

การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณ พื้นที่ต้นแบบ Sandbox อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Evaluation of the holistic elderly care system with a mechanism,
3 Doctors know you, Sandbox prototype area Benjalak District
Sisaket Province.

สมหวัง พิทักษ์^{1*} ณัฐฤติ แทนศิลา^{2*} มนตรี แก้วพวง^{3*} มินนา กงล้อม^{4*}
Somwang Pitaksa^{1*} Nathawuti Tansila^{2*} Montree Kaewpuang^{3*} Minna Konglom^{4*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) วัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแนวคิด CIPP Model Evaluation การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการประเมินผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณ พื้นที่ต้นแบบ Sandbox อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จากกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 1,047 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบลโดยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข ผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และแก่นสาระของเนื้อหา (Thematic Analysis) ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 – มกราคม 2566 ผลการศึกษา พบว่า 1) การประเมินด้านบริบท มีนโยบายประเทศและเขตสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วย ในระดับอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และมีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ทุกตำบล 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า มีความพร้อมด้านบุคลากร ยังขาดความพร้อมงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสถานที่ 3) การประเมินด้านกระบวนการ มีการกำหนดแผนงานและปฏิบัติงานตามแผน โดยมีคณะทำงานและภาคีเครือข่าย ได้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกำหนดบทบาท แผนการดูแลผู้สูงอายุ การคัดกรองและจัดบริการผู้สูงอายุ 4) การประเมินด้านผลผลิต พบว่า การประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL จำนวน 1,047 คน มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ร้อยละ 3.34 มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 5 – 11 คะแนน ร้อยละ 36.67 และมีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 59.98 ดังนั้นการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีนโยบายที่ชัดเจน มีการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสถานที่อย่างเพียงพอ มีแผนงานที่ชัดเจน และมีการทำงานเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง จึงจะทำให้การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงตามวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, พื้นที่ต้นแบบ, การประเมินผล CIPP Model

^{1*}หัวหน้าโครงการวิจัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ^{2*}ผู้ร่วมวิจัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

^{3*}ผู้ร่วมวิจัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ^{4*}ผู้ร่วมวิจัย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

E-mail: pekpek205@hotmail.co.th

Abstracts

This study was a quantitative study .Quantitative and Qualitative research. The objectives were to assess the context,inputs,process and outcomes of care for the dependent elderly according to the concept of CIPP Model Evaluation,purposive sampling. Quantitative data were collected using a holistic elderly care impact assessment questionnaire using the mechanism of 3 doctors know you, Sandbox prototype area, Benjalak District. Sisaket Province from, the elderly group of 1,047 people and Qualitative data were collected from the sub-district health care committee for the elderly through in-depth interviews from stakeholders in the elderly care President of Sub-district Administrative Organization, Deputy Sub-district Administrative Organization Director of Tambon Health Promoting, Hospital Public Health, Academician Elderly Care, Manager elderly caregiver and village public health volunteers. Quantitative data were analyzed by descriptive statistic using frequency, percentage, mean, standard deviation and qualitative data. Content analysis and thematic analysis were used for the study period from November 2022 to January 2023. The results of the study revealed that 1) the assessment of the context. There is a national and health policy on the care of elderly people of all age groups continuously. The goal is to prevent the elderly who are still healthy from getting sick. At the district level, there is a quality of life development committee at the district level and long – term care (LTC) in every sub-district. 2) Assessment of input factors Personnel readiness Lack of budget readiness Materials, equipment and locations 3) process assessment Plans are set and operations are carried out according to the plan, with working groups and network partners namely the Sub-district Administrative Organization Tambon Health Promoting, Community hospital and elderly caregivers co-determine roles elderly care plan. Screening and providing services for the elderly. 4) Evaluation of productivity : It was found that the assessment of health status of the elderly with ADL of 1,047 people had an ADL total score from 0 – 4 points, 3.34 %, had an ADL total score from 5 – 11 points, 36.67% and had an ADL total score from 12 points or more 59.98% therefore, the implementation of health care for the elderly. There should be a clear policy Sufficient resources, budgets, materials, equipment and locations are support. Have a clear plan and working as a strong network. Therefore it will make the provision of health services for the elderly more effective and meet the objectives of taking care of the elderly in the area.

Keywords: Long-Term Care for the Elderly, Model Area, Evaluation of the CIPP Model

บทนำ

การประเมินผลแบบ CIPP Model ของ Daniel I.Stufflebeam (2018) เป็นรูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจ(Decision – Oriented Evaluation Model) เป็นรูปแบบที่มุ่งให้ได้มาซึ่งข้อมูลและข่าวสารต่าง ๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งได้แบ่งประเด็นการประเมินเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1. การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation : C) เป็นการประเมินให้ได้ ข้อมูลสำคัญ เพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ ความเป็นไปได้ของโครงการ 2. การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน (Input Evaluation : I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ 3.

การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมินระหว่างการทำงาน โครงการ เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรมเวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ โดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน 4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือความต้องการ/ เป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของ การยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ และการประเมินผล เรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย / แผนงาน / โครงการ การประเมินแบบ CIPP เป็นการประเมินที่

ครอบคลุมองค์ประกอบของระบบทั้งหมด ซึ่งผู้ประเมินจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน กำหนดประเด็นของตัวแปรหรือตัวชี้วัด กำหนดแหล่งข้อมูลผู้ให้ข้อมูล กำหนดเครื่องมือการประเมิน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดแนวทางวิเคราะห์ข้อมูล และเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจนหากผู้ประเมินวางแผนและดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบและเหมาะสมก็จะทำให้การประเมินตามแผนและโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลโครงการได้ดี ซึ่งจะครอบคลุม มิติด้านเศรษฐกิจ สังคม ด้านบริหารจัดการ ด้านทรัพยากร และด้าน สิ่งแวดล้อม เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถวัดถึงความสำเร็จ และความล้มเหลวของโครงการ พัฒนาต่างๆ ของรัฐได้ ซึ่งในทางปฏิบัตินักประเมินผล จะต้องนำเกณฑ์ และตัวชี้วัดดังกล่าวมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะ และบริบทของโครงการด้วย (ธเนศ ขำเกิด,2552) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดว่าประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยระหว่างปี พ.ศ.2558 – 2593 พบว่าสัดส่วนของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเกือบสองเท่าจากร้อยละ 12 - 22 และยังสามารถกำหนดกรอบการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีบนแนวคิดใหม่ โดยการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพจากรูปแบบการรักษาโรคไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีคนเป็นศูนย์กลางและและบูรณาการ มีการลงทุนกับผู้สูงอายุซึ่งจะมีผลให้ภาวะสังคมและเศรษฐกิจที่ดี ส่งผลทั้งในแง่ของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก ยังได้กำหนดกลยุทธ์ระดับโลกและแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสุขภาพปี พ.ศ.2559 - 2563 ที่สำคัญไว้ 5 ประการคือ 1) ประเทศ ภูมิภาคและสถาบันต่าง ๆ ต้องยึดเป็นผู้นำและความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการตามนโยบายที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ 2) จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) มีระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 4) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่เทียบเท่าประเทศอื่น และ 5) มีข้อมูลที่จำเป็นและการวิจัยเพื่อพัฒนา (World Health Organization (WHO,2015) ประเทศไทยตั้งอยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่เศรษฐกิจ การเมือง และสังคมมีพลวัตสูง และกำลังพัฒนาไปสู่การเป็นประชาคมอาเซียนในปี 2558 โดยประเทศสมาชิกอาเซียนได้หารือกันถึงความร่วมมือด้านสาธารณสุขในภูมิภาคภายหลังปี ค.ศ.2015 ซึ่งประกอบด้วย 20 ประเด็นสำคัญภายใต้กลุ่มการพัฒนาสุขภาพ (Cluster) ได้แก่ (1) การส่งเสริมวิถี

ชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ (2) การตอบสนองต่อภัยคุกคามด้านสุขภาพ (3) การเสริมสร้างระบบสุขภาพและการเข้าถึงบริการ (4) การสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัยทางอาหาร ซึ่งการดำเนินงานในประเด็นสำคัญดังกล่าวให้ประสบผลสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยศักยภาพ ความพร้อมและความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ภายในประเทศที่เข้มแข็ง ปัจจุบันสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าที่คาดประมาณเช่นกัน สาเหตุที่สำคัญคืออายุเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้น และอัตราการเกิดลดลงส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและนำมาสู่ความพิการ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงในสังคมไทย โดยทั่วไปการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว แต่ในปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวไทยเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น รวมทั้งบุตรหลานต้องทำงานนอกบ้านหรือทำงานอยู่ต่างจังหวัด ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงดังกล่าวจึงเป็นหน้าที่ของชุมชน แต่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่สามารถแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ ดังนั้นการดูแลที่จัดให้จะต้องมีการบูรณาการทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม และต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ ประเทศไทยจึงมีบทบัญญัติสิทธิและเสรีภาพและแนวทางแห่งรัฐที่จะให้ผู้สูงอายุผู้ด้อยโอกาส สามารถดำรงชีพได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้ถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมทั้งให้การบำบัดและฟื้นฟู (กรมกิจการผู้สูงอายุ,2562:16-19) รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ และมีนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้มาอย่างต่อเนื่อง พบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจาก 4 ล้านคน (ร้อยละ6.8) ในปี พ.ศ.2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ14.9) ในปี พ.ศ. 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ32.1) ในปี 2583 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคนหรือร้อยละ 79.0 และเป็นกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสาธารณสุขและสังคมประมาณ 1.3 ล้านคนหรือร้อยละ 21.0 (สำนักตรวจราชการ,2561) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ระบบสุขภาพชุมชนให้เป็นรูปธรรมต่อเนื่องและยั่งยืน อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การส่งเสริม

สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นนโยบายที่สำคัญเร่งด่วน โดยกำหนดกิจกรรมการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ตามภาวะพึ่งพิงและการผลิตผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคม รวมถึงผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนแบบมีส่วนร่วม (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ดำเนินการเชิงรุกนอกสถานบริการมากขึ้น โดยครอบครัวและชุมชนควรมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสในการเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ และค้นหามาตรการและนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มสูงขึ้น การดำเนินงานตำบล LTC ของประเทศไทยปี 2565 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 578,971 คน มีแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) จำนวน 526,743 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0 มีผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) จำนวน 16,945 คน และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 99,958 คน (กรมอนามัย, 2565) ในปีงบประมาณ 2565 อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีประชากร จำนวน 25,855 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 3,821 คน ร้อยละ 14.78 ของประชากรทั้งหมด จากประเมิน Activity of Daily Living – ADL (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ซึ่งในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือติดบ้านติดเตียง (ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน) จำนวน 627 คน (ร้อยละ 16.41) และผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 3,194 คน (ร้อยละ 83.59) โดยมีพื้นที่เข้าร่วมตำบล Long Term Care (LTC) จำนวน 5 ตำบลซึ่งได้ดำเนินการมาตรการในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 3 มาตรการได้แก่ 1) มาตรการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ 2) มาตรการสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย ด้วยการร่วมวางแผนเคลื่อนศูนย์วิชาการ สปสช. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการสนับสนุนเสริมพลัง ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล 3) มาตรการสร้างการมีส่วนร่วมชุมชน ท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะประเมินผลระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณ พื้นที่ต้นแบบ Sandbox เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปเป็นแนวทาง หรือนโยบายในการวางแผนการดำเนินการ

ดูแลผู้สูงอายุโดยให้บุคคลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นแนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของการดำเนินส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต้นแบบอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อค้นหาข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต้นแบบ

อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อปรับปรุงรูปแบบและแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กรอบแนวคิด

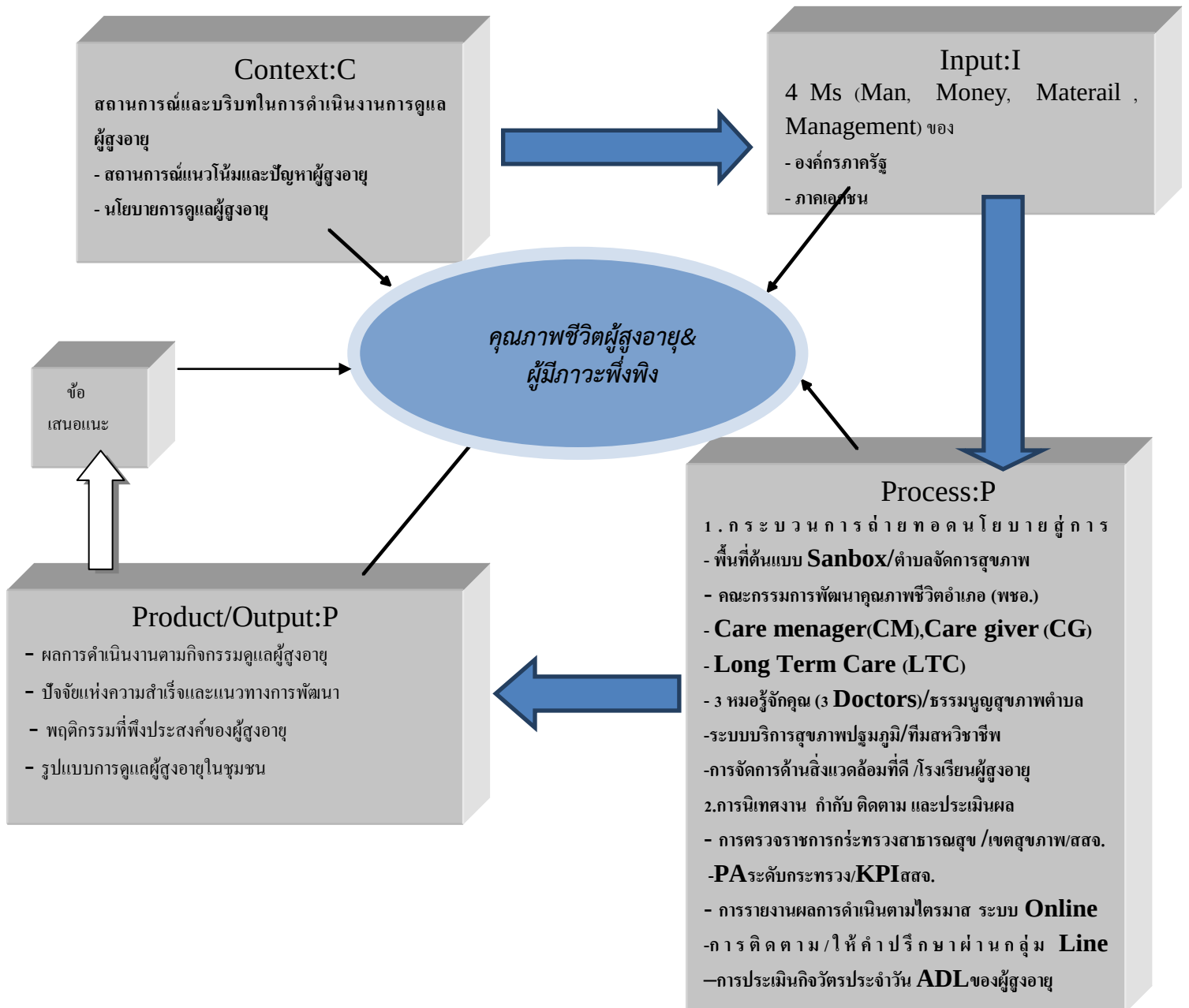
ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม 4 ด้าน (CIPP Model ได้แก่

