

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดง
อุดม จังหวัดอุบลราชธานี

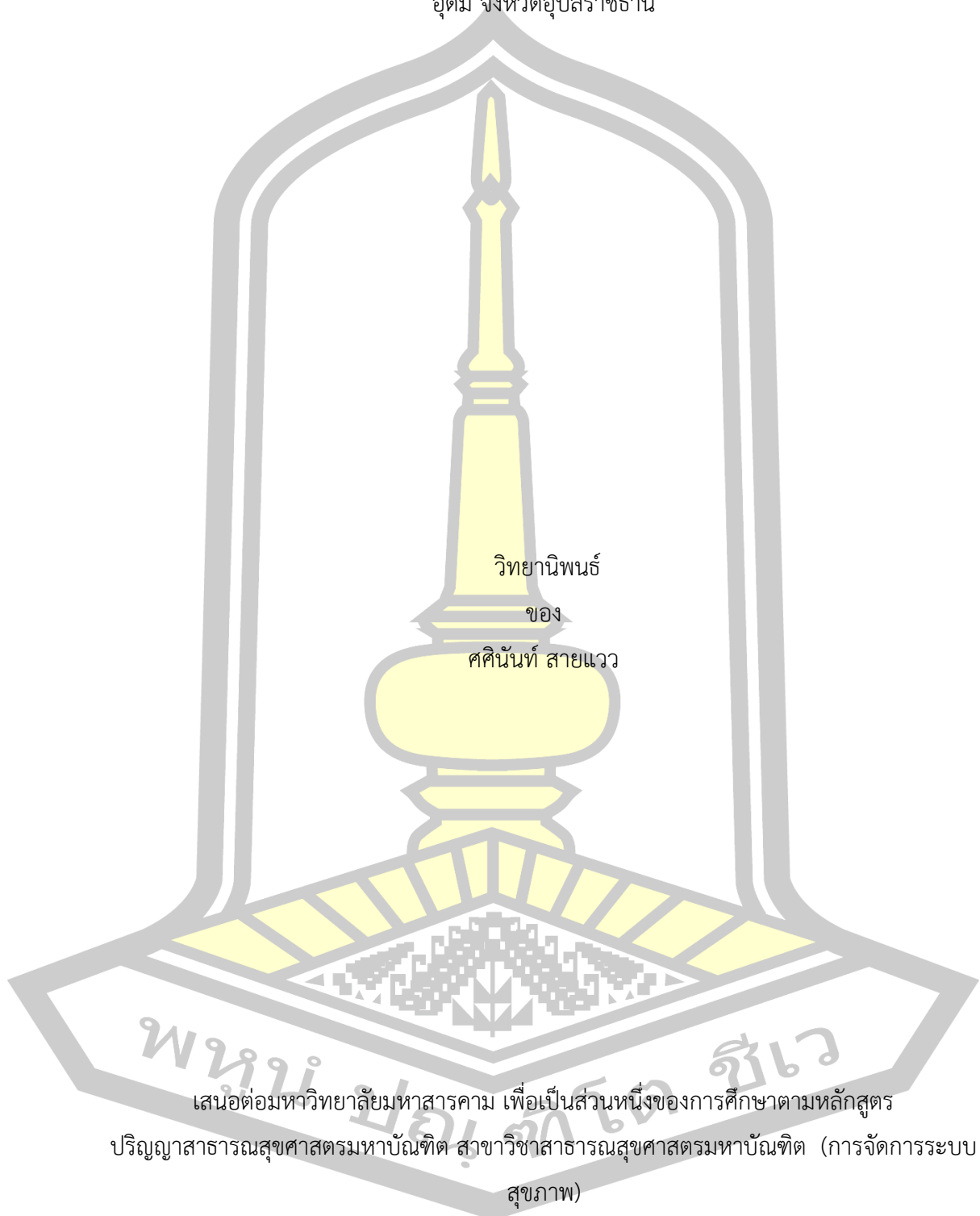
วิทยานิพนธ์
ของ
ศศินันท์ สายแวง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

มกราคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดง
อุดม จังหวัดอุบลราชธานี



Wichayaniphon
 of
 Sakon Nakhon Rajabhat University

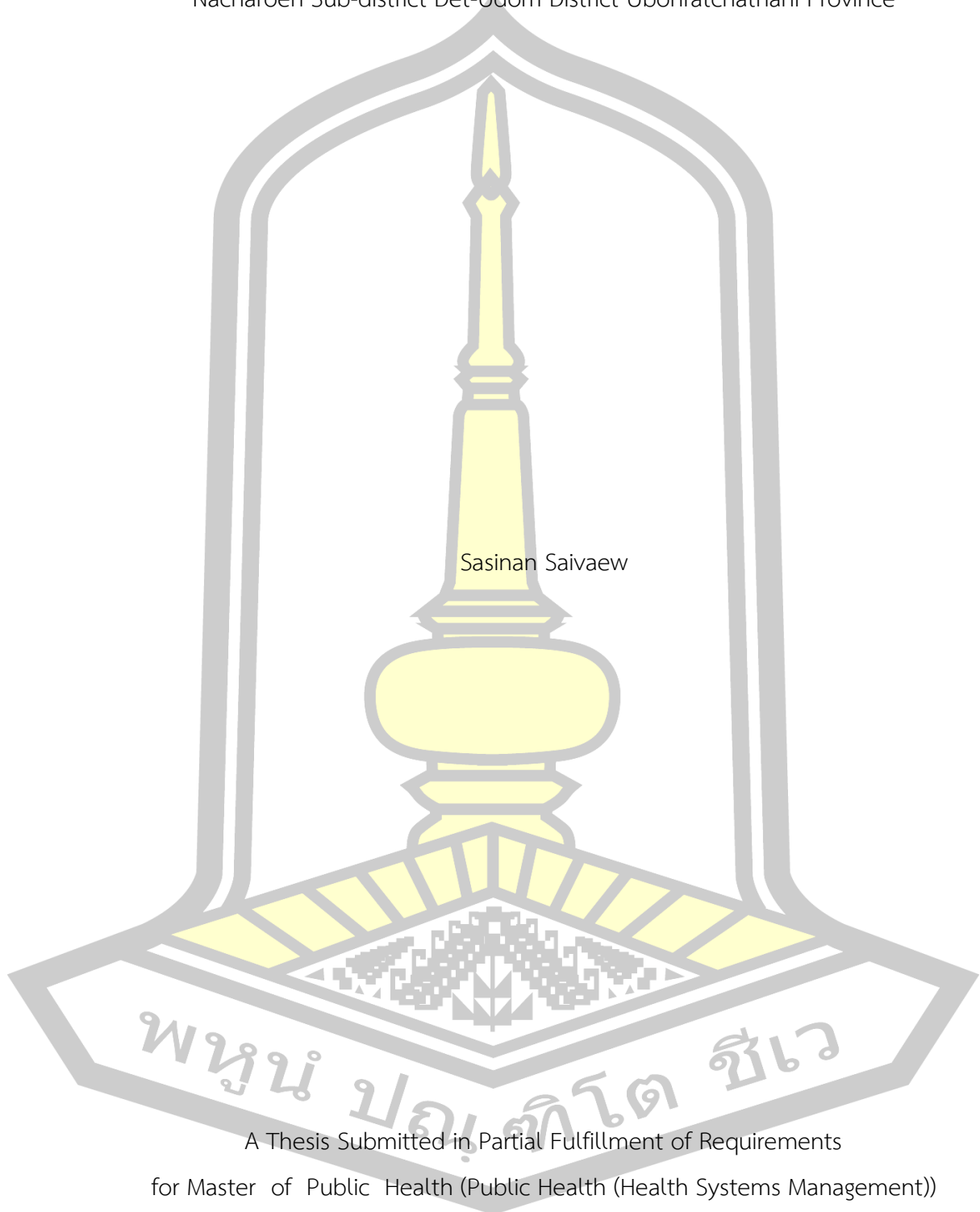
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

มกราคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Development of Long-Term Care Systems for the Dependent Elderly in
Nacharoen Sub-district Det-Udom District Ubonratchathani Province



Sasinan Saivaew

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Systems Management))

January 2021

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวศศินันท์ สายแวง แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....กรรมการ

(อ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้วิจัย	ศศินันท์ สายแวง		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2564

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ และพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 210 คน คือ ภาควิชาการ ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข ภาคท้องถิ่น ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน และภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ได้เริ่มดำเนินการในปี 2561 โดยความร่วมมือของภาควิชาการ และภาคท้องถิ่นเป็นหลัก แต่ภาคประชาชนยังไม่มีบทบาทร่วมดำเนินการชัดเจน เมื่อประเมินความพร้อมและสร้างกระบวนการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี 4 ชั้น คือ 1) ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ เพื่อประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ กำหนดกิจกรรมและโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี 2) ดำเนินโครงการตามกระบวนการที่ได้กำหนด โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามบทบาทหน้าที่ 3) ทุกภาคส่วนร่วมกำกับ ติดตาม ประเมินผล และ

สนับสนุนการดำเนินงานทุกกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ 4) ทุกภาคส่วนร่วมสรุปผลการดำเนินงาน และเสนอแนะแนวทางเพื่อการพัฒนาต่อไป ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญได้รับการดูแลจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านการรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ทุกมาตรฐาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงทำให้การดำเนินกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการดำเนินการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีความต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลระยะยาว



TITLE	The Development of Long-Term Care Systems for the Dependent Elderly in Nacharoen Sub-district Det-Udom District Ubonratchathani Province		
AUTHOR	Sasinan Saivaew		
ADVISORS	Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Systems Management)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2021

ABSTRACT

This study was a participatory action research to study the situation of the dependent elderly care in Nacharoen Sub-district and to develop a long-term care system for dependent elderly in Nacharoen Sub-district, Det-Udom District, Ubonratchathani Province. The 210 participants were selected according to the specified criteria namely academic department consisting of public health academics, the local sector consists of a subcommittee to support long-term care for the dependent elderly, committee of the quality of life development center for older persons in the community, And the public sector consisted of the dependent elderly, the dependent elderly caregivers and village health volunteers. Data were collected by using the observation form participatory survey, questionnaire, recorded discussion and the data analysis group using descriptive statistics including percentage, mean and standard deviation.

The results of the study showed that the care for the dependent elderly in Nacharoen Sub-district was started in 2018. Mainly through the co-operation of the academic and local departments. But the public sector has unclear co-operation role. When assessing readiness and creating a process for developing a long-term care system for the dependent elderly in Nacharoen Sub-district, Det-Udom District, Ubonratchathani Province in 4 steps : 1) Studying context data, analyze the problem

of needs of the dependent elderly, appoint a subcommittee to support the long-term care for the dependent elderly and committee of the quality of life development center for older persons in Nacharoen Sub-district for a workshop planning meeting to define activities and projects to organize long-term care services for the dependent elderly in Nacharoen Sub-district, Det-Udom District, Ubonratchathani Province. 2) Action to the project according to the established process with the participation of all sectors according to their roles and responsibilities. 3) All sectors participate in supervise, monitor, evaluate and support the implementation of all activity to their roles and responsibilities. 4) All sectors participate in summarizing the results of operations and making recommendations for further development. In doing so, the dependent elderly in Nacharoen Sub-district are cared by the dependent elderly long-term care system fund. The dependent elderly, caregivers and stakeholders were satisfied with the development of long-term care system for the dependent elderly. And the long-term care systems for the dependent elderly in Nacharoen Sub-district, Det-Udom District, Ubonratchathani Province can passed the long-term care all standard certification from Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani.

The success factors are the co-operation and support from all sectors. This co-operation making the process of development of long-term care system for the dependent elderly has been the long-term care standard certification and continuity, suitable for the context area of Nacharoen Sub-district, Det-Udom District, Ubonratchathani Province.

