะที่พึงประสงค์ต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในชุมชนควรเป็นอย่างไร
 - 3.1) เศรษฐกิจและรายได้
 - หากิจกรรมฝึกอาชีพที่เหมาะสม , อยากให้มีรายได้พอเลี้ยงตนเอง
 - ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาตนเอง จัดสวัสดิการ รัฐสวัสดิการ อยากให้รัฐเพิ่มเบี้ยผู้สูงอายุ
 - รายได้ต่อครัวเรือนน้อยมาก บางครอบครัวจึงลำบาก
 - 3.2) สังคมความเป็นอยู่
 - ทางชมรมเราจะจัดกิจกรรมฝึกอาชีพ (แฟลต2)
 - พึ่งพาอาศัยกันและกัน ดูแลเอาใจใส่ห้องข้างเคียง ทักทายกัน
 - จัดหน่วยงานเข้ามาดูแลเป็นระยะ , มีความเป็นอยู่ตามวิถีพุทธ
 - ความเป็นอยู่แออัด ไม่ค่อยได้รับการตอบรับจากสังคมเท่าไร บางบ้านยังค้างค่าเช่า
 - ควรมีสถานที่ออกกำลังกายและสมาคมผู้สูงอายุเพื่อพบปะสังสรรค์ ควรมีสวัสดิการบ้าง

- ให้ จันท.มาสำรวจและประเมินว่าต้องปรับปรุงอะไรบ้างเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

- ควรมี อสส. ดูแลประจำแต่ละแฟลต แฟลตละ 2-5 คน

3.3) สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย

- ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ จัดกิจกรรมพบปะสังสรรค์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้ติดเตียงทางศูนย์จะเยี่ยมอยู่แล้ว

- ควรมีสถานที่ออกกำลังกาย อยากระบายร้อน สถานที่ออกกำลังกายและเครื่องออกกำลังกายเป็นโซนๆที่เหมาะสม

- ควรดูแลความสะอาด แออัด ไม่ค่อยมีสวนหย่อม ความปลอดภัย มลพิษเยอะ

- ควรมีคนทำความสะอาดของแต่ละแฟลต

3.4) สุขภาพ

- ปัญหาการเดิน และโรคประจำตัว

- มีศูนย์อนามัย 4 และ 52 ดูแล

- อาหารสมบูรณ์ ออกกำลังกายเหมาะสม บันทึกรายการ

- จัดสถานที่กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมสุขภาพสม่ำเสมอ

- จัดให้มีการแนะนำเรื่องการดูแลและโภชนาการผู้สูงอายุ

4) วางแผนจัดการชุมชนอย่างไรเพื่อป้องกันภาวะติดเตียง

- สถานที่ออกกำลังกาย ฝึกอาชีพ ร้องเพลงพัฒนาของที่มีอยู่แล้วให้สมบูรณ์ ฝึกอาชีพ

- ทุกอย่างมีพร้อมแล้วแต่มาช่วยทำให้สมบูรณ์หน่อย

- ช่วยเหลือตนเอง ไม่นิ่งเฉยให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว

- ส่งเสริมอาหาร ยารักษาโรค ,ให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่อากาศถ่ายเท ความเป็นอยู่ที่ดีกว่านี้

- ออกกำลังกายให้ร่างกายเตรียมพร้อม อยากระบายร้อนรับผิตชอบโดยตรง

- มีงานยามเกษียณส่งเสริมรายได้ และค่าใช้จ่ายประจำเดือนและยามฉุกเฉิน

- เก็บออมเงินไว้ใช้ตอนแก่ มีหน่วยแพทย์มาเยี่ยมและตรวจสุขภาพ

- จัดให้มีการแนะนำเรื่องการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

- ควรมีป้ายแจ้งเบอร์โทรฉุกเฉินเช่น 1669 เบอร์คลินิกหรือศูนย์อนามัยที่อยู่ใกล้

5) หน่วยงานที่อยากให้ช่วยเหลือในการจัดตั้งธรรมนูญสุขภาพ

- นักการเมือง นักสังคม อนามัย ผู้มีจิตอาสา การเคหะ พรรคเพื่อไทย

- ทุกหน่วยงาน, คุณอนงค์ คุณอรพินทร์ เพชรชาติ ชุมชนอบอุ่นสหคลินิก

- กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

- ส่งหน่วยแพทย์มาดูแลชุมชนให้มากกว่านี้

6) เสนอแนะ

- จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 วัน โดยการออกกำลังกายและสวดมนต์

ดูแลและป้องกันผู้สูงอายุติด เตียง การเสริมสร้างรายได้ การ เข้าถึงบริการสุขภาพ												
3. จัดกิจกรรมการวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (การ ดูแลและป้องกันผู้สูงอายุติด เตียง การเสริมสร้างรายได้ และ การเข้าถึงบริการสุขภาพ)												
4. ประเมินติดตามผลการ จัดการทางสังคมเพื่อลดความ เหลื่อมล้ำทางสุขภาพและ รายได้ของครอบครัวผู้ป่วยติด เตียงในชุมชนดินแดง-ห้วยขวาง												
5. สรุปผลการวิจัย/นำเสนอผล												