1.ด้านบริบท (Context :C) ได้แก่ นโยบายของประเทศและเขตสุขภาพ สถานการณ์การเข้าถึงบริการ การบริหารจัดการระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

2.ด้านปัจจัยนำเข้า (Input :I) ได้แก่ ความพร้อมและความเหมาะสมในด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น จนท.สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

3.ด้านกระบวนการ (Process :P) ได้แก่ การจัดทำแผนงาน/โครงการ งบประมาณ การจัดบริการ การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.ด้านผลผลิต (Product/Output:P) ได้แก่ ผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการประเมินสุขภาพ ที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ADL รูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน



ภาพที่ 3 การประเมินสุขภาพองค์ของผู้สูงอายุแบบองค์รวม CIPP Model

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และคุณภาพ (Qualitative Research) พื้นที่ในการศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างง่าย (Sample sampling) และเลือกตำบลแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 1 ตำบล ได้แก่ตำบลหนองหัว อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ทำการประเมินผลระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input:I) หมายถึงการประเมินด้าน 4 Ms 1) Man:M¹ เช่น ความพร้อมของ

การรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามเกณฑ์การประเมินโดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model 4 ด้าน ของ Daniel I.Stufflebeam.(2018) ดังนี้

1. ด้านบริบท (Context:C) หมายถึง การประเมินด้านนโยบายประเทศและเขตสุขภาพ การบริหารจัดการระดับอำเภอ/ตำบล สถานการณ์และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

ทรัพยากร บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการ เช่น จนท.สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care Giver) 2) Money:M² ความพร้อมด้านงบประมาณสนับสนุนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) Materials:M³ เช่น ความพร้อมวัสดุอุปกรณ์ วิธีการและสถานที่ 4) Management:M⁴ เช่น การบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี

3. ด้านกระบวนการ (Process :P) หมายถึง การประเมินกระบวนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติการนิเทศงาน ติดตาม และประเมินผลพื้นที่ต้นแบบ Sandbox คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) Caregiver (CG) , Long Term Care (LTC) กลไก 3 หมอรู้จักคุณ (3 Doctors) , ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, การประเมินกิจวัตรประจำวัน ADLของผู้สูงอายุ และธรรมนูญสุขภาพตำบล

4. ด้านผลผลิต (Product/Output:P) หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับผลการดำเนินกิจกรรม พฤติกรรมที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากร (Reference population)

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ศึกษาจากกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1,047 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 – มกราคม 2566

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ศึกษาจากคณะกรรมการดูแลสุขภาพระดับตำบล ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

2.กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระดับตำบลแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 1 ตำบล และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling) โดยการกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มดังนี้

1) คณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ผู้แทนนายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน กรรมการท้องถิ่นได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 1 คน

3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care Giver) จำนวน 1 คน

4) ผู้สูงอายุในตำบลเป้าหมาย จำนวน 1,047 คน

5) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบสอบถามงานวิจัย เรื่องการประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณ พื้นที่ต้นแบบ Sandbox อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงาน 3 หมอประจำครอบครัว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษณ์ โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแล จากอสม.หมอประจำบ้านและอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ปีงบประมาณ 2565

ส่วนที่ 2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2.2 ศักยภาพตามบทบาทของ อสค.ในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ประเด็นที่กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีใน 4 ด้าน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อ

1.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ

2.ข้อเสนอแนะ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL ของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

2.แบบสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview)

คณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล จำนวน 4 ข้อ โดยเครื่องมือทั้ง 2 แบบนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบ Sandbox อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1,047 คน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่จริงและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)

จากคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบลโดยผู้วิจัยเอง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 5 นาที เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์

ระยะเวลาการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลตั้งแต่ศึกษาบริบทของพื้นที่และลงพื้นที่สัมภาษณ์เชิงลึกตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 – มกราคม 2566 รวมระยะเวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลเชิงปริมาณ ประมวลผลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel เสร็จแล้วใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้บรรยายคุณลักษณะของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาจากกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ การสำรวจข้อมูลทั่วไป การประเมินคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจากสม.หมอประจำบ้านและอาสาสมัครประจำครอบครัว และการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ADL (Barthel Activities of Daily Living)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และแก่นสาระของเนื้อหา (Thematic Analysis) ได้แก่ การประเมินด้านกระบวนการ เช่น การกำหนดแผนงาน/โครงการ การจัดการ การจัดการด้านฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชน และวิเคราะห์รูปแบบ/แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2022-073 วันที่รับรอง 18 พฤศจิกายน 2565 วันที่หมดอายุ 17 พฤศจิกายน 2566 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICHGCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตนและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีและความ

เป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้นผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การประเมินด้านบริบท (Context :C) การประเมินด้านบริบท ประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์และการเข้าถึงบริการ การประเมินนโยบายของประเทศและเขตสุขภาพ และการบริหารจัดการระดับอำเภอและตำบล ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.1 สถานการณ์และการเข้าถึงบริการ
พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุไทย นิยามของ “ผู้สูงอายุ” WHO (World Health Organization) และ UN (United Nation) ใช้คำว่า Older person/Elderly person โดย UN กำหนด ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ WHO ไม่ได้นิยามไว้ ขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศ เช่น ประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เกณฑ์อายุ 65 ปี และในประเทศญี่ปุ่นถือเป็น 75 ปี (Tokuda Y, และ Hinohara S, 2008) สำหรับประเทศไทยในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554 หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับใบกฎหมาย มาตรา 53 ให้มีสิทธิได้รับสวัสดิการอำนวยความสะดวก อันเป็น สาธารณะอย่างมสมศักดิ์ศรี โดยตามความสามารถในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหว ในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน ADL (Barthel Activities of Daily Living) ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการประเมินความน่าเชื่อถือแล้ว (บุษกร โลหะขุน, 2551) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม มีคะแนน 20 คะแนน แบ่งเป็น 1) กลุ่มติดสังคม สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ADL = 12 คะแนนขึ้นไป 2) กลุ่มติดบ้าน จะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ADL = 5-11 คะแนน และ 3) กลุ่มติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ADL = 0 - 4 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อสร้างระบบการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน และระบบบริการจากภาครัฐ การบริหารจัดการโดยท้องถิ่น โดยมีการติดตาม และประเมินอย่างเป็นระบบ (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ, 2564) สถานการณ์และแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุ ในระดับโลก (WHO, 2562) ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2015 – 2060 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นสองเท่าตัวจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 โดยในปี ค.ศ. 2020 จะมีจำนวนมากกว่าเด็กน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยคาดว่าจะถึง 2,000 ล้านคน จากที่มีอยู่ประมาณ 900 ล้านคนในปี ค.ศ. 2015 และประมาณ 125 ล้านคนอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่ง WHO ได้เสนอแนะให้เตรียมการรองรับทั้งระบบบริการสุขภาพ และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น ให้อาสาสมัครในการเรียน การทำงาน และการให้คุณค่าของสังคม ส่วนประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นลำดับที่ 2 ในประเทศอาเซียน (ร้อยละ 17)