Keyword : Development system, Dependent Elderly, Long-Term Care

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรด อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ที่เป็นประธานและคณะกรรมการสอบทั้งเค้าโครงวิทยานิพนธ์และการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ด้านวิชาการต่างๆ และได้ช่วยตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแนะนำข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ภัสทนต์ ผลผดุง นายแพทย์ปฏิบัติการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นางสาวยุพิน สุจินพลัม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี และดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานพัฒนาองค์ความรู้ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่ช่วยปรับแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ ดร.อนิรุทธิ์ ภาวะนา นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ นายเอกพจมานเมธี ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ นางนภาพร สำลีโย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ และคณะผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมวิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา

สุดท้ายขอขอบพระคุณหลวงพ่อบุญ สายแวง คุณแม่จันทิ สายแวง และครอบครัว รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่มิได้เอ่ยนามทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ คอยส่งเสริม สนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ของข้าพเจ้าฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ศศินันท์ สายแวง

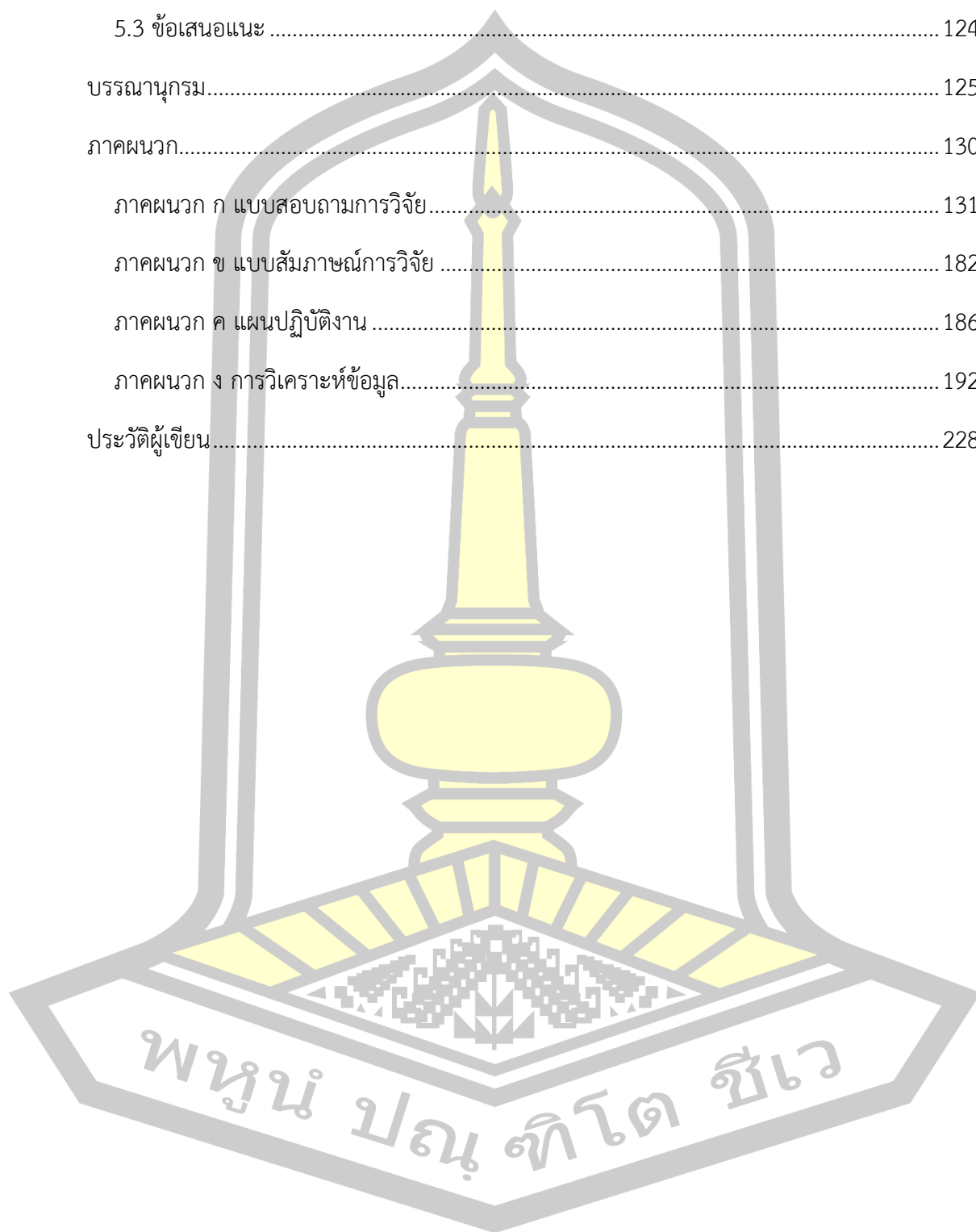
พนุน ปณฺ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามวิจัย.....	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	11
2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ.....	11
2.2 นโยบายและแผนการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย.....	14
2.3 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของประเทศไทย (พ.ศ. 2561 – พ.ศ. 2580).....	18
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	25
2.5 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	35
2.6 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	44
2.7 ตัวชี้วัดตรวจราชการ และเกณฑ์การประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ปี 2562.....	54

2.8 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	57
2.9 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วม	59
2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	66
2.11 กรอบแนวคิดในการวิจัย	71
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	72
3.1 รูปแบบการวิจัย	72
3.2 กลุ่มเป้าหมาย	73
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	75
3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	81
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	83
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	86
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	87
3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	87
3.9 จริยธรรมในการวิจัย.....	87
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย.....	89
4.1 บริบทของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดง อูม จังหวัดอุบลราชธานี	89
4.2 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบล นา เจริญ อำเภอดงอูม จังหวัดอุบลราชธานี	102
4.3 ผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงอูม จังหวัดอุบลราชธานี.....	104
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลนาเจริญ อำเภอดงอูม จังหวัดอุบลราชธานี.....	109
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	115
5.1 สรุปผล.....	116

5.2 อภิปรายผล.....	122
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	124
บรรณานุกรม.....	125
ภาคผนวก.....	130
ภาคผนวก ก แบบสอบถามการวิจัย.....	131
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์การวิจัย.....	182
ภาคผนวก ค แผนปฏิบัติงาน.....	186
ภาคผนวก ง การวิเคราะห์ข้อมูล.....	192
ประวัติผู้เขียน.....	228



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรกลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น (n=16).....	92
ตาราง 2 ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี.....	94
ตาราง 3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี	95
ตาราง 4 ข้อมูลลักษณะทางประชากรกลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน (n=149).....	95
ตาราง 5 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน	97
ตาราง 6 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน.....	98
ตาราง 7 ข้อมูลลักษณะทางประชากรภาคประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=45).....	99
ตาราง 8 การดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ	101
ตาราง 9 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ก่อน – หลังดำเนินโครงการ	106
ตาราง 10 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน ก่อน – หลังดำเนินโครงการ.....	107
ตาราง 11 เปรียบเทียบการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ ก่อน – หลังดำเนินโครงการ	108
ตาราง 12 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ หลังดำเนินโครงการ.....	108
ตาราง 13 ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	193
ตาราง 14 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนดำเนินโครงการ	198
ตาราง 15 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังดำเนินโครงการ.....	202

ตาราง 16 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน ก่อนดำเนินโครงการ (n=149).....	206
ตาราง 17 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน หลังดำเนินโครงการ.....	208
ตาราง 18 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน ก่อนดำเนินโครงการ (n=149).....	210
ตาราง 19 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน หลังดำเนินโครงการ...	213
ตาราง 20 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ.....	216
ตาราง 21 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ หลังดำเนินโครงการ	220
ตาราง 22 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	224
ตาราง 23 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	225
ตาราง 24 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	226
ตาราง 25 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	227



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง.....	36
ภาพประกอบ 2 แสดงผังขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการ LTC ปีงบประมาณ 2562	38
ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย	71
ภาพประกอบ 4 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล นาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี.....	114



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น “สังคมสูงอายุ” (Ageing society) ซึ่งในปี 2561 ประชากรโลกทั้งหมด 7,633 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุ 990 ล้านคน (ร้อยละ 13.00) ตามการคาดประมาณของสหประชาชาติ โลกจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี 2587 เท่ากับว่า โลกจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66,558,935 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รวม 11,136,059 คน (ร้อยละ 16.73) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุ 3,532,115 คน (ร้อยละ 16.04) จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้สูงอายุ 276,628 คน (ร้อยละ 14.73) และอีก 20 ปีข้างหน้า ในปี 2581 ประชากรสูงอายุไทยจะเพิ่มจำนวนขึ้นอีกเกือบเท่าตัว คือเป็น 20 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562)

จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 1,878,146 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 288,747 คน (ร้อยละ 15.37) อำเภอที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 3 อันดับ คือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุ จำนวน 38,353 คน (ร้อยละ 17.07) อำเภวารินชำราบ มีผู้สูงอายุ จำนวน 27,718 คน (ร้อยละ 17.00) อำเภอเดชอุดม มีผู้สูงอายุ จำนวน 25,792 คน (ร้อยละ 14.47) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2563)

อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งหมด 178,268 มีจำนวนผู้สูงอายุ 25,792 คน (ร้อยละ 14.47) ตำบลที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 3 อันดับ คือ ตำบลเมืองเดช มีผู้สูงอายุ จำนวน 5,859 คน (ร้อยละ 17.17) ตำบลกลาง มีผู้สูงอายุ จำนวน 2,046 คน (ร้อยละ 14.13) ตำบลบัวงาม มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,849 คน (ร้อยละ 14.89) ส่วนตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งหมด 7,534 คน เป็นผู้สูงอายุ 969 คน (ร้อยละ 12.86) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2563)

ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีความเปราะบางเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ร่างกายจะเสื่อมถอยและอ่อนแอลง จิตใจมีการแปรปรวน เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง โรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต (วิชาญ ชูรัตน์และคณะ, 2555; นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ และคณะ, 2555) เมื่อร่างกายเกิด

ความเสื่อมถอยย่อมส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง จากสามารถทำได้ด้วยตนเองมาเป็นทำได้แต่ต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วย หรือไม่สามารถทำได้เลย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา รับประทานอาหาร การเดินทางคนเดียว การนั่งยองๆ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) สิ่งที่สูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิต คือ ความสุข อันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (ลัดดา ดำริการเลิศ, 2555) ความต้องการบริการของผู้สูงอายุอาจจำแนกเป็นบริการรักษาภาวะเฉียบพลัน ภาวะเรื้อรัง ภาวะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และในระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative/End-of-Life Care) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) กำหนดยุทธศาสตร์ 5 ด้าน เพื่อยกสถานภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีดัชนีวัดความสำเร็จถึง 60 ตัว ภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” ซึ่งขยายความด้วยการกล่าวถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ สุขภาพกายและจิตใจ ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทร สิ่งแวดล้อมเหมาะสมปลอดภัยและหลักประกันมั่นคง “เชื่อมโยงบริการในสถานพยาบาลไปจนถึงบ้านผู้สูงอายุ” มีนัยสำคัญต่อการตอบสนองการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่กล่าวมา หรืออาจเรียกว่าการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของประเทศไทย (พ.ศ. 2561 - 2580) ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีแผนการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย ซึ่งช่วงวัยผู้สูงอายุจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ มีการทำงานหลังเกษียณ ผ่านการเสริมทักษะการดำรงชีวิต ทักษะอาชีพในการหารายได้ มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ มีการสร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมกับจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ทั้งการลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเสริมสร้างพลังทางสังคม และการเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน ท้องถิ่นในการพัฒนาการพึ่งตนเองและการจัดการตนเอง นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรค เป็นเลิศ) มีจุดเน้นระยะ 18 เดือน 3 ระยะที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง LTC ทั่วประเทศ เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) คือ ระบบการจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีรูปแบบทั้ง ที่เป็นทางการดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม และไม่เป็นทางการดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน ซึ่งมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การขับถ่าย ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย รวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

การพัฒนาการจัดระบบการดูแลระยะยาว คือ การปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ให้มีความชัดเจน ทั้งด้านรูปแบบการจัดระบบการดูแลระยะยาวที่เป็นมาตรฐาน รูปแบบการอภิบาลระบบและการบริหารจัดการในพื้นที่ ชุดสิทธิประโยชน์ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรที่จำเป็นสำหรับการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เครื่องมือต่าง ๆ รวมถึงหลักสูตรในการพัฒนาบุคลากรที่เป็นมาตรฐาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

เป้าหมายหลักของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ คือ “บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแล สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ” โดยเป้าหมายเฉพาะของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง มีระบบส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และการดูแลตามความจำเป็นให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี 2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง 3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร 4) ชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว(Respite Care) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน(Community LTC Center) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care) 5) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึงได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแล ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และ ครอบครัว 2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ หรือชุมชนไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดย

ครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก ระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล และการสนับสนุน เป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง 3) การจัดระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขอาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้าน วิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล 4) ทุกพื้นที่ มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขโดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน (สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 860 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 784 คน (ร้อยละ 91.16) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมด จำนวน 76 คน (ร้อยละ 8.84) จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน จำนวน 66 คน (ร้อยละ 7.68) และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 1.16) และ ปี 2561 พบว่า ในผู้สูงอายุจำนวน 897 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 809 คน (ร้อยละ 90.19) โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด จำนวน 88 คน (ร้อยละ 9.81) จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน จำนวน 76 คน (ร้อยละ 8.47) และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 1.34) ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไป ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจำนวนหนึ่งจะกลายเป็น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น (ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาเจริญ, 2561)

การสำรวจในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2561 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียม ยารับประทาน ยาฉีดประจำตัว รวมทั้งต้องดูแลพาไปตรวจรักษาตามนัด และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงบางรายไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยกลุ่มจิตอาสา ในหมู่บ้าน (อสม.) มาช่วยดูแลเป็นระยะ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด ปอดบวม แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัดตกหกล้ม และปัญหาด้าน สุขภาพจิต เช่น มีความรู้สึกไร้ค่า หดหู่ใจของผู้สูงอายุ รวมถึงอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดเวลาอาจมีความเครียดจากการดูแลระยะยาว และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวได้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ, 2562)

ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ได้มีการดูแลโดยมีศูนย์การ ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care Center ; COC) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ซึ่ง จะมีทีมที่ทำหน้าที่ประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวได้รับบริการ

อย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญซึ่งดูแลประชากรในพื้นที่ตำบลนาเจริญทั้งหมด ได้เริ่มมีการจัดบริการด้วยระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่แล้ว ผลสรุปการประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2562 ของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินรับรอง 10 มาตรฐาน พบว่า พื้นที่ตำบลนาเจริญอยู่ในระดับดีเด่น แต่ยังมี 2 มาตรฐานที่ผ่านเกณฑ์ในคะแนนที่ต่ำ คือ มาตรฐานที่ 1 การพัฒนาข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไม่ครอบคลุมทั้งด้านรายการโรค จำนวน กลุ่มอาการ สมรรถนะ เพื่อใช้เป็นข้อมูลการดูแลและปรับพฤติกรรมผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นผลเชื่อมโยงมาจากมาตรฐานที่ 4 ข้อ 1 ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) เพื่อต่อยอดฟื้นฟูและทดแทนกรณีลาออกหรือย้ายที่ทำงาน ข้อ 2 ด้านสัดส่วนความเพียงพอของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) น้อยกว่าจำนวนผู้สูงอายุตามประกาศกระทรวง ปี 2561 จำนวน 1 : 35-40 คน และสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) น้อยกว่าจำนวนผู้สูงอายุตามประกาศกระทรวง ปี 2561 จำนวน 1 : 10 คน

