

การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

Evaluation of Comprehensive System on Health Care for Older Adults

โดย

นางนภัค นิธิวิจิตร

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

กิติกรรมประกาศ

ศูนย์อนามัยที่ 9 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพ ขณะที่ประเทศไทยกำลังจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์นั้น การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 จึงต้องอาศัยการศึกษาวิจัยพัฒนา ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาประเมินผลระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตสุขภาพที่ 9 พร้อมทั้งจัดทำเป็นเอกสารเผยแพร่ครั้งนี้

ความสำเร็จที่เกิดขึ้น ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 และผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษานางกมลรัตน์ เกตุบรรลุ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และ ดร.สินศักดิ์ชน อุ่นพรหมมี หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 9 ที่กรุณาให้คำแนะนำในการดำเนินการ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 9 พร้อมทั้งภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือทำแบบประเมินฯ และอนุญาตให้เก็บข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดการประเมินผลและส่งผลให้มีรูปแบบ/แนวทางการพัฒนาระบบบริการอันจะส่งผลต่อประชาชนต่อไป

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	ง
บทคัดย่อภาษาไทย	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	3
ขอบเขตการศึกษา	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
การนำไปใช้ประโยชน์	5
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
ความหมายและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	6
นโยบายการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	8
โครงการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 9	12
แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผล	15
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	18
กรอบแนวคิดการศึกษา	20
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	21
รูปแบบการวิจัย	21
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
วิธีการศึกษา	21

สารบัญ (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	22
ระยะเวลาการเก็บข้อมูล	22
การวิเคราะห์ข้อมูล	22
บทที่ 4 ผลการวิจัย	23
ตอนที่ 1 การประเมินด้านบริบท	23
ตอนที่ 2 การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า	25
ตอนที่ 3 การประเมินด้านกระบวนการ	29
ตอนที่ 4 การประเมินด้านผลผลิต	33
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	47
สรุป	47
สรุปผลการศึกษา	48
อภิปรายผล	50
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ	52
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	53
บรรณานุกรม	54
ภาคผนวก	56

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	26
คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน	
ตารางที่ 2	28
การสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	
ตารางที่ 3	29
ความพร้อมทรัพยากร(ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน)	
ตารางที่ 4	34
การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข/ดูแลผู้สูงอายุ	
ตารางที่ 5	36
ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ	
ตารางที่ 6	37
การอยู่อาศัยกับคนในครอบครัว	
ตารางที่ 7	37
ดัชนีมวลกาย	
ตารางที่ 8	38
ภาวะการมีโรคประจำตัว	
ตารางที่ 9	39
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1	2
ทิศทางพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุไทยปีพ.ศ.2556 และ 2560	
ภาพที่ 2	20
กรอบแนวคิดในการวิจัย	
ภาพที่ 3	40
แนวคิด/รูปแบบการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม	
ภาพที่ 4	46
การประเมินผลตาม CIPP Model	

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม และสังเคราะห์รูปแบบ/แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหรือดูแลงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในพื้นที่ 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ สุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 2 อำเภอโดยวิธีสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอนั้น โดยเก็บข้อมูลทุกคนรวมทั้งสิ้นจำนวน 542 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ 1,425 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจังหวัดละ 1 พื้นที่ โดยจัดสนทนากลุ่มกับคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการที่รับผิดชอบโครงการผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์ประเมินผลระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ซึ่งประกอบด้วย การประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสำรวจการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข แบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่มที่สร้างขึ้น ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงพฤษภาคม 2561

ผลการศึกษา พบว่า 1) **การประเมินด้านบริบท** นโยบายประเทศและเขตสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยมีอย่างต่อเนื่อง และมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วย พื้นที่มีการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ในระดับอำเภอมีการพัฒนา โดยแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ที่มีคุณภาพ สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย 2) **การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า** มีความพร้อมด้านบุคลากร แต่ยังขาดความพร้อมด้านทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ 3) **การประเมินด้านกระบวนการ** พบว่า มีการกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน โดยมีคณะทำงานจากการมีส่วนร่วมภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ชุมชน มาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการ การคัดกรอง 4) **การประเมินด้านผลผลิต** พบว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ดำเนินกิจกรรมค่อนข้างน้อยได้แก่ การนำความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ออกเผยแพร่ทางเสียงตามสายหรือหอกระจายข่าวค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ 48.5 แต่ได้ตรวจวัดความดัน

โลหิตและตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะแก่ผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 70.3 ของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และจากบุตรหลาน มีดัชนีมวลกายปกติเพียง 37.0 มีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 –30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์เพียงร้อยละ 20.0 รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 34.0 ดื่มน้ำได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 36.2

ข้อเสนอแนะจากการศึกษารั้ครั้งนี้ การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยนโยบายประเทศและเขตสุขภาพ สถานการณ์และการเข้าถึงบริการ มีข้อมูลปัจจัยนำเข้าความพร้อมและเหมาะสมด้านอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข การมีทรัพยากร งบประมาณวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ มีกระบวนการกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน นำข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุมาแลกเปลี่ยน การเขียนโครงการขอ งบประมาณด้วยการชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ ดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพและการจัดระบบบริการที่เข้าถึงผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม จะส่งผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินผล, ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, เขตสุขภาพที่ 9, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ.

Abstract

This study utilized both quantitative and qualitative research methods. Its objectives included to evaluate the comprehensive system on health care and to provide suggestions for the improvement of health promotion and care system for older adults in health region 9. The study was conducted in health region 9 which included 4 provinces: Nakhon Ratchasima, Chaiyaphum, Buriram and Surin. Populations and samples were members from health care for older adult committee at the district level and older adults from all 4 provinces. Instruments used in this study included older adults' health promoting activities among village health volunteer survey, desirable health behaviors among older adult survey, and focus group questions. The data were collected using surveys and focus group discussions during January 2017-May 2018.

Results from the study can be presented in 4 aspects. **1) Contextual Evaluation:** There was a continuum in health care policies for older adults at both national and regional levels with focus on both promoting health among healthy independent and dependent older adults. Each area had qualified professionals to care for older adults with health problems. District Health Board played active roles in the development of health programs for older adults as well as collaborated with networks at the district level. **2) Evaluation of Inputs:** Each area reported having adequate health personnel but insufficient resources, budgets, materials and locations. **3) Evaluation of Process:** Areas reported having plans and implementations according to the plans. The works were done with committees formed at the local levels with collaborative efforts from local authorities, district health promoting hospitals, network hospitals, health volunteers or elderly care volunteers, elderly clubs and communities in discussing, role settings, supporting for services and screenings, etc. **4) Evaluation of Outcomes:** According to the evaluations of health promoting activities among health volunteers, distributions of health messages through public services announcements were done least frequently at 48.5 percent while screening for blood pressure and urine glucose were done more frequently at 70.3 percent. Older adults received income from government's monthly allowance and from their children. Only 37 percent reported having regular BMI and only 20 percent reported engaging in 15-30 minute exercises for at least 5 days per week. About 34 percent ate fresh fruits and vegetables regularly (3-4 days per week) while 36.2 percent drank at least 8 glasses of water daily (5-7 days per week).

It was suggested from this study that the comprehensive system for health promotion and care for older adults in health region 9 included national and regional policies that focused on older adults of all groups (both independent and dependent older adults). Situations

and access to care as well as input factors such as health volunteers needed to be evaluated for their qualifications and readiness. Health professionals should also played a key role in managing and supporting health promotion activities. Essential inputs also included resources, budgets, materials and locations or settings to conduct activities. Planning, implementation and evaluation of the programs were three integral parts of successful programs. It was also suggested that discussions of older adults' health problems among health personnel and volunteers, supports in grant writing in order to secure funding from local agencies, and activities that could reach both independent and dependent older adults in the communities would contribute to the success in health promotion programs in the communities, leading to the desirable health among older adults in the future.

Keywords: Evaluation; Health care system; Older adults, Health region 9, Care giver for older adult

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

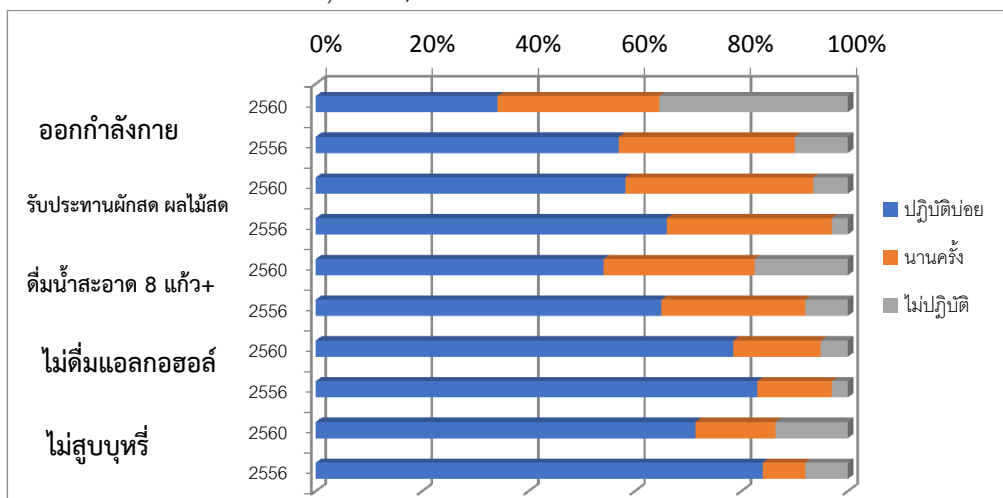
องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดว่าประชากรสูงอายุในวันนี้เพิ่มขึ้นกว่าเดิมน้อย่างรวดเร็ว โดยระหว่างปี พ.ศ.2558 ถึงปี พ.ศ. 2593 พบว่าสัดส่วนของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเกือบสองเท่าจากร้อยละ 12 ถึง 22 และยังได้กำหนดกรอบการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีบนแนวคิดใหม่โดยการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ จากรูปแบบการรักษาโรคไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีคนเป็นศูนย์กลางและบูรณาการ มีการลงทุนกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีผลให้ภาวะสังคมและเศรษฐกิจที่ดี ส่งผลทั้งในแง่ของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกยังได้กำหนดกลยุทธ์ระดับโลกและแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสุขภาพปี พ.ศ. 2559-2563 ที่สำคัญไว้ 5 ประการคือ 1) ประเทศ ภูมิภาคและสถาบันต่างๆ ต้องยึดเป็นผู้นำและความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการตามนโยบายที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ 2) จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) มีระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 4) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่เทียบประเทศอื่น และ 5) มีข้อมูลที่จำเป็นและการวิจัยเพื่อพัฒนา (World Health Organization [WHO], 2015) นอกจากนี้รายงานองค์การอนามัยโลกยังได้กำหนดกรอบการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี โดยจัดทำขึ้นบนแนวคิดใหม่ตามความเป็นไปได้ที่แท้จริง จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพออกไปจากรูปแบบการรักษาโรคไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีคนเป็นศูนย์กลางและบูรณาการ มีการลงทุนกับผู้สูงอายุจะมีผลทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีคุณค่าทั้งในแง่ของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง

ประเทศไทยตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่เศรษฐกิจ การเมือง และสังคมมีพลวัตสูง และกำลังพัฒนาไปสู่การเป็นประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 โดยประเทศสมาชิกอาเซียนได้หารือกันถึงความร่วมมือด้านสาธารณสุขในภูมิภาคภายหลัง ปี ค.ศ. 2015 ซึ่งประกอบด้วย 20 ประเด็นสำคัญ ภายใต้กลุ่มการพัฒนาสุขภาพ (cluster) ได้แก่ (1) การส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ (2) การตอบสนองต่อภัยคุกคามด้านสุขภาพ (3) การเสริมสร้างระบบสุขภาพและการเข้าถึงบริการ และ (4) การสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัยทางอาหาร ซึ่งการดำเนินงานในประเด็นสำคัญดังกล่าวให้ได้ผลสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยศักยภาพความร่วมมือและความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ภายในประเทศที่เข้มแข็ง

ปัจจุบันสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าที่คาดประมาณเช่นกัน สาเหตุที่สำคัญคืออายุคาดเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้นและอัตราการเกิดลดลง ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและนำมาสู่ความพิการ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาในสังคมไทย โดยทั่วไปการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว แต่ปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวของไทยเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น รวมทั้งบุตรหลานต้องทำงานนอกบ้านทำให้ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาดังกล่าวจึงเป็นหน้าที่ของชุมชน แต่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถแก้ปัญหาและสนองความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ ดังนั้น การดูแลที่จัดให้จะต้องบูรณาการทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม และต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ ประเทศไทยจึงมีบทบาทบัญญัติสิทธิและเสรีภาพและแนวทางแห่งรัฐที่จะให้ผู้สูงอายุผู้ด้อยโอกาส สามารถดำรงชีพได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้ถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมทั้งให้การบำบัดและฟื้นฟู (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562: 16-19)

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์และมีนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง พบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจาก 4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ 14.9) ในปี พ.ศ. 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 และปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคมประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21 (สำนักตรวจราชการ , 2561) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ระบบการชุมชน ให้เป็นรูปธรรม ต่อเนื่องและยั่งยืน อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม : อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วน โดยกำหนดกิจกรรมการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิงและการผลิตผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคม รวมถึงผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ดำเนินการเชิงรุกนอกสถานพยาบาลมากขึ้น โดยครอบครัวและชุมชนควรมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสในการเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ และค้นหามาตรการและนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูล HITAP ร่วมกับกรมอนามัยปี พ.ศ. 2556 ทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 13,642 คน ใน 28 จังหวัดทั่วประเทศ พบข้อมูลที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุอ้วนและเป็นโรคเรื้อรัง เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 เป็นเบาหวานร้อยละ 18 โรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายเป็นประจำ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า รับประทานผักผลไม้สดเป็นประจำ การสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 84 ออกกำลังกายโดยมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 –30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 57 รับประทานผักผลไม้สดเป็นประจำแต่กินเป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 33.9 ดื่มน้ำได้ 8 แก้ว เป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 53.6 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้าร้อยละ 8 (เอกชัย เพียรศรีวัชราและคณะ, 2561) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ทิศทางพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 และ 2560

ในปีงบประมาณ 2559 เขตสุขภาพที่ 9 พบว่าจากข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2560 เขตสุขภาพที่ 9 มีประชากรทั้งหมด 6,752,999 คน เป็นชาย 3,349,442 คน และเป็นหญิง 3,403,557 คน ในจำนวนประชากรทั้งหมดเป็นประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,062,803 คน คิดเป็นร้อยละ 15.74 ของประชากรทั้งหมดจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งเขต 1,062,803 คน มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรืออยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (จากการประเมิน Activities of Daily Living – ADL คะแนนเต็ม 20 คะแนน จัดให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีคะแนนการประเมิน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน) เท่ากับ 27,515 คน หรือร้อยละ 2.59 มีจำนวนพื้นที่เข้าร่วมตำบล LTC 99 แห่ง ซึ่งในตำบลเป้าหมายนี้ มีผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงจำนวน 4,050 คน แบ่งเป็นกลุ่ม กลุ่มที่ 2 จำนวน 3,057 คนและกลุ่มที่ 3 จำนวน 993 คน (ลินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, 2561) ซึ่งได้ดำเนินมาตรการในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 3 มาตรการ ได้แก่ 1) มาตรการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ 2) มาตรการสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย ด้วยการร่วมวางแผนขับเคลื่อนศูนย์วิชาการ สปสช. คณะกรรมการ พขอ. ในการสนับสนุนเสริมพลังควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล 3) มาตรการสร้างการมีส่วนร่วมชุมชน ท้องถิ่น สนับสนุนการใช้ค่ากลางในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักดำเนินตามมาตรการในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในเขตสุขภาพที่ 9 จึงสนใจที่จะประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อนำผลที่ได้เป็นแนวทางหรือนโยบายในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อส่งผลให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ยังผลให้ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม
2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบ/แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.3 ขอบเขตการศึกษา

1.3.1 ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาบริบทดำเนินการเลือกสุ่มอำเภออย่างง่าย (simple sampling) เลือกตำบลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้ง 4 จังหวัดได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์และสุรินทร์ ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย

1.3.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

- 1) เป็นการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) ออกแบบ ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3) ประสานบุคลากรสาธารณสุขพื้นที่ตัวอย่างอย่างไม่เป็นทางการ จากนั้นจัดทำหนังสือราชการถึงผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เป้าหมาย ขอความอนุเคราะห์เข้าเยี่ยมและรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ทำการสุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัดแบบง่าย (Simple random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุในอำเภอที่สุ่มมาได้จังหวัดละ 2 อำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอนั้น ๆ จำนวน 1 ตำบล และเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus group interview) และการประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้ง 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9

ระยะที่ 3 ระยะรวบรวมข้อมูลและแปลผล จากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในเรื่อง พฤติกรรมการพึงประสงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความคิดเห็นถึงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในพื้นที่ตัวอย่าง และ ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

1.3.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้ศึกษาใช้ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2560 – พฤษภาคม ปี พ.ศ. 2561

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปี ขึ้นไป

ผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มตามกลุ่มศักยภาพความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพล ภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและเป็นผู้ที่สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเองในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

การประเมินผลระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามเกณฑ์การประเมินโดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านบริบท (Context) หมายถึง การประเมินด้าน นโยบายประเทศและเขตสุขภาพ การบริหารจัดการระดับอำเภอ สถานการณ์และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึง การประเมินด้านความพร้อมของทรัพยากร ความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความพร้อมงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่

3. ด้านกระบวนการ (Process) หมายถึง การประเมินด้าน 1) การจัดทำแผนการดำเนินงาน ได้แก่ การระดมสมองเพื่อจัดทำแผนประจำปี การเขียนโครงการของงบประมาณ กิจกรรมสร้างสุขภาพและจัดการระบบบริการ 2) การจัดระบบฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย 3) การมีส่วนร่วมของ ภาควิเคราะห์ ชุมชน

4. ด้านผลผลิต (Product) หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับผลการดำเนินกิจกรรม พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง

1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 15 –30 นาที
2. รับประทานอาหารสด ผลไม้สด เป็นประจำ
3. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

4. ไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่

5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า

เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน หมายถึง คณะทำงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทั้งหมดในพื้นที่ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครู ปลัดอำเภอ พัฒนาชุมชน นายก/เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรเอกชนที่มาดำเนินกิจกรรมร่วมกัน

กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ในฐานะ สามี ภรรยา บุตร หลาน พี่น้อง ลูกสะใภ้ หรือ หลานสะใภ้

2. อาสาสมัครผู้ดูแล คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.5 การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. นำไปพัฒนาระบบและต่อยอดการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

3. สามารถนำผลการวิเคราะห์รูปแบบที่ได้จากการศึกษา ไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 9 และในระดับประเทศต่อไป

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความหมายและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. นโยบายการส่งเสริมด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
3. โครงการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9
4. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมายและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายความว่าตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป

สังคมสูงวัย และ สังคมสูงอายุ มีความหมายเหมือนกันและใช้แทนกันได้

สังคมสูงวัย (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7)

สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์(Complete aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14)

ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้จากการแบ่งตามกลุ่ม ศักยภาพ ซึ่งหมายถึง กลุ่ม กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง (Partial Dependent) รวมกับ กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Dependent) ซึ่งจะได้จากผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้านได้แก่ (1) คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (2) คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes และ (3) การประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล

การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ หมายถึง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดการคัดกรอง/ประเมินเป็นไปตามแนวทาง “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายทอดไปยังผู้ปฏิบัติงานระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557

2.1.2 ความต้องการของผู้สูงอายุ

แบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ (ศรีทับทิม รัตนโกศล, 2527) ดังนี้

1) ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุที่ถูกปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยวจะขาดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจรวมทั้งเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคลหรือ องค์กรสังคมสงเคราะห์ ภายนอกครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของตนเองควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว เช่น กลุ่มอาสาสมัคร ทั้งองค์กรภาครัฐและองค์กรภาคเอกชน

2) ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทประกันสุขภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราและเลิกประกอบอาชีพแล้ว จะได้รับบำนาญชราภาพเพื่อช่วยให้สามารถ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

3) ความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภท ในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่ง

ใหม่ ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับตัวให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลง ต่าง ๆ ในการปรับปรุงวัฒนธรรม และในการรักษาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4) ความต้องการที่ลดการพึ่งพาตนเองให้น้อยลง หากครอบครัวและสังคมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคมแล้วจะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้รู้จักพึ่งพาตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบ้านปลายชีวิต

5) ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่

5.1) ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มสังคม

5.2) ความต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัว และสังคม

5.3) ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่มของชุมชน และของสังคม

5.4) ความต้องการมีสัมพันธ์อันดีกับบุคคลภายในครอบครัว ชุมชน และสังคมสามารถปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลานในครอบครัวและสังคมได้

5.5) ความต้องการมีโอกาสทำในสิ่งที่ตนปรารถนา

5.6) ความต้องการทางกายและจิตใจ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปักจ้ยความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความมั่นคง ปลอดภัยโดยเฉพาะความต้องการด้านอยู่อาศัยที่ปลอดภัย คลายจากความวิตกกังวลและความหวาดกลัวความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ ความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมและครอบครัว ความต้องการโอกาสก้าวหน้า โดยเฉพาะในเรื่องของความสำเร็จของการทำงานในบ้านปลายชีวิต

5.7) ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลานเพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย ต้องการให้รัฐช่วยจัดหาอาชีพเพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้เพื่อตนจะได้มีบทบาททางเศรษฐกิจ ช่วยให้ตนพ้นจากภาวะบีบคั้นของเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

สรุปได้ว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลง ในวัยสูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุก็คือการปรับตัวให้ได้กับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในวัยสูงอายุ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งนี้ความต้องการและการปรับตัวของผู้สูงอายุต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่าย ทั้งตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน และนโยบายต่าง ๆ ของรัฐ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อันจะเป็นการลดปัญหาและสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

2.1.3 สุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2555 อ้างตาม HealthToday:scoop, 2559) ได้ให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพ"ไว้ว่า "สุขภาพ"หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น

"สุขภาพ" มีองค์ประกอบ 4 ส่วน ด้วยกัน (ประเวศ วะสี, 2542) คือ

1. สุขภาพกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆอยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

2. สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้มีความสุขจิตดี ย่อมมีผลมา

จากสุขภาพกายที่ดีด้วย ดังที่ John Lock ได้กล่าวไว้ว่า “A Sound mind is in a sound body” คือ “จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์”

3. สุขภาพสังคม (Social Health) หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์ มีสภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่น หรือสังคมเดือดร้อน สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข

4. สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ตัว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ สุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นความสุขอันประณีต ต็มตำ ซึ่งจะเกิดเมื่อเราลดอัตตาหรือลดความมีตัวตน ลดความเห็นแก่ตัว จิตวิญญาณก็จะสูงขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนาการทางคุณค่าที่สูงสุดของมนุษย์

2.1.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior)

เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในที่นี้คำว่าสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลาย หรือ พฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น

ลักษณะของพฤติกรรม ประกอบด้วย

- 1) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว มีผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเองและครอบครัว เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไป และเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น
- 2) พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงลบ (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหารเกินจำเป็น บริโภคอาหารสุกๆดิบๆ เป็นต้น

2.1.4 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของผู้สูงอายุของคนไทย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2561)

ประกอบด้วย

1. กิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 30 นาที หรือ มีกิจกรรมทางกายสะสม 150 นาที / สัปดาห์
2. รับประทานอาหารผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวัน
3. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
4. ไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

2.2 นโยบายการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

นิยามและความเป็นมา ประเทศไทยได้กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 บัญญัติว่า ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 ได้กำหนดนิยาม ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

รัฐบาล นายกรัฐมนตรีได้กำหนดประเด็นการดูแลผู้สูงอายุคือ มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ได้เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยได้กำหนดนโยบาย แผนงาน และมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

2.2.1. มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558 –2565 ได้สรุปเรื่อง การเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การจ้างงานผู้สูงอายุ ให้นายจ้างนำรายจ่ายประเภทเงินเดือนและค่าจ้างสำหรับ การจ้างบุคลากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) มาหักค่าใช้จ่ายได้ 2 เท่า สำหรับในกรณีอัตราค่าจ้าง ไม่เกิน 15,000 บาทต่อคนต่อเดือน ทั้งนี้ นายจ้างสามารถขอใช้สิทธิได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวนลูกจ้าง ทั้งหมด โดยร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องอยู่ในขั้นตอนทูลเกล้าฯ เพื่อให้มีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย

2) การสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Senior Complex) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ดำเนินโครงการสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ราชพัสดุ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ จังหวัดชลบุรี นครนายก เชียงราย และเชียงใหม่ โดยกำหนดอัตราค่าเช่า และค่าธรรมเนียมในอัตราเดียวกันกับโครงการธนารักษ์ประชารัฐ ยกเว้นพื้นที่ในจังหวัดเชียงใหม่ และให้การเคหะแห่งชาติ ธนาคารอาคารสงเคราะห์ และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) จัดหาสถานที่ที่เหมาะสมเพื่อสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้นำหลักการของโครงการบ้านมั่นคง และบ้านประชารัฐมาใช้ ทั้งนี้ให้บุตรที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูบิดามารดาที่สูงอายุได้รับสิทธิในการจองโครงการที่พัก อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงสิทธิในการสนับสนุนสินเชื่อเป็นลำดับแรกก่อน

3) สินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Reverse Mortgage) ให้สถาบันการเงิน เฉพาะกิจของรัฐ นำร่องพิจารณาดำเนินการตามมาตรการสินเชื่อ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถนำที่อยู่อาศัยที่ตนมีกรรมสิทธิ์และปลอดภาระหนี้ มาเปลี่ยนเป็นรายได้ในการดำรงชีพเป็นรายเดือนได้

4) การออมภาคบังคับสำหรับแรงงานในระบบที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

5) การบูรณาการระบบบำเหน็จบำนาญให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายบำเหน็จบำนาญแห่งชาติและกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ และอนุมัติร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ

6) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพและกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการเพื่อให้สมาชิกได้รับผลประโยชน์จากการลงทุนที่เหมาะสม

7) ให้คณะกรรมการขับเคลื่อนและเร่งรัดการดำเนินงาน ตามนโยบายรัฐบาล (กขร.)

8) ผลการดำเนินงาน ด้านการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกในบริการภาคขนส่งสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ และให้จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) ของยุทธศาสตร์การพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกในภาคขนส่งสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ รวมทั้งการขับเคลื่อนแผนงานและกิจการต่างๆ ให้เป็นรูปธรรมด้วยเรื่องการเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

9) ให้กระทรวงการคลังดำเนินการให้เงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและมาตรการภาษี เพื่อสนับสนุนการมีบุตร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการรองรับโครงสร้างประชากรของประเทศที่ปรับเปลี่ยน เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุและมีสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานลดลง เพื่อให้โครงสร้างประชากรในภาพรวมของประเทศมีความสมดุลและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ในการดำเนินมาตรการให้เงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยให้กระทรวงการคลังให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือ เพิ่มเติมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

10) ร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ซึ่งมีสาระสำคัญเป็นการกำหนดให้กองทุนผู้สูงอายุมีอำนาจจัดเก็บเงินบำรุง กองทุนจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิตในส่วนที่เกี่ยวกับสินค้าสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษี สรรพสามิต ในอัตราร้อยละสองของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษี สรรพสามิต และจัดสรรให้เป็นรายได้ของกองทุนปีงบประมาณละไม่เกินสี่พันล้านบาท เพื่อให้กองทุนมีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ

2.2.3 ข้อเสนอจากมติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี 2560 มติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติได้มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีงานทำสำหรับผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ดังนี้

1) การขยายโอกาสในการทำงานของแรงงานผู้สูงอายุ นอกกระบบเข้าสู่ วิสาหกิจชุมชนควรมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ควรพัฒนาศักยภาพศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ และเป็นศูนย์กลาง ในการรวมกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ กระทรวงแรงงานและกระทรวงพาณิชย์ควรประสานเชื่อมโยงกับศูนย์พัฒนาดังกล่าว โดยให้กระทรวงมหาดไทยเป็นพี่เลี้ยง

2) การขยายอายุการทำงานของแรงงานในสถานประกอบการจากอายุ 55 ปี เป็น 60 ปี ให้กระทรวงแรงงานเร่งสร้างความรู้ ความเข้าใจในทุกภาคส่วน และสร้างความตระหนักถึง ความสำคัญของการเรียนรู้และเพิ่มทักษะแรงงานสูงวัย รวมทั้งรัฐบาลควรกำหนดมาตรการสนับสนุนการสร้าง จิตสำนึกให้คนในสังคมไทยและผู้ประกอบการเห็นคุณค่าของแรงงานสูงวัย โดยขอให้ภาครัฐและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องดำเนินการจ้างแรงงานสูงวัยในรูปแบบและโครงการต่าง ๆ

3) การสร้างหลักประกันรายได้ยามสูงวัย รัฐบาลควรส่งเสริม สนับสนุน รมรงค์ทางความคิด กระจายความรู้สู่ชุมชน ส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุ และให้สถานิติบัญญัติแห่งชาติผลักดันให้มีพระราชบัญญัติจัดตั้งกลไกระดับชาติ (Nation Body) ในรูปแบบคณะกรรมการนโยบายบำนาญแห่งชาติ โดยเร็ว

2.2.4 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553) กำหนดไว้ดังนี้

ปรัชญา

1. การหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม
2. ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ สมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม
3. ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล และสมวัย
4. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคมและถึงแม้ผู้สูง อายุจำนวนหนึ่ง จะประสบความทุกข์ยาก และต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็ก็เป็นเพียงบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น

วิสัยทัศน์ "ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม" โดย

1. ประชากรผู้สูงอายุที่มีสถานภาพดี (สุขภาพ ดีทั้งกายและจิต ครอบครัวยุ้ยอ้านมีสังคมที่ดี มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับการสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสมอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง)
2. ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูล หากมีการดำเนินการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ดำรงอยู่ใน ชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

3. ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ
4. ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ
5. รัฐจะต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม
2. เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน
4. เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ
5. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชนชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่าง ประสานและสอดคล้องกัน

ยุทธศาสตร์ของแผน ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. **ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ** ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก
 - 1.1 มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
 - 1.2 มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
 - 1.3 มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
2. **ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก
 - 2.1 มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น
 - 2.2 มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ
 - 2.3 มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
 - 2.4 มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
 - 2.5 มาตรการ ส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ
 - 2.6 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย
3. **ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก
 - 3.1 มาตรการคุ้มครองด้านรายได้
 - 3.2 มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ
 - 3.3 มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
 - 3.4 มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน
4. **ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก
 - 4.1 มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
 - 4.2 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผล การดำเนินการ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

5.1 มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

5.2 มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

5.3 มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุ แห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

5.4 มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

2.2.4 ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562: 28)

มาตรการย่อยที่ 1.3 ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ (S3) เชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญ การดูแลระยะกลาง ระยะยาว และการดูแลระยะสุดท้าย รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นเฉพาะกลุ่ม และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย

1. ร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
2. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพ ร้อยละ 90
3. ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพและสังคม

มีโครงการสำคัญ ดังนี้

1. พัฒนาเครือข่ายและเชื่อมโยงระบบบริการและการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละระดับ (ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญ)
2. พัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะกลาง ระยะยาว และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต
3. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่ม Pre-aging

หน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และหน่วยงานร่วมคือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กระทรวงมหาดไทย (มท.) กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (ดท.) กระทรวงแรงงาน (รง.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สภาวิชาชีพ (สภช.)

2.3 โครงการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 9

ในเขตสุขภาพที่ 9 ได้จัดทำโครงการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชี้แจงการดำเนินการลงสู่ระดับจังหวัด อำเภอและตำบล อย่างต่อเนื่อง (ศูนย์อนามัยที่ 9, 2561)

หลักการ

ผู้สูงอายุถือได้ว่าเป็นทรัพยากรของชาติที่มีคุณค่าทุกคนควรให้ความรักเคารพ และดูแลเอาใจใส่ เนื่องจากเป็นผู้ที่สร้างประโยชน์แก่ประเทศชาติมาก่อน สามารถถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และวัฒนธรรมอันดีไปสู่ลูกหลาน แต่ปัจจุบันผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งจากบุตรหลานมากขึ้นทำกิจวัตรและดูแลตัวเองในเรื่องของความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันมากขึ้น ฉะนั้นผู้สูงอายุควรต้องได้รับความรู้ในเรื่อง การรับประทาน

อาหารให้ครบ 5 หมู่ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพปากและฟัน การป้องกันอุบัติเหตุเหล่านี้เป็นต้น เพื่อที่จะสามารถดูแลสุขภาพร่างกายของตัวเองได้ทำให้เกิดปัญหาได้น้อยที่สุดและส่งผลให้จิตใจสดชื่น แจ่มใส ช่วยให้คนรอบข้างหรือครอบครัวทั้งสังคมมีความสุขด้วยและครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญที่สุด ถ้าครอบครัวให้ความสำคัญและเล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุด้วยแล้วครอบครัวและสังคมไทยจะมีความสุข และทุกคนมีสุขภาพจิตที่ดีส่งผลให้ร่างกายดีตามมา เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและส่งเสริมสถาบันครอบครัวดังกล่าว โครงการนี้ขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตัวเองได้

วัตถุประสงค์

1. ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้
2. ส่งเสริมการจัดตั้งและดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายให้ยั่งยืน
3. สนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ

เป้าหมาย ผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 9

วิธีดำเนินการ

1. ประชุมชี้แจงโครงการแก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน
2. เสนอโครงการต่อผู้มีอำนาจเพื่อพิจารณาอนุมัติ
3. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. ดำเนินการตามกิจกรรม
 - จัดกิจกรรมและประชุมผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง
 - ตรวจสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
 - ตรวจฟัน
 - ประเมินภาวะสุขภาพและให้การแก้ไข
 - ให้ความรู้ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันสรุปสิ่งที่ได้รับในแต่ละครั้ง
 - สอนวิธีการออกกำลังกาย และเลือกการออกกำลังกายให้เหมาะสมของแต่ละคน
 - จัดประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดี ปีละ 1 ครั้ง ในวันผู้สูงอายุและวันอื่น ๆ

การขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 จะเป็นการบูรณาการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในทุกกลุ่มวัย รวมถึงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยนั้น มีเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

1. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนให้กับหน่วยบริการประจำ 100,000 บาท/แห่ง เพื่อดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุทุกสิทธิและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนให้กับกองทุนฯ ท้องถิ่น จ่ายแบบเหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี เพื่อดำเนินการบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่แบบเหมาจ่าย 45 บาท/ประชากร/ปี และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมสมทบตามอัตราที่กำหนด เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในรูปแบบความร่วมมือระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการ

สาธารณสุขในทุกระดับ กลุ่มอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) รวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ ในการพัฒนาทั้งระบบเพื่อให้บริการแก่ประชาชนตามความจำเป็นที่เหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่ อันจะนำไปสู่เป้าหมายการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข คือ “ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ สาธารณสุขที่จำเป็น และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลที่ดี”

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ให้ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ดังนี้

1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว
2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager, CM.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG.) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ
5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล
6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแล ผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)
7. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care, LTC)

ผ่านเกณฑ์หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ

นโยบายสนับสนุนกลไกคณะกรรมการร่วมกระทรวงสาธารณสุขและ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตสุขภาพที่ 9 ได้ใช้กลไกคณะกรรมการร่วมกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) “คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC” ในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ประสานแหล่งเงินทุน สปสช. สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

- 1) สนับสนุนการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Caregiver) /จัดพิมพ์คู่มือการอบรมหลักสูตร CG.
- 2) พัฒนาหลักสูตร CM / พัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- 3) สร้างพัฒนานวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ/พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอต้นแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- 4) จัดทำชุดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อม ก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุในรูปแบบ Application

- 5) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผ่าน Application สูงวัยสมองดี / จัดทำชุดความรู้การจัดสภาพแวดล้อม ที่เหมาะสมในสถานที่สาธารณะของกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น ศาสนสถาน (วัด/มัสยิด) ในรูปแบบ Media/Info-graphic
- 6) จัดทำเครื่องมือประเมินการจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุรูปแบบ Application
- 7) ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและแนวทางการจ่ายเงิน ตาม ชุดสิทธิประโยชน์และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ
- 8) ชี้แจงและขับเคลื่อนนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- 9) ควบคุม กำกับ และติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน
- 10) ชี้นำด้านข้อมูลและงานวิจัย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ/ สร้าง การสื่อสารสาธารณะ ที่เข้าถึงง่ายร่วมกับเครือข่าย เพื่อ “สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ”
- 11) พัฒนานโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC.) /ระบบดูแลผู้สูงอายุ 3 S (Thai Active Aging: Strong Social and Security)/ สร้างพัฒนาที่ผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อบรม Care manager, Caregiver และ อสค. และ สนับสนุนกลไกการเงินจาก สปสช./ส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ Health Literacy เพื่อเป็นสังคมรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literate Society)

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผล

2.4.1 ความหมายของการประเมินโครงการ

“การประเมิน” ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 (ราชบัณฑิตยสถาน ,2546 : 664)ได้บัญญัติว่า หมายถึงการประมาณค่าหรือราคาเท่าที่ควรจะเป็นจริง

การประเมินผล หมายถึง การพิจารณาและวัดค่า ของกิจการใด ๆ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

อีเบลและไฟรส์ไบ (Ebel and Frisbie, 1986 อ้างถึงใน สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2553) ให้นิยาม การประเมิน ว่าเป็นการตัดสินเกี่ยวกับคุณภาพหรือคุณค่าของสิ่งที่ต้องการประเมิน ส่วนสมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2553: 20-21) ให้ความหมายว่าการประเมิน หมายถึงกระบวนการใช้ดุลยพินิจ (judgment) และ/หรือ ค่านิยมและของคำจำกัดต่างๆ ในการพิจารณาตัดสินคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยการเปรียบเทียบผลที่วัดได้ กับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.4.2 แบบจำลองซิปป์ (CIPP model) เป็นการประเมินผลที่มีระบบแบบแผนที่ชัดเจนและนิยมใช้กัน อย่างแพร่หลาย

แดเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม (Daniel L. Stufflebeam) ได้แนวคิดนี้มาจาก Braybrooke และ Lindblom (อ้างจากเยาวดี รวงชัยกุล วิบูลย์ศรี, 2542: 57-62) ซึ่งได้แบ่งการตัดสินใจออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) Metamorphism เป็นการตัดสินใจที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและมีข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ในการสนับสนุนอย่างพร้อมเพรียงหรือว่ามีข้อมูลอยู่มากแล้ว ลักษณะของการตัดสินใจแบบนี้ อาจกล่าวได้ว่าผลที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างสมบูรณ์ ซึ่งในความเป็นจริงคนส่วนมากมักจะสนใจในการเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้ เพราะเป็นเรื่องของอุดมคติมากกว่าความเป็นจริง

2) Homeostasis เป็นการตัดสินใจที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อการรักษาสิ่งที่มีอยู่ให้คงสภาพเดิมไว้ไม่ให้เลวลงกว่าเดิม การตัดสินใจแบบนี้จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย แต่ทว่ามีข้อมูลต่าง ๆ อยู่เป็นจำนวนมาก

3) Instrumentalism เป็นการตัดสินใจที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงที่มีความต่อเนื่อง ผลของการตัดสินใจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย และก็มีข้อมูลที่น่ามาใช้ในการสนับสนุนเพียงเล็กน้อยเช่นกัน การตัดสินใจแบบนี้จะมีความแตกต่างไปจากการตัดสินใจแบบ Homeostasis 2 ประการ คือ ปรับปรุงให้ดีกว่าเดิม และมีข้อมูลน้อยมาก

4) Neomobilmism เป็นการตัดสินใจที่มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญในเรื่อง การคิดค้น การทดสอบและการหาคำตอบในปัญหาที่สำคัญ ๆ ผลของการตัดสินใจจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก แต่ทว่าในการตัดสินใจนั้นมีข้อมูลต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการสนับสนุนอยู่น้อยมาก

การแบ่งการตัดสินใจดังกล่าว อาศัยเกณฑ์ในการพิจารณา คือ ข้อมูลระดับความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการตัดสินใจเล็กน้อยเพียงใด ซึ่ง Stufflebeam ได้นำมาปรับให้เป็นรูปแบบการประเมินเป็นแบบของตนเอง และแบ่งการตัดสินใจเป็น 4 ประเภท เช่นเดียวกัน คือ

1. การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผน (Planning decision) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดจุดมุ่งหมาย เรียกอีกอย่างว่าเป็นผลที่คาดหวัง (Intended ends)

2. การตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ (Structuring decision) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการเลือกวิธีการที่เหมาะสม เรียกอีกอย่างว่าเป็นวิธีการที่คาดหวัง (Intended means)

3. การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการหรือการดำเนินงาน (Implementing decision) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินงานและการควบคุมกระบวนการที่นำมาใช้ เรียกอีกอย่างว่า เป็นวิธีการที่เกิดขึ้นจริง (Actual means)

4. การตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการตรวจสอบการบรรลุความสำเร็จของโครงการ เรียกอีกอย่างว่าผลที่เกิดขึ้นจริง (Actual ends)

แบบจำลอง CIPP ของแดเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม (Daniel L. Stufflebeam, 2003 : 31-62) เป็นกรอบแนวคิดครอบคลุมในการประเมินผลโครงการ โปรแกรม บุคคลผลิต องค์การสถาบัน และระบบ หรือใช้ในการประเมินกระบวนการภายใน และประเมินตนเองด้วย

ประกอบด้วย การประเมิน 4 ชนิด ได้แก่

1. การประเมินสภาพแวดล้อม (Context evaluation) เป็นการประเมินความต้องการ ความจำเป็น เพื่อจัดทำโครงการ หรือจัดลำดับความสำคัญและการกำหนดจุดมุ่งหมายของโครงการ ต่าง ๆ การประเมินสภาพแวดล้อมทำได้โดยการศึกษาอิทธิพลหรือแรงกดดันต่าง ๆ ของสิ่งภายนอกที่มีผลต่อโครงการหรือไม่อย่างไร หรืออาจจะประเมินโครงการ โดยการเปรียบเทียบวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของโครงการว่าสอดคล้องกับความจำเป็นนโยบายหรือปรัชญาของสถาบันหรือไม่ การประเมินสภาวะแวดล้อมประกอบด้วยการด้วยวิธีการต่าง ๆ 3 วิธี คือ

1.1 เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ความคิดหลัก เพื่อกำหนดขอบเขต

1.2 การใช้การศึกษาจากข้อมูลจริง เพื่อการค้นหาลักษณะที่ยังขาดอยู่

1.3 การใช้การวิเคราะห์ทั้งแนวคิดและข้อมูลจริงร่วมกันกับการใช้ทฤษฎีและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้ในการตัดสินใจว่ามีปัญหาเบื้องต้นที่จะต้องได้รับการแก้ไขอะไรบ้าง การประเมินสภาพแวดล้อมจะช่วยให้การตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้ คือ โครงการควรจะทำในสภาพแวดล้อมใด ต้องการบรรลุเป้าหมายอะไร หรือต้องการบรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะอะไร

ผลการประเมินบริบทสามารถนำมาใช้ได้ อย่างกว้างขวาง ซึ่งเทคนิควิธีการที่ใช้ในการประเมินบริบท ควรใช้วิธีการเก็บรวบรวมสารสนเทศ อย่างหลากหลายครอบคลุมสมาชิกที่เป็นประชากรเป้าหมายรวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆ ของโครงการหรือสิ่งแทรกแซง (รัตนะ บัวสนธ์, 2556: 7-24)

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินว่าปัจจัยที่เราต้องการมีอะไรบ้าง พอเพียงหรือไม่ ภายใต้ปัจจัยนี้มีโปรแกรมหรือทางเลือกใดที่เราควรดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการหรือถ้าประเมินโครงการที่ดำเนินไว้ ผลจากการประเมินปัจจัยก็จะให้คำตอบว่าการดำเนินโครงการที่ทำไปนั้นได้ดำเนินไปตามแผนที่เหมาะสมหรือไม่ ปัจจัยเบื้องต้นที่ใช้พอเพียงหรือไม่ ในทางปฏิบัติมักจะต้องมีการระบุและการประเมินสิ่งต่อไปนี้ คือ

2.1 ความสามารถของหน่วยงานที่รับผิดชอบ

2.2 ยุทธวิธี แผนงานที่นำมาใช้เพื่อการบรรลุจุดหมาย

2.3 แผนปฏิบัติการ วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ดำเนินการตามยุทธวิธีที่เลือกสรรไว้แล้ว

การประเมินผลแบบนี้จะทำโดยใช้คณะกรรมการ งานวิจัยที่มีผู้ทำไว้แล้ว กำหนดการทำงานหรือใช้วิธีการวิจัยนำร่องเชิงทดลอง ตลอดจนอาจให้ผู้เชี่ยวชาญมาทำงานให้ อย่างไรก็ตาม การประเมินผลนี้จะต้องสำรวจสิ่งที่มีอยู่ก่อนเดิมว่ามีอะไรบ้างและตัดสินใจว่าจะใช้วิธีการใด ใช้แผนการดำเนินงานแบบไหน และต้องใช้ทรัพยากรจากภายนอกหรือไม่

3. การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมินว่าได้นำ โครงการไปปฏิบัติตามแผนที่กำหนดหรือไม่ การประเมินกระบวนการทำได้ 2 ลักษณะ คือ มีการประเมินก่อนนำไปปฏิบัติจริงและประเมินกระบวนการขณะปฏิบัติอยู่ โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการดำเนินโครงการได้อย่างเหมาะสม การประเมินกระบวนการมีจุดมุ่งหมาย 3 ประการ คือ

3.1 เพื่อการหาข้อบกพร่องของโครงการในระหว่างที่มีการปฏิบัติการหรือ การดำเนินงานตามแผนนั้น

3.2 เพื่อหาข้อมูลต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการ

3.3 เพื่อการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการดำเนินงานของโครงการ

4. การประเมินผลผลิต (Product evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่ได้ว่าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายของโครงการหรือไม่ บทบาทที่สำคัญของการประเมินผลผลิต ได้แก่ การให้ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการว่าจะทำต่อไป หรือว่าจะหยุดดำเนินการแต่เพียงเท่านั้น หรือว่าควรจะได้มีการปรับปรุงในกิจกรรมใด หรือว่าจะนำไปเชื่อมโยงกับขั้นตอนใดของโครงการอื่นเหล่านี้เป็นต้น ซึ่งอาจทำได้ทันทีที่โครงการสิ้นสุดลง และรวมการประเมินผลที่เกิดขึ้นในระหว่างที่กำลังดำเนินงานของโครงการด้วยวิธีการของการประเมินผลผลิต มีดังนี้ คือ

4.1 กำหนดจุดมุ่งหมายในลักษณะที่เป็นนิยามปฏิบัติการ

4.2 ตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นกับจุดมุ่งหมายที่กำหนด

4.3 เปรียบเทียบผลการวัดที่ได้รับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ก่อนแล้ว

4.4 แปลผลโดยพิจารณาถึงข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลสภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า และ

กระบวนการ

2.5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ถนนรัตน์ ประสิทธิเมตต์ และเพชรฯ ชวนะพันธุ์ (2558: 36) ได้ศึกษาประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 ผู้เข้ารับการกอบรมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลจำนวน 238 คน การเข้าร่วมอบรมของผู้ดูแล เกิดจากความสมัครใจมากกว่าผู้เข้ารับการอบรมที่ได้รับการคัดเลือกโดยเจ้าหน้าที่ร้อยละ 58.8 และ 41.2 ตามลำดับ เหตุผลการเข้ารับการอบรมโดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลเห็นประโยชน์ที่ได้รับการอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอันดับแรกร้อยละ 67.7

วิภาพร สิทธิศาสตร์และสุชาดา สนวนุ่ม (2550: 42-46) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาทิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุด คือมีการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ค่าเฉลี่ย 3.58 ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ ค่าเฉลี่ย 3.58 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.43 รองลงมาคือ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นานครั้งละประมาณ 20 นาทีและ ก่อนออกกำลังกาย มีการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย 3.31 และพฤติกรรมที่ทำน้อยที่สุด คือออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นค่าเฉลี่ย 2.94 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ รับประทานอาหารรสเค็มจัด ค่าเฉลี่ย 3.80 รองลงมาคือ รับประทานอาหารโดย การเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียด ค่าเฉลี่ย 3.75 และพฤติกรรมที่ทำน้อยที่สุด คือ รับประทานอาหารผัก ค่าเฉลี่ย 2.78 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ พยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ค่าเฉลี่ย 3.61 รองลงมาคือ เป็น ที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน ค่าเฉลี่ย 3.56 และพฤติกรรมที่ทำน้อยที่สุด คือ ได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ ค่าเฉลี่ย 3.12

HITAP ร่วมกับกรมอนามัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (เอกชัย เพียรศรีวัชราและคณะ, 2561) ทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 13,642 คน ใน 28 จังหวัด ผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงการคัดกรองโรคต่างๆ คิดเป็นร้อยละ ผู้สูงอายุไทยกำลังอ้วนและเป็นโรคเรื้อรัง โดยมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวานร้อยละ 18 โรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 พิการร้อยละ 6 โรคซึมเศร้าร้อยละ 1 การคัดกรองที่ยังไม่ครอบคลุม จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ หรือแม้แต่ผู้ป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอาจมีจำนวนน้อยกว่านี้ หากผู้สูงอายุเข้าถึงการคัดกรองโรคเหล่านั้นได้อย่างถ้วนหน้า (การคัดกรองครอบคลุมผู้สูงอายุ 100%) แต่ผลการสำรวจในรอบ 12 เดือนสามารถเข้าถึงการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 โรคเบาหวาน ร้อยละ 71 โรคซึมเศร้าร้อยละ 33 การประเมินความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 32 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 7 และงบประมาณที่สถานพยาบาลใช้เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้มาจากกองทุนสุขภาพตำบล (ร้อยละ 81) รองลงมาเป็นงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสถานบริการ (P&P)ภาคประชาชน ภาคเอกชน (ร้อยละ 59, 27 และ 17 ตามลำดับ) ซึ่งสถานพยาบาลประเภทโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน จะได้รับงบประมาณในลักษณะสอดคล้องกับภาพรวมการมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ได้แก่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายเป็นประจำ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า รับประทานผักผลไม้สดเป็นประจำ การสำรวจฯ พบว่า ผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 84 ออกกำลังกายโดยมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 –30 นาทีแต่ 5 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ

57 รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำแต่กินเป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 33.9 ดื่มน้ำได้ 8 แก้ว เป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 53.6 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า ร้อยละ 78

บุญชิน เสาวภาภรณ์และคณะ (2557: 51-52) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้นำตามธรรมชาติที่เป็นอาสาสมัครมีจิตอาสาทำงานเพื่อผู้สูงอายุ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง หน่วยงานราชการ และองค์กรเอกชน และเมื่อสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า การออกกำลังนั้น จะเชิงการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้าน การรดน้ำต้นไม้ เป็นการออกกำลังกายไปในตัว สำหรับอาหารจะเป็นการรับประทานอาหารตามที่บุตรหลานหามาให้ ส่วนใหญ่รับประทานผักผลไม้มากกว่าเนื้อสัตว์ซึ่งส่งผลให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติ จะไปพบแพทย์ตามนัด 2-3 เดือนต่อครั้ง เพราะพอใจในความสะดวกในการให้บริการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานอาหารเสริม มีบางส่วนเท่านั้นที่บุตรหลานมีฐานะทางการเงินก็จะซื้ออาหารเสริมมาให้ผู้สูงอายุรับประทาน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ประสบปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ หากไม่นอนกลางวันมากจนเกินไป สุขภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใจในชีวิต และมีจิตใจที่ไม่เครียดทำใจสบายมีอารมณ์ดี ไม่คิดสิ้นหวังในชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความทุกข์และมีหลักการทำให้ไม่ทุกข์โดยทำจิตใจให้ว่าง ใช้หลักคำสอนของพระพุทธศาสนาเข้ามาช่วยไม่ให้เกิดความทุกข์ ถ้ามีคนใกล้ชิดลูกหลานคนใดมีทุกข์ก็ให้คำแนะนำปลอบใจกัน กิจกรรมกับครอบครัวบุตรหลานมีความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปเที่ยวและรับประทานอาหารนอกบ้าน แต่ด้วยข้อจำกัดของตัวผู้สูงอายุเรื่องของสุขภาพเดินไม่ไหวปวดตามข้อและเกือบครึ่งยังคงไปร่วมกิจกรรมไปทำบุญที่วัด สภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยส่วนใหญ่มีความสงบสุขดี แต่บางชุมชนก็มีเรื่องยาเสพติด สวัสดิการที่ผู้สูงอายุได้รับจากภาครัฐทุกคนเบี้ยผู้สูงอายุ ค่ายรักษาพยาบาลฟรี การเดินทางของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากลูกหลานไปรับไปส่งเมื่อผู้สูงอายุต้องการ

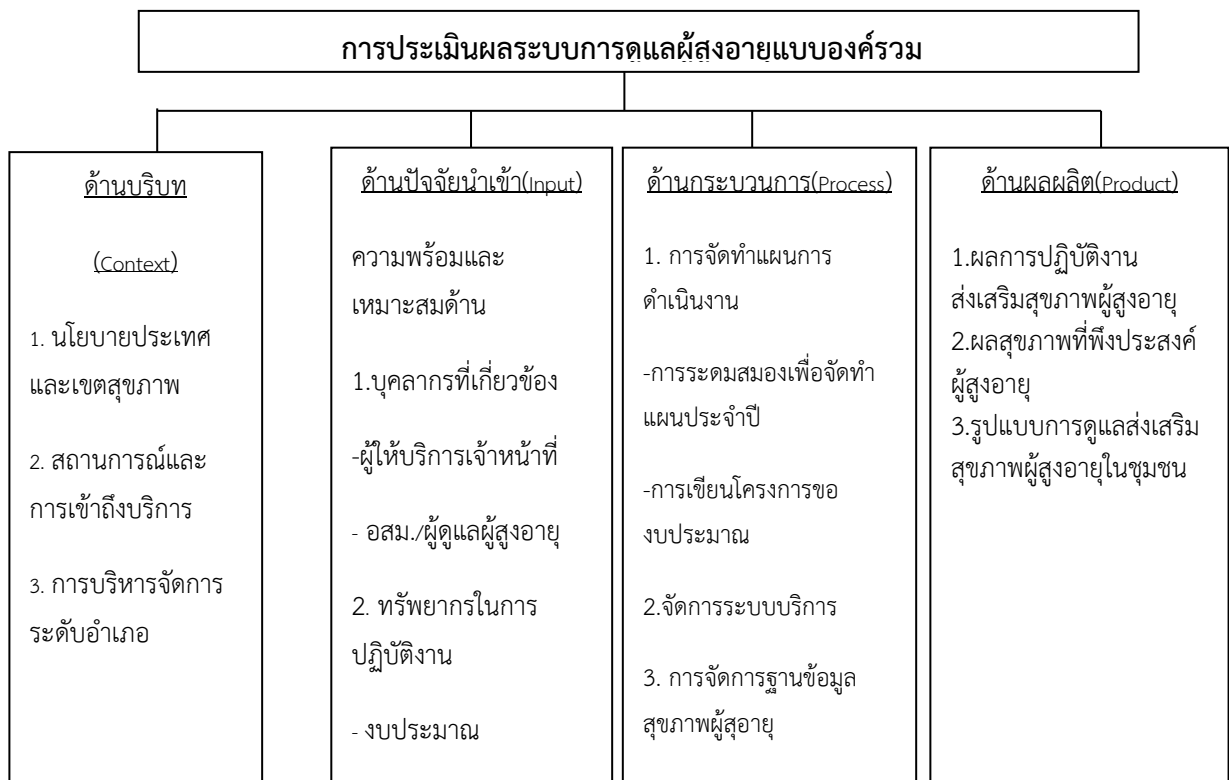
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ (2561: 81) จัดทำโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประเมินการดำเนินงาน Long Term Care ผ่านกลไกกองทุนตำบล ผลสำรวจเชิงปริมาณพบว่า ตัวแทน อปท. ร้อยละ 70 - 89 เชื่อว่ามีการบูรณาการอย่างใดอย่างหนึ่งใน 5 ลักษณะได้แก่ การวางแผนและออกแบบระบบ การประชุมหารือกับครอบครัวและผู้ดูแล การสนับสนุนการจัดบริการต่างๆ การเยี่ยมบ้าน และการกำกับติดตามผลดำเนินการ ในขณะที่ตัวแทนโรงพยาบาลร้อยละ 69 - 94 เชื่อว่า มีการบูรณาการการอย่างใดอย่างหนึ่งใน 5 ด้านที่กล่าวไปข้างต้น โดยด้านที่ทั้งสองกลุ่มเชื่อว่าบูรณาการได้ดีถึงดีมากสูงสุด คือการออกเยี่ยมบ้านและให้บริการที่บ้าน ขณะเดียวกันทั้งสองกลุ่มก็เชื่อว่าบริการที่จัดในพื้นที่ที่มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องในระดับดีถึงดีมากกว่าร้อยละ 80 ในทั้งสองกลุ่ม ในด้านงบประมาณนั้น พบว่ามีการใช้แหล่งเงินจากหลากหลายแหล่งมาร่วมกันในการจัดบริการดังกล่าวไปแล้วข้างต้น เนื่องจากบริการดูแลระยะยาวนั้นมิได้จำกัดอยู่เพียงบริการสุขภาพแต่ยังครอบคลุมไปถึงบริการด้านสังคม การปรับปรุงสภาพแวดล้อม และการดูแลด้านเศรษฐกิจของครอบครัวผู้มีภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาทบทวนที่กล่าวมาดังกล่าว ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ได้จัดทำโครงการ/กิจกรรมพัฒนา งานด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยใช้รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการจากทุกภาคส่วนที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดมีกิจกรรม จัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ผลจากการดำเนินกิจกรรมทำให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกัน โดยมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน

ภาครัฐและเอกชนสนับสนุน และเกิดการพัฒนา อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แก่นนำอื่นๆ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์การปัจจุบัน และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัย จึงได้ประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตสุขภาพที่ 9 โดยรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ของ Stufflebeam (2003) ซึ่งเป็นรูปแบบประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร ที่ครอบคลุมถึงมิติด้านบริบทหรือปัจจัยแวดล้อมที่อาจมีผลต่อการดำเนินงาน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อให้สามารถประเมินโครงการได้รอบด้านและครบถ้วน 4 ด้าน ได้แก่ (1) บริบทหรือสภาพแวดล้อม (2) ปัจจัยนำเข้า/เบื้องต้น (3) กระบวนการดำเนินงาน (4) ผลผลิตของโครงการ



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษา การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา

3.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และคุณภาพ (Qualitative Research)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ดังนี้

ประชากรศึกษา คือ

- 1) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหรือดูแลงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
- 3) อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 4) ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างระดับจังหวัดเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้ง 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ทำการสุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัดแบบง่าย (Simple random Sampling) จังหวัดละ 1 พื้นที่ โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1) คณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 4 คน ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ปลัดอำเภอหรือนักวิชาการที่รับผิดชอบโครงการผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอละ 4 คน กรรมการท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น จำนวน 4 คน ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2 คน

2) อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอนั้น 1 ตำบลโดยเก็บทุกคนรวมทั้งสิ้นจำนวน 542 คน

3) ผู้สูงอายุในอำเภอที่สุ่มมาได้จังหวัดละ 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,425 คน

3.3 วิธีการศึกษา

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ระหว่างเดือนมกราคม 2560 - กันยายน ปี พ.ศ.2560

- 1) เป็นการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) ออกแบบ ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3) ประสานบุคลากรสาธารณสุขพื้นที่ตัวอย่างอย่างไม่เป็นทางการ จากนั้นจัดทำหนังสือราชการถึงผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เป้าหมาย ขอความอนุเคราะห์เข้าเยี่ยมและรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งเป็นอาสาสมัครในพื้นที่ทำการแจกแบบสอบถาม รวบรวมและตรวจสอบ ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจข้อคำถาม ผักซ่อม ก่อนจึงดำเนินการลงเก็บจริง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยจัดการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus

group interview) กรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นประธาน, ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ผู้แทนผู้สูงอายุ ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมหรือส่วนสาธารณสุข และการประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน ต.สีลอง อ.เมือง จ.ชัยภูมิ ต.ถลุงเหล็ก อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ ต.คลองไผ่ อ.สีคิ้ว จ.นครราชสีมา และ ต.สลักได อ.เมือง จ.สุรินทร์ เพื่อทราบถึงกิจกรรมและความพร้อมด้านต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตัวอย่าง ระหว่างเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2560 –เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2561

ระยะที่ 3 ระยะรวบรวมข้อมูลและแปลผล จากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในเรื่อง พฤติกรรมการพึงประสงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความคิดเห็นถึงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในพื้นที่ตัวอย่าง และ ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม ปี พ.ศ.2561

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

- 1.1.1. แบบสอบถามภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ
 - 1.1.2. แบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม (Group interview Guideline) ที่ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
 - 1.1.3. แบบสำรวจการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนที่สร้างขึ้นพัฒนามาจากแบบสำรวจบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข
- โดยเครื่องมือทั้ง 3 แบบนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง
- 1.1.4. ตรวจสอบแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล

3.5 ระยะเวลาการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลตั้งแต่ศึกษาบริบทและลงพื้นที่สอบถามและจัดสนทนากลุ่มเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 – ถึงเมษายน 2561 รวมทั้งสิ้น 1 ปี 4 เดือน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาดำเนินการประมวลข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ การประเมินด้านบริบท การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า : ประเมินความพร้อมด้านบุคลากรความพร้อมการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน ความพร้อมทรัพยากร ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน และการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน : พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ได้แก่ การประเมินด้านกระบวนการ : การกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน การจัดระบบบริการ การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ชุมชน และวิเคราะห์รูปแบบ/แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม และสังเคราะห์รูปแบบ/แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง เพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกเป็น 4 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 การประเมินด้านบริบท
- ตอนที่ 2 การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า
- ตอนที่ 3 การประเมินด้านกระบวนการ
- ตอนที่ 4 การประเมินด้านผลผลิต
- ตอนที่ 5 วิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

4.1 ตอนที่ 1 การประเมินด้านบริบท

การประเมินด้านบริบท ประกอบด้วย ประเมินสถานการณ์และการเข้าถึงบริการ การประเมินนโยบายประเทศและเขตสุขภาพ และประเมินการบริหารจัดการระดับอำเภอ

4.1.1 สถานการณ์และการเข้าถึงบริการ

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุไทย จากผลสำรวจในปี 2556 และในปี 2560 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ (การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารผัก/ผลไม้สด ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว ไม่ดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่) มีแนวโน้มลดลง (อ้างจาก กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักผู้สูงอายุ, 2561) จากข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2561 เขตสุขภาพที่ 9 มีประชากรทั้งหมด 6,752,999 คน เป็นชาย 3,349,442 คน และเป็นหญิง 3,403,557 คน ในจำนวนประชากรทั้งหมดเป็นประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,062,803 คน คิดเป็นร้อยละ 15.74 ของประชากรทั้งหมด ประชากรผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมดของแต่ละจังหวัด (สินค้าดัชนี อุ่นพรมมี, 2561)

จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 1,062,803 คน มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรืออยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (จากการประเมิน Activities of Daily Living – ADL คะแนนเต็ม 20 คะแนน จัดให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีคะแนนการประเมิน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน) เท่ากับ 27,515 คน หรือร้อยละ 2.6 ดังนั้น จะเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ร้อยละ 97.41 มีการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุมีความครอบคลุม จังหวัดมีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงชัดเจน เขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวนตำบลทั้งหมด 758 ตำบล มีจำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care) จำนวน 560 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 73.9 จำนวนและร้อยละของตำบลที่ผ่านเกณฑ์ตำบล Long-Term Care ของแต่ละจังหวัด (แต่ยังพบว่ามีความเสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบายที่สำคัญ คือความไม่ชัดเจนในรูปแบบและวิธีการเบิกจ่ายงบประมาณที่จัดสรรให้ผู้สูงอายุแต่ละคนว่า งบประมาณที่จัดสรรให้สามารถใช้ในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ใดได้ วัสดุทางการแพทย์และวัสดุสิ้นเปลือง การจัดจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

4.1.2 นโยบายประเทศและเขตสุขภาพ

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) ใน

ปี 2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ 14.9) ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 และในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคนหรือร้อยละ 21 ในปี 2559 – 2560 รัฐบาลได้มุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้นในการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืนโดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี ภาคีเครือข่าย และเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบอนามัยยั่งยืน” เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน อย่างทั่วถึง เท่าเทียม เสริมสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อคนไทยมีสุขภาพที่ดี

ในปัจจุบันพื้นที่ตำบลทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 7,255 ตำบล แต่การดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน พบว่า มีจำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้งสิ้น 4,512 ตำบลและสามารถดำเนินงานผ่าน

เกณฑ์ตำบล Long Term Care มีจำนวนทั้งสิ้น 3,718 ตำบลคิดเป็นร้อยละ 82.4 ซึ่งในตำบลในโครงการ มีจำนวนผู้สูงอายุ เป้าหมายที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 150,000 คน และได้รับการดูแลตามโครงการฯ มีจำนวนทั้งสิ้น 172,078 คน คิดเป็นร้อยละ 98.63 มีการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ โดยในโครงการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนให้ระดับตำบลพัฒนาผ่านเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน มีทั้งหมด 7 ข้อ ดังนี้

1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว
2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ
5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล
6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)
7. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุน

4.1.3 การบริหารจัดการระดับอำเภอ

ผู้บริหารสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนในเรื่องระบบสุขภาพอำเภอ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. อย่างมีคุณภาพทุกอำเภอ จำนวนไม่เกิน 21 คน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 21 คน (ผู้แทนส่วนราชการไม่เกิน 6 คน, ผู้แทนภาคเอกชนไม่เกิน 6 คน, ผู้แทนภาคประชาชนไม่เกิน 7 คน) โดยมีนายอำเภอ เป็นประธานคณะกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ ครอบคลุมอำเภอ พัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วย

ระยะท้าย เด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ต้องได้รับการดูแล เป็นต้น นอกจากนี้ ระดับพื้นที่ยังสร้างความร่วมมือองค์กรร่วมภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความร่วมมือภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ภาคประชาชน สร้างแรงบันดาลใจ เชื่อมโยงข้อมูล เรียนรู้พัฒนาต่อเนื่อง เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขต กำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกัน ธรรมนูญสุขภาพ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

มีการประเมินตนเองของคณะกรรมการ พชอ. ตามกระบวนการพัฒนา UCCARE และมีข้อมูลพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะท้าย เด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ต้องได้รับการดูแล เป็นต้น โดยในปีงบประมาณ 2560 มีข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับจังหวัดให้กำกับติดตามผลลัพธ์ตามประเด็นปัญหาพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยระยะแรกให้ประเมินบทบาทหน้าที่การทำงานร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ประเมินการทำงานร่วมกันในลักษณะ Collaborative partnerships และบูรณาการงบประมาณในการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน อันจะส่งผลต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตสุขภาพต่อไป

ตอนที่ 2 การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า โดยได้ประเมินความพร้อมและเหมาะสมด้านบุคลากร ซึ่งในการศึกษารั้วนี้ ได้ประเมินผู้ให้บริการในชุมชน ประกอบด้วย คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินความพร้อมของทีมคณะทำงาน ได้แก่ ความพร้อมการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน ความพร้อมทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่และด้านการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1. ความพร้อมและเหมาะสมด้านบุคลากร

2.1.1 คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครผู้ปฏิบัติงาน

คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 4 จังหวัด เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายสัดส่วน หญิง:ชาย 6:1 มีอายุเฉลี่ย 53 ปี อายุระหว่าง 50-59 ปีมากที่สุดร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ 40 -49 ปี ร้อยละ 31.5 วุฒิการศึกษาสูงสุดจบศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดและพอกันกับมัธยมต้น ร้อยละ 39.5 และ 37.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานะสมรสร้อยละ 79.3 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 70.3 รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัวรวมกันระหว่าง 5000-10000 บาท/เดือน ร้อยละ 43.9 เห็นว่ารายได้ไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 75.7 มีตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเกือบทั้งหมดร้อยละ 99.1 มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.3 และส่วนใหญ่เสนอตนเองเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขถึงร้อยละ 86.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (n = 542)	ร้อยละ
จังหวัด		
นครราชสีมา	142	26.2
ชัยภูมิ	121	22.3
บุรีรัมย์	139	25.7
สุรินทร์	140	25.8
เพศ		
ชาย	74	13.7
หญิง	468	86.3
สัดส่วน หญิง:ชาย 6:1		
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	7	1.3
30-39 ปี	27	5.0
40-49 ปี	171	31.5
50-59 ปี	203	37.5
60 ปีขึ้นไป	134	24.7
ค่าต่ำสุด/ค่าสูงสุด = 20/89 ค่าเฉลี่ย = 53.6 ค่าเบี่ยงเบน = 10.6		
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ประถม	214	39.5
มัธยมต้น	203	37.5
มัธยมปลาย /ปวช.	98	18.1
อนุปริญญา	10	1.8
ปริญญาตรี	17	3.1
สถานภาพสมรส		
โสด	23	4.3
สมรส	430	79.3
หม้าย / หย่า/ แยก	83	16.4
รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัวรวมกัน(บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 3000	64	11.8
3000-5000	104	19.2
5000-10000	238	43.9
มากกว่า 10000	136	25.1
รายได้เพียงพอ(N=538)		
เพียงพอ	131	24.3
ไม่เพียงพอ	407	75.7

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (n = 542)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	381	70.3
เป็นลูกจ้างในโรงงาน	18	3.3
ค้าขาย /ธุรกิจ	31	5.7
รับจ้าง	45	8.3
แม่บ้าน	52	9.6
อื่น ๆ ระบุ	15	2.8
รายได้เพียงพอ(n = 538)		
เพียงพอ	131	24.3
ไม่เพียงพอ	407	75.7
ตำแหน่งของอาสาสมัคร		
อาสาสมัครสาธารณสุข	537	99.1
แคร์กิฟเวอร์	5	0.9
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนี้		
1-5 ปี	107	19.7
6-10 ปี	130	24.0
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	305	56.3
การคัดเลือกเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข		
เสนอตนเอง	470	86.7
เจ้าหน้าที่กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพเสนอ	47	8.7
วิธีอื่นๆ	25	4.6

2.1.2 ความพร้อมการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ ในเรื่องความพร้อมการปฏิบัติงานที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี โดยได้ซักถามหรือให้คำแนะนำในการทำงานอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 84.1 ได้เรียกประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่เสมอร้อยละ 74.9 ได้จัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยร้อยละ 75.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้บริการเป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 77.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้บอกผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ ร้อยละ 74.0 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แสดงความห่วงใยและเปิดโอกาสให้ระบายความวิตกกังวลร้อยละ 72.1 และได้ให้ความใกล้ชิดและสนิทสนมร้อยละ 62.6 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การสนับสนุนการปฏิบัติงาน	ปฏิบัติบ่อย	ปฏิบัติน้อย	แทบไม่ปฏิบัติ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถามหรือให้คำแนะนำในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ	456(84.1)	86(15.9)	0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เรียกประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่เสมอ	406(74.9)	136(25.1)	0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย	409(75.5)	133(24.5)	0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้บริการเป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วย	421(77.7)	113(20.8)	8(1.5)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความใกล้ชิดและสนิทสนม	339(62.6)	191(35.2)	12(2.2)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แสดงความห่วงใยและเปิดโอกาสให้ระบายความวิตกกังวล	391(72.1)	141(26.0)	10(1.9)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้บอกผลการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ	401(74.0)	133(24.5)	8(1.5)

2.2 ความพร้อมทรัพยากรในการปฏิบัติงาน

การศึกษาครั้งนี้ ได้ความพร้อมทรัพยากรในพื้นที่ตัวอย่าง โดยทำการสำรวจความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่การประเมินความพร้อมของทรัพยากร ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ พบว่า การสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนอย่างเพียงพอร้อยละ 62.3 และชุมชนที่รับผิดชอบได้รับงบประมาณโครงการดูแล/ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร้อยละ 65.5 ส่วนความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความพร้อมของทรัพยากรในด้านเอกสารและสิ่งของที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานตามที่ต้องการร้อยละ 53.3 นอกจากนี้พบว่า ชุมชนมีการสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุรวมตัวกัน เช่น สนามออกกำลังกายเพียงพอร้อยละ 60.1 แต่องค์กรบริหารส่วนตำบล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการได้จัดงานให้สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขได้ทำกิจกรรมรวมกันอย่างเพียงพอเพียงร้อยละ 52.8 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความพร้อมทรัพยากร (ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน)

ความพร้อมด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ไม่มี
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
เจ้าหน้าที่ได้จัดหาเอกสารและสิ่งของ ที่จำเป็นต่อ การปฏิบัติงานตามต้องการ	289(53.3)	201(37.1)	52(9.6)
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีการสนับสนุน งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ	338(62.3)	183(33.8)	21(3.9)
องค์การบริหารส่วนตำบล/โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลได้จัดงานให้สมาชิก อาสาสมัคร สาธารณสุขได้ทำกิจกรรมร่วมกัน	286(52.8)	166(30.6)	90(16.6)
ชุมชนมีการสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรม ผู้สูงอายุรวมตัวกัน เช่น สนามออกกำลังกาย	326(60.1)	136(25.1)	80(14.8)
ชุมชนที่รับผิดชอบได้รับงบประมาณโครงการดูแล/ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	355(65.5)	172(31.7)	15(2.8)

ตอนที่ 3 การประเมินด้านกระบวนการ

3.1. การกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน

3.1.1 การระดมสมองเพื่อจัดทำแผนงบประมาณประจำปีนั้น จากการสนทนากลุ่มพบว่า ทีมผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จะมีหน้าที่ประเมินปัญหา จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย ประสานงาน/สนับสนุน/จัดสรรทรัพยากร ภาควิชาเกี่ยวข้อง โดยเข้าใจว่าโครงการที่ดำเนินการมาจากนโยบาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนด และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป นอกจากนี้ มีการดำเนินการโดยชมรมสูงอายุ ชมรมสูงอายุบางแห่งจะของบประมาณจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ งบประมาณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กิจกรรมจะครอบคลุมทั้งหมดไปดำเนินกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ในโรงเรียน ผู้สูงอายุมักมีการสอนตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนกันยายนทุกปี โดยมีเจ้าหน้าที่เข้ามาเป็นวิทยากร ร่วมชี้แนะทำแผนงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ทุกหน่วยงานมองว่าเป็นโครงการที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ควรขยายให้ครบทุกพื้นที่

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ กล่าว

“คือจริงๆแล้วบอกตรงๆ ตอนแรกไม่ค่อยคุ้น LTC เราทำกิจกรรมผู้สูงอายุธรรมดา ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี พยายามตำบลใหม่ต้องมาศึกษาทำความเข้าใจใหม่”

ผู้ช่วยเลขาธิการกองทุนตำบลแห่งหนึ่งกล่าว

“เป็นกิจกรรมของสปสช. พัฒนาคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่ก็เป็นการให้ความรู้ เป็นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จริงๆแล้วเจ้าของโครงการเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ แต่เจ้าหน้าที่เข้ามาร่วมพาทำกิจกรรม เป็นตัวขับเคลื่อนงานให้บรรลุวัตถุประสงค์”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีกแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์

“อย่างนโยบาย LTC นี้ก็โอเคนะคะ แต่ปัญหาอย่างที่สองที่ถกกันเป็นพวกการทำเอกสารจัดจ้างเหมาอะไรอย่างนี้ซึ่งมันเยอะมาก เยอะมากจริงๆอย่างที่ถกกันในเรื่องของรูปแบบ น่าจะมีการปรับรูปแบบในเรื่องของการเบิกจ่าย เงินให้กับ CG ที่เอื้อต่อการทำงานและทำได้ง่ายขึ้น เป็นรูปแบบเดียวกันกับที่จ่ายเงินให้กับ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข) ก็ได้”