รองจากสิงคโปร์ (ร้อยละ 20) และเวียดนาม (ร้อยละ 11) ในปี พ.ศ.2560 มีจำนวน 11 ล้านคน หรือร้อยละ 17 ของประชากร คาดประมาณว่าอีกไม่เกิน 4 ปี จะสูงถึง ร้อยละ 20 โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปจาก 1.5 ล้านคน เป็น 3.5 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรพื้นฐาน จากโรคเรื้อรังที่พบมากได้แก่โรคความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง โรคเบาหวาน อัมพาต ข้อเข่าเสื่อม สมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งคาดการณ์ว่าจะใช้งบประมาณในการดูแลรักษาเพิ่มจาก 60,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2565 (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ, 2564) สถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกับภาพรวมของประเทศ ในด้านการอัตราความเป็นภาระในวัยสูงอายุ (Old-age dependency ratio) ที่เพิ่มจาก 19.67 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ.2553 เป็น 26.23 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ.2560 (ธัญญรัตน์ สิทธิวงศ์, 2562) จึงควรมีการศึกษาในประเด็นในพื้นที่เพื่อความชัดเจนที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การวางกลยุทธ์ในการพัฒนาต่อไป

1.2 นโยบายและเขตสุขภาพการจัดตั้งเขตสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2562) เพื่อบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน เครื่องมือแพทย์) ในการบริการสุขภาพสู่ภูมิภาคอย่างมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานเป็นธรรม ใกล้เคียงกัน ไร้รอยต่อ และไม่ทับซ้อนกัน โดยส่วนกลางมีบทบาทในการกำกับ ติดตามในภาพรวม มีทั้งหมด 12 เขตบริการสุขภาพ (กระทรวงปรับให้สอดคล้องกับเขตบริการของ สปสช.) เขตบริการสุขภาพที่ 10 รับผิดชอบพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร จำนวน 613 ตำบล มี 7,386 หมู่บ้าน มี 1,456,781 หลังคาเรือน และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 757,827 คน ในสถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14.76 จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 15.92) รองลงมาศรีสะเกษ (ร้อยละ 14.41) ยโสธร (ร้อยละ 14.36) อำนาจเจริญ (ร้อยละ 13.85) และมุกดาหาร (ร้อยละ 12.66) และจากการประเมินค่า ADL พบว่า ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 96 เป็นกลุ่มติดสังคม) โดยมีกลุ่มติดเตียงติดบ้าน ร้อยละ 0.57 (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10, 2565) นโยบายการพัฒนาผู้สูงอายุของรัฐบาล จากคำแถลงนโยบายคณะรัฐมนตรี (กรณีกิจการผู้สูงอายุ, 2562) พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ในวันที่ 12 กันยายน 2557 ได้มีนโยบายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็น ข้อ 3 คือ “การลดความ

เหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสเข้าถึงบริการของรัฐ ข้อ 3.4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้นและโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชนและครอบครัวผู้สูงอายุ” จากนั้นกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ปรับปรุงแผนผู้สูงอายุครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545 – 2564 โดยกำหนดมาตรการใหม่รองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและสภาพปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่ การสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัย การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้ท้องถิ่น ในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว การสร้างเครือข่ายในระดับจังหวัดและท้องถิ่น เป็นต้น นอกจากนี้ วิสัยทัศน์นอกจากจะให้คุณค่าผู้สูงอายุที่สามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคมแล้ว ในกรณีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและชุมชนต้องดูแลเกื้อกูล โดยรัฐเป็นผู้จัดสวัสดิการเสริม มีการบูรณาการยุทธศาสตร์ และการประเมินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพื่อดำเนินการดูแลบริการผู้สูงอายุ 2 ประเภท คือ ดูแลในสถาบัน (Institutional Care) และการดูแลโดยชุมชน (Community Care) รัฐบาลได้มุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง มีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้นในการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี ภาคีเครือข่าย และเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบอนามัยยั่งยืน ” เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพในชุมชนอย่างทั่วถึง เท่าเทียม สร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อคนไทยมีสุขภาพที่ดี (นภค นิธิวัชรธร, 2561) ในปัจจุบันพื้นที่ตำบลทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 7,255 ตำบล แต่การดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 ถึงปัจจุบันมีตำบลที่ร่วมโครงการทั้งสิ้น 4,512 ตำบล และสามารถดำเนินงานผ่านเกณฑ์ระดับตำบล LTC มีจำนวนทั้งสิ้น 3,718 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 82.4 ซึ่งตำบลที่ร่วมโครงการมีจำนวนผู้สูงอายุเป้าหมายที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 150,000 คน และได้รับการดูแลตามโครงการ มีจำนวนทั้งสิ้น 172,078 คน คิดเป็นร้อยละ 98.63 มีการ

ผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้าร่วมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Care giver :CG) ในระดับตำบลและชุมชน

1.3 การบริหารจัดการระดับอำเภอ ผู้บริหารสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนในเรื่องระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พขอ.) อย่างมีคุณภาพทุกอำเภอ จำนวนไม่เกิน 21 คน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 21 คน ดังนี้ 1) ผู้แทนส่วนราชการไม่เกิน 6 คน 2) ผู้แทนภาคเอกชน ไม่เกิน 6 คน 3) ผู้แทนภาคประชาชน ไม่เกิน 7 คน โดยมีนายอำเภอ เป็นประธานคณะกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ ครอบคลุมทุกอำเภอ พัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว (3 หมอรู้จักคุณ) ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็ก 0- 5 ปี ที่ต้องการได้รับการดูแล เป็นต้น นอกจากนี้ ระดับพื้นที่ยังสร้างความร่วมมือจากองค์กร มีภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความร่วมมือภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และภาคประชาชน สร้างแรงบันดาลใจ เชื่อมโยงข้อมูล เรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพกำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกัน ธรรมนูญสุขภาพตำบล เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินตนเองของคณะกรรมการ พขอ. ตามกระบวนการ UCCARE ในปีงบประมาณ 2560 มีข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับจังหวัดให้กำกับติดตามผลลัพธ์ประเด็นปัญหาพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยระยะแรกให้ประเมินบทบาทหน้าที่ การทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พขอ. ประเมินการทำงานร่วมกันในลักษณะ (Collaborative partnerships) และการบูรณาการงบประมาณ ในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน อันจะส่งผลต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตสุขภาพ และระดับพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ, 2561)

ตอนที่ 2 การประเมินปัจจัยนำเข้า(Input :I) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ การขับเคลื่อนด้วย 4Ms (Man, Money, Materials, Management) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2562)

2.1 การบริหารจัดการ(Management) งานพัฒนาผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข เคยได้รับการสนับสนุนโดยการ ทำวิจัยร่วมกับรัฐบาลญี่ปุ่นผ่านองค์กรไจก้า (JICA) ที่เคยประสบความสำเร็จในการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างมาก และประสบความสำเร็จ ในการพัฒนา