จากข้อมูลและสภาพปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ สนใจจะศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ให้ได้รับการรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านทุกมาตรฐาน และเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พื้นที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง โดยการขับเคลื่อนของภาควิชาการ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ โดยการจัดสรรบุคลากรสนับสนุนการดำเนินการ ภาคท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ โดยการจัดตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ และภาคประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่เน้นการมีส่วนร่วม โดยผ่านกระบวนการ ร่วมกันคิดวางแผน (Planning) ร่วมกันปฏิบัติ (Action) สังเกต (Observation) และสะท้อนผล (Reflection) ตามแนวคิด PAOR cycle (Kemmis & McTaggart, 1988) ซึ่งการมีส่วนร่วมจะช่วยสร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบ ให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานร่วมกัน เพื่อให้ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกิดความต่อเนื่องและนำไปสู่ผลสำเร็จได้สูงขึ้น

1.2 คำถามวิจัย

ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

1.4.1 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 210 คน ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมในการวิจัย โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากร คือ มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.4.1.1 ภาควิชาการ จำนวน 2 คน ประกอบด้วย

นักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ 2 คน

1.4.1.2 ภาคท้องถิ่น จำนวน 14 คน คือ

- คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จำนวน 9 คน ประกอบด้วย

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ	1 คน
สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม หรือผู้แทน	1 คน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ	1 คน
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเจริญ	2 คน
นักจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager ; CM)	1 คน
ผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG)	1 คน
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ	1 คน
เจ้าหน้าที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ	1 คน

- คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลนา
เจริญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

พระสงฆ์ (เจ้าคณะตำบลนาเจริญ)	1 รูป
รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ	1 คน
ผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG)	1 คน
ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ	2 คน

1.4.1.3 ภาคประชาชน จำนวน 194 คน ประกอบด้วย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG)	3 คน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถให้ข้อมูลได้	45 คน
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน	45 คน
อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)	101 คน

1.4.2 พื้นที่ในการศึกษาวิจัย คือ พื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง เดือนตุลาคม
2563 ระยะเวลา 12 เดือน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care ; LTC) หมายถึง ระบบการจัดบริการ
สาธารณสุข และบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ไม่สามารถ
ช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถ

ช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การขับถ่าย ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย รวมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

1.5.2 การพัฒนาการจักระบบการดูแลระยะยาว หมายถึง การปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีให้มีความชัดเจน ทั้งด้านรูปแบบการจักระบบการดูแลระยะยาวที่เป็นมาตรฐาน รูปแบบการอภิบาลระบบและการบริหารจัดการในพื้นที่ ชุมชนสิทธิประโยชน์ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรที่จำเป็นสำหรับการจักระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เครื่องมือต่างๆรวมถึงหลักสูตรในการพัฒนาบุคลากรที่เป็นมาตรฐาน โดยมีเป้าหมายหลัก คือ “บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแล สูงอายุ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ”

1.5.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.4 ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ หมายถึง ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.5 คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง คณะอนุกรรมการฯ ที่ถูกจัดตั้งภายใต้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีได้รับบริการตามชุมชนสิทธิประโยชน์

1.5.6 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) 0-11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มประกอบด้วย

กลุ่ม 1 คะแนน ADL 5-11 คะแนน สามารถเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่ม 2 คะแนน ADL 5-11 คะแนน สามารถเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่ม 3 คะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการ
 ขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่ม 4 คะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการ
 ขับถ่ายและมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

1.5.7 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager ; CM) หมายถึง
 พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Long - Term
 Care Manager ตามมาตรฐานที่กำหนดและทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้าน
 สาธารณสุข

1.5.8 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่าน
 การอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
 พึ่งพิง และปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)
 เพื่อบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอ
 เดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.9 ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงประจำครัวเรือน หมายถึง ญาติ หรือสมาชิกใน
 ครอบครัว หรือบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้าน ของผู้สูงอายุในพื้นที่
 ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.10 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจาก
 ชาวบ้าน และผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำ
 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้
 การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น
 การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยา
 และเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟู
 สภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัด
 อุบลราชธานี

1.5.11 กลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ หมายถึง ผู้ที่ดำรงตำแหน่งด้านสาธารณสุข ปฏิบัติงาน
 ในพื้นที่ตำบลนาเจริญตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย มีส่วนเกี่ยวข้องในงานเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะ
 พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญที่ไม่เป็นคณะกรรมการอื่นๆ สามารถโต้ตอบสื่อความหมายเข้าใจ และ
 สนใจเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้

1.5.12 กลุ่มเป้าหมายภาคท้องถิ่น หมายถึง ผู้ที่ดำรงตำแหน่งเป็นคณะกรรมการ
 สนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลนาเจริญ สามารถโต้ตอบสื่อความหมายเข้าใจ และสมัครใจเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้

1.5.13 กลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่ไม่ได้เป็นคณะกรรมการอื่นๆ อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ไม่มีภาวะสับสน หรือเจ็บป่วยรุนแรง สามารถโต้ตอบ สื่อความหมายเข้าใจ และสมัครใจเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้

1.5.14 แผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan ; CP) หมายถึง แผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความจำเป็นพื้นฐานของแต่ละบุคคล ที่จัดทำโดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ซึ่งผ่านการประชุมเห็นชอบแผนร่วมกันของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



บทที่ 2

ปรัชญาเอกสารข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญอำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานีผู้วิจัยได้ศึกษา รวบรวมข้อมูล เอกสาร แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในแต่ละส่วน มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- 2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ
- 2.2 นโยบายและแผนการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย
- 2.3 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของประเทศไทย (พ.ศ. 2561 – พ.ศ. 2580)
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- 2.5 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2.6 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2.7 ตัวชี้วัดตรวจราชการและเกณฑ์การประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ปี 2562
- 2.8 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2.9 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วม
- 2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.11 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายผู้สูงอายุ

ปัจจุบันสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอนว่า อายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติข้อมูลและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559)

สำหรับประเทศไทยกำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ใน

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 ได้ให้ความหมายคำที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไว้ดังนี้ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559)

“ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป “สังคมสูงอายุ” และ “สังคมสูงวัย” มีความหมายเหมือนกันและใช้แทนกันได้ ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 ใช้คำว่า “สังคมสูงอายุ”

“สังคมสูงอายุ” (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10.00 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7.00

“สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14.00

“สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28.00 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.00

“สังคมสูงอายุ” (Ageing society) มีความหมายอีกอย่างหนึ่ง คือ สังคมที่ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้นสังเกตได้จากอัตราส่วนร้อยละของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

“อัตราผู้สูงอายุ” หมายถึง ร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด

2.1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็น “สังคมสูงอายุ” (Ageing society) ซึ่งในปี 2561 ประชากรโลกทั้งหมด 7,633 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุ 990 ล้านคน (ร้อยละ 13.00) ตามการคาดประมาณของสหประชาชาติ โลกจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี 2587 เท่ากับว่า โลกจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66,558,935 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รวม 11,136,059 คน (ร้อยละ 16.73) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุ 3,532,115 คน (ร้อยละ 16.04) จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้สูงอายุ 276,628 คน (ร้อยละ 14.73) และอีก 20 ปีข้างหน้า ในปี 2581 ประชากรสูงอายุไทยจะเพิ่มจำนวนขึ้นอีกเกือบเท่าตัว คือเป็น 20 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562)

จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 1,878,146 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 288,747 คน (ร้อยละ 15.37) อำเภอที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 3 อันดับ คือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุ จำนวน 38,353 คน (ร้อยละ 17.07) อำเภวารินชำราบ มีผู้สูงอายุ จำนวน

27,718 คน (ร้อยละ 17.00) อำเภอเดชอุดม มีผู้สูงอายุ จำนวน 25,792 คน (ร้อยละ 14.47) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2563)

อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งหมด 178,268 มีจำนวนผู้สูงอายุ 25,792 คน (ร้อยละ 14.47) ตำบลที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 3 อันดับ คือ ตำบลเมืองเดช มีผู้สูงอายุ จำนวน 5,859 คน (ร้อยละ 17.17) ตำบลกลาง มีผู้สูงอายุ จำนวน 2,046 คน (ร้อยละ 14.13) ตำบลบัวงาม มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,849 คน (ร้อยละ 14.89) ส่วนตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งหมด 7,534 คน เป็นผู้สูงอายุ 969 คน (ร้อยละ 12.86) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2563)

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 860 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 784 คน (ร้อยละ 91.16) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด จำนวน 76 คน (ร้อยละ 8.84) จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน จำนวน 66 คน (ร้อยละ 7.68) และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 1.16) และปี 2561 พบว่า ในผู้สูงอายุจำนวน 897 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 809 คน (ร้อยละ 90.19) โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด จำนวน 88 คน (ร้อยละ 9.81) จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน จำนวน 76 คน (ร้อยละ 8.47) และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 1.34) ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไป ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจำนวนหนึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น (ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาเจริญ, 2561)

การสำรวจในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2561 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือทั้งการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมยารับประทาน ยาฉีดประจำตัว รวมทั้งต้องดูแลพาไปตรวจรักษาตามนัด และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยกลุ่มจิตอาสาในหมู่บ้าน (อสม.) มาช่วยดูแลเป็นระยะ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด ปอดบวม แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัดตกหกล้ม และปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น มีความรู้สึกไร้ค่า หดหู่ใจของผู้สูงอายุ รวมถึงอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดเวลาอาจมีความเครียดจากการดูแลระยะยาว และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวได้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ, 2562)

สรุป สถานการณ์ผู้สูงอายุข้างต้น กล่าวได้ว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ด้วยประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 16.73 จังหวัดอุบลราชธานีจัดเป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุอันดับที่ 5 ของประเทศไทย อำเภอเดชอุดมจัดเป็นอำเภอที่มีประชากรสูงอายุอันดับ 3 ของจังหวัดอุบลราชธานี พื้นที่วิจัยตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2563 มี

ประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 12.86 นอกจากนี้ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ยังพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามอัตราที่เพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุบางรายไม่มีผู้ดูแลประจำ ต้องดูแลตนเอง ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางกายและมีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดเวลา อาจมีความเครียดจากการดูแลระยะยาว และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวได้ ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ยังไม่มีระบบในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ชัดเจน จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้พื้นที่มีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2.2 นโยบายและแผนการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย

รัฐบาลไทย องค์กรเอกชน ประชาชน และสถาบันต่างๆ ได้ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุซึ่งได้ทำประโยชน์ในฐานะ "ผู้ให้" แก่สังคมมาโดยตลอด ดังนั้นจึงควรได้รับผลในฐานะเป็น "ผู้รับ" จากสังคมด้วย ในปี 2542 ประเทศไทยได้มีการจัดทำ ปฎิญาผู้สูงอายุไทย เป็นพันธกรณี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ จึงได้กำหนดสาระสำคัญไว้ดังนี้

ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ บทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกัน อย่างเป็นสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและ บริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถ ปรับบทบาทของตนให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยและตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ตามคตินิยม

ข้อ 6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในสังคมเป็นแหล่งภูมิปัญญาของคน รุ่นหลัง มีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดี และมีเครือข่ายช่วยเหลือกันในชุมชน

ข้อ 7 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุ ผลตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ ค้ำครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทย ที่เน้นความกตัญญูทวดเทวีและเอื้ออาทรต่อกัน

ยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก คือ มาตรการหลักประกันด้านรายได้ เพื่อวัยสูงอายุมาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตมาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคม ตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก คือ มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน และสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ และมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก คือ มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง และมาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก คือ มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก คือ มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลผล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายการพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

สิทธิของผู้สูงอายุตามหลักการขององค์การสหประชาชาติ

การมีอิสรภาพในการพึ่งตนเองผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะได้รับอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอทั้งจากการจัดสรรรายได้ การสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและ ชุมชนตลอดจนการช่วยเหลือตนเอง

- 1) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิและโอกาสได้ทำงาน หรือมีโอกาสดังกล่าวที่สร้างรายได้ทางอื่นให้กับตนเอง
- 2) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิและมีส่วนร่วมในการกำหนดการเกษียณอายุการทำงาน
- 3) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิเข้าถึงโครงการฝึกอบรมและโครงการด้านการศึกษาที่เหมาะสม
- 4) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และสามารถที่จะปรับให้เข้ากับสภาพพึ่งพอใจส่วนบุคคลและความสามารถที่เปลี่ยนไป
- 5) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะพักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การมีส่วนร่วม

- 1) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิคงอยู่ในสังคม และมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการกำหนดและดำเนินนโยบายที่มีผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่อันดีของผู้สูงอายุ รวมทั้งแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะกับคนรุ่นใหม่
- 2) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะแสวงหาและพัฒนาโอกาสในการให้บริการแก่ชุมชน และทำงานอาสาสมัครในตำแหน่งที่เหมาะสมกับความสนใจและความสามารถ
- 3) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะก่อตั้งขบวนการหรือสมาคมเพื่อผู้สูงอายุ