รองนายก อบท. ในจังหวัดบุรีรัมย์

”จากประสบการณ์คิดว่า เป็นโครงการที่ดีมาก ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายได้มาอยู่บ้านตนเองมีญาติที่ นั่งดูแลกัน ชีวิตมันปลอดภัยขึ้น”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีกแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์

“มันน่าจะขยายต่อยอดกันไปทุกๆ หมู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี แต่ว่ามีของหมู่บ้านที่ดีเค้าจะ เข้ามาช่วยกัน”

3.1.2 การเขียนโครงการของงบประมาณ จากการสนทนากลุ่มพบว่า ในระยะแรกจะใช้วิธีเขียน ขอบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในระยะต่อมาเปลี่ยนจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเป็นผู้สูงอายุ มีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลและกลุ่มผู้สูงอายุจับมือกันทำ มีการวางแผนกันทำ เพื่อให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ และต่อมาจะกันเงิน/จัดสรรไว้ทุกปี ร่วมกันวางแผนหาสถานที่จัดตั้งโรงเรียน ผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่า การเขียนโครงการของงบประมาณกองทุนตำบลนั้น จะมีความล่าช้า มาจาก โครงการไม่ผ่าน/เขียนไม่ถูก เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ในการเขียนหนังสือน้อย และส่วนหนึ่ง งบประมาณไม่ได้อยู่ที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเบิกจ่ายเงินแห่งเดียว พบว่าบางแห่งมีงบประมาณสนับสนุน จากองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) , สภาวิชาชีพไทย เอกชนหรือ องค์กรต่างๆ ที่ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะเท่านั้น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

“เราก็ประชุมกับคณะกรรมการกองทุนว่าต้องการเงินเท่านั้นละ ส่วนโครงการอื่นๆก็เกลียดไป คือว่า ให้มันได้ทุกโครงการเพื่อไม่กระทบกับระบบ”

ปลัดฯ แห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์

“อบท. ไม่ได้ทำอะไรแค่ฝากเงินไปให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค อบท.ไม่ทราบ แค่งงไปตรวจเยี่ยมในรูปคณะกรรมการ”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์

“ ประธานชมรมผู้สูงอายุเป็นคนเขียนโครงการเอง เค้าเป็นข้าราชการเก่าเกษียณ เมื่อก่อนงบประมาณไม่พอ แต่พอติดกับสสส.ได้แล้วก็พอ ต้องคิวปีต่อปี แล้วแต่เราเขียนโครงการไป แต่ทำรพ.สต.ก็กันเงินกองทุนหลักประกันฯไว้ให้ทุกปี”

ปลัดเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์

“ได้รับสนับสนุนทำ MOU จากสสส.ที่กำหนดประเด็นมาให้ว่าต้องการทำอะไรบ้าง ประเด็นๆนี้ ใช้บเท่าไรอยู่ที่ว่าแต่ละพื้นที่ทำโครงการไปหาแม่ข่ายของสสส.เค้าจะให้งบประมาณมา มีหลายหัวข้อให้เรา เลือกลง สนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ยืมดูแลผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ การสำรวจข้อมูลเชิงลึกในผู้สูงอายุ ”

รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดสุรินทร์

“ก็มีกาชาดที่เข้ามาดูแล แต่ไม่ได้มาดูแลเยอะ ต้องมีเหตุจริงๆถึงจะเข้ามา ถ้าไม่มีเหตุก็ไม่เข้า เค้าจะมีกิจกรรมของเค้าแต่ไม่ได้ประสานเรานะ เค้าเองของเค้าเอง คือเรื่องของการอบรมผู้สูงอายุโดยตรง และก็อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ และก็อบรมอาสาสมัครสาธารณสุข แต่เค้าเองเท่าที่เห็นมีตำบล.....ที่เดียว”

3.2 การจัดระบบบริการ

จากการสนทนากลุ่มพบว่า จัดการระบบบริการด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจะเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม จึงมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ การพัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ทั้ง ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล การสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเน้นในเรื่องของเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุมากกว่า ได้แก่ สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

“อย่างเค้ารู้ว่ามามีคลินิกทุกวันพฤหัสบดี เค้าก็จะทำบุญมา กองทุนข้าวต้มสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง คือเป็นผู้สูงอายุแนะ NPO มาไม่อดอาหารแน่นอน มีกองทุนเค้าให้มาแบบไม่คาดหวังอะไร

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/Care manager ในจังหวัดนครราชสีมา

“พมจ. อปท. โรงเรียน จัดกิจกรรมผู้สูงอายุให้ความรู้ ทอดผ้าป่า ทำทุกปี วัด ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมนั้งสมาธิ ปฏิบัติธรรม พาผู้สูงอายุไปดูงานที่เขาจันทร์งาม หลวงปู่โต มีรถรับส่ง กศน. อบรมทำดอกไม้จีน ทำขนม ทำอาหาร เกษตรให้ความรู้เศรษฐกิจพอเพียง link กับอบต.ด้วย”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์

“เลยตกลงกันว่าไปสร้างที่อปท. โรงเรียนผู้สูงอายุกับชมรมอันเดียวกัน กิจกรรมมีทุกอาทิตย์ เปลี่ยนไปเรื่อยๆ อย่างอาทิตย์ที่แล้วก็มีกิจกรรมเพาะกล้าต้นไม้ หาพันธุ์ไม้มาอะไรอย่างนี้อะคะ พี่ก็จะถูกเชิญไปเป็นวิทยากรให้ความรู้บ้างเค้าจะมีตารางของเค้า”

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

“บางส่วนในส่วนกม.(กรรมการหมู่บ้าน) เค้าจะไปขอโครงการราชดำริ ผู้สูงอายุก็แอด (เพิ่ม) เข้าไป คือ หมู่บ้านที่เชื่อมกันยาวๆอันนี้ไอเค”

ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดชัยภูมิ:

“ทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ลงพื้นที่ก่อน แล้วประสานเทศบาล และเทศบาล ประสานพมจ. แล้วลงมาที่บ้านผู้สูงอายุ”

นักวิชาการของ อปท. ในจังหวัดนครราชสีมา

“โรงเรียนผู้สูงอายุเรา อย่างภาษาอังกฤษเราจะไม่นับแบบยากคะ เอาแบบผู้สูงอายุจำง่าย ๆ พอให้มีความรู้ติดตัวบ้างนิดๆหน่อยๆ วิชาขยับร่างกายบริหารร่างกาย ออกกำลังกายอย่างนี้จะเหมือนรำ กระบี่กระบอง”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์

“อย่างของอปท.เค้าจะไปในเรื่องของเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุมากกว่า กิจกรรมอย่างเรื่องของกิจกรรมรดน้ำดำหัว อย่างเรื่องของกิจกรรมการไปวัด ทำบุญอะไรอย่างเงี้ยะ อปท. เค้าจะดูแล อย่างของเรา ก็จะเป็นการเข้าไปให้ความรู้ ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพแนะ เรื่องของการคัดกรอง เรื่องของการ อย่างเช่น ให้วัคซีน ฉีดวัคซีนอะไรอย่างเงี้ยะเราจะดูแลในเรื่องสุขภาพมากกว่า แต่ว่าในเรื่องของกิจกรรมในชุมชน ส่วนนี้จะเป็นอปท.เค้าทำ”

3.3 การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ

พบว่า ในการตั้งเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุนั้น จะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว และมีการมอบหมายตามบทบาทเกี่ยวข้อง ตามแผนการดูแล ผู้จัดการระบบบริการดูแลโดยเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียง และประเมินซ้ำเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม ประชุมร่วมภาคีเกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลโดยนำข้อมูลมานำเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการประเมินผลระบบการดูแลของตนเอง ซึ่งการจัดการระบบข้อมูลก็จะมีปัญหาในบางพื้นที่ ขึ้นกับความเอาใจใส่ของทีมงาน ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรมีโทรศัพท์ ที่ทันสมัย สื่อสารกันได้

ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน รพสต.จังหวัดนครราชสีมา.

“อาสาสมัครสาธารณสุขสำรวจที่รับผิดชอบแต่ละคุ้ม สำรวจทุกเดือน เราอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประเมิน ADL แล้วรพสต.ประเมินซ้ำ”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีกแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์

“ผู้นำชุมชนเค้าจะทราบอยู่แล้วว่ามีผู้สูงอายุอะไร เท่าไหร่ โทรประสานกันตลอด แต่อย่างว่าขึ้นอยู่กับผู้นำชุมชนอะเนาะว่าเค้าจะใส่ใจแค่ไหน”

3.4 การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ชุมชน

พบว่า ในการดำเนินงานในพื้นที่จะมีภาคีเครือข่ายที่เป็นสหวิชาชีพ ทำให้ลดภาระการทำงาน เกิดการแบ่งงาน ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่จะเป็นพื้นฐานในการกำหนดภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดการให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Care Plan) ในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข/อผส. ชมรมผู้สูงอายุในบางพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทในแต่ละพื้นที่ ตลอดจนขยายบทบาทหน้าที่ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงพัฒนาสังคมฯ ได้ริเริ่มไว้ในพื้นที่ให้มาจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังมีต้นทุนทางสังคมบางประเภทอาจอยู่นอกพื้นที่ อาทิ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

“นายก อปท. พมจ. บริษัท CP มาช่วยผู้สูงอายุยากไร้ ส่งรายชื่อไปผ่านการคัดเลือกมาแล้ว รอบริษัทลงมาให้ มีทีมพขอ. คัดเลือก LTC”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์

“บทบาทของการดูแลเรื่อง LTC มันจะเริ่มตั้งแต่ครอบครัว สหวิชาชีพ รวมทั้งภาคีเครือข่ายไม่ว่าจะเป็น พม หรืออปท. บางทีหลายสิ่งหลายอย่าง ถ้าเราอยู่ในส่วนที่ภาคีเราค่อนข้างจะเข้าใจเราก็จะมี partnership ที่ดีเหมือนมันจะบรรลุภารกิจของเรา อย่างของตัวเองเริ่มที่จะแบ่งลงไป ภาระงานมันมากแต่ถ้าเรามี partnership ที่ดีทุกอย่างก็จะเดินไปด้วยดีเพราะว่างบประมาณมันโอนผ่าน LTC เพราะถ้า partnership เข้าใจว่าเส้นทางมันมาแบบนี้ ก็ไม่มีอะไรที่เราทำไม่ได้”

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ

“การทำงาน LTC ถ้าเองประมาณตั้ง จะทำไม่ได้เลย ดำเนินการได้ปัจจุบันเพราะจิตอาสาเยอะ กระบวนการจัดการต้องเอื้อให้จิตอาสาไม่เหนื่อยมากกว่านี้ ตอนนี้อะไรๆก็ลงที่ปทุมธานี มันจะไม่ไหวแล้ว นี่ก็ทำใจไว้เลยว่าไม่มีอีกเยอะ”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

“ปีนี้ CP จะเข้ามาช่วยมั่ง เค้าจะมาช่วยเรื่องเครื่องอุปโภคบริโภค ก็จะมีบริษัทอุดหนุนเค้าจะมาบริจาคโต๊ะเตียงอะไรเนี่ย พี่ก็เอาไปฝากไว้ที่อปท. เพราะที่ไม่พอเก็บ”

อาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดชัยภูมิ

“ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนจะแจ้งอปท. เพื่อเข้ามาช่วยเหลือ ส่วนใหญ่จะประสานงานทางโทรศัพท์ ทาง line”

ตอนที่ 4 การประเมินด้านผลผลิต

การประเมินด้านผลผลิต ประกอบด้วย การประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การประเมินผลสุขภาพพึงประสงค์ผู้สูงอายุ และการสังเคราะห์แนวทาง/รูปแบบการดำเนินส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

4.1 การประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

จากการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยผ่านการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า กิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ใต้พูดคุยแนะนำให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มร้อยละ 70.3 ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านสาธารณสุขร้อยละ 71.8 ชักชวนเจ้าบ้านที่มีผู้สูงอายุให้ช่วยกันดูแลสิ่งแวดล้อมและจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุร้อยละ 69.0 ร่วมมือกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในโอกาสที่เหมาะสม เช่น รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ, การพบปะสังสรรค์ร้อยละ 69.2 ตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะแก่ผู้สูงอายุเพื่อดูโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 70.3 ให้การช่วยเหลือหรือแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น วัณโรค โรคเรื้อน หอบหืด และลมชักร้อยละ 61.3 ติดตามดูแลผู้สูงอายุป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการด้านสาธารณสุขร้อยละ 60.5 ได้ร่วมกับผู้นำชุมชน/ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขได้จัดทำโครงการดูแล/ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร้อยละ 65.5 แต่กิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขได้ดำเนินการค่อนข้างน้อยได้แก่ การนำความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ออกเผยแพร่ทางเสียงตามสายหรือหอกระจายข่าวค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ 48.5 จัดมุมให้ความรู้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมุมใดมุมหนึ่งใน ศสมช. ร้อยละ 45.4 ได้เป็นผู้นำหรือจัดกิจกรรมการออกกำลังกายแก่ประชาชนในชุมชนร้อยละ 46.7 นอกจากนี้ประมาณครึ่งหนึ่งที่ทำประจำได้แก่ ให้การช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยอัมพาต ผู้พิการหรือปัญญาอ่อนร้อยละ 57.4 จัดหาสื่อเอกสาร โปสเตอร์ จัดนิทรรศการ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อรณรงค์ในสัปดาห์ป้องกันโรคต่างๆ ในชุมชนร้อยละ 51.1 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข/ดูแลผู้สูงอายุ

การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ปฏิบัติบ่อย	ปฏิบัติน้อย	แทบไม่ปฏิบัติ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
การได้พูดคุยแนะนำให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม	381(70.3)	159(29.3)	2(0.4)
การทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านสาธารณสุข	389(71.8)	149(27.5)	4(0.7)
การนำความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ออกเผยแพร่ทำเสียงตามสายหรือหอกระจายข่าว	263(48.5)	172(31.7)	107(19.8)
การจัดมุมให้ความรู้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข มุมใดมุมหนึ่งใน ศสมช.	246(45.4)	200(36.9)	96(17.7)
ผู้นำหรือจัดกิจกรรมการออกกำลังกายแก่ประชาชนในชุมชน	253(46.7)	184(33.9)	105(19.4)
การชักชวนเจ้าบ้านที่มีผู้สูงอายุ ให้ช่วยกันดูแลสิ่งแวดล้อมและจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	374(69.0)	164(30.3)	4(0.7)
ความร่วมมือกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในโอกาสที่เหมาะสม เช่น รดน้ำดำหัว การพบปะสังสรรค์	375(69.2)	160(29.5)	7(1.3)
การช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ผู้ป่วยอัมพาต ผู้พิการหรือปัญญาอ่อน	311(57.4)	213(39.3)	18(3.3)
การตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะแก่ผู้สูงอายุ เพื่อดูโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	381(70.3)	154(28.4)	7(1.3)
การช่วยเหลือหรือแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น วัณโรค โรคเรื้อน หอบหืด และลมชัก	332(61.2)	189(34.9)	21(3.9)
การติดตามดูแลผู้สูงอายุป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการด้านสาธารณสุข	328(60.5)	192(35.4)	22(4.1)
การจัดหาสื่อ เอกสาร โปสเตอร์ จัดนิทรรศการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในชุมชน	277(51.1)	210(38.7)	55(10.2)
การได้ร่วมกับผู้นำชุมชน/ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขได้จัดทำโครงการดูแล/ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	355(65.5)	172(31.7)	15(2.8)

นอกจากนี้ ได้ศึกษากิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชนเชิงคุณภาพ โดยจัดการสนทนากลุ่ม พบว่าสภาพการทำงานในแต่ละตำบลจะมีการทำงานเป็นทีม มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการมีระบบการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม เพื่อคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อาสาสมัครสาธารณสุขทำความเข้าใจแบบสำรวจก่อนทำการเก็บและประเมินภาวะสุขภาพ และ

ให้คำแนะนำมีการเยี่ยมบ้านโดย อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลา หรือแผนที่กำหนดไว้ และอาสาสมัครสาธารณสุขสะดวก ซึ่งเป็นการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการพร้อมไปกับการเยี่ยมบ้าน มีการนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุในการประชุมชมหมู่บ้าน จำแนกการดูแลเป็นกลุ่มติดสังคมผ่านชมรมผู้สูงอายุเพื่อปรับพฤติกรรมและส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น กลุ่มติดบ้านผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขหรือกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน กลุ่มติดเตียง ผ่านแผนการดูแลทีมสหวิชาชีพ ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ จะมีกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุมาร่วมตัวกัน เพิ่มพูนความรู้จากการสอนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกวดและคัดเลือกให้รางวัล และจะมีการจัดกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ด้านออกกำลังกาย ด้านความรู้สมุนไพรที่สามารถใช้ในชีวิตรประจำวัน ด้านสุขภาพ การทำอาชีพเป็นการส่งเสริมอาชีพ การเรียนภาษาอังกฤษ การทำบุญร่วมกัน ไปวัดส่งเสริมด้านธรรมะ การสร้างความรักความอบอุ่น ความเคารพนับถือต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์

“ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ทำอาหาร ทำขนม ดูแลต้นไม้ ทำดอกไม้ นัดกันทุกวันพุธ สัปดาห์ละครั้ง อบอุ่น เป็นประธาน เป็นเจ้าภาพ สมาชิกมาร่วมกิจกรรม 50-60-70 คนแล้วแต่ภารกิจ อาคารชมรม อบอุ่น (ตกลง) มาจากสสส. ของบสสช. กองทุนสร้างสุขภาพ 5 มิติ ผู้สูงอายุชอบได้ไปโรงเรียนได้ปล่อยวาง ไม่เครียด มีของกินอร่อย”

อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver)

“คนใช้สนิทกับอาสาสมัครสาธารณสุขมาก เป็นสิ่งเข้มแข็งของหมอ ใครเป็นอะไร อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข) รู้ก่อน อสม. ได้ลงพื้นที่ก่อนหมอ มันจะเข้มแข็งต้องเป็นคนใน กิจกรรมมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ LTC ติดบ้านติดเตียง”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุรินทร์

“อย่างกิจกรรมทุกวันพระเค้าจะเวียนกันเป็นหมู่ๆ รวมตัวกันที่ศาลากลางบ้าน ค่อนข้างดี โอเคอยู่นะคะ โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านศาสนา”

“อย่างวันสงกรานต์ก็จะมีกิจกรรมรดน้ำดำหัว และก็ทุกวันพระก็จะมีกิจกรรมทำบุญกัน”

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

“ชมรมผู้สูงอายุกับ อบอุ่น.เค้าเชื่อมกัน อย่างอุปกรณ์ต่างๆเนี่ย เมื่อก่อนยังไม่ได้ดี (deal) กับ สสส.อะไม่พอ แต่พอดีกับ สสส. ได้ก็เลยพอ เราก็ไปดีปีต่อปี แล้วแต่เราเขียนโครงการไป แต่พี่ก็เงินไว้ให้ทุกปีในส่วนของเงินกองทุนหลักประกัน ถ้ามันไม่พอเราก็ขีปมาใส่เพิ่ม”