-----> หมายถึง งานหรือกิจกรรมที่วางแผนไว้ว่าจะทำตามข้อเสนอโครงการ

————> หมายถึง งานหรือกิจกรรมที่ได้ทำแล้ว

2.2.3 ผลผลิต (output) หรือ ตัวชี้วัดในแต่ละช่วงรายงานความก้าวหน้า

กิจกรรม	ผลผลิต (output)		หมายเหตุ
	ตามข้อเสนอ	ตาม ช่วงเวลาที่ รายงาน	
1. สํารวจข้อมูลความรู้เรื่องการดูแลและป้องกัน ผู้สูงอายุติดเตียง และค้นหาศักยภาพเพื่อให้เกิด รายได้ของผู้ดูแลและครอบครัว (Base Line)/ สัมภาษณ์ผู้ดูแลและครอบครัว	ข้อมูลผู้ดูแลและครอบครัว ของผู้สูงอายุติดเตียงด้าน ความรู้ในการดูแลป้องกัน ผู้สูงอายุติดเตียงและ ศักยภาพเพื่อให้เกิดรายได้ ของผู้ดูแลและครอบครัว	อยู่ระหว่าง ติดตามผล	
2. จัดประชุมครอบครัวผู้สูงอายุติดเตียงพร้อมด้วย ภาคีเครือข่าย ค้นหาประเด็นการดูแลและป้องกัน ผู้สูงอายุติดเตียง การเสริมสร้างรายได้ การเข้าถึง บริการสุขภาพ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ประเด็น/กิจกรรม)	อยู่ระหว่าง ติดตามผล	

3. จัดกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (การดูแลและป้องกันผู้สูงอายุติดเตียง การเสริมสร้างรายได้ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ)	กระบวนการ/ การจัดการทางสังคมแบบมีส่วนร่วม	ยังไม่ดำเนินการ	
4. ประเมินติดตามผลการจัดการทางสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและรายได้ของครอบครัวผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนดินแดง-ห้วยขวาง	ระบบ/ กลไกการจัดการทางสังคม	ยังไม่ดำเนินการ	
5. สรุปผลการวิจัย/นำเสนอผล	รายงานวิจัย	ยังไม่ดำเนินการ	

2.2.4 งบประมาณที่ได้ใช้จ่ายไปแล้วนับตั้งแต่เริ่มโครงการ

หมวดรายการงบประมาณ	ผลผลิต (output)			หมายเหตุ
	ที่ได้รับอนุมัติ	ใช้จริง	คงเหลือ	
1. ค่าตอบแทนนักวิจัย	48,000	-	48,000	
2. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน (ค่าจ้าง ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ และอื่นๆ)	242,000	40,000	202,000	
3. ค่าธรรมเนียมอุดหนุนสถาบัน	10,000	-	10,000	
รวมทั้งสิ้น	300,000	40,000	260,000	

2.2.5 งานตามโครงการที่จะทำต่อไป

ผู้วิจัยได้เขียนไว้แล้ว ในส่วนที่ 3) กิจกรรมที่ดำเนินการ ของการนำเสนอข้อมูลการรายงานเบื้องต้นในโครงการวิจัยย่อยด้านบน

2.2.6 คำชี้แจงเกี่ยวกับอุปสรรคหรือปัญหา พร้อมวิธีการแก้ปัญหา (ถ้ามี)

ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2565 (ช่วงรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย 6 เดือน) เป็นช่วงเวลาในการดำเนินงานโดยเข้าไปทำกิจกรรมในชุมชน แต่ยังมีผลกระทบของโรคโควิด19 ในพื้นที่ดินแดง-ห้วยขวางอยู่ ซึ่งจึงยังไม่สามารถเข้าทำกิจกรรมในชุมชนได้อย่างเต็มรูปแบบ บางครั้งต้องปรับกิจกรรมโดยใช้วิธีติดต่อทางโทรศัพท์หรือไลน์กับ เจ้าหน้าที่ภาคสังคมภาคีเครือข่ายและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

2.2.7 แผนการบริหารความเสี่ยง

เตรียมแผนสำรองเพิ่มเติม ถ้าการระบาดของโรคโควิด 19 ยังไม่ทุเลาในเขตดินแดง-ห้วยขวาง โดยมีแนวทางการปรับแผนการดำเนินงานโดยจะใช้การประชุมกลุ่มย่อย ทายอดสัมภาษณ์กลุ่มเล็กทางโทรศัพท์ มีไลน์กลุ่มแกนนำ ติดต่อพูดคุยทางไลน์กับแกนนำอย่างสม่ำเสมอ โทรเยี่ยมติดตามผู้ดูแลผู้สูงอายุทางโทรศัพท์แทนการเข้าพบโดยตรง

(ลงชื่อ)

มิ่งหวัดดี เมธาพัฒนา;

(ผศ.ดร.มิ่งหวัดดี เมธาพัฒนา)

หัวหน้าโครงการ

.....3../..กันยายน.../.....2565.....