ระบบการดูแล จึงต้องการสนับสนุนประเทศในแถบอาเซียนให้มีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการระยะยาวที่ยั่งยืน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง ที่มีปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อการดูแลรักษา พื้นฟูและป้องกันไม่ให้อาการเจ็บป่วยแย่ลง โดยการพัฒนาศักยภาพญาติกับบุคคลภาครัฐ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2560 ในพื้นที่นำร่อง 6 แห่ง จังหวัดขอนแก่นดำเนินการที่ตำบลสะอาด อำเภอโนนพาง ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับดี และเห็นควรพัฒนาระบบการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จึงสามารถดูแลให้ครบทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และนำผลการพัฒนาไปขยายในกลุ่มประเทศอาเซียนที่มีบริบทคล้ายกัน (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ, 2561) ในการดำเนินงานตามนโยบาย LTC กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบหลัก ในยุทธศาสตร์ที่ 1 โดยหนึ่งในกลยุทธ์คือการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มวัยพึ่งพิง ที่มีข้อจำกัดของผู้ดูแลและปัญหาเศรษฐกิจ และสเปซ.ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลเพื่อมาเป็นกลไกในการขับเคลื่อนโครงการร่วมกับหน่วยงานรัฐ เอกชน ท้องถิ่น ดำเนินการพัฒนาโดยกรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลักในการวิจัยและพัฒนา (นภัศ นิธิวัชรธร, 2561) สเปซ.ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลจำนวน 600 ล้านบาท เพื่อดำเนินโครงการ LTC โดยเป้าหมายการพัฒนาอยู่ที่ระดับตำบลทั้ง 1,000 แห่ง ซึ่งงบประมาณจำนวน 500 ล้านบาทผ่านกองทุนสุขภาพท้องถิ่น และ 100 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ จะมีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลจำนวน 100,000 คนครอบคลุมทุกจังหวัด โดยดำเนินการผ่านกลไกการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ และเชื่อมโยงกับระบบบริหารจัดการงบประมาณผ่านกองทุนสุขภาพตำบล และสเปซ.เขต10 ได้ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมวางแผนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน กรมอนามัย (อุดม อัครวุฒมากร, 2562) ได้รับจัดสรรงบประมาณมาดำเนินการโครงการต่อเนื่อง มีการจัดประชุมเพื่อวางแผนเสนอขอทบทวน และกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องในแต่ละเขตสุขภาพ ซึ่งศูนย์อนามัยที่ 10 มีการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ต้นแบบครบทุกจังหวัด จนมีการสรุปผลเรียนจากการทำโครงการ และจัดทำคู่มือการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จนถึงปัจจุบัน โดยมีหลักคิดของการออกแบบระบบคือ 1) เน้นบูรณาการในระดับพื้นที่ (บริการทางการแพทย์โดย สธ.

ด้านสังคมโดย พม. และ มท.) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและความเป็นไปได้ในการจัดสรรงบประมาณในอนาคต และ 3) การมีส่วนร่วมให้ อปท.เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารระบบและสนับสนุนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ โดยมีโครงสร้างบุคลากรที่ชัดเจน(CM,CG) มีระบบการทำงานและการวัดผลงานเพื่อรองรับการเบิกจ่ายงบประมาณ เมื่อสังเคราะห์ความรู้และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ ได้รูปแบบดังนี้

2.2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Man)

2.2.1 ผู้บริหารจัดการโครงการ (Aging

Management : AM) โดยต้องเป็นผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในระดับจังหวัดหรืออำเภอ มีบทบาทในการประสานแผนและถ่ายทอดยุทธศาสตร์ มาตรการระหว่างส่วนกลาง เขต จังหวัด อำเภอและตำบล รวมทั้งรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบ รายงานผลในระดับอำเภอ จังหวัดแบบบูรณาการโดยไม่แยกส่วน การนิเทศ กำกับติดตาม ประเมินผล ตามยุทธศาสตร์ และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2.2 ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Management :CM) ได้แก่พยาบาล/นักกายภาพบำบัด / นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ จะได้รับการอบรมทักษะการบริหารจัดการจำนวน 70 ชั่วโมง และต้องได้รับการขึ้นทะเบียน มีบทบาทในการดำเนินงานดังนี้ 1) สำรวจและจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก 2) วางแผนและออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุ 3) ประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน ADL 4) อบรมแนะนำ ดูแลและกำกับการทำงานของ CG 5) จัดทำและตรวจแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) และ Weekly plan 6) จัดทำ Care conference เพื่อเสนอและปรึกษาหารือกิจกรรมการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพหรือภาวะฉุกเฉิน 7) ประสานการปฏิบัติงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงงาน

2.2.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จะได้รับการอบรมตามคู่มือ/หลักสูตรที่กรมอนามัยพัฒนาหรือเทียบเท่า โดยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการ LTC อย่างน้อย 70 ชั่วโมง (ถึง 420 ชั่วโมง) และต้องได้รับการขึ้นทะเบียน โดยมีบทบาทคือ 1) การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยเหมาะสมกับของผู้สูงอายุ 2) สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพด้านกาย จิตใจ และรายงานให้ญาติทราบ 3) การส่งเสริมสุขภาพด้านกายใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม 4) เขียนรายงานตาม

แผนการดูแล 5) ประกอบอาหารและดูแลการรับประทานอาหารให้สะอาดถูกสุขลักษณะ 6) จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยอย่างถูกต้อง 7) รายงาน CM และส่งต่อผู้สูงอายุกรณีพบว่ามีเหตุฉุกเฉินอย่างถูกต้อง โดยสัดส่วนของการบริหารจัดการเพื่อการจัดสรรงบประมาณและวางแผนการพัฒนา CM/CG ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เท่ากับ CM 1 คน ต่อ CG 5 - 10 คน และผู้สูงอายุ 5 - 10 คน แต่ทั้งนี้ CM จะจัดสรรผู้สูงอายุให้แก่ CG ตามศักยภาพและคละกลุ่มตามความเหมาะสม โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุขได้แก่ 1) กลุ่มการเคลื่อนไหวได้บ้าง แต่มีปัญหาการกิน /การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง 2) กลุ่มที่มีภาวะสับสนทางสมอง 3) กลุ่มการเคลื่อนไหวเองไม่ได้และมีปัญหาการกิน /ขับถ่าย /อาการเจ็บป่วยรุนแรง และ 4) กลุ่มมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการ LTC มีหน้าที่พิจารณาจัดหา กำหนดอัตราค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/หน่วยบริการ/สถานบริการจัดบริการฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์โดยให้มีองค์ประกอบอย่างน้อยดังนี้ (1) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น /ประธานอนุกรรมการ/ผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย (2) ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ 2 คน (3) ผู้อำนวยการ รพ.ของรัฐในพื้นที่หรือผู้แทน 1 คน (4) สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน 1 คน (5) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐในพื้นที่ 1 คน (6) CM ในพื้นที่ 1คน (7) CG ในพื้นที่ 1 คน (8) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย 1 คน (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ,2561)

2.3 งบประมาณสนับสนุน (Money) การจัดสรรงบประมาณโครงการฯ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