4.2 การประเมินผลสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ

4.2.1 ลักษณะทางด้านประชากรและสังคม

จากศึกษาผลประเมินผลสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุด้วยแบบสำรวจผู้ที่มีอายุครบ 60 ปี ขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 1,425 คน อยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์และสุรินทร์พอๆ กัน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-69 ปี มีสถานภาพสมรส ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 70.2 มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และจากบุตรหลานพอๆกันเดือนละ 1,000-2,000 บาท คือร้อยละ 25.8 และ 28.4 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 86.1 ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 6.3 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ลักษณะทางด้านประชากรและสังคมผู้สูงอายุ

ลักษณะทางด้านประชากรและสังคม	จำนวน (N=1,425)	ร้อยละ
อยู่ในจังหวัด		
นครราชสีมา	365	25.6
ชัยภูมิ	362	25.4
บุรีรัมย์	356	25.0
สุรินทร์	342	24.0
เพศ		
ชาย	498	34.9
หญิง	927	65.1
อายุ (ปี)		
60-69	706	49.8
70-79	488	34.4
80-89	188	13.2
90 ขึ้นไป	37	2.6
สถานภาพ		
แยกกันอยู่	7	0.5
คู่	1,000	70.2
โสด	61	4.3
หม้าย/หย่าร้าง	357	25.0
อาชีพ		
เกษตรกร	626	43.9
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ ลูกจ้างของรัฐ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ	35	2.5
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	79	5.5
รับจ้างทั่วไป	146	10.2
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	1	0.1
ไม่ได้ทำงาน	538	37.8
รายได้		
ไม่มีรายได้	65	4.5
1 - 1,000 บาท	368	25.8
1,001 - 2,000 บาท	404	28.4
2,001 - 3,000 บาท	184	12.9
3,001 - 4,000 บาท	147	10.3
4,001 - 5,000 บาท	115	8.1
มากกว่า 5,000 บาท	142	10.0

ตารางที่ 5 ลักษณะทางด้านประชากรและสังคมผู้สูงอายุ (ต่อ)

ลักษณะทางด้านประชากรและสังคม	จำนวน (N=1,425)	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่เคยเรียน	90	6.3
ประถมศึกษา	1,226	86.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	2.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	28	2.0
ปวช.	6	0.4
ปวส./ปวท./อนุปริญญา	11	0.8
ปริญญาตรี	20	1.4
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	3	0.2

4.1.2 การอยู่อาศัยและภาวะสุขภาพ

ผลการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ADL เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 80.4 ติดบ้านร้อยละ 12.8 ติดเตียงร้อยละ 6.8 ในกลุ่มที่ 1 ติดสังคมอยู่กับครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 91.5 (ตารางที่ 6) เมื่อสำรวจน้ำหนักและส่วนสูง วิเคราะห์หาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในจำนวนผู้สูงอายุ 1,311 คน พบว่ามีดัชนีมวลกายปกติเพียง 37.0 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกิน โดยเฉพาะมีดัชนีมวลกายเกิน 30 กิโลกรัม/เมตร² ถึงร้อยละ 5.5 (ตารางที่ 7) การมีโรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคเบาหวานร้อยละ 72.6 ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกือบครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 52.3 ในกลุ่มที่เป็นได้กินยาเป็นประจำร้อยละ 46.2 นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นโรคหัวใจ ไขมันในหลอดเลือด โรคภูมิแพ้ โรคซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 91.7, 77.8, 97.8 และ 98.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 6 การอยู่อาศัยกับคนในครอบครัว

สภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว	กลุ่ม1(ติดสังคม)	กลุ่ม2(ติดบ้าน)	กลุ่ม3(ติดเตียง)
อยู่ 2 คน กับคู่สมรส (2 คน ตายาย)	58(5.1)	16(8.8)	3(3.1)
อยู่กับครอบครัว	1,049(91.5)	152(83.5)	94(96.9)
อยู่คนเดียว	39(3.4)	14(7.7)	0
รวมจำแนกกลุ่ม	1,146(80.4)	182(12.8)	97(6.8)

ตารางที่ 7 ดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย(กก./ม. ²)	จำนวน (N=1,311)	ร้อยละ
< 18.5	161	12.3
18.5-22.9	527	40.2
23.0-24.9	242	18.5
25.0-29.9	303	23.1
> 30.0	78	5.9

ตารางที่ 8 ภาวะการมีโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	จำนวน (N=1,425)	ร้อยละ
โรคเบาหวาน		
ไม่มี	1,034	72.6
มี/ไม่กินยา	5	0.4
มี/กินยาประจำ	374	26.2
ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	12	0.8
โรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	745	52.3
มี/ไม่กินยา	13	0.9
มี/กินยาประจำ	659	46.2
ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	8	0.6
โรคหัวใจ		
ไม่มี	1307	91.7
มี/ไม่กินยา	13	0.9
มี/กินยาประจำ	80	5.6
ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	25	1.8
ไขมันในหลอดเลือด		
ไม่มี	1109	77.8
มี/ไม่กินยา	3	0.2
มี/กินยาประจำ	255	17.9
ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	58	4.1
โรคภูมิแพ้		
ไม่มี	1393	97.8
มี/ไม่กินยา	4	0.3
มี/กินยาประจำ	13	0.9
ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	15	1.0
โรคซึมเศร้า		
ไม่มี	1396	98.0
มี/ไม่กินยา	5	0.4
มี/กินยาประจำ	12	0.8
ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ	12	0.8

4.1.3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ ซึ่งหมายถึง 1) พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 15 –30 นาที 2) รับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้สด เป็นประจำ 3) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4) ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่ 5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาโด่งเหล้า ผลการสำรวจ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายโดยมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 –30 นาที 5

วันต่อสัปดาห์เพียงร้อยละ 20.0 รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 34.0 ดื่มน้ำได้ 8 แก้วทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 36.2 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่ และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันร้อยละ 8.0 และ 3.9 ตามลำดับ ในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาโดงเหล้าเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ และเป็นประจำ พบร้อยละ 8.5 และ 1.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

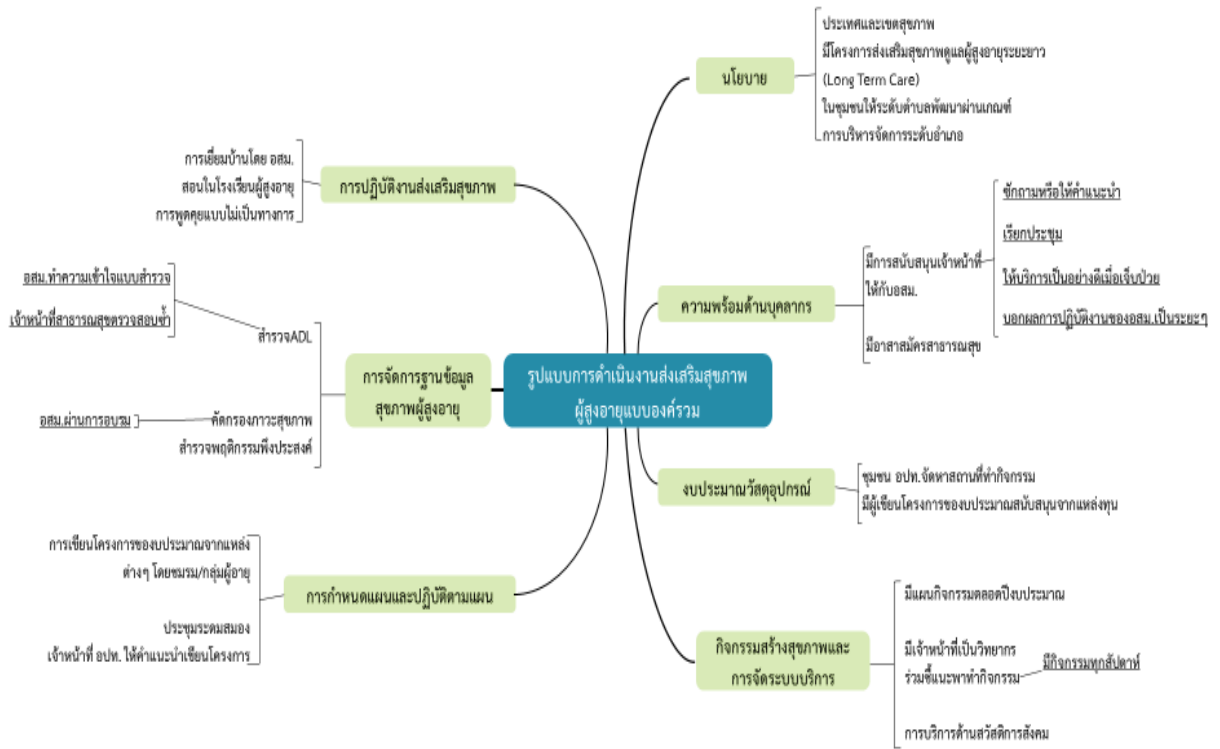
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	จำนวน (n=1,425)	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย		
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 15 -30 นาที	285	20.0
มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 -30 นาทีแต่ไม่ถึง 5 วัน ต่อสัปดาห์	685	48.1
ไม่มีกิจกรรมทางกาย หรือมีไม่ถึงวันละ 30 นาที	455	31.9
รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ		
กินทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์)	485	34.0
กินเป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์)	874	61.4
ไม่กิน (0 - 2 วันต่อสัปดาห์)	66	4.6
ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว		
ดื่มได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์)	516	36.2
ดื่มได้ 8 แก้ว เป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์)	825	57.9
ไม่ได้ (0 - 2 วันต่อสัปดาห์)	84	5.9
ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่แล้ว		
ไม่เคยสูบ	1,255	88.1
เคยสูบ	114	8.0
ยังสูบจนถึงปัจจุบัน	56	3.9

ตารางที่ 9 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	จำนวน (n=1,425)	ร้อยละ
ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาโดงเหล้า		
ไม่ดื่ม	1,278	89.7
ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ	121	8.5
ดื่มเป็นประจำ	26	1.8

4.3 รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

รูปแบบที่ดีในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย การมีนโยบายที่ชัดเจน ความพร้อมด้านบุคลากร มีงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ นอกจากนี้เครือข่ายชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหาสถานที่ทำกิจกรรม มีการประชุมระดมสมอง การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การร่วมกิจกรรม/ปฏิบัติกิจงานสร้างสุขภาพและการจัดระบบบริการอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุที่ดี (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 แนวคิด/รูปแบบการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมจากข้อมูลนำมา

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

การศึกษาครั้งนี้ ได้วิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ตามรูปแบบของ CIPP สามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักๆ ได้แก่

1. การจัดทำฐานข้อมูล กำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน
2. การจัดระบบบริการ
3. การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ชุมชน

1. การจัดทำฐานข้อมูล กำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน

ด้านบริบท(Context)	ด้านปัจจัยนำเข้า(Input)	ด้านกระบวนการ(Process)	ด้านผลผลิต(Product)
<p>- เป้าหมายโครงการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน และระดับตำบลพัฒนาผ่านเกณฑ์</p> <p>-หน่วยงานทุกระดับเห็นสอดคล้องว่าเป็นโครงการที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี</p> <p>- ผลักดันแนวคิดว่าด้วย ปัญหาเบื้องต้นที่จะต้องได้รับการแก้ไข</p>	<p>- จัดทำฐานข้อมูลจริง โดยบุคลากรทีมผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จะมีหน้าที่ประเมินปัญหา</p> <p>- บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลมีความรู้ความสามารถเขียนแผนงาน</p> <p>- กรรมการตำบลสนับสนุนให้มีเวทีระดมสมอง นำข้อมูลจากระบบตรวจคัดกรองสุขภาพ จัดเก็บ วิเคราะห์ปัญหาผู้สูงอายุมาใช้ เพื่อจัดทำแผนงบประมาณประจำปี</p> <p>-มีการประสานงาน/สนับสนุน/จัดสรรทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องมือ งบประมาณ จากภาคีเกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน มูลนิธิต่าง ๆ</p>	<p>- แต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. อย่างมีคุณภาพทุกอำเภอ จำนวนไม่เกิน 21 คน กำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกัน ธรรมนูญสุขภาพ</p> <p>- การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ สำรวจ ADL สำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เป็นปัจจุบันเสมอ</p> <p>- เขียนขอจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตำบลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเปลี่ยนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สูงอายุเป็นเจ้าของโครงการ โดยมีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลและกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกันจัดทำ</p> <p>- เจ้าหน้าที่ ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย(care plan) นิเทศติดตามอย่างใกล้ชิด</p> <p>- ประเมินซ้ำเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม ประชุมร่วมภาคีเกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลโดยนำข้อมูลมานำเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหา</p>	<p>- มีฐานข้อมูลไว้ใช้</p> <p>- มีโครงการของงบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ โดยชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ</p>

2. การจัดระบบบริการ

ด้านบริบท(Context)	ด้านปัจจัยนำเข้า(Input)	ด้านกระบวนการ(Process)	ด้านผลผลิต(Product)
<p>-นโยบายประเทศ ตระหนักถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- ทุกระดับมีเป้าหมายสำคัญ คือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม</p> <p>-มีแนวทางการการจักระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมชัดเจน ตั้งแต่ระดับประเทศถึงพื้นที่ปฏิบัติ</p>	<p>-หน่วยบริการระดับตำบลมีความพร้อมด้านบุคลากร การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p>- มีงบประมาณที่จัดสรรให้สามารถใช้ในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ได้ วัสดุทางการแพทย์ และวัสดุสิ้นเปลือง</p> <p>- มีการจัดจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver)</p> <p>- เครือข่ายชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหาสถานที่ทำกิจกรรม เช่นจัดหาสถานที่จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ</p> <p>- คณะกรรมการ พชอ. การทำงานร่วมกันในลักษณะ Collaborative partnerships และบูรณาการงบประมาณ</p>	<p>- มีกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ กิจกรรมสร้างสุขภาพและการจัดระบบบริการอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่เป็นวิทยากรร่วมชี้แนะการทำกิจกรรม</p> <p>- กำหนดกิจกรรมการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการสอนตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนกันยายนทุกปี</p> <p>-รณรงค์การส่งเสริมสุขภาพ มีชมรมผู้สูงอายุ ร่วมดำเนินการ 3 อ. 2 ส. เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ</p> <p>-ผู้นำชุมชนจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในโอกาสที่เหมาะสม เช่น รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ</p> <p>-สำรวจประเมินภาวะสุขภาพ และให้คำแนะนำมีการเยี่ยมบ้าน พูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ พร้อมไปกับการเยี่ยมบ้าน</p> <p>-เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขๆ ออกตรวจคัดกรองผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>- ทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุออกประเมินสภาพปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือเพื่อวางแผนการช่วยเหลือในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงตามแผนรายบุคคล</p> <p>- รวบรวมปัญหาอุปสรรค นำเสนอต่อกรรมการฯ</p>	<p>-การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ มีความครอบคลุม</p> <p>-ผู้ สูง อ า ยู ส ่ว น ไ ท ญ ่ มี พ ฤ ทิ ก ร ร ม สุ ข ภ า พ ที่ พื ง ประสงค์อยู่ในเกณฑ์ดี</p> <p>- จำแนกตาม ADL เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 80.4 ติดบ้านร้อยละ 12.8 ติดเตียงร้อยละ 6.8 ในกลุ่มที่1 ติดสังคมอยู่กับครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 91.5</p> <p>-ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว เช่น ไม่มีโรคเบาหวานร้อยละ 72.6 ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง</p>

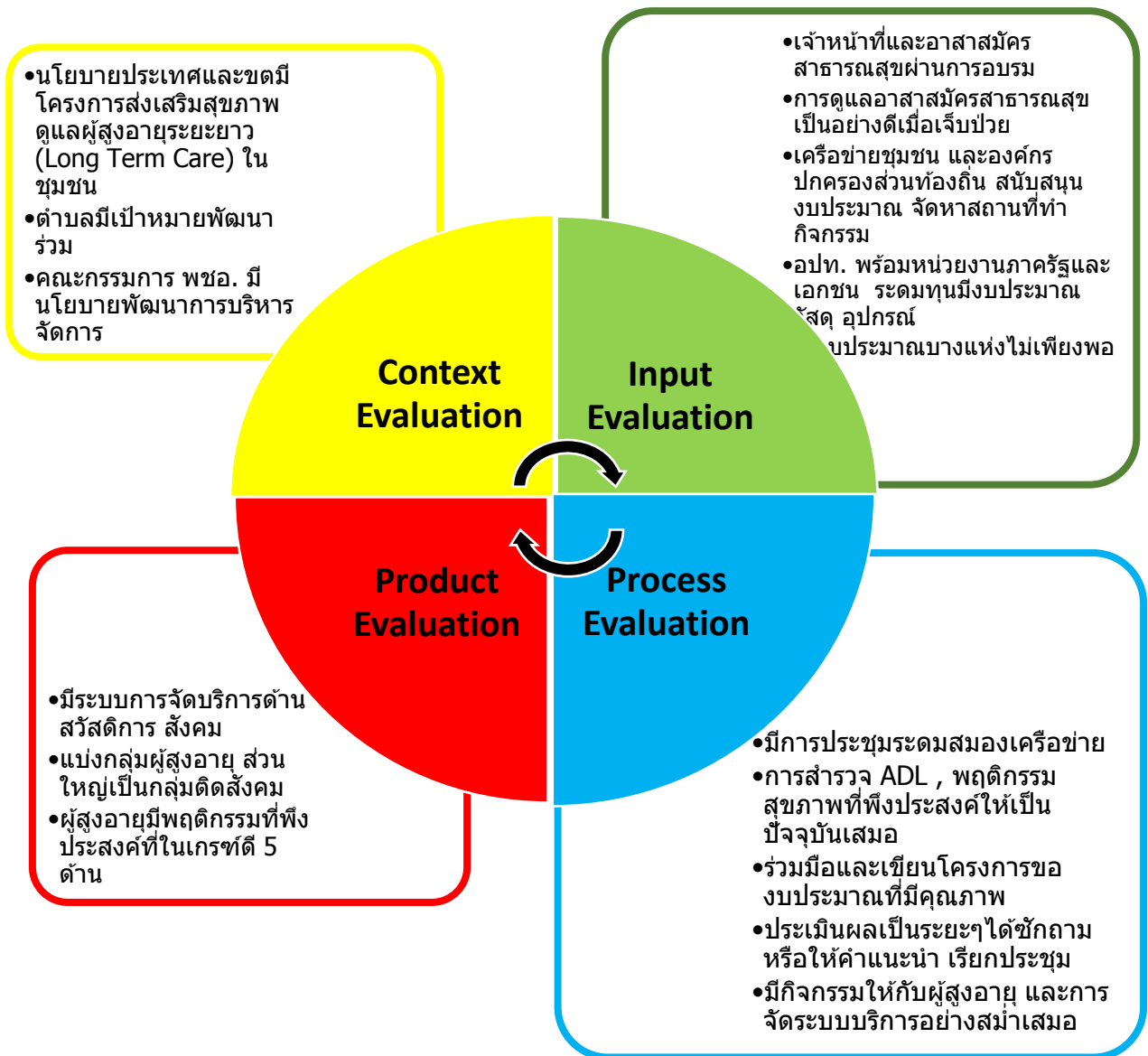
3. การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ชุมชน