การอุปการะเลี้ยงดู

- 1) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะได้รับการอุปการะเลี้ยงดู และการปกป้องคุ้มครองจากครอบครัวและชุมชนตามคุณค่าวัฒนธรรมของแต่ละระบบสังคม
- 2) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิเข้าถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยให้สามารถและคงไว้หรือฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายจิตใจ และอารมณ์ ให้อยู่ในระดับที่สมบูรณ์ที่สุด และเพื่อช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะเจ็บป่วยอีกด้วย
- 3) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิได้รับบริการทางด้านสังคมและกฎหมาย เพื่อส่งเสริมอิสระภาพในการดำเนินชีวิตการปกป้องคุ้มครองและการอุปการะเลี้ยงดู
- 4) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์ ซึ่งจะให้บริการด้านการปกป้องคุ้มครอง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการกระตุ้นทางด้านจิตใจและสังคมในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และบรรยากาศที่เป็นมิตร ตามความเหมาะสมกับสถานภาพและความต้องการ
- 5) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิมนุษยชนทั้งปวงและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ในขณะที่อยู่ในสถานที่ใดหรือในสถานที่ให้บริการดูแลรักษา รวมทั้งพึงได้รับการยอมรับในศักดิ์ศรี ความเชื่อความต้องการ และความเป็นส่วนตัว ตลอดจนสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการอุปการะเลี้ยงดูและคุณภาพชีวิตของตนเอง

การบรรลุความต้องการ

- 1) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะแสวงหาโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่
- 2) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิเข้าถึงแหล่งการศึกษาวัฒนธรรมความเชื่อทางศาสนา และนันทนาการ

ความมีศักดิ์ศรี

- 1) ผู้สูงอายุพึงมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และมีความมั่นคงปลอดภัยปราศจากการถูกแสวงหาผลประโยชน์ ตลอดจนการปฏิบัติอย่างทารุณทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 2) ผู้สูงอายุพึงได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางวัย เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ภูมิหลัง ศาสนา ความพิการ ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือสถานภาพอื่นใด (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2561)

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า ทั้งรัฐบาล องค์กรเอกชน ประชาชน และสถาบันต่างๆ ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุ จึงมีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และประกาศสิทธิของผู้สูงอายุตามหลักการขององค์การสหประชาชาติ มีการเตรียมการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ พัฒนาคณากรด้านผู้สูงอายุ เตรียมความพร้อมประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับความเคารพรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร ได้รับ

โอกาสในการศึกษาเรียนรู้พัฒนาศักยภาพของตนเอง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคม ได้มีส่วนร่วมในสังคมถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์เป็นแหล่งภูมิปัญญาของคนรุ่นหลัง ได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยและตามความสมัครใจ ได้เรียนรู้การดูแลสุขภาพของตนเอง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจรเท่าเทียม ตลอดจนการดูแลจนถึงวาระสุดท้าย นโยบายและแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเหมาะแก่การนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เกิดความพึงพอใจในระบบบริการ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายอย่างสงบ

2.3 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของประเทศไทย (พ.ศ. 2561 – พ.ศ. 2580)

เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ภายในช่วงเวลาดังกล่าว เพื่อความสุขของคนไทยทุกคน ในบทนี้ผู้วิจัยได้ยกมาเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.3.1 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

ทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญในการยกระดับการพัฒนาประเทศในทุกมิติ ไปสู่เป้าหมายการเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่ขับเคลื่อนโดยภูมิปัญญาและนวัตกรรมในอีก 20 ปีข้างหน้า ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการวางรากฐานการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศอย่างเป็นระบบ โดยจำเป็นต้องมุ่งเน้นการพัฒนาและยกระดับคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่ดี เก่ง และมีคุณภาพพร้อมขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไปข้างหน้าได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่ง “คนไทยในอนาคตจะต้องมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มีธรรมาภิบาล อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม และเป็นพลเมืองดีของชาติ มีหลักคิดที่ถูกต้อง มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21

ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ที่เกี่ยวข้อง คือ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย ตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์ ปฐมวัย วัยเด็ก วัยรุ่น วัยเรียน วัยผู้ใหญ่ วัยแรงงาน และวัยผู้สูงอายุ เพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพ มีทักษะความรู้ เป็นคนดี มีวินัย เรียนรู้ได้ด้วยตนเองในทุกช่วงวัย มีความรอบรู้ทางการเงิน มีความสามารถในการวางแผนชีวิตและการวางแผนทางการเงินที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า รวมถึงการพัฒนาและปรับทัศนคติให้คนทุกช่วงวัยที่เคยกระทำผิดได้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสงบสุขและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ดังนี้

2.3.1.1 ช่วงการตั้งครรภ์/ปฐมวัย เน้นการเตรียมความพร้อมให้แก่พ่อแม่ก่อน การตั้งครรภ์ ส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมการให้สารอาหารที่จำเป็นต่อสมองเด็ก และให้มีการลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัยในทุกด้าน

2.3.1.2 ช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น ปลูกฝังความเป็นคนดี มีวินัย พัฒนาทักษะความสามารถการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ความสามารถในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน มีภูมิคุ้มกันต่อปัญหาหรืออาชญากรรมต่าง ๆ มีความคิด สร้างสรรค์ มีความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น มีความยืดหยุ่นทางความคิด รวมถึงทักษะด้านภาษา ศิลปะ และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี และได้รับการพัฒนาเต็มตามศักยภาพ สอดคล้องกับความสามารถ ความถนัดและความสนใจ รวมถึงการวางพื้นฐานการเรียนรู้เพื่อการวางแผนชีวิตและวางแผนทางการเงินที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัยและนำไปปฏิบัติได้ ตลอดจนการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ที่เชื่อมต่อกับโลกการทำงาน รวมถึงทักษะอาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ มีทักษะชีวิต สามารถอยู่ร่วมและทำงานกับผู้อื่นได้ภายใต้สังคมที่เป็นพหุวัฒนธรรม

2.3.1.3 ช่วงวัยแรงงาน ยกระดับศักยภาพ ทักษะ และสมรรถนะแรงงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับความสามารถเฉพาะบุคคล และความต้องการของตลาดแรงงาน มีการทำงานตามหลักการงานที่มีคุณค่าเพื่อสร้างผลผลิตภาพเพิ่มให้กับประเทศ มีวัฒนธรรมการทำงานที่พึงประสงค์ มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะทางการเงินเพื่อสามารถบริหารจัดการการเงินของตนเอง และครอบครัว มีการวางแผนทางการเงินและการออม การรับผิดชอบของพ่อแม่ต่อครอบครัว มีการพัฒนาระบบการเรียนรู้ และการอำนวยความสะดวกด้านความรู้ เพื่อพัฒนาความรู้ แรงงานฝีมือ ความชำนาญพิเศษ เป็นผู้ประกอบการใหม่ และการพัฒนาต่อยอดความรู้ในการสร้างสรรค์งานใหม่ ๆ รวมทั้งมาตรการขยายอายุการทำงาน

2.3.1.4 ช่วงวัยผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ ส่งเสริมให้มีการทำงานหลังเกษียณ ผ่านการเสริมทักษะการดำรงชีวิต ทักษะอาชีพในการหารายได้ มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ มีการสร้างเสริมสุขภาพ พื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมกับจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม

2.3.2 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

ปัญหาความเหลื่อมล้ำเป็นหนึ่งในความท้าทายที่สำคัญในการพัฒนาและยกระดับประเทศให้สามารถเติบโตได้อย่างยั่งยืน และบรรลุเป้าหมายของการเป็นประเทศที่มีรายได้สูงในอีก 20 ปีข้างหน้า แม้ว่าหลายทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาประเทศให้ก้าวออกจากภาวะความยากจน แต่การแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำและการสร้างความเป็นธรรมนับว่ายัง

ประสบปัญหาท้าทายในหลายมิติ โดยการกระจายทรัพยากรและความมั่งคั่งในสังคมยังคงมีการกระจุกตัวอยู่มาก การกระจายโอกาสของการพัฒนายังไม่ทั่วถึง รวมทั้งโอกาสการถือครองที่ดินและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ แหล่งทุน บริการทางสังคมและกระบวนการยุติธรรมที่มีคุณภาพยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มประชากร โดยเฉพาะในภาคการเกษตรและชนบท ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของภาวะหนี้สิน การอพยพแรงงานเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมและบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการกระจุกตัวในเมืองใหญ่ไม่กี่ยี่สิบปี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว และส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศในระยะยาว และอาจมีความรุนแรงมากขึ้นในสถานะของการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้ ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ที่เกี่ยวข้อง คือ

2.3.2.1 การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรม

1) สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย ทุกเพศ ภาวะ และทุกกลุ่ม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในบริบทของสังคมสูงวัย รวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตและการมีส่วนร่วมเป็นพลังในสังคมสำหรับคนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้พิการและผู้สูงวัย โดยการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสวัสดิการรายบุคคล และการพัฒนาระบบการให้บริการสวัสดิการที่เป็นความร่วมมือระหว่างรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน ธุรกิจ หรือองค์กรประชาสังคม เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบสวัสดิการถ้วนหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เป็นภาระทางการคลังมากเกินไป ส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจในการออมและการลงทุนระยะยาวเพื่อเพิ่มความสามารถในการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจของประชาชนทุกกลุ่มด้วยมาตรการทางภาษีและอื่น ๆ ตลอดจนส่งเสริมให้แรงงาน ทั้งในระบบและนอกระบบเข้าสู่ระบบประกันสังคมอย่างทั่วถึง

2) ลงทุนทางสังคมแบบมุ่งเป้าเพื่อช่วยเหลือกลุ่มคนยากจนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสโดยตรง โดยการจัดให้มีมาตรการพิเศษเพื่อให้สามารถระบุตัวกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ และให้ความคุ้มครองทางสังคมและสวัสดิการอย่างเฉพาะเจาะจงกลุ่มเป้าหมายผู้มีรายได้น้อย ยากจน และผู้ที่ถูกเลือกปฏิบัติซ้ำซ้อน โดยมีเป้าหมายการตัดขาดวงจรความยากจนไม่ให้ส่งต่อจากรุ่นพ่อแม่ไปสู่รุ่นลูกหลาน และช่วยเหลือกลุ่มคนที่เดือดร้อนที่สุด

3) สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการศึกษา โดยเฉพาะสำหรับผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส โดยในด้านบริการสาธารณสุข เน้นการกระจายทรัพยากรและเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล ให้กระจายไปยังพื้นที่อำเภอ ตำบล เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึง การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อยให้ได้รับบริการที่ไม่มีความเหลื่อมล้ำในด้านคุณภาพ รวมทั้งระบบคุ้มครองการรักษาพยาบาลต่อการเจ็บป่วยที่สร้างภาระทางการเงินโดยไม่คาดคิดหรือเกินขีดความสามารถของผู้มีรายได้น้อย สนับสนุนส่งเสริมให้

สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาสถานพยาบาลให้มีคุณภาพและมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรตามมาตรฐานสากลในทุกพื้นที่ และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการให้บริการสาธารณสุข

2.3.2.2 การเสริมสร้างพลังทางสังคม

1) สร้างสังคมเข้มแข็งที่แบ่งปัน ไม่ทอดทิ้งกัน และมีคุณธรรม โดยสนับสนุนการรวมตัวและดึงพลังของภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะการเชื่อมพลังของคนสามวัย คือเยาวชนคนรุ่นใหม่ คนวัยทำงาน และผู้สูงอายุ ให้มาเป็นกำลังของการพัฒนาเพื่อส่วนรวม โดยการสร้างเวทีกลางเป็นพื้นที่สาธารณะ เพื่อปรึกษาหารือปัญหาสาธารณะของพื้นที่ ตั้งแต่ระดับชุมชน ท้องถิ่น อำเภอ จนถึงระดับจังหวัด การสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสร้างกลไกการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ การสนับสนุนกิจกรรมของเด็กและเยาวชนในจังหวัดต่าง ๆ เพื่อฝึกทักษะให้เป็นผู้รุ่นใหม่ในอนาคต ตลอดจนสนับสนุนระบบวิชาชีพเพื่อสังคม การดำเนินงานของภาคประชาสังคม การสร้างเครือข่ายในพื้นที่ รวมถึงการสร้างชุมชนเสมือนบนเครือข่ายสื่อให้เป็นเครือข่ายเรียนรู้ร่วมกันทางสังคมที่ร่วมทำสิ่งที่สร้างสรรค์ และการยกย่องให้คุณค่ากับการทำประโยชน์ร่วมกันเพื่อส่วนรวม

2) การรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยเตรียมพร้อมในทุกมิติ ทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะการออมและการลงทุนระยะยาวของคนตั้งแต่ก่อนเกษียณอายุ พัฒนาระบบและกลไกเพื่อสนับสนุนการปรับตัวของประชากรให้สามารถปรับเปลี่ยนอาชีพให้เหมาะสมตามช่วงอายุ เพื่อยืดช่วงเวลาและเพิ่มโอกาสในการทำงานในยามสูงอายุ และสร้างหลักประกันทางรายได้ให้แก่ตนเองได้นานขึ้น สร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนหรือสถานประกอบการในการเตรียมความพร้อมของแรงงานก่อนวัยเกษียณ การจ้างงานผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับวัยวุฒิ ประสบการณ์และสมรรถนะ ตลอดจนส่งเสริมการสร้างสรรค์เทคโนโลยีและนวัตกรรมสำหรับการส่งเสริมและฟื้นฟูศักยภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำต่อเนื่องทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ รวมทั้งคงไว้ซึ่งบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาสังคม โดยส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้ทุกภาคส่วนมีการจ้างงานผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับวัยวุฒิ ประสบการณ์ และสมรรถนะส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญาและประสบการณ์ และร่วมสร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน เพื่อเพิ่มคุณค่าของผู้สูงอายุ

3) สนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ สนับสนุนการจัดตั้งองค์กรภาคประชาสังคมและองค์กรชุมชนในรูปแบบนิติบุคคลเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างสรรค์ประโยชน์สาธารณะต่าง ๆ รวมทั้งการปรับปรุงระเบียบการใช้งบประมาณและจัดซื้อจัดจ้างของภาครัฐ เพื่อเอื้อให้สามารถสนับสนุนความริเริ่มที่สร้างสรรค์ของภาคส่วนต่าง ๆ

2.3.2.3 การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาการพึ่งตนเองและการจัดการตนเอง

1) ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมในระดับครัวเรือน ให้มีขีดความสามารถในการจัดการวางแผนชีวิต สุขภาพ ครอบครัว การเงินและอาชีพ โดยใช้ข้อมูลความรู้ และการยกระดับการเรียนรู้ของครัวเรือน ทั้งในกลุ่มครัวเรือนภาคเกษตรและอาชีพอื่น ๆ เพื่อปรับการคิดเชิงระบบ การวางแผนอนาคต การออมและการลงทุน การดูแลสุขภาพความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว เพิ่มทักษะทางการเงินและการวางแผนการจัดการที่ดิน ที่อยู่อาศัยและระบบการผลิตด้านอาชีพ เพิ่มความสามารถในการประกอบการธุรกิจ การบริหารจัดการ ตลอดจนพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชนและท้องถิ่น อันเป็นการสร้างการเรียนรู้จากภายในเพื่อสร้างคนที่มีระบบคิดที่มีเหตุผลและพึ่งตนเองได้ตามแนวทางหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

2) เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการพึ่งตนเองและการพึ่งพากันเอง โดยสนับสนุนการรวมกลุ่มของสมาชิกในชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้ชุมชนได้บริหารจัดการและมีส่วนร่วมในกิจการที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยตรง การสนับสนุนการจัดทำแผนแม่บทชุมชนที่สะท้อนปัญหาความต้องการที่แท้จริงของชุมชน โดยมีข้อมูลครัวเรือนเพื่อสนับสนุนการจัดทำแผนและเชื่อมโยงแผนชุมชนกับแผนพัฒนาตำบล แผนพัฒนาอำเภอ แผนพัฒนาจังหวัด แผนพัฒนาภูมิภาค และเชื่อมโยงกับการกำหนดการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกัน ขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือทุกภาคส่วนให้มีเป้าหมายทิศทาง มีความสมดุล มีอิสระและมีอำนาจในการตัดสินใจ โดยมีระบบการติดตามตรวจสอบที่ต่อเนื่องและโปร่งใส ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาตัวชี้วัดและระบบการประเมินความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการยกระดับความเข้มแข็งของชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

3) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อสร้างประชาธิปไตยชุมชน โดยสนับสนุนให้ประชาชนสามารถรวมกลุ่มและมีเวทีกลางเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและเพื่อปรึกษาหารือกิจการที่เป็นประเด็นสาธารณะ สามารถกำหนดเป้าหมายการพัฒนาบนฐานการมีข้อมูลและการใช้เหตุผล และสร้างข้อตกลงร่วมกันที่สามารถผูกพันและตรวจสอบการทำงานของภาครัฐและลดความขัดแย้งได้ อันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างประชาธิปไตยที่ระดับฐานราก และสร้างความสมานฉันท์ ตลอดจนปรับบทบาทภาครัฐให้เป็นฝ่ายสนับสนุนให้ชุมชนจัดการตนเองได้มากขึ้น โดยรัฐเป็นที่ปรึกษาสนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาทักษะในการบริหารจัดการให้กับชุมชน เพื่อเป็นพลังของการพัฒนา

2.3.3 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

ปัจจุบันระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทาง

เทคโนโลยี ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมเพื่อรับมือกับสิ่งต่างๆเหล่านี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมผู้บริหารระดับสูง “การถอยเพื่อทบทวนหรือการถอยตั้งหลัก ก่อนที่จะก้าวต่อไป ข้างหน้า (retreat)” เพื่อทบทวนจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และ ยุทธศาสตร์ขึ้น เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต เมื่อวันที่ 13-14 มกราคม 2529 โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน”

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ช่วงละ 5 ปี เพื่อให้จัดลำดับ ความสำคัญในการทำงาน และการจัดสรรทรัพยากร แบ่งได้เป็น 4 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 ปี 2560 - 2564 เน้นปฏิรูประบบ โดยการปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอีกครั้ง การวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น

ช่วงที่ 2 ปี 2565 - 2569 เน้นสร้างความเข้มแข็ง โดยการจัดโครงสร้างพื้นฐานกำลังคน รวมทั้งระบบการบริหารจัดการ ให้เข้มแข็ง รวมไปถึงระบบควบคุมป้องกันโรค งานอนามัยสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือการทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

ช่วงที่ 3 ปี 2570 - 2574 จุดเน้นสู่ความยั่งยืน เป็นช่วงที่ระบบสุขภาพของไทยต้องมีความยั่งยืนทางการเงิน การคลัง ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะด้านยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ พึ่งพาต่างประเทศให้น้อยที่สุด

ช่วงที่ 4 ปี 2575 - 2579 เน้นการเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย โดยระบบสุขภาพไทยจะต้องเป็นระบบสุขภาพที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ คุณภาพ สังคมมีส่วนร่วมสามารถตรวจสอบได้ ทั้งนี้จะต้องสามารถแข่งขันหรือเทียบเคียงกับนานาชาติได้ โดยตั้งเป้าว่าจะต้องเป็น 1 ใน 3 ของเอเชียใน 20 ปีข้างหน้า

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้แบ่งออกเป็น 4 ยุทธศาสตร์ 16 แผนงาน 48 โครงการ ซึ่งผู้วิจัยจะยกมาเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) ประกอบด้วย

1. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย 3 โครงการ คือ 1) โครงการพัฒนาศักยภาพคนไทย 2) โครงการลดการตายก่อนวัยอันควร 3) โครงการสร้างความเข้มแข็งและความเป็นอยู่ของครอบครัวไทย

2. แผนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 3 โครงการ คือ 1) โครงการการจัดการโรคและภัย สุขภาพ และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข 2) โครงการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนบนผืนแผ่นดินไทย 3) โครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. แผนความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 โครงการ คือ 1) โครงการส่งเสริมและพัฒนาความมั่นคงด้านอาหาร 2) โครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยงต่อโรค 3) โครงการส่งเสริมการจัดการองค์ ความรู้ด้านอาหารศึกษา

4. แผนการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม 3 โครงการ คือ 1) โครงการบริหารจัดการขยะและ สิ่งแวดล้อม 2) โครงการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพภาครัฐ 3) โครงการบริหารจัดการมลพิษทางอากาศ

Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) มีจุดเน้นระยะ 18 เดือน 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย

- พัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง LTC ทั่วประเทศ
- ผู้สูงอายุได้รับการดูแล 100,000 คน
- แผนงานเด็กและผู้สูงอายุร่วมกับ 4 กระทรวง
- จัดการโรคและภัยสุขภาพ : ระบบ EOC, Eliminate
- ลดจุดเสี่ยงบนท้องถนน 5 จุด/จังหวัด

ระยะที่ 2 ประกอบด้วย

- ผู้สูงอายุได้รับการดูแล 250,000 คน
- แผนรองรับบำบัดน้ำเสียได้รับการเห็นชอบจาก ครม.
- แผนงานเด็กและผู้สูงอายุร่วมกับ 4 กระทรวงได้รับความเห็นชอบจากครม.
- พัฒนาแผนงานอาหารปลอดภัย
- ลดจุดเสี่ยงบนท้องถนน 10 จุด/จังหวัด

ระยะที่ 3 ประกอบด้วย

- ผู้สูงอายุได้รับการดูแล 500,000 คน
- มีคลินิกผู้สูงอายุทุกรพ.ทั่วประเทศ
- มีคลินิกกายภาพบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุ ทุก รพ.ทั่วประเทศ
- มีคลินิกแพทย์แผนไทยฟื้นฟูทุก รพ. สต.ทั่วประเทศ

สรุปแล้วยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของประเทศไทย (พ.ศ. 2561 - 2580) ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีแผนการพัฒนาศักยภาพคน

ตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย ซึ่งช่วงวัยผู้สูงอายุจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ มีการทำงานหลังเกษียณ ผ่านการเสริมทักษะการดำรงชีวิต ทักษะอาชีพในการหารายได้ มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ มีการสร้างเสริมสุขภาพ ฟันฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมกับจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ทั้งการลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเสริมสร้างพลังทางสังคม และการเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาการพึ่งตนเองและการจัดการตนเอง นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) มีจุดเน้นระยะ 18 เดือน 3 ระยะที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง LTC ทั่วประเทศ เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ที่กล่าวมาจึงเหมาะที่จะนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ภาวะพึ่งพิง หมายถึง การพึ่งพิงทั้งด้านการเลี้ยงดู การเงิน การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ การพึ่งพิงด้านจิตใจ หมายถึง การให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า การพึ่งพิงด้านสังคม หมายถึง การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือ การร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม

ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุที่สำคัญของประชากรสูงอายุไทย ได้แก่ อัตราส่วนการพึ่งพาในประชากร ภาวะพึ่งพิงในการทำกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพิงในด้านเศรษฐกิจ การพึ่งพิงด้านการดูแล และการพึ่งพิงในทางสังคมและจิตใจ เป็นที่ทราบกันดีว่า โครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การลดลงของประชากรวัยเด็ก ขณะที่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้น และประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ส่งผลให้ไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 17.10 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557)

ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะพึ่งพิงในความหมายของการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปวัดด้วยตัวชี้วัด ADL (Activity Daily Living) เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือ

สุขภาพของการทำงานของร่างกาย (Functional health) ของประชากร บ่งบอกถึงความต้องการการดูแล และการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น

2.4.1 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ

การดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ต้องการความช่วยเหลือในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ขาดคนดูแล หรือญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้ เนื่องจากมีระดับความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงระดับมาก ที่จำเป็นต้องใช้ทักษะทางการแพทย์และต้องการการดูแลในระยะยาว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลในสถานบริบาล นอกจากนี้การดูแลระยะยาวยังเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นได้ทั้งในระยะสั้น หรือในระยะยาวก็ได้ และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

สถานบริการดูแลระยะยาว (institutional long-term care) หมายถึง สถานที่ให้บริการทางเลือกตามชีวิตความเป็นอยู่ (life style) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและความต้องการของผู้สูงอายุตลอดกระบวนการสูงอายุ โดยมีศักยภาพให้บริการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ผู้ให้บริการอาจมาจากภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หรือภาคเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและองค์กรการกุศล

สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยจะประกอบไปด้วย บ้านพักคนชราสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของทั้งภาครัฐ เช่น ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนทั่วไปให้บริการการแบบหวังผลกำไรและองค์กรการกุศลที่ให้บริการโดยไม่หวังผลกำไร มีการให้บริการตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามสถานบริการหลายๆ แห่งทั้งบ้านพักคนชราและสถานบริบาล ได้จัดให้มีการบริการหลายระดับตั้งแต่การช่วยเหลือส่วนบุคคลถึงการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ จึงทำให้ยากต่อการจัดประเภทของสถานบริการนั้นๆ ได้อย่างชัดเจน

ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ มีการบริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ของภาครัฐที่มีอยู่ในปัจจุบันได้แฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่ให้บริการเฉพาะผู้พักอาศัยซึ่งต่อมามีปัญหาทางด้านสุขภาพ ต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก และเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพมากกว่าการดูแลทางด้านสังคม แต่เนื่องจากยังขาดระบบการประเมินระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ที่จะช่วยบ่งชี้ประเภทสถานบริการที่เหมาะสม และ

ยังขาดสถานบริบาลของภาครัฐรองรับ จึงพบว่าผู้ที่มีความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงสูงสุด ยังคงพักอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราแทนที่จะเป็นสถานบริบาลผู้สูงอายุ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2551) นอกจากนี้การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าสถานสงเคราะห์ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนภายหลังออกจากโรงพยาบาล อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น (ทัศนาศูววรรณประภรณ์ ลินจง โปธิบาล และจิตตวดี เจริญทอง, 2551)

2.4.2 การดูแลระยะยาวในชุมชนและครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น บทบาทโดยทั่วไปของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ จึงเป็นบทบาทในการตอบสนองความต้องการและเกื้อหนุน ดูแล ซึ่งหมายถึง การให้ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การดูแลทั้งยามปกติ และเจ็บป่วย โดยบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคม บทบาทของครอบครัวในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ จะประกอบด้วยบทบาท 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ และเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคมและเศรษฐกิจ

บทบาทของครอบครัวที่มีการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆ กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงอำนาจและความรับผิดชอบจากสมาชิกคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง ภายใต้ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ในระยะที่ผู้สูงอายุยังมีสุขภาพที่ดีพอ ไม่อยู่ในสถานะพึ่งพา และยังสามารถในเชิงเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุจะอยู่ในบทบาทของผู้ให้ ผู้มีอำนาจ และผู้เกื้อหนุนแก่สมาชิกในครอบครัว ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในเชิงเศรษฐกิจถดถอยแต่ยังมีสุขภาพดีและไม่ต้องพึ่งพา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังคงดำรงบทบาทผู้ให้และผู้รับที่สมดุลมากขึ้น โดยยังให้การเกื้อหนุนทางสังคมและกายภาพแก่สมาชิกคนอื่นๆ เช่น การดูแลบ้าน การดูแลหลาน เป็นต้น แต่มีการเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบไปยังสมาชิกอื่นต่อไป เริ่มเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมีบทบาทเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม จนเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพและเป็นเหตุให้อยู่ในระยะพึ่งพา ต้องการการดูแลเกื้อหนุน บทบาทของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนชัดเจนจาก “ผู้ให้” เป็น “ผู้รับ” ระยะการเปลี่ยนแปลงนี้อาจสร้างผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว หรืออาจเกิดความขัดแย้งที่รุนแรงขึ้นได้ อันเป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้ที่เคยสามารถเป็นผู้เกื้อหนุนช่วยเหลือ มาเป็นผู้พึ่งพิง ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงผลกระทบที่มีต่อบทบาทและวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งปัญหาเหล่านี้ในวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวเป็นการดูแลลงใน ผู้ดูแลหลักคือ ลูกสาว ภาระการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่นกิจกรรมที่มีความสำคัญ คือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการดูแลนอก ได้แก่ กลุ่มเครือข่าย กลุ่มเพื่อนบ้าน ครัวเรือนแบบชิด กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลายและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ เชื่อมโยง และช่วยเหลือกัน แต่บทบาทและภาระการจัดบริการโดยชุมชนท้องถิ่นยังสามารถกระทำการได้ในวงแคบๆ ไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง และเข้าไม่ถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีความเปราะบาง เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ร่างกายจะเสื่อมถอยและอ่อนแอลง จิตใจมีการแปรปรวน เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวาย โรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต (นภาพรณ หะวานนท์ และ ธีรวัลย์ วรรณโณทัย, 2552) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยย่อมส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงจากสามารถทำได้ด้วยตนเองมาเป็นทำได้แต่ต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วยหรือไม่สามารถทำได้เลย เช่น การทำความสะอาดร่างกายการรับประทานยา รับประทานอาหาร การเดินทางคนเดียว การนั่งยองๆ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) คาดการณ์ได้ว่าภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับประเทศไทยในอนาคต ดังนั้น แนวคิดการดูแลระยะยาว (Long Term Care) จึงได้ถูกนำมาศึกษาและเตรียมการอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ทันรับกับสภาพการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยในอนาคต

2.4.3 แนวคิดการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านกายภาพและการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีปัญหาเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอื่นเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ การพัฒนาระบบควรต้องมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ขณะที่รัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุน ให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแล โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่ไม่สามารถดูแลได้ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2551) เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน มุ่งเน้นด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างหนึ่งที่สังคมต้องปฏิบัติ โดยการดูแลที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การดูแลระยะยาว (Long-

term care) สำหรับผู้สูงอายุ เพราะการดูแลระยะยาวเป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง และมีความรู้สึกมั่นคงในชีวิตมากขึ้น ซึ่งการดูแลระยะยาวมีนักวิชาการหลายคนได้ให้ความหมายที่ใกล้เคียงกัน เรอร์ดอร์ เอช.คอฟ ได้แบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1. รูปแบบผสมผสานระหว่างบ้านและศูนย์บริการ (Integrated Home – Service Center Model) เป็นศูนย์บริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพ และบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุนอกเหนือจากครอบครัว ซึ่งเป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวก และตามความพร้อมอีกทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก สถานที่จัดบริการ คือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการ มีการดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ – ส่ง การจ้างงาน การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์

2. รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน (Congregate Service Model) เป็นการรวบรวมหลายๆบริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐานมากกว่า โดยครอบครัวเข้ามามีบทบาทน้อยเพราะมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการ คือ ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชรา ส่วนรูปแบบในการให้บริการ : อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่ง บริการนี้มีความแตกต่างจาก intergraded home – service center model เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

3. รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่กับสถาบัน โดยสถานที่จัดบริการคือบ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่บริการทางโทรศัพท์ แม่บ้าน อาหาร บริการแม่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เพื่อนเยี่ยมบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่งเพื่อไปรักษาพยาบาล

4. รูปแบบการบริการดูแลในสถานบริการ (Institution Care Model) คือ บริการในสถาบันที่ควรจะเป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟันฟู และการพักผ่อนภายหลังเจ็บป่วย การดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันนี้ต้องอาศัยการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการ คือ หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาในระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการคือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การพยาบาล (nursing care) การดูแลด้านการแพทย์ (Medical care) นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคมอื่นๆ

โดยรวมแล้วรูปแบบการดูแลระยะยาว เป็นการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยจัดบริการทั้งในส่วนของศูนย์บริการของท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นสถานบริการ และในพื้นที่ชุมชน ทั้งบริการที่เกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคล และบริการเพื่อเสริมสิ่งที่ขาดไปจากครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม เป็นการสร้างความมั่นคงในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

2.4.3.1 การดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ

นอกจากการที่ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองแล้วยังสามารถรับการดูแลจากบุคคลอื่นได้ด้วย หรือที่เรียกว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นการกระทำที่ส่งผลในทางบวกมากกว่าทางลบ ซึ่งมีผลให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Cohen & Syme, 1985) ดังนั้น สถาบันครอบครัวจึงเป็นสถาบันหลักในการทำหน้าที่สนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมแก่ผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาวในครอบครัวเป็นบริการที่จัดให้กับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเองได้ดีและ เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม ผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวที่บ้าน จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งกาย จิตใจและ การฟื้นฟู รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางการเงิน กฎหมายและสังคมด้วย ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การดูแลระยะยาวในครอบครัว มีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ (World Health Organization, 2000)

- (1) การประเมินสถานการณ์ปัญหา และการควบคุมให้มีบริการตามที่กำหนดไว้
- (2) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การป้องกันและการบำบัดรักษาตามความจำเป็น
- (3) สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลือกันและกัน และการพิทักษ์สิทธิ์
- (4) การจัดหาเครื่องใช้พื้นฐาน เช่น เครื่องมือช่วยฟัง ช่วยเดิน และยาต่าง ๆ
- (5) การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้มีปัญหาทางจิต เช่น วิกฤตจิต ปัญหาทางจิตอื่น
- (6) การพัฒนาเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการเพื่ออำนวยความสะดวกทางสังคม
- (7) การกำหนดเกณฑ์ทางสังคม และบทบาทในการดูแลของชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นลักษณะของการดำเนินงาน หรือกิจกรรมการให้บริการดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และช่วยให้ครอบครัวได้ดำเนินชีวิตไปได้อย่างปกติ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจึงหมายถึง การดูแลสมาชิกครอบครัวทั้งหมดให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้

วิธีการดูแล ในครอบครัวจึงเป็นการดูแลทั้งการเจ็บป่วย (Diseased Approach) การดูแลเฉพาะราย (Case Approach) และการดูแลสมาชิกทั้งครอบครัว (The Whole Approach)

จะเห็นว่า จุดสำคัญของการดูแลระยะยาวในครอบครัว คือ การจัดบริการสำหรับบุคคลที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถดูแลตนเองให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังนั้น การบูรณาการระบบบริการจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ในระบบการดูแลระยะยาว เพราะการบูรณาการวิธีการดูแลให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะทำให้เกิดผลดีในด้านการรักษาพยาบาล เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการและสามารถลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและภาครัฐได้มาก

2.4.3.2 การจัดการบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

การดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทยยังคงเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลที่ไม่ใช่พยาบาลแบบวิชาชีพ ขณะนี้การดูแลสุขภาพมีลักษณะครอบคลุมถ้วนหน้า แต่ยังไม่ได้ให้ความครอบคลุมไปถึงการดูแลระยะยาว ขณะที่การบริการทางสังคมจัดให้เฉพาะผู้ที่สามารถดูแลกิจวัตรส่วนบุคคลได้ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นบทบาทของครอบครัวเท่านั้น ที่ต้องให้การดูแลทางกายและจิตใจ และให้การสนับสนุนทางการเงินอีกด้วย บริการทางการแพทย์ที่รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก ได้ขยายขอบเขตครอบคลุมไปถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ที่ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด

นอกจากนั้น กรมอนามัย ได้มีการดำเนินการโครงการ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน” โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นการลดอัตราเสี่ยง ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมถึงเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวล ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งการดูแลในลักษณะดังกล่าวนี้ จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายที่รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าเสียโอกาสของญาติ และผู้ดูแล อีกทั้งเป็นการลดจำนวนเตียงผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล และยังเป็นการเพิ่มการหมุนเวียนของอัตราเตียงว่างเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินด้วย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2548) โดยการให้บริการดูแลที่บ้านนั้น ผู้ป่วยสูงอายุโดยมากเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น เป็นผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง มีท่อสายยางติดตัว เป็นผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งการให้บริการโดยทั่วไปของโครงการดังกล่าว คือ การจัดการบริการโปรแกรมดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) การตรวจสุขภาพ การแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การบริการพยาบาลผู้ป่วย รวมถึงมีการบริการสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ (สมาคมพัฒนาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2553)

ด้านการให้บริการด้านสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มอบหมายให้กรมพัฒนาสังคม และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ เป็นผู้ดำเนินงานหลักในการ กำหนดนโยบายและจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ โดยภารกิจที่เกี่ยวข้องกับบริการในชุมชนและครอบครัวที่สำคัญ คือ ภารกิจของศูนย์ในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีปรัชญาพื้นฐานที่ว่า ควรมีการเสริมสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุภายใน ชุมชนของตนเอง นอกนั้นเป็นบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่รับผิดชอบการ จ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ การสงเคราะห์ในด้านปัจจัย 4 การส่งเสริมการรวมกลุ่ม และกิจกรรมทาง สังคมต่างๆ จากบริการของหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในครอบครัวและชุมชนดังกล่าว จะเห็นว่า ยังอยู่ในระหว่างการริเริ่มดำเนินการ ยังมีได้มีรูปแบบที่ เหมาะสมในสังคมไทย

2.4.3.3 การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อรองรับนโยบายอัน นำไปสู่เป้าหมายสุดท้ายที่กระทรวงฯ ต้องการ คือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดีโดยการมีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพตนเอง บุคลากรจำเป็นต้องปรับกระบวนทัศน์ทางความคิดให้ไปในทิศทางเดียวกับหลัก แนวคิดการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามที่กำหนด คือ เป็นผู้นำนโยบายของ กระทรวงฯ ไปสู่การปฏิบัติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการบริหารจัดการภายใต้ความคิดเห็น ของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหลายๆ ภาค ส่วน รับผิดชอบภารกิจการส่งเสริมสุขภาพ รักษา พยาบาล ควบคุมป้องกันโรค พื้นฟูสุขภาพ คุ้มครอง ผู้บริโภค เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงถึงการมีส่วนร่วม ระหว่างประชาชน ครัวเรือน ชุมชน โดยดึงให้มามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อนำไปสู่ “การ สร้างสุขภาพแนวใหม่” ที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของประชาชนที่ครอบคลุมทุกมิติทั้ง กาย ใจ สังคม และ วัฒนธรรม รวมถึงเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนที่ เกี่ยวข้องเพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนมี 3 ส่วนหลัก (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดาริกการเลิศ, 2553) ดังนี้

1. ภาคีหลัก 3 ภาคีสองประสานที่สำคัญในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่นภาคีบริการสุขภาพและภาคีบริการสังคม
2. เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุขจัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ และความสูงอายุเสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับ ผู้สูงอายุ

3. รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ “รพ.สต.เอื้ออาทรผู้สูงอายุ”

- 1) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุคือบุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ
- 2) ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุคือหน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการที่นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้ว่ามีกระบวนการทำอย่างเป็นระบบและครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มผู้สูงอายุ
- 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้และต้องเอาใจใส่ทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการในชุมชนและที่บ้าน

2.4.4 แนวคิดของการจัดระบบบริการสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในชุมชนจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจอันเป็นผลมาจากจากสภาวะทุพพลภาพหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือสภาวะการสูงอายุ

ศิริธานี ศรีหาคาศ และคณะ (2556) สรุปไว้ว่า จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นจนทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ประสบปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะความเสื่อมถอยด้านสุขภาพจนนำไปสู่ปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและต้องการการดูแลจากผู้อื่นทั้งการดูแลทางเศรษฐกิจด้านสังคมและด้านสุขภาพทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุครอบครัวและประเทศซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่นำไปสู่การพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุมี 4 สาเหตุหลักดังนี้

- 1) โรคเรื้อรังโรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายเกิดพยาธิสภาพทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกายที่เจ็บป่วยทำให้เกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจและนำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน
- 2) ภาวะสมองเสื่อมเป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้เป็นกระบวนการคิดการเรียนรู้ และการจดจำที่เป็นผลจากเหตุทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุเอง
- 3) การหกล้มในผู้สูงอายุระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทั้งรูปร่างและโครงสร้างเปลี่ยนแปลง ความแข็งแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงโอกาสเกิดการได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะการหกล้มมีสูง การหกล้มทำให้เกิดความกลัวต่อการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม จึงทำให้เกิดการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทำให้ความสมดุลของการควบคุมร่างกายเสียไปจนนำมาสู่ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

4) อายุเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้นจะมีผลให้ร่างกายเกิดกระบวนการทุพพลภาพและทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกระบวนการชราภาพ ทำให้เกิดการ ทำงานของระบบประสาทสัมผัสและประสาทสั่งการลดลง เกิดกระบวนการเสื่อมของระบบหายใจและหัวใจระบบกระดูกและกล้ามเนื้อและระบบประสาทเป็นต้น

นอกจากนี้ ศิริราณี ศรีหาคาค และคณะ (2556) สรุปแนวทางการดูแลระยะยาวได้ 6 ประการ ดังต่อไปนี้

- 1) เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพที่ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ
- 2) เป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง
- 3) กิจกรรมการดูแลที่มีความหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือเสื่อมความสามารถในการกระทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคมได้แก่การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่นการกินอาหารอาบน้ำแต่งตัวช่วยพาไปห้องน้ำการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากเตียงหรือเก้าอี้
- 4) เป็นการบริการที่เกิดขึ้นที่บ้านในชุมชนหรือในสถาบันเช่นครอบครัวสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุสถานดูแลผู้สูงอายุกลางวันโรงพยาบาล Nursing Home
- 5) เป็นบริการที่จัดขึ้นโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการได้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อนบ้านอาสาสมัครในชุมชนและผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น สหสาขาวิชาชีพและผู้ช่วยด้านสุขภาพสังคมและอาชีพอื่นๆ
- 6) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ระยะยาวในการดูแลการฟื้นฟูการบำบัดรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

สรุปได้ว่า ระบบการดูแลระยะยาว เป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก ของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยใช้คะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) ตามกลุ่มศักยภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้ประยุกต์ขึ้น คะแนน 0 - 11 คะแนน เป็นเกณฑ์ การดูแลระยะยาวยังเป็นการให้บริการผู้สูงอายุที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นได้ทั้งในระยะสั้นหรือในระยะยาว และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ จาก

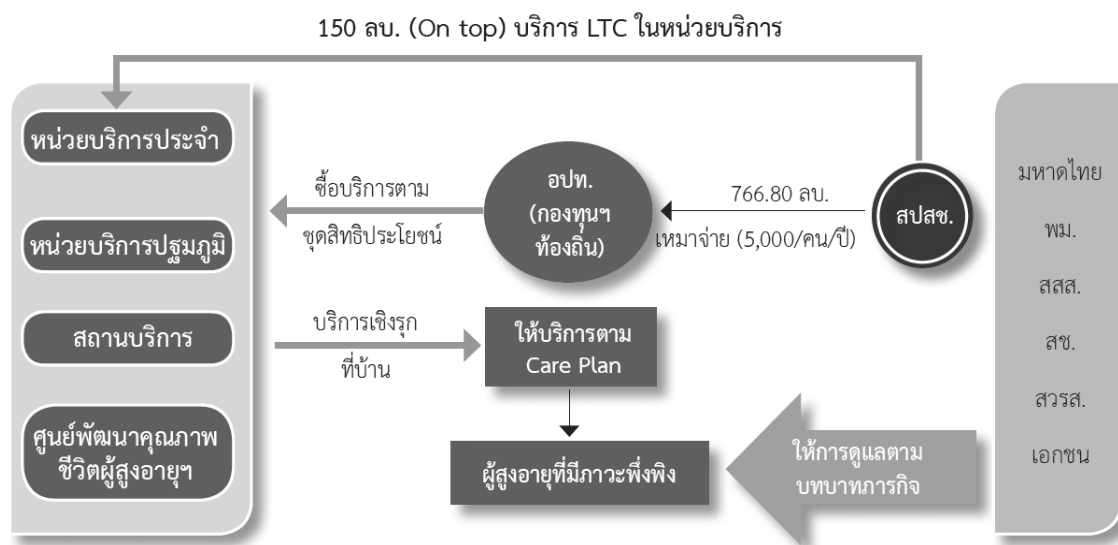
แนวคิดการดูแลระยะยาวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

2.5 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และมาตรฐานอย่างทั่วถึง และประชาชนไม่ล้มละลายหรือยากจนลงจากภาระค่ารักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2562 ส่วนใหญ่เหมือนปีที่ผ่านมา ยกเว้น บางรายการที่ถูกปรับปรุงรายละเอียดเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทาง นโยบายรัฐบาล สิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งปีงบประมาณ 2563 ได้ปรับปรุงการบริหาร ค่าบริการ สาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ดังนี้

2.5.1 วัตถุประสงค์ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) 0 - 11 คะแนน ได้รับการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในระยะแรกหน่วยบริการจะเป็นหลักในการจัดบริการและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อในระยะต่อไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการให้เกิดบริการดูแลระยะยาวฯ เชิงรุกที่บ้านหรือที่ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟู คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการในพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

2.5.2 วงเงินงบที่ได้รับ ปีงบประมาณ 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าบริการ LTC) จำนวน 916.8000 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) เป้าหมายจำนวน 152,800 คน โดยกรอบการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ที่มา : คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

2.5.3 แนวทาง เงื่อนไข และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีเจตนารมณ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯ ท้องถิ่น) ซึ่งมีความพร้อม ความเหมาะสม และได้แสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงาน ให้ได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการ LTC โดยมีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

2.5.3.1 จำนวน 150.0000 ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่ (ยกเว้น พื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร) ที่เข้าร่วมดำเนินการบูรณาการการดูแลระยะยาวฯ ในชุมชน และบริการสุขภาพชุมชน แห่งละ 100,000 บาท โดยจ่ายตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป้าหมาย และสามารถปรับจ่ายเพิ่มเติมแบบขั้นบันไดตามจำนวนเป้าหมายได้ โดยขอเขตการดำเนินงาน มีดังนี้

1) จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิ ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยแบ่งผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุ

ต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิ ออกเป็น 4 กลุ่มและประเมินความต้องการการบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้ง ให้ลงทะเบียนข้อมูลในโปรแกรมผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง

2) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan: CP) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ ท้องถิ่น

2.5.3.2 จำนวน 741.8000 ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนฯ ท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินการ ดูแลระยะยาวฯ ในอัตรา 5,000 บาท/คน/ปี ทั้งนี้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

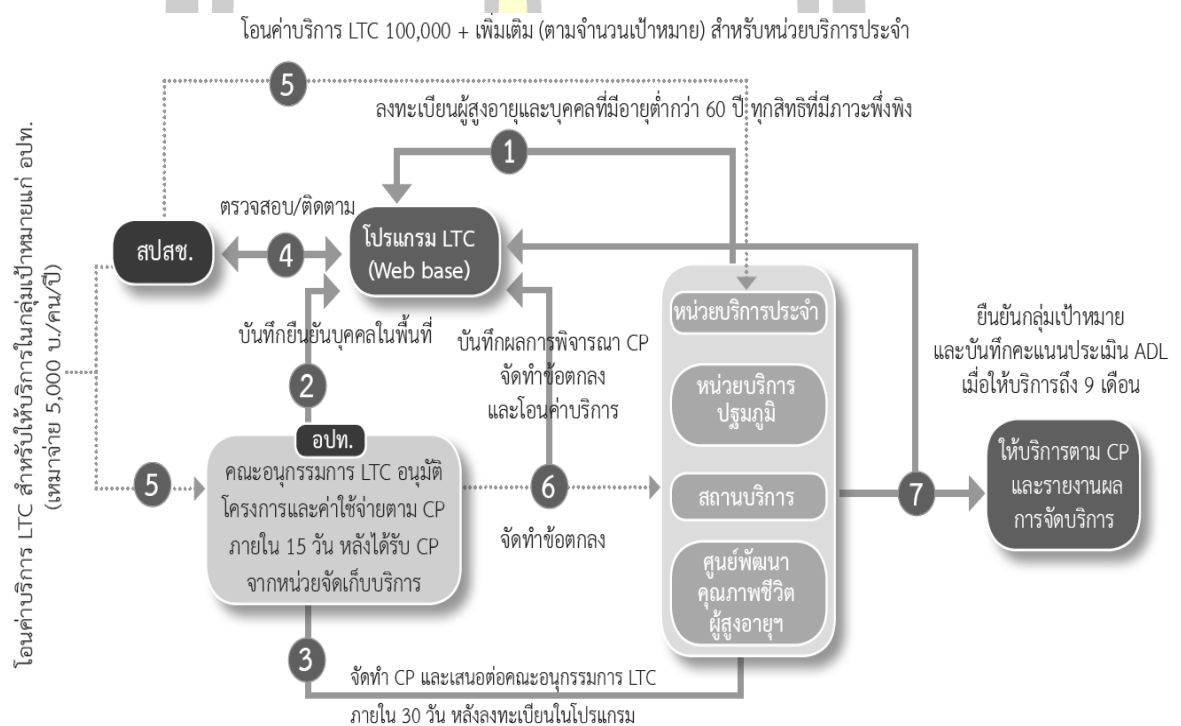
2.5.3.3 จำนวน 25.0000 ล้านบาท จัดสรรสำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อสนับสนุนกรุงเทพมหานคร ในการดูแลผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ สำนักงานฯ สามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง ขั้นตอนการดำเนินงานการโอนค่าบริการ LTC ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่ และการโอนค่าบริการ LTC (เหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี) ให้กับกองทุนฯ ท้องถิ่น รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562

2.5.4 การบริหารจัดการค่าบริการ LTC ปี งบประมาณ 2562 มีดังนี้

เพื่อให้การบริหารจัดการระบบบริการ LTC เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การพิจารณาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปีงบประมาณ 2562 จึงเน้นการจัดบริการต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่เดิม (ปี 2559-2561) กรณีจะขยายการให้บริการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่ใหม่ ให้คำนึงถึง ความสมัครใจ ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความพร้อมของเอกสารประกอบการ ดำเนินการด้านธุรกรรมทางการเงิน ความพร้อมของ CM และ CG ที่ผ่านการอบรมแล้ว กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่ใหม่ให้ส่งหนังสือแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงาน และเปิดบัญชีเงินฝาก กับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ประเภทเงินฝากออมทรัพย์ โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (...ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง” แยกออกจากบัญชีกองทุนฯ ท้องถิ่น กรณีมีความจำเป็นไม่อาจเปิดบัญชีกับ ธกส. ให้เปิดบัญชี กับธนาคารของรัฐอื่นได้ โดยเป็นไปตามข้อตกลงระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลังจากนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต รวบรวมส่งเอกสารให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง เพื่อโอนค่าบริการฯ ต่อไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

2.5.5 ขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการ LTC ปี งบประมาณ 2562

ปีงบประมาณ 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปรับปรุงขั้นตอนการบริหารจัดการระบบบริการ LTC ให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น โดยได้นำโปรแกรม LTC มาใช้สำหรับลงทะเบียนรายบุคคลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิ ที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11) เพื่อเป็น ฐานข้อมูลสำหรับการตรวจสอบสิทธิ สถานะของการมีชีวิต และข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่จำเป็น เพื่อประโยชน์ในการสนับสนุนค่าบริการ LTC ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่ และกองทุนฯ ท้องถิ่น รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดูแลในระยะยาวในพื้นที่ สรุปรวมด้วยมีรายละเอียด ดังนี้



..... : การโอนบ
 กลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป/มีชีวิต/สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/คะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 กรณีไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายให้ใช้งบกองทุนฯ ท้องถิ่น

ภาพประกอบ 2 แสดงผังขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการ LTC ปี งบประมาณ 2562

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2562)

การเข้าใช้งานโปรแกรม LTC มีขั้นตอนการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 7 ขั้นตอน โดยเข้าไปที่ <http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/login> ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 หน่วยจัดบริการ (หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/สถานบริการ) ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สรรวจและประเมินผู้สูงอายุ

และบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีทุกสิทธิ ที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์) หลังจากได้ผลการประเมิน ให้หน่วยจัดบริการลงทะเบียนผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตรวจสอบข้อมูลที่หน่วยจัดบริการลงทะเบียนและบันทึกโปรแกรมฯ เพื่อยืนยันบุคคลในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 ให้หน่วยจัดบริการเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และ CP พร้อมค่าบริการเหมาจ่ายต่อรายต่อปีตามชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ LTC ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายรายใหม่และรายเก่าภายใน 30 วัน หลังลงทะเบียนในโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลที่ผ่านมาเงื่อนไขการจ่าย (อายุ 60 ปีขึ้นไป/มีชีวิต/สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/คะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11) การดำเนินการขั้นตอนนี้จะขนานไปกับขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนค่าบริการ LTC ดังนี้

5.1 โอนให้กับกองทุนฯ ท้องถิ่น (เหมาจ่าย 5,000 บาท/คน/ปี) โดยใช้ข้อมูลการลงทะเบียนในโปรแกรมฯ และผ่านเงื่อนไขการจ่าย แบ่งเป็น 12 งวด

ขั้นตอนที่ 6 ให้คณะกรรมการ LTC พิจารณานุมัติโครงการฯ และค่าใช้จ่ายตาม CP ภายใน 15 วัน หลังได้รับ CP จากหน่วยจัดบริการ รวมทั้งจัดทำข้อตกลงและโอนงบบค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ให้กับหน่วยจัดบริการ หลังจากได้ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ LTC ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บันทึกผลการพิจารณา CP/วันที่จัดทำข้อตกลงในโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 7 หน่วยจัดบริการบันทึกและรายงานผลการดูแลตาม CP ดังนี้ เมื่อดูแลถึง 9 เดือน ให้บันทึกผลการประเมิน ADL กลุ่มเป้าหมายในโปรแกรมฯ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยืนยันเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าบริการฯ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับค่าบริการฯ ต่อเนื่อง ให้หน่วยจัดบริการจัดทำ CP เพื่อยืนยันขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฯ ท้องถิ่นก่อนสิ้นสุดโครงการฯ ดูแลครบ 1 ปี ให้รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อทราบผลการดำเนินงาน