LTC แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) ค่าบริการสาธารณสุขที่จัดสรรให้กับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ จำนวน 100,000 บาท/แห่ง โดยจ่ายตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถปรับจ่ายเพิ่มเติมแบบขั้นบันไดตามจำนวนเป้าหมายได้ในการบริการเชิงรุกตาม Care plan 2) ค่าบริการสาธารณสุขที่จัดสรรให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการ จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 5,000 บาทต่อคนต่อปี โดยให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (ด้านการแพทย์ทั้งการคัดกรองส่งเสริมป้องกัน พื้นฟู รักษาและทางสังคม สิ่งแวดล้อมในการทำกิจกรรมต่างๆ) ในครัวเรือน/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/หน่วยบริการโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือ CG และสามารถจ่ายค่าตอบแทนแก่ CM/CG ได้ใน

อัตราที่แตกต่างกันตามได้ตามที่คณะกรรมการเห็นชอบ (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ,2561)

2.4 สถานที่ เครื่องมือ วิธีการและวัสดุอุปกรณ์ (Materials) ในชุมชนอาจมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ(หรือชื่ออื่นๆ) ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือที่คณะกรรมการเห็นชอบ โดยมีโครงสร้างของบุคลากรที่ทำงานได้แก่ CM , CG ที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์และให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ,2561) ทั้งนี้ในพื้นที่ศึกษามีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองหัว รับผิดชอบ 15 หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุ 1.047 คน มี CM (พยาบาลเวชปฏิบัติ) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพ็กและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัว จำนวน 3 คน และมี CG จำนวน 12 คน

ตอนที่ 3 การประเมินกระบวนการ (Process)

3.1 กระบวนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการจัดประชุมและจัดตั้งคณะทำงานจากส่วนกลางและภูมิภาคที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย เขตสุขภาพ สสจ. อปท. รวมทั้งจากพื้นที่ที่มีประสบการณ์เข้ามาร่วมสรุปบทเรียนแลกเปลี่ยนแนวคิดเพื่อสร้างคู่มือ / วิธีการบริหารจัดการเกณฑ์การประเมินคุณภาพ แนวทางในการพัฒนากำลังคน (AM,CM,CG) และระบบบริการสุขภาพและการนิเทศกำกับติดตามการทำงานในแต่ละระดับและรายไตรมาส (Small success) โดยผลผลิตสุดท้ายต้องได้คำตอบตำบลจัดการสุขภาพ LTC ซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมิน 7 ด้านได้แก่ 1) มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3) มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสาธารณสุขในระดับตำบล 6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care plan) 7) มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุน (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ,2561) ทั้งนี้ในเขตอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีตำบลจัดการสุขภาพ LTC จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ ,2565)

3.2 ระบบนิเทศกำกับและประเมินผล ผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในรายไตรมาส โดยถูกกำหนดไว้เป็นตัวชี้วัด PA ระดับกระทรวง ตั้งแต่ปีพ.ศ.2559 และของกรมอนามัยในปีพ.ศ.2561จึงมีนโยบายและการกำกับที่ชัดเจน มีคณะกรรมการระดับเขตสุขภาพเพื่อการกำกับดูแล นอกจากนี้ยังมีการกำกับติดตามผ่านไลน์กลุ่มระดับเขตและระดับกลุ่มย่อย จึงสามารถดูแลให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา(ราณี วงศ์คงเดช และคณะ,2561) ทั้งนี้ในพื้นที่ศึกษาโดยมีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ หรือผู้แทน ร่วมกับคณะกรรมการ LTC และ CM ทุกหน่วยบริการ นอกจากนี้ยังถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่อยู่ใน ม.44 ด้วย ทุกจังหวัดต้องรายงานในระบบทุกเดือน

ตอนที่ 4 การประเมินผลผลิต/ผลลัพธ์ (Product / Out put)

4.1 การประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.3 เพศหญิง ร้อยละ 60.7 มีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 1.5 ต่อ 1 อายุเฉลี่ย 69.9 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.6 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 95.9 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 99.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,837.15 บาท เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 4.5 สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของรัฐเป็นสิทธิผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.2 สิทธิข้าราชการ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 8.7 สิทธิผู้พิการ ร้อยละ 5.7 สวัสดิการด้านการดำรงชีพจากรัฐเป็นเบี้ยดำรงชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.1 เบี้ยดำรงชีพผู้พิการ ร้อยละ 5.8 การช่วยเหลือตามนโยบายของรัฐเป็นบัตรสวัสดิการคนจน ร้อยละ 99.6 สภาพการดำรงชีพเป็นอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ร้อยละ 61.3 อาศัยอยู่บ้านตนเองตามลำพัง ร้อยละ 38.7

4.2 การประเมินศักยภาพตามบทบาทของอสม.ในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว LTC พบว่าความสามารถควบคุมอาหาร เช่น ลดหวาน มัน เค็ม ร้อยละ 100 ความสามารถดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย เช่น กินยาเองได้ตรงเวลาและไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 100 สามารถแนะนำกลุ่มเป้าหมายในครอบครัว ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด19 อย่างน้อย 1 เข็ม และปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT และการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ร้อยละ 100 สามารถแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม ร้อยละ 100 สามารถดูแลสุขภาพจิต เช่น การควบคุมความเครียด ซึมเศร้า เสียใจฆ่าตัวตาย ร้อยละ 100 สามารถจัดสภาพแวดล้อมที่

อยู่อาศัยได้เหมาะสม ร้อยละ 100 และสามารถปฏิบัติงานร่วมกับอสม.หมอบริการบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 100

4.3 ประเมินกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลสุขภาพชีวิตที่ดี 4 ด้าน

4.3.1 องค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical domain) พบว่า ได้รับอาหารที่เหมาะสม (ลดหวาน มัน เค็ม) ร้อยละ 100 ได้รับยาที่ถูกต้อง (ตรงผู้ป่วย ชนิด ขนาด วิธีการ ระยะเวลา) ที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 100 มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ร้อยละ 100 มีการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก ร้อยละ 100 ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด -19 อย่างน้อย 1 เข็ม ร้อยละ 100 มีการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 แบบครบวงจร ร้อยละ 100

4.3.2 องค์ประกอบด้านจิตใจ (Psychological domain) พบว่า มีการประเมินสุขภาพจิตโดยการประเมินความเครียด (ST5) ร้อยละ 100 มีการดูแลสุขภาพจิตใจให้คำแนะนำ พยายามให้กำลังใจให้ความรู้คุณค่าและภาคภูมิใจในตัวเอง ร้อยละ 100 ได้รับคำปรึกษา แนะนำช่องทางหรือเครื่องมือในการดูแลสุขภาพจิต 1323 งานอดิเรก ดูหนัง ฟังเพลง การใช้กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพร ร้อยละ 100

4.3.3 องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) พบว่า มีเครือข่ายสุขภาพ เช่น ทีมหมอบริการหรืออสม.เยี่ยมติดตามและตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 100 ได้รับโอกาสทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เท่าเทียมกับคนในชุมชนที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ร้อยละ 100 และสามารถดำรงชีวิตตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้อย่างปกติสุข ร้อยละ 100

4.3.4 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) พบว่า มีการจัดสภาพแวดล้อมด้านกายภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้แก่ ราวจับ ทางลาด เตียงนอน ห้องน้ำ ร้อยละ 100 มีการกำจัดของเสียจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย) ร้อยละ 100 มีการดูแลความสะอาดที่อยู่อาศัย ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์โรค ร้อยละ 100 ประเมินกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลสุขภาพชีวิตที่ดี 4 ด้าน พบว่า องค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical domain) ร้อยละ 100 องค์ประกอบด้านจิตใจ (Psychological domain) ร้อยละ 100 องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) ร้อยละ 100 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) ร้อยละ 10