ด้านบริบท(Context)	ด้านปัจจัยนำเข้า(Input)	ด้านกระบวนการ(Process)	ด้านผลผลิต(Product)
<ul style="list-style-type: none"> - มีนโยบายกองทุนฯ - การกำหนดหน่วยบริการ ให้มีภาคีเครือข่ายที่เป็นสหวิชาชีพ ทำให้ลดภาระการทำงาน เกิดการแบ่งงานร่วมกัน -สนับสนุนให้มีกรรมการฯ ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข/อผส. ชมรมผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนให้คำแนะนำในการทำงาน นัดประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไข บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างสม่ำเสมอ อยู่เสมอ - จัดทำข้อตกลงร่วมของภาคีเครือข่าย - ชมรมผู้สูงอายุมีความผูกพันใกล้ชิด กลุ่มผู้สูงอายุ - การประชามหมู่บ้าน ทำให้กรรมการหมู่บ้านและภาคีเครือข่าย รับทราบปัญหา และให้การสนับสนุน -จัดให้มีสถานที่ในการจัดกิจกรรม ผู้สูงอายุรวมตัวกัน เช่น สนามออกกำลังกายเพียงพอ -มีต้นทุนทางสังคมบางประเภทอาจอยู่นอกพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ - ตั้งคณะทำงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในหมู่บ้าน/ชุมชน ประกอบด้วย :- ผู้แทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข/อผส. ชมรมผู้สูงอายุ - นัดประชุมร่วมกันเป็นระยะๆ - จัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - อสม.ได้ร่วมกับผู้นำชุมชน/ประธาน อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถจัดทำโครงการดูแล/ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร้อยละ 65.5 - เกิดการทำงานเป็นทีม มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการ - อาสาสมัครสาธารณสุข เยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจน

สรุปการประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ด้านบริบท(Context)	ด้านปัจจัยนำเข้า(Input)	ด้านกระบวนการ(Process)	ด้านผลผลิต(Product)
<p>1.นโยบายประเทศและเขตสุขภาพ ผลักดันให้มีโครงการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน 2.ระดับตำบลพัฒนาตนเองให้ผ่าน เกณฑ์ ตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว (Long Term Care) 3. คณะกรรมการ พขอ. มีนโยบาย พัฒนาการบริหารจัดการระดับ อำเภอที่ส่งผลต่อดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์ รวมในพื้นที่</p>	<p>1. มีความพร้อมด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ผ่านการอบรมชี้แจงการทำงาน 2. มีการดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วย และมีความ เป็นกันเองบอกผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นระยะ ๆ 3. เครือข่ายชุมชน และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุน งบประมาณ จัดหาสถานที่ทำกิจกรรม 4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ระดมทุน มีงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ มีบางแห่ง ไม่เพียงพอ</p>	<p>1. มีการประชุมระดมสมองเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง -มีการจัดการฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยการ สำรวจ ADL สำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ให้เป็นปัจจุบันเสมอ โดยทำความเข้าใจแบบสำรวจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง 2. การเขียนโครงการของงบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ โดยชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้งบประมาณ สนับสนุนจากแหล่งทุน และได้รับคำแนะนำจาก เจ้าหน้าที่โดยเฉพาะเจ้าที่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ในการเขียน มีแผนกิจกรรมตลอด ปีงบประมาณ 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการประเมินผลเป็นระยะๆ ได้ซักถามหรือให้คำแนะนำ เรียกประชุมอาสาสมัคร สาธารณสุข 4. มีกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ กิจกรรมสร้างสุขภาพ และการจัดระบบบริการอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่เป็นวิทยากรร่วมชี้แนะทำกิจกรรม</p>	<p>1. เกิดระบบการจัดบริการด้านสวัสดิการ สังคม การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร สาธารณสุขนอกจากสอนในโรงเรียน ผู้สูงอายุ และการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ ของอาสาสมัครสาธารณสุข การปฏิบัติงาน ส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2. กลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 80.4 มีดัชนีมวลกายปกติเพียง 37.0 ส่วนใหญ่ยังไม่มีโรคเบาหวานและโรคความ ดันโลหิตสูง กินยาเป็นประจำร้อยละ 46.2 3. มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ที่ในเกณฑ์ดี 5 ด้าน</p>

โดยสรุป การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ในเขตสุขภาพที่ 9 มีนโยบายประเทศและเขตสุขภาพ ผลักดันให้มีโครงการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน และให้ระดับตำบลมีเป้าหมายพัฒนาตนเองผ่านเกณฑ์ พร้อมกับการบริหารจัดการระดับอำเภอโดยผ่านคณะกรรมการ พชอ. ปัจจุบันเข้าได้แก่ ความพร้อมด้านบุคลากร โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถามหรือให้คำแนะนำ เรียกประชุม ให้บริการอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วย และมีความเป็นกันเองบอกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นระยะ ๆ ส่งผลต่อดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน อย่างไรก็ตามจะต้องมีงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ ซึ่งพบว่าบางแห่งไม่เพียงพอ นอกจากนี้เครือข่ายชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ควรจัดหาสถานที่ทำกิจกรรมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ มีกระบวนการที่มีคุณภาพ ซึ่งพบว่า มีการประชุมระดมสมอง การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ สสำรวจ ADL สสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เป็นปัจจุบันเสมอ โดยทำความเข้าใจแบบสำรวจเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง การเขียนโครงการของงบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ โดยชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้งบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนฯ โดยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถ มีแผนกิจกรรมตลอดปีงบประมาณ เกิดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและเข้าถึงระบบบริการ มีเจ้าหน้าที่นำทำกิจกรรมร่วม ชุมชนมีการบริการด้านสวัสดิการสังคม การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ และการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการของอาสาสมัครสาธารณสุข การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคมเป็นส่วนใหญ่ และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ที่ 5 ด้าน (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 การประเมินผลตาม CIPP Model

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผู้วิจัยได้สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 สรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2560 ถึงพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2561 ประชากรศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหรือดูแลงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างระดับจังหวัดเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้ง 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ทำการสุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัดแบบง่าย (Simple random Sampling) จังหวัดละ 1 พื้นที่ โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ดังนี้

- 1) คณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 4 คน ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการที่รับผิดชอบโครงการผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอละ 4 คน กรรมการท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้นจำนวน 4 คน ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2 คน
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอนั้น 1 ตำบลโดยเก็บทุกคนรวมทั้งสิ้นจำนวน 542 คน ผู้สูงอายุในอำเภอที่สุ่มมาได้จังหวัดละ 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,425 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ (1) แบบสอบถามภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ (2) แบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม (Group interview Guideline) (3) แบบสำรวจการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนที่สร้างขึ้น การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณกับอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ให้บริการและผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทำการจ้างพนักงานเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นอาสาสมัครในพื้นที่ทำการแจกแบบสอบถาม รวบรวมและตรวจสอบ ก่อนเก็บข้อมูลได้ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจข้อคำถาม ฝึกซ้อมก่อนจึงดำเนินการลงเก็บจริง และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยจัดสนทนากลุ่มซึ่งประกอบด้วยตัวแทน:- บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหรือดูแลงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ ภายในอำเภอนั้น โดยทำการเก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคม 2560-ถึงพฤษภาคม 2561 การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ การประเมินด้านบริบท การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า : ประเมินความพร้อมด้านบุคลากร ความพร้อมการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน ความพร้อมทรัพยากร ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน และการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน : พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ
- 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ได้แก่ การประเมินด้านกระบวนการ : การกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน การจัดระบบบริการ การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ชุมชน

5.2 สรุปผลการศึกษา

การประเมินด้านบริบท พบว่า ปี พ.ศ. 2561 ในเขตสุขภาพที่ 9 มีประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวน 1,062,803 คน คิดเป็นร้อยละ 15.74 ของประชากรทั้งหมด มีตำบลทั้งหมด 758 ตำบล การพัฒนาได้พัฒนาตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care) จำนวน 560 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 73.88 ทั้งหมดมีนโยบายประเทศและเขตสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่องและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยมีการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ในระดับอำเภอมีการพัฒนาโดยแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ที่มีคุณภาพ สร้างความร่วมมือองค์กรร่วมภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความร่วมมือภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ภาคประชาชน สร้างแรงบันดาลใจ เชื่อมโยงข้อมูล เรียนรู้พัฒนาต่อเนื่อง เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกอำเภอ

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า 1) ประเมินความพร้อมด้านบุคลากร ความพร้อมการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน ความพร้อมทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ พบว่า อาสาสมัครผู้ปฏิบัติงาน/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 4 จังหวัดมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายสัดส่วน หญิง:ชาย 6:1 มีอายุเฉลี่ย 53 ปี อายุระหว่าง 50-59 ปีมากที่สุดร้อยละ 37.5 วุฒิการศึกษาสูงสุดจบศึกษาระดับประถมศึกษา และพอๆกันกับมัธยมต้นร้อยละ 39.5 และ 37.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานะสมรสร้อยละ 79.3 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 70.3 รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัวรวมกันระหว่าง 5000-10000 บาท/เดือน ร้อยละ 43.9 เห็นว่ารายได้ไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่ายสูงถึงร้อยละ 75.7 มีตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเกือบทั้งหมดร้อยละ 99.1 มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.3 และส่วนใหญ่เสนอตนเองเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขถึงร้อยละ 86.7 อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ชักจูงหรือให้คำแนะนำในการทำงานอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 84.1 ได้เรียกประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขอยู่เสมอร้อยละ 74.9 ได้จัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยร้อยละ 75.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้บริการเป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 77.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้บอกผลการปฏิบัติงานเป็นระยะๆร้อยละ 74.0 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แสดงความห่วงใยและเปิดโอกาสให้ระบายความวิตกกังวลร้อยละ 72.1 และได้ให้ความใกล้ชิดและสนิทสนมร้อยละ 62.6

2) ประเมินความพร้อมของทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ พบว่าการสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนอย่างเพียงพอร้อยละ 62.3 และชุมชนที่รับผิดชอบได้รับงบประมาณโครงการดูแล/ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายुर้อยละ 65.5 ส่วนความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความพร้อมของทรัพยากรในด้านเอกสารและสิ่งของที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานตามที่ต้องการร้อยละ 53.3 นอกจากนี้พบว่าชุมชนมีการสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุรวมตัวกัน เช่น สนามออกกำลังกายเพียงพอร้อยละ 60.1 แต่องค์กรบริหารส่วนตำบล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการได้จัดงานให้สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขได้ทำกิจกรรมรวมกันอยู่เพียงพอน้อยเพียงร้อยละ 52.8

การประเมินด้านกระบวนการ 1) มีการกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน โดยมีทีมผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จะมีหน้าที่ประเมินปัญหา ร่วมจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายด้วย คณะทำงานภาคีเกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมชี้แนะทำแผนงาน/กิจกรรม เพื่อให้เกิดการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนด และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือสังคม จะดำเนินการโดยชมรมสูงอายุ ชมรมสูงอายุบางแห่งจะของงบประมาณจากรพสต. หรือขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลัก การกำหนดกิจกรรมจะครอบคลุมทั้งหมดในแต่ละสัปดาห์ ในโรงเรียนผู้สูงอายุโดยการสอนตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนกันยายนของทุกปี โดยมี

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้สูงอายุเข้ามาเป็นวิทยากร พบว่าบางแห่งมีงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด, สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ, สภากาชาดไทย แต่ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะเท่านั้น และยังไม่มียกงบประมาณจากเอกชน องค์กรต่างๆ บริจาคนอกจากนี้ 2) จัดการระบบบริการ พบว่า มีจัดการบริการด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจะเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคมมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ การพัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล การสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ 3) มีการประเมินผลร่วมโดยนำข้อมูลมานำเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ 4) การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ชุมชน พบว่าในพื้นที่จะมีภาคีเครือข่ายที่เป็นสหวิชาชีพ ทำให้ลดภาระการทำงาน เกิดการแบ่งงาน แต่ละตำบลต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่จะเป็นพื้นฐานในการกำหนดภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Care Plan) ในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทในแต่ละพื้นที่

การประเมินด้านผลผลิต ประกอบด้วย 1) ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขได้พูดคุยแนะนำให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มร้อยละ 70.3 ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านสาธารณสุขร้อยละ 71.8 ร่วมมือกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในโอกาสที่เหมาะสม เช่น รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ, การพบปะสังสรรค์ร้อยละ 69.2 ตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะแก่ผู้สูงอายุ เพื่อดูโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 70.3 ให้การช่วยเหลือหรือแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น วัณโรค โรคเรื้อน หอบหืดและลมชัก ร้อยละ 61.3 ติดตามดูแลผู้สูงอายุป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการด้านสาธารณสุขร้อยละ 60.5 จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าสภาพการทำงานในแต่ละตำบลจะมีการทำงานเป็นทีม มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการ มีระบบการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม เพื่อคัดกรองสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขทำความเข้าใจแบบสำรวจก่อนทำการเก็บและประเมินภาวะสุขภาพ และให้คำแนะนำมีการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลาหรือแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการพร้อมกับการเยี่ยมบ้าน ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ จะมีกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุมารวมตัวกัน เพิ่มพูนความรู้จากการสอนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกวดและคัดเลือกให้รางวัล และจะมีการจัดกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ได้แก่ การออกกำลังกาย การให้ความรู้สมุนไพรที่สามารถใช้ในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมอาชีพ การเรียนภาษาอังกฤษ การทำบุญร่วมกัน การไปวัดส่งเสริมด้านธรรมะ 2) การประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ โดยสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,425 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-69 ปี มีสถานภาพสมรส ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 70.2 ส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และจากบุตรหลาน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 86.1 เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 80.4 ติดบ้านร้อยละ 12.9 ติดเตียงร้อยละ 6.8 มีดัชนีมวลกายปกติเพียง 37.0 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกิน พบว่าในกลุ่มที่ 1 ติดสังคมอยู่กับครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 91.5 การมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคเบาหวานร้อยละ 72.6 ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกือบครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 52.3 ในกลุ่มที่เป็นได้กินยาเป็นประจำร้อยละ 46.2 ผลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 -30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์เพียงร้อยละ 20.0 รับประทานผักสดผลไม้สดเป็นประจำ (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 34.0 ดื่มน้ำได้ 8 แก้ว

ทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 36.2 นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่ และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันร้อยละ 8.0 และ 3.9 ตามลำดับ ในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้าเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ และเป็นประจำพบร้อยละ 8.5 และ 1.8 ตามลำดับ

วิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (บทเรียนจาก 4 อำเภอ) โดยมี ปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการดำเนินโครงการให้ประสบผลสำเร็จ ดังนี้

1. มีนโยบายประเทศและเขตสุขภาพ จะต้องมียุทธศาสตร์ประเทศและเขตสุขภาพ ผลักดันให้มีโครงการ ส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน และให้ระดับตำบลพัฒนาผ่านเกณฑ์พร้อม กับการบริหารจัดการระดับอำเภอโดยผ่านคณะกรรมการ พขอ. เป็นส่วนที่ส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม
2. ความพร้อมด้านบุคลากร โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขได้ซักถามหรือให้คำแนะนำ เรียกประชุม ให้บริการอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วย และมีความเป็นกันเองบอกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นระยะๆ ส่งผลต่อการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน และต้องมีงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ
3. เครือข่ายชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดหาสถานที่ทำกิจกรรม
4. มีการประชุมระดมสมอง การจัดการฐานข้อมูล สุขภาพผู้สูงอายุ สำรวจ ADL สำรวจพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ให้เป็นปัจจุบันเสมอ โดยทำความเข้าใจแบบสำรวจเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง
5. การเขียนโครงการของงบประมาณจากแหล่งต่างๆ โดยชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้งบประมาณ สนับสนุนจากแหล่งทุน แต่ต้องได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ มี แผนกิจกรรมตลอดปีงบประมาณ
6. มีกิจกรรมบริการให้กับผู้สูงอายุ การร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพและการจัดระบบบริการอย่างสม่ำเสมอ ของผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่เป็นวิทยากรร่วมชี้แนะพาทำกิจกรรมด้วย 6. มีการบริการด้านสวัสดิการสังคม มีการ เยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ และการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการของ อาสาสมัครสาธารณสุข
7. การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยความเข้มแข็ง

5.3 อภิปรายผล

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. กรณีพบว่า พื้นที่ที่มีความพร้อมด้านบุคลากร โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ให้กับอาสาสมัคร สาธารณสุข สามารถอภิปรายได้ดังนี้
 - 1.1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถาม เป็นกันเองหรือให้คำแนะนำ เรียกประชุม ให้บริการ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วย
 - 1.2.นโยบายเขตสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง และมุ่งมั่นในการ ดูแลผู้สูงอายุ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือทำ อย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วย มีการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ในระดับอำเภอมีการพัฒนาโดยแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ.
 - 1.3.กลไกการพัฒนาตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care) ที่เข้มแข็ง
2. กรณีพบว่า การได้รับงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ ส่วนหนึ่งได้รับไม่เพียงพอ

2.1 ด้านบริบท การสร้างความร่วมมือองค์กรร่วมภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความร่วมมือภาคีรัฐ เอกชน ท้องถิ่น ภาคประชาชน สร้างแรงบันดาลใจ เชื่อมโยงข้อมูล เรียนรู้พัฒนา ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และ มุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ทุกอำเภอมีนโยบายด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ประเทศและเขตสุขภาพ ซึ่งแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553) ตามยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก คือ 1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ 2) มาตรการการให้การศึกษาและการ เรียนรู้ตลอดชีวิต และ 3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า จากความสามารถของหน่วยงานที่รับผิดชอบยุทธวิธี แผนงานที่นำมาใช้เพื่อ การบรรลุจุดหมาย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เมื่อประเมินความพร้อมด้านบุคลากร ทรัพยากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ ในด้านบุคลากร ได้ทำการประเมินกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด ด้านความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขสมัครใจเข้ามาถึงร้อยละ 86.7 อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถามหรือให้คำแนะนำในการทำงานอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 84.1 ได้ เรียกประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขอยู่เสมอร้อยละ 74.9 เช่นเดียวกับการศึกษาของบุญชิน เสาวภาภรณ์และคณะ (2557: 51-2,97) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผู้นำตามธรรมชาติที่เป็นอาสาสมัครมีจิตอาสาทำงานเพื่อผู้สูงอายุ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในการ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้อง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานราชการและองค์กรเอกชน แต่จากการศึกษา HITAP ร่วมกับกรม ออนามัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปใน 28 จังหวัด (เอกชัย เพียรศรีวีระาและคณะ, 2556) พบว่าผลการสำรวจในรอบ 12 เดือน สามารถเข้าถึงการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 โรคเบาหวานร้อยละ 71 โรคซึมเศร้าร้อยละ 33 การประเมินความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 32 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 7 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งหมด ทั้งนี้มีข้อจำกัดด้านจำนวนและความสามารถของบุคลากรที่ประเมินทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง และพบว่า งบประมาณที่สถานพยาบาลใช้เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้มาจากกองทุนสุขภาพ ตำบล (ร้อยละ 81) รองลงมาเป็นงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสถานบริการ (P&P) ภาค ประชาชน ภาคเอกชน (ร้อยละ 59, 27 และ 17 ตามลำดับ) ซึ่งสถานพยาบาลประเภท โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน จะได้รับงบประมาณในลักษณะสอดคล้องกับภาพรวม พบว่า ทรัพยากร ค่อนข้างไม่เพียงพอในด้านเอกสารและสิ่งของที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานตามที่ต้องการเพียงร้อยละ 53.3 และ การสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานอย่างไม่เพียงพอหรือไม่มีเลยถึงร้อยละ 33.8 ชุมชนมีการ สนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุรวมตัวกันไม่เพียงพอและไม่มีเลยถึงร้อยละ 25.5 อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า เครือข่ายในพื้นที่ก็แสวงหางบประมาณเพิ่มมากขึ้น โดยในระยะแรก จะใช้วิธีเขียนขอจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในระยะต่อมาเปลี่ยนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้สูงอายุ มีปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้สูงอายุจับมือกันทำ วางแผน และเงินกันไว้ทุกปี ซึ่ง สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ (2561: 81) พบว่า ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ 70 - 89 เชื่อว่ามี การบูรณาการอย่างใดอย่างหนึ่งใน 5 ลักษณะได้แก่ การวางแผนและออกแบบระบบ การประชุมหารือกับ ครอบครัวและผู้ดูแล การสนับสนุนการจัดบริการต่างๆ การเยี่ยมบ้าน และการกำกับติดตามผลดำเนินการ ในขณะที่ตัวแทนโรงพยาบาลร้อยละ 69 - 94 เชื่อว่ามี การบูรณาการการอย่างใดอย่างหนึ่งใน 5 ด้าน

2.3 ด้านกระบวนการ กิจกรรมส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยชมรมสูงอายุ ชมรมสูงอายุบางแห่งขอ งบประมาณจาก รพสต. หรือขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ บางแห่งมีงบประมาณสนับสนุนจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัด, สสส., สภาวิชาชีพไทย เป็นการสนับสนุนจากพหุภาคี แต่ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ เท่านั้น ซึ่งผู้นำตามธรรมชาติที่เป็นอาสาสมัครมีจิตอาสาทำงานเพื่อผู้สูงอายุ จะสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานราชการและองค์กรเอกชน(บุญชิน เสาวภาภรณ์และคณะ , 2557) ดังนั้น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553) ว่าด้วยระบบสวัสดิการ และบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ คณะทำงานและภาคีเกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมทำแผนงาน/กิจกรรม หรือมีกระบวนการจัดการระบบ บริการดูแลผู้สูงอายุ ตามนโยบายและแผนแห่งชาติ จึงจะผลต่อการส่งเสริมสุขภาวะแบบองค์รวม

2.4 ด้านผลผลิต พบว่า การมีระบบการคัดกรองโดย อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ ผ่านการอบรม มีการเยี่ยมบ้านและพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการพร้อมไปกับการเยี่ยมบ้าน การประเมินผล พฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และจากบุตรหลาน มีดัชนีมวล ภายปกติเพียง 37.0 พฤติกรรมการออกกำลังกายมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 –30 นาทีแต่ไม่ถึง 5 วัน ต่อสัปดาห์หรือร้อยละ 48.1 รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำแต่กินเป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 61.3 ดื่มน้ำได้ 8 แก้ว เป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 57.9 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมี พฤติกรรมเคยสูบบุหรี่ และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันร้อยละ 8.0 และ 3.9 ตามลำดับ ในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่นสุรา เบียร์ ยาตองเหล้าเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ และเป็นประจำพบร้อยละ 8.5 และ 1.8 ตามลำดับ แต่ยังมีพบน้อยกว่าผลการสำรวจ HITAP ร่วมกับกรมอนามัย โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย,2561) ทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปใน 28 จังหวัด พบว่า ผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 84 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้าร้อยละ 78 ที่เหลือสูบบุหรี่หรือดื่มเป็นบางครั้งและสูบบุหรี่หรือดื่มประจำ ซึ่งพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุดคือ มีการ ปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลผู้สูงอายุ คือมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ(วิภาพร สิทธิศาสตร์และสุชาดา สวน นุ่ม, 2550) ดังนั้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นั้น จำเป็นต้องอาศัยการเยี่ยมบ้านและพูดคุยระหว่างกัน พร้อมทั้งมีคนในครอบครัวดูแล

5.3 ข้อเสนอแนะ

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในแต่ละด้านมีดังนี้

1. ด้านบริบท

1.1 ทุกระดับควรมีการประสานความร่วมมือทุกกระทรวงหลักและภาคเอกชน ทำข้อตกลงร่วม ให้มีความพร้อมของทรัพยากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่

1.2 ระดมพลังจากทุกภาคส่วนควรมีเป้าหมายร่วมกัน กำหนดนโยบายระดับประเทศและเขต หน่วยงานภาครัฐทุกกระทรวง ที่จะต้องส่งเสริมพัฒนาให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย มีความรู้และค่านิยมที่ถูกต้อง และต้องพัฒนาให้ประชาชนเกิด “Health Literacy” หรือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทาง สุขภาพ” อย่างเป็นระบบ เป็นผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดีในอนาคต

2. ด้านปัจจัยนำเข้า

2.1 พบว่าทรัพยากรในด้านเอกสารและสิ่งของที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานตามที่ต้องการ และการสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานยังไม่เพียงพอหรือไม่มีเลยในบางพื้นที่ ควรจัดทำโครงการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และวิธีการจัดทำแผนงานโครงการฯ เพื่อการสนับสนุนงบประมาณจากภาคส่วนต่าง ๆ

2.2 ผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งพบว่าเมื่อมีการพบปะ รวมตัว จะเกิดการมีส่วนร่วม ชุมชนมีการสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุรวมตัวกัน เช่น สนามออกกำลังกาย

3. ด้านกระบวนการ

3.1 ผลักดันให้ชุมชนมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้นำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง “เพื่อนช่วยเพื่อน”

3.2 ควรพัฒนาแนวทางการรณรงค์และการเฝ้าระวังตามโครงการคนไทยไร้พุง ลดเสี่ยงลดโรค ในกลุ่มวัยก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมประชากรวัยทำงานเข้าสู่ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

4. ด้านผลผลิต

4.1 สร้างต้นแบบผู้สูงอายุ ขยายในชุมชน เพื่อให้เกิดการบอกต่อและพูดคุยซักถาม โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

4.2 ขยายจากครอบครัวอบอุ่น ชุมชนอบอุ่นต้นแบบ สู่ชุมชนอื่นๆ โดยมีภาครัฐและภาคเอกชนเป็นผ่านสนับสนุน

5.5 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดมาตรการและนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มสูงขึ้น เพื่อขับเคลื่อนลงสู่พื้นที่ต่อไป

2. ควรศึกษารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในวัยก่อนเข้าวัยสูงอายุและอยู่ในวัยผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง ไม่เป็นภาระของสังคม

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) กระทรวงการ
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง,
2(2562) :16-19
- กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักผู้สูงอายุ. “แนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุ” เอกสารอัดสำเนาในการประชุม 20
กุมภาพันธ์ 2561
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่
2 (พ.ศ.2545 - 2564). กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวิสัย; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.oppo.opp.go.th>
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564). กระทรวงพัฒนาสังคมและความ
มั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเพ็ญวิสัย; 2553
- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, และเพชร ชวนะพันธ์.(2559).ประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ
การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 ศูนย์อนามัยที่ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
(เอกสารอัดสำเนา)
- บุญชิน เสาวภาภรณ์, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ปรีชา ดิลกวุฒิสิทธิ์, และวราภรณ์ ไตรดีลานันท์. รูปแบบการ
ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยและพัฒนาโดยองค์กร
ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557: 9(1): 47-59.
- ประเวศ วะสี.(2549).การส่งเสริมสุขภาพ : การปฏิวัติมนุษยชาติ. *วารสารหมออนามัย*,(มีนาคม-เมษายน) , 29-
40.
- ยุภา โฟพา, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และทัศนีย์ พุกษาชีวะ.(2560) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาปัจจัยเชิงลึกบ้านคลองโยง หมู่ที่ 1. วารสารพยาบาลทหารบก ; 18 ฉบับ
พิเศษ : 226-275
- เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. การประเมินโครงการ : แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542
- รัตน์ะ บัวสนธ์. รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้วารสาร
ศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย, 2556: 5(2): 7-24
- วิภาพร สิทธิศาสตร์, และสุชาดา สนวนุ่ม.(2550) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความ
รับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี พุทธชินราช.: 25 -35
- ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. รายงานประจำปี 2560 ศูนย์อนามัยที่ 9. [นครราชสีมา]: ศูนย์อนามัย; 2561
ศรีทัฬหิม รัตน์โกศล.บริการสังคมกับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น. วารสารไทยญี่ปุ่นศึกษา, 2559 (6)2: 81-
100
- สมหวัง พิริยานุวัฒน์. รวมบทความการประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2553 : 20-21
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. รายงานผลการตรวจราชการ ระดับเขต (ตจ.2) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กองตรวจ
ราชการ กระทรวงสาธารณสุข, 2561 [เข้าถึงเมื่อ 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=1&year=2561](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)

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี 2553-2583. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลา, 2556
- สำนักตรวจราชการ. คู่มือตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ. ประจำปีงบประมาณ 2560.กระทรวงสาธารณสุข, 2561
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย.(2561). “ตัวชี้วัดเฝ้าระวัง ร้อยละของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์” เอกสารอัดสำเนาในการประชุมชี้แจงการเฝ้าระวังส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 20 กุมภาพันธ์ 2561
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิรัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, และบรรคม สิริพันธ์. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2561.
- เอกชัย เพียรศรีวัชรา, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, วิมล บ้านพวน, อีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ผศ.ดร.ลีลี อิงศรีสว่าง, ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์. รายงานการสำรวจผู้สูงอายุไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการและสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. กรุงเทพฯ: วัชรินทร์ พี.พี., 2556
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2563. (มปท.), 2559:
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย, 2553 : 1
- Daniel L.Stufflebeam. The CIPP Model for Evaluation. International Handbook of Educational Evaluation. Kalamazoo. Michigan University :The Evaluation CenterWestern; (2003) [cited 2018 Nov 29] Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-010-0309-4_4
- _____ and Shinkfield. Evaluation Theory, Models and Applications. John Wiley and Son, Ine.;2007
- World Health Organization [WHO]. World Report on Ageing and Health [internet]. Luxembourg; (2015) [cited 2018 Nov 29]. Available from: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

ภาคผนวก

แบบสอบถาม เรื่อง การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
ในโครงการประเมินผลระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสำรวจความคิดเห็นในการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานสาธารณสุขที่ท่านปฏิบัติงานอยู่

แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมทรัพยากรในการปฏิบัติงาน

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงใน [] หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ [] ชาย [] หญิง

2. อายุ.....ปี

3. การศึกษาจบชั้น

[] 1. ประถม

[] 2. มัธยม

[] 3. มัธยมปลาย /ปวช.

[] 4. อนุปริญญา (ปวส. ปวท.)

[] 5. ปริญญาตรี

4. สถานภาพสมรส [] โสด [] สมรส [] หม้าย / หย่า/ แยก

5. รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัวของท่านรวมกันโดยไม่หักค่าใช้จ่ายต่อเดือน

โดยเฉลี่ยประมาณ.....บาท [] เพียงพอ [] ไม่เพียงพอ

6. อาชีพ [] 1. เกษตรกรรม [] 2. เป็นลูกจ้างในโรงงาน

[] 3. ค้าขาย /ธุรกิจส่วนตัว [] 4. รับจ้าง

[] 5. แม่บ้าน [] 6. อื่น ๆ ระบุ

7. ท่านเป็นเป็นตัวแทนอาสาสมัครด้านผู้สูงอายุ ใช้ชื่อเรียก [] อสม. [] Care Giver

7. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงาน ในตำแหน่งนี้.....ปี.....เดือน (นับถึงเดือนธันวาคม 2561)

8. ท่านได้รับการคัดเลือกเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข โดยวิธีใด

[] เสนอตนเอง [] เจ้าหน้าที่กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพเสนอ

[] อื่น ๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ได้มีการสนับสนุน

การสนับสนุนการปฏิบัติงาน	ปฏิบัติบ่อย	ปฏิบัติน้อย	แทบไม่ปฏิบัติ
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถามหรือให้คำแนะนำในการทำงานกับท่านอย่างสม่ำเสมอ			
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เรียกประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขบทบาทของอสม. อยู่เสมอ			
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ท่าน			
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้บริการเป็นอย่างดีเมื่อท่านเจ็บป่วย			
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความใกล้ชิดและสนทนากับท่าน			
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แสดงความห่วงใยและเปิดโอกาสให้ระบายความวิตกกังวล			
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้บอกผลการปฏิบัติงานของท่านเป็นระยะๆ			

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับความพร้อมด้านทรัพยากรในการปฏิบัติงาน

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ได้มีการสนับสนุน

ความพร้อมด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่	ปฏิบัติบ่อย	ปฏิบัติน้อย	แทบไม่ปฏิบัติ
8. เจ้าหน้าที่ได้จัดหาเอกสารและสิ่งของ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่ท่านต้องการ			
9. อบต. มีการสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ			
10. อบต./รพ.สต. ได้จัดงานให้สมาชิก อสม. ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน			
11. ชุมชนมีการสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุรวมตัวกัน เช่น สนามออกกำลังกาย			

ตอนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย /ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้บ่อยมากน้อย

การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ปฏิบัติบ่อย	ปฏิบัติน้อย	แทบไม่ปฏิบัติ/มี
1. ท่านได้พูดคุยแนะนำให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม			
2. ท่านทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านสาธารณสุข			
3. ท่านนำความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ออกเผยแพร่ทางเสียงตามสายหรือหอกระจายข่าว			
4. ท่านจัดมุมให้ความรู้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขมุมใดมุมหนึ่งใน ศสมช.			
5. ท่านได้เป็นผู้นำหรือจัดกิจกรรมการออกกำลังกายแก่ประชาชนในชุมชน			
6. การชักชวนเจ้าบ้านที่มีผู้สูงอายุ ให้ช่วยกันดูแลสิ่งแวดล้อมและจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ			
7. ท่านร่วมมือกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในโอกาสที่เหมาะสม เช่น รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ, การพบปะสังสรรค์			
8. ให้การช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ผู้ป่วย อัมพาต ผู้พิการหรือปัญญาอ่อน			
9. ตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะแก่ผู้สูงอายุ เพื่อดูโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน			
10. ให้การช่วยเหลือหรือแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง เช่น วัณโรค โรคเรื้อน หอบหืด และลมชัก			
11. ติดตามดูแลผู้สูงอายุป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการด้านสาธารณสุข			
12. จัดหาสื่อ เอกสาร โปสเตอร์ จัดนิทรรศการ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เพื่อรณรงค์ในสัปดาห์ป้องกันโรคต่าง ๆ ในชุมชน			
13. ท่านได้ร่วมกับผู้นำชุมชน/ประธานอสม.ได้จัดทำโครงการดูแล/ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			
14. ชุมชนท่านได้รับงบประมาณโครงการดูแล/ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			

ตอนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
โปรดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคการปฏิบัติงานตามปัญหาที่ท่านประสบ

ปัญหาและอุปสรรค

.....
.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะ (ที่จะให้มีการปรับปรุงงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.)

.....
.....
.....
.....

ขอขอบคุณทุกท่านท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

**แนวทางการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม
สำหรับผู้แทนคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (คณะกรรมการฯ)**

1. พื้นที่ของท่านให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างไร(เกริ่นนำ เพื่อให้ผู้ร่วมสนทนามีส่วนร่วมในประเด็นที่ต้องการถามต่อ)
2. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีสุขภาพดีหรือนอกเหนือจากกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่อยู่บ้านในหมู่บ้าน ได้รับการดูแลอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง
3. ในหมู่บ้านท่านมีชมรมหรือกลุ่มที่ให้ผู้สูงอายุมารวมกัน ทำกิจกรรมร่วมกันในแต่ละปีอะไรบ้าง ทำบ่อยแค่ไหน(เช่นหากมีการออกกำลังกาย ทำกี่ครั้งต่อสัปดาห์)
4. จัดกิจกรรม งบประมาณ อุปกรณ์ให้ชมรมผู้สูงอายุ มีใครเป็นผู้สนับสนุน หรือทำกันอย่างไร
5. ท่านคิดว่าชมรมผู้สูงอายุขาดงบประมาณ อุปกรณ์ ฯลฯ สนับสนุนหรือไม่ และถ้าไม่เพียงพอควรได้รับงบประมาณ อุปกรณ์อะไรบ้าง จากใคร
6. **งบประมาณที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่มาจากแหล่งใดบ้าง**
 - 6.1 อะไรคือจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด/บั่นทอนในเรื่องงบประมาณที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่
 - 6.2 ท่านมีแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณ เพื่อให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวบรรลุตามเป้าหมายอย่างไร
7. ท่านคิดว่าภาครัฐ หรือกรรมการตำบลหมู่บ้านควรจะดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมอย่างไร เพื่อให้ผู้สูงอายุในหมู่บ้านท่าน มีร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมดี
8. พื้นที่ของท่านมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือไม่ เรื่องใดบ้าง นำไปใช้เพื่อการวางแผนหรือการจัดกิจกรรม หรือให้บริการผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร
9. ท่านคิดว่ามีแนวทางในการพัฒนาให้ระบบมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นอย่างไร

แบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

ชื่อ-สกุล อายุ ปี วดป.ที่ประเมิน.....
 สถานบริการ.....

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านได้ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวันตามความเป็นจริง
 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรมสุขภาพ	การปฏิบัติ	
	ไม่เคย	เป็นประจำ
1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที		
2. รับประทานผักสด ผลไม้สด		
3. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว		
4. ไม่สูบบุหรี่ ไม่สูบยาเส้น		
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า		

การแปลผล พฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ ทำเป็นประจำทุกข้อ

นิยามศัพท์

1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ 15-30 นาที : มีการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องกันจนรู้สึกเหนื่อยพอสมควร หายใจแรงกว่าปกติเล็กน้อย ยังสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 15-30 นาที
2. รับประทานผักสด ผลไม้สด :
 ผักสด คือ ผักสดหรือผักต้ม ลวก นึ่งก็ได้ ซึ่งไม่นับกินผักดองต่างๆ
 ผลไม้สด คือ ผลไม้สด ผลไม้สุก เช่น กล้วย มะละกอ ไม่นับรวมผลไม้ดอง เชื่อม แฉ่ม
 โดยรับประทานผักและผลไม้ทุกมื้อหรืออย่างน้อย 1 มื้ออาหารใน 1 วัน
3. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว : คือ ดื่มน้ำเปล่าที่สะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้วต่อวันหรือมากกว่าหรือประมาณ 4 ขวดพลาสติกเล็ก (ขวดละ 600 ซีซี)
4. ไม่สูบบุหรี่ ไม่สูบยาเส้น : หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ ยาเส้น รวมถึง ยามวนและซิการ์
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ : หมายถึง การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า ไวน์ สุรากลั่น สุราท้องถิ่น เหล้าขาว เป็นต้น