4.4 การประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL พบว่า จากการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1,047 คน มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ร้อยละ 3.34 มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 5 – 11 คะแนน ร้อยละ 36.67 และมีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 59.98

4.5 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยการเลือกเฉพาะเจาะจงผู้ที่สามารถให้ข้อมูลที่ต้องการศึกษา มีประสบการณ์และมีบทบาทในการดำเนินงานการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เกี่ยวกับสภาพปัญหาและอุปสรรค จุดอ่อน-จุดแข็งและรูปแบบ/แนวทางการดำเนินงานการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบันโดยการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลแบบเป็นกันเอง สรุปประเด็นการสัมภาษณ์ดังนี้

4.5.1. นโยบายสนับสนุนที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ได้แก่ 1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และ 2) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

4.5.2. ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนภาคีเครือข่ายต่างมีบทบาทหน้าที่ครอบคลุมในทุกมิติของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านวิชาการ การส่งเสริม การรักษา การฟื้นฟูและการดูแลด้านสวัสดิการ ความมั่นคง และปลอดภัย

4.5.3.การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ทั้งในด้านฐานข้อมูล ผู้สูงอายุ ความร่วมมือในการวิเคราะห์สภาพปัญหาการวางแผน ออกแบบการแก้ปัญหา ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และความร่วมมือในการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งนำไปสู่ การดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

4.5. 4.การออกแบบกิจกรรมตามโครงการที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ นโยบายและ งบประมาณที่สนับสนุน บุคลากร วัสดุและอุปกรณ์สถานที่ ตลอดจนความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อความ ต่อเนื่องและยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินผลระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์ รวมด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณ พื้นที่ Sandbox อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการใช้ CIPP Model ประกอบด้วย การ ประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้ากระบวนการ และผลผลิต พบว่า นโยบายระดับประเทศเขตสุขภาพ มีการผลักดันให้มีการ ดำเนินโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care :LTC) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอและระดับตำบลมีการ พัฒนาให้ทุกตำบลผ่านเกณฑ์การดูแลผู้สูงอายุ (ตำบล LTC) โดยการสร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความ ร่วมมือจากภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่นและภาคประชาชน สร้าง แรงบันดาลใจเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลผู้สูงอายุทุกระดับ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ผ่านกลไก 3 รู้จักคุณใน ระบบ Online เรียนรู้พัฒนา มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบผ่านองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งการวางแผนงาน โครงการ การสร้างกระบวนการพัฒนา การจัดสรรงบประมาณ ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลโดยเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุตำบล ทั้งนี้มีการวางโครงสร้างการทำงาน และ การขับเคลื่อนด้วยกำลังคนแบบภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับชุมชนโดยภาคประชาชน(ผู้นำชุมชน, อสม., อสค. CM/CG) ท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานสาธารณสุขระดับ พื้นที่ (รพ.สต.) มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุด้วย ทีมสหวิชาชีพ ขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) มี นายอำเภอเป็นประธาน กรรมการประกอบด้วยตัวแทนจาก ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และมีสาธารณสุขอำเภอเป็น กรรมการและเลขานุการ ด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณตำบลดูแล และผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care :LTC) มี คณะทำงานในระดับพื้นที่ได้แก่ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager :CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver :CG) ที่ผ่านการ

อบรมการดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อสม. อสค. ร่วมมือกับ บุคคลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างต่อเนื่องซึ่งผู้นำตามธรรมชาติที่เป็น อาสาสมัครมีจิตอาสาทำงานเพื่อผู้สูงอายุ จะสามารถทำงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยอาศัยความร่วมมือจาก ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะหน่วยงานราชการ และเอกชน (บุญชิน เสาวภาภรณ์และคณะ,2557) ดังนั้นแผนผู้สูงอายุ แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545- 2564) (คณะกรรมการ ผู้สูงอายุแห่งชาติ,2553) ว่าด้วยระบบสวัสดิการและบริการ จะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับ ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ คณะทำงานและภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมทำงานแผน กิจกรรม หรือมีกระบวนการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ ตาม นโยบายและแผนแห่งชาติ ซึ่งมีผลต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวม (นภัค นิธิวิจิตร,2561) ผ่านระบบการคัดกรอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุมีการเยี่ยมบ้าน ประเมินผลพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และประเมินสภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ADLมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่าง ต่อเนื่อง ผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือบุคคล ในครอบครัว (วิภาพร สิทธิศาสตร์และสุชาติ สอนนุ่ม,2550) การประเมินผลระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีวัตถุประสงค์เพื่อบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและ ผลผลิตดังนี้ ในเขตสุขภาพที่ 10 มีนโยบายระดับประเทศและ ระดับเขตสุขภาพ ผลักดันให้มีโครงการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care :LTC) ในชุมชนทุกตำบล และมีเป้าหมายให้ทุกตำบลดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ LTC พร้อมกับการบริหารจัดการระดับอำเภอโดยการผ่าน คณะกรรมการ พชอ. มีปัจจัยนำเข้าได้แก่ มีความพร้อมด้าน บุคลากร জনท.สาธารณสุขและอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) มีการดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอย่างดี เมื่อเจ็บป่วย มีการรายงาน ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ภาคีเครือข่ายใน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน งบประมาณในการดำเนินงาน อย่างเพียงพอ และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนระดมทุน จากแหล่งทุนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการมีการ ประชุมระดมสมองภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนและมีการจัดทำ ฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการสำรวจ ADL สำรวจ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เป็นปัจจุบัน การเขียน แผนงานโครงการของงบประมาณจากแหล่งต่างๆโดยชมรม ผู้สูงอายุร่วมกับจนท.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข มีการกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน อย่างสม่ำเสมอ มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับ

ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีระบบการจัดบริการด้านสวัสดิการ สังคม การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ การประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL เป็นปัจจุบัน และมีผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในเกณฑ์ที่ดี 5 ด้าน และจากประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1,047 คน พบว่า กลุ่มติดสังคม) มีผลคะแนนรวม BADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 59.98 กลุ่มติดบ้าน มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 5-11 คะแนน ร้อยละ 36.67 และกลุ่มติดเตียง มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 0-4 คะแนน ร้อยละ 3.34 สอดคล้องกับการศึกษาของนิสาชล นาคกุล (2561) ซึ่งศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่าการพัฒนาศักยภาพของทีมนักดูแลสาขาวิชาชีพการพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้สภาวะสุขภาพและมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ศรีวงษ์ และคณะ(2563) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งพบว่าการเตรียมการตรวจคัดกรอง การจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ กระบวนการจัดบริการ นโยบายการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีภาวะสุขภาพดีขึ้นทางร่างกาย จิตใจและสังคม และมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุนบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่เข้มแข็งและมีการใช้หลักวิชาการและทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุเช่น ทฤษฎีการมีส่วนร่วม และการสร้างเสริมพลังอำนาจ (บุหลัน สุขเกษม และคณะ, 2565) ซึ่งได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนั้นการประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม จะสามารถนำไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงเหมาะสมกับแต่ละบริบทของพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1.ด้านบริบท ระดับพื้นที่ที่ควรมีการประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อระดมสมองวางแผนงาน/โครงการ ทำข้อตกลง

ร่วมกัน เพื่อให้มีความพร้อมในการจัดและใช้ทรัพยากรบุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสถานที่อย่างมีประสิทธิภาพ มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน กำหนดนโยบายระดับประเทศและเขตสุขภาพที่จะต้องส่งเสริมพัฒนาให้ประชากรทุกกลุ่มวัย มีความรู้และค่านิยมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและต้องพัฒนาให้ประชาชนเกิด “Health Literacy” หรือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเหมาะสมกับวัย

2.ด้านปัจจัยนำเข้า ควรมีการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อย่างเป็นธรรม เท่าเทียมกัน ให้เพียงพอเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีการสนับสนุนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสอย่างเสมอภาค

3.ด้านกระบวนการ สนับสนุนให้ชุมชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทุกตำบลมีการพัฒนาอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนเพิ่มมากขึ้น อบรมฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG) อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะใหม่ๆเป็นประจำทุกปี มีการประสานงานการทำงานร่วมกัน กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)อย่างใกล้ชิด เพื่อการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคได้อย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์ มีการกำกับติดตาม การประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และนาระบบสารสนเทศใหม่มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน เช่นกลุ่ม Line เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร มีการใช้โทรศัพท์ Smart Phone มีระบบเครือข่าย Internet ที่มีเสถียรภาพ มีการนำ Application มาใช้ในการจัดข้อมูลผู้สูงอายุและการประมวลผลข้อมูล มาสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับกลุ่มวัย

4.ด้านผลผลิต สร้างต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวและชุมชน พัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและมีคุณภาพ จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุและมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL เป็นประจำทุกปี จัดตั้งทีมสหวิชาชีพบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ให้เจ็บป่วยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการส่งต่อที่ทันสมัย ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการพัฒนาบริการปฐมภูมิภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) และภูมิภาคอาเซียนและภูมิภาคอื่นๆ

2.ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาที่ทำให้ประชาชนทุก
กลุ่มวัยเกิด “Health Literacy” หรือ “ความรู้ด้าน
สุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” เป็นผู้สูงอายุที่มี

คุณภาพ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ไม่เป็น
ภาระของสังคม เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2562).มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) กระทรวงการ
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.2 (2562) :16-19.
- กรมอนามัย.(2565).Long Term Care :LTC ผู้สูงอายุ.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.เข้าถึงได้จาก
<http://ltc.anamai.moph.go.th>
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.(2553).แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 -2564).กระทรวงพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์:เทพเพ็ญวิสัย.กรุงเทพฯ.
- นภค นิธิจิตร.(2561).การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม.ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข.
- ณิสาชล นาคกุล.(2561).ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนคร
สุราษฎร์ธานี.
- บุญชิน เสาวภาภรณ์, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ,ปรีชา ดิลกภูมิสิทธิ์, และวรางค์ภรณ์ ไตรศิลาพันธ์.(2557). รูปแบบการ
ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา.วารสารวิจัยและพัฒนาวิจัยและพัฒนาลอยลวงกรรม ในพระ
บรมราชูปถัมภ์:2557:9(1) :47-59.
- บุหลัน สุขเกษม,มฤทัย ทองพิละ, และศิริยา ศิริปุระ.รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ
ศรีสะเกษ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.2565.
- ธเนศ ขำเกิด.(2546).การประเมินทั้งระบบด้วย CIPP.วารสารเทคโนโลยี(สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น).30(169)
(ม.ย.-ก.ค.46).หน้า 81-82.เข้าถึงได้ <http://www.gotoknow.org.posts>.
- ราณี วงศ์คงเดช,ดรณิ พ่วงพรพิทักษ์, และอดิสร วงศ์คงเดช.(2564) บทเรียนการดำเนินงานตามนโยบายดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 7.วารสารการวิจัย ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2564.คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.อุบลราชธานี.
- รัตน์ะ บัวสนธ์.(2556)รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้วารสาร
ศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย,2556 : 5(2) : 7-24.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์,และสุชาดา สอนนุ้ม.(2550).พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของ
สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชิน
ราช.:25-35.
- สินศักดิ์ชื่นมื่น อุ่นพรมมี.(2561).รายงานผลการตรวจราชการระดับเขต (ตจ.2) [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ:กองตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข.2561[เข้าถึงได้ 20 ม.ค.2562] เข้าถึงได้จาก : [http://bie.moph.go.th/e-
insreport/reporttk2_ch.php?nasubject_id=74&id_regroup=2&id_area=9&around=2&id_group=](http://bie.moph.go.th/e-insreport/reporttk2_ch.php?nasubject_id=74&id_regroup=2&id_area=9&around=2&id_group=1&year=2561)
1&year=2561
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี.(2566).ข้อมูลทั่วไปเขตสุขภาพที่10 ปีงบประมาณ 2566.สำนักงานเขตสุขภาพ
ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์.(2565).รายงานผลการปฏิบัติงานคัดกรองผู้สูงอายุผ่านระบบ 3 หมอรู้จักคุณ
ปีงบประมาณ 2565.งานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2556)..การคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี 2553-
2583.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เดือนตุลา,2556.
- สำนักงานตรวจราชการ.(2561).คู่มือตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ ประจำปี 2560.กระทรวงสาธารณสุข.
นนทบุรี,2561.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.(2565).ข้อมูลการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term
Care) ปี 2565.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,ที่มา DoH Dashboard กรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ)

- กระทรวงสาธารณสุข:วันที่ประมวลผล 10 พฤษภาคม 2565.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์,ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล,วิชช์ เกษมทรัพย์, และบรรคม ลีระพันธ์.(2561).โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์. โรงพยาบาลรามาธิบดี,2561
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559).กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพสุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ.2559-2563, (มปท.),2559.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.(2553).พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ : เทพเพ็ญวาน,2553.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.(2561).”ตัวชี้วัดเฝ้าระวัง ร้อยละของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์”.เอกสารอัดสำเนาในการประชุมชี้แจงการเฝ้าระวังส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 20 กุมภาพันธ์ 2561.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.(2563).หลักสูตรการฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี.
- อุดม อัครตมามกุล.นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุของประเทศไทย.สืบค้นจากhttp://dental2.anamai.moph.go.th/download/aticle/นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุของประเทศไทย.13_14_12_59.pdf.
- เอกชัย เพียรศรีวัชรา,สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล,วิมล บ้านพวน,ธีระ ศิริสมุด,แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล,ผศ.ดร.ลีลียง ศรีสว่าง, ดร.นพ.ศ ตีระพัฒน์นนท์.(2556).รายงานการสำรวจผู้สูงอายุไทย.โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการและสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.กรุงเทพฯ: วัชรินทร์ พีพี.2556.
- Daniel I.Stufflebeam.(2018).The CIPP Model for Evaluation.International Hanbook of Educational Evaluation.Kalamazoo.Michigan University : The Evaluation CenterWestern;(2003) [cited 2018 Nov 29] Available form : http://link.sptinger.com/chapter/10.1007/9+78-94-010-0309-4_4
- https://3.doctor.hss.moph.go.th/main/rp_screen.
- <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/longtermcare>.
- Tokuda Y, & Hinohara S,(2008).”Geriatric Nation and Redefinting the Elderly in Japan”.International Journal of Gerontology,2(4).
- World Health Organization [WHO].(2015).Wold Report on Ageing and Health [Internet].Luxembourg:(2015) [cited 2018 Nov 29].Available from: <http://www.who.int/ageing/events/wold-report-2015-launch/en/>