2.5.6 การบริหารจัดการงบบค่าบริการ LTC กรณีเงินค่าบริการ LTC เหลือ มีดังนี้

2.5.6.1 กรณีค่าบริการ LTC ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเหลือเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนสิทธิการรักษา สูญหาย หรือเสียชีวิต ให้หน่วยจัดบริการค้นหาเป้าหมายรายใหม่ เพื่อทดแทนรายเก่าและลงทะเบียนรายทดแทนในโปรแกรมฯ โดยหน่วยจัดบริการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็น ผู้บันทึกไม่ขอรับการสนับสนุนค่าบริการฯ และหน่วยจัดบริการจัดทำ CP รายทดแทน เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ LTC พิจารณา

อนุมัติต่อไป กรณีไม่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำงบค่าบริการ LTC ไปใช้สำหรับการดำเนินงานดูแลระยะยาวฯ ในปีถัดๆ ไป

2.5.6.2 กรณีเงินค่าบริการ LTC ที่หน่วยที่จัดบริการได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเหลือ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงสูญหายหรือเสียชีวิตก่อนหรือระหว่างการให้บริการดูแลตาม CP ให้หน่วยจัดบริการบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวตามระเบียบ หลักเกณฑ์ วิธีปฏิบัติที่หน่วยงานนั้นถือปฏิบัติ เนื่องจากค่าบริการดูแลระยะยาวฯ ที่จ่ายให้เป็นการเหมาจ่าย/คน/ปี จึงไม่ต้องส่งคืนกองทุนฯ ท้องถิ่น

2.5.7 การให้บริการฯ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย

กรณีพบว่ามิบุคคลที่อายุต่ำกว่า 60 ปี หรืออายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่ใช่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยจัดบริการอาจจัดทำโครงการและ CP เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฯ ท้องถิ่น เพื่อพิจารณาสนับสนุนจากงบบัญชีกองทุนฯ ท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ท้องถิ่น โดยนำชุดสิทธิประโยชน์ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดมาใช้ในการสนับสนุน ทั้งนี้ ต้องคำนึง ถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับรวมถึงเงินกองทุนฯ ท้องถิ่นที่มีอยู่

2.5.8 การกำกับติดตามและประเมินผลการจัดสรร

2.5.8.1 ตัวชี้วัด : อัตราผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการตาม Care plan ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ อปท.โอนค่าบริการ LTC ให้หน่วยจัดบริการในปีงบประมาณ 2562

X 100

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อปท.ที่ได้รับค่าบริการ LTC จาก สปสช.ในปีงบประมาณ 2562

2.5.8.2 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

2.5.8.2.1 ระดับประเทศ มีดังนี้

1) กลไกคณะกรรมการร่วมระหว่าง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) กลไกคณะทำงานขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงาน LTC ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) กลไกคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) กลไกคณะทำงานร่วมระหว่างกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5) การตรวจเยี่ยมพื้นที่โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง

2.5.8.2.2 ระดับพื้นที่ มีดังนี้

- 1) กลไกคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต
- 2) กลไกคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.)
- 3) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 4) การประเมินผลอาจประสานหน่วยงานวิชาการภายนอกประเมินผลตามความจำเป็น

5) การตรวจเยี่ยมพื้นที่โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

2.5.8.3 การใช้ข้อมูลจากโปรแกรม LTC และรายงานบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ การเกษตร

2.5.9 การบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ 2563

เพื่อความครอบคลุมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้แก้ไขกลุ่มเป้าหมาย คือ “ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในชุมชน ทุกสิทธิการรักษา ทุกเพศ ทุกวัย” ซึ่งเริ่มประกาศใช้ในปีงบประมาณ 2563 โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

2.5.9.1 วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์ ธอลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ที่เป็นประชาชนไทยทุกสิทธิและทุกกลุ่มวัยที่ได้รับการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์

2.5.9.2 วงเงินที่ได้รับ

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เป็นงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับประชาชนไทยทุกคนและ ทุกกลุ่มวัย ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อ ระหว่างบ้าน ชุมชน หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ โดยในปีงบประมาณ 2563 ได้รับงบประมาณจำนวน 1,025.5560 ล้านบาท

2.5.9.3 แนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ

การบริหารจัดการ การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน จ่ายให้หน่วยบริการและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีแนวทางการบริหารจัดการ ตามกรอบแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการ ดังนี้

(1) หน่วยบริการ

(1.1) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1-12 โดยจ่ายให้ หน่วยบริการที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแห่งละ 100,000 บาท และจะจ่ายเพิ่มเติมตามจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)

(1.2) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร ตาม จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในอัตรา 1,000 บาทต่อคน

ขอบเขตการดำเนินงานของหน่วยบริการ มีดังนี้

1) จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการคัดกรองประชาชนในพื้นที่ทุกสิทธิ และทุกกลุ่มวัย ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยแบ่งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ออกเป็น 4 กลุ่ม และประเมินความต้องการ การบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งให้ลงทะเบียนข้อมูลในโปรแกรมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (โปรแกรม LTC)

2) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

(2) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในอัตรา 5,000 บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องและตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนด ซึ่งสามารถปรับเกลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการข้อ 1 ถึง 2 ได้ตามผลงานบริการ ที่เกิดขึ้นจริง การโอนจะมีขั้นตอนการดำเนินงานการโอนค่าบริการ ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่ และการโอน ค่าบริการให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563

2.5.9.4 การกำกับติดตาม ประเมินผล

(1) ตัวชี้วัด: อัตราผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้รับการตาม

Care plan

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงที่ อปท.โอนค่าบริการให้หน่วยจัดบริการปี 2563}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงของ อปท. ที่ได้รับค่าบริการจาก สปสช. ปี 2563}} \times 100$$

(2) การกำกับติดตาม และประเมินผล

ระดับประเทศ มีดังนี้

1) กลไกคณะกรรมการร่วมระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) กลไกคณะทำงานขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงาน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3) กลไกคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4) กลไกคณะทำงานร่วมระหว่างกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5) การตรวจเยี่ยมพื้นที่โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง

ระดับพื้นที่ มีดังนี้

1) กลไกคณะทำงานร่วมฯ ระดับเขต 2) กลไกคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.) 3) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) การประเมินผลอาจประสานหน่วยงานวิชาการภายนอกประเมินผลตามความจำเป็น 5) การตรวจเยี่ยมพื้นที่โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

โดยสรุป กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ด้วยงบประมาณจากกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามรายหัวประชากรที่มีภาวะพึ่งพิงแบบเหมาจ่าย ในอัตรา 5,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งต้องได้จากการประเมินความต้องการการบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ และลงทะเบียนข้อมูลในโปรแกรม LTC โดยการดำเนินการเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ซึ่งขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการ LTC ปี งบประมาณ 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปรับปรุงขั้นตอนการบริหารจัดการงบบริการ LTC ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยนำโปรแกรม LTC มาใช้

สำหรับลงทะเบียนรายบุคคลผู้สูงอายุและบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ทุกสิทธิที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการตรวจสอบสิทธิ สถานะของการมีชีวิต และข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่จำเป็น เพื่อประโยชน์ในการสนับสนุนค่าบริการ LTC ให้กับหน่วยบริการประจำในพื้นที่ และกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดูแลในระยะยาวในพื้นที่ นอกจากนี้ คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563 ยังได้ปรับปรุงการบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อความครอบคลุมผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้แก้ไขกลุ่มเป้าหมาย คือ “ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในชุมชน ทุกสิทธิการรักษา ทุกเพศ ทุกกลุ่มวัย” จากกระบวนการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

2.6 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ ประสบความสำเร็จ และเกิดความต่อเนื่อง จึงมีการบันทึกความร่วมมือ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.6.1 ตามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบบูรณาการในพื้นที่ ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2558 ได้กำหนดบทบาทและภาระหน้าที่ของทั้งสี่ฝ่ายดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

1. กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมและจัดให้หน่วยงานและหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบลให้สามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความพร้อมความ เหมาะสมและตามภารกิจที่ตกลงกัน

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- (1) ส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของ ประชาชน ในท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้จัดตั้งระบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในพื้นที่ และสามารถบริหารจัดการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

(2) จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการและกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในพื้นที่ ตามภารกิจที่ ตกลงกันตามกรอบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

(3) ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอันเกิดจากการดำเนินงานและบริหารจัดการให้ลุล่วงไปได้ด้วยความรวดเร็วไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

3. สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่

2.6.2 ตามข้อตกลงดำเนินงานร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบบูรณาการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2559 ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2559 กำหนดบทบาทและภาระหน้าที่ของทั้งสองฝ่าย ดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2.6.2.1 กระทรวงสาธารณสุข

ส่งเสริมและจัดให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความร่วมมือและสนับสนุนช่วยเหลือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะมอบหมายให้หน่วย บริการในสังกัดดำเนินการดังนี้

(1) เตรียมความพร้อมของระบบบริการเพื่อรองรับการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รวมทั้งประสาน และสนับสนุนด้านวิชาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสาสาธารณสุข เพื่อจัดบริการด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูง อายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

(2) จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมิน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธ

เอดีแอล และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ต่อไป

(3) จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และรับค่าบริการตามอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 และเอกสารแนบท้าย

(4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

2.6.2.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(1) สนับสนุนงบประมาณแต่ละปีให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมดำเนินงาน ระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามภารกิจในข้อ 1

(2) ดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาและสนับสนุนด้านอื่นๆ ให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ อันเกิดจากการดำเนินงานและ บริหารจัดการให้ลุล่วงไปได้ด้วยความรวดเร็วไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามภารกิจที่ตกลงกัน

2.6.2.3 หน่วยบริการ สถานบริการ และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

(1) จัดบริการเชิงรุก/บริหารการจัดบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแล โดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุทั้งบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม

(2) จัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ร่วมกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

(3) จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับตำบล กระตุ้นภาคีเครือข่ายในระดับตำบลใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็นฐานในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้ง ในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม

(4) ประสานงานกับผู้จัดการระบบฯ ควบคุมกำกับการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

(5) ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(6) ร่วมกับผู้จัดการระบบฯ เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการทำงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ ทั้งการนิเทศติดตาม การให้คำปรึกษาทั้งด้านการดูแลและการทำงาน เช่น ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ด้านความเครียด

(7) เสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ

(8) แสวงหา ประสานความร่วมมือจาก โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึง สมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อร่วมจัดบริการ รวมทั้งร่วม สนับสนุนงบประมาณ

(9) ร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

2.6.2.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

(1) ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบดูแลระยะยาวฯ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ตามประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่บูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม ที่มีการดำเนินการอยู่ในพื้นที่แล้ว

(2) ร่วมกับทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่า บริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อเป็นข้อมูลประกอบ การพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(3) ประสานงานกับคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ในการแต่งตั้งคณะกรรมการ LTC (กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) เพื่อพิจารณาจัดทำ กำหนดอัตราค่าชดเชย ค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วม จัดบริการระบบดูแลระยะยาวฯ ตามประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559

(4) ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

2.6.2.5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานส่วนกลาง

(1) จัดทำกรอบแนวทาง ประกาศ ระเบียบ พื้นที่เป้าหมายร่วมกับเขตและกระทรวงสาธารณสุข

(2) จัดสรรงบประมาณรายเขตที่จะโอนให้กองทุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินงาน

(3) สนับสนุนด้านข้อมูล วิชาการ องค์ความรู้ และเครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้

(4) กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และเกณฑ์การได้รับการสนับสนุนตามชุดสิทธิประโยชน์

(5) พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผน และบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาว

(6) สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในส่วนกลาง เขตและพื้นที่

(7) จัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

(8) ติดตามและประเมินผลการศึกษาและพัฒนาขยายผล

2.6.2.6 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเขตบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

(1) ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานแก่กองทุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จัดสรรงบประมาณตามหลักเกณฑ์แนวทางในแต่ละปี

(2) บริหารจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดการประชุมชี้แจงแนวทาง การดำเนินงานในระดับพื้นที่ การฝึกอบรม CM CG เป็นต้น

(3) ประสานสนับสนุนการดำเนินงานกลไกคณะกรรมการคณะอนุกรรมการ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพฯ คณะอนุกรรมการ LTC และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อ บริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาว

(4) ร่วมจัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

(5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาขยายผล

2.6.3 ระเบียบกระทรวงมหาดไทย เรื่อง อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2562 ประกาศ ณ วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2562

กระทรวงมหาดไทยได้กำหนดให้มีระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2562 อาศัยอำนาจตาม

ความในมาตรา 67 (9) แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติเทศบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2505 มาตรา 69 และมาตรา 77 แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 มาตรา 5 มาตรา 85 (10) และมาตรา 88 แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และมาตรา 6 มาตรา 74 (9) และมาตรา 76 แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2562”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ 3 ในระเบียบนี้

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด

“ผู้บริหารท้องถิ่น” หมายความว่า นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด

“ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้ผ่านประเมินตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนด

“อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น” หมายความว่า บุคคลที่ทาหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และไม่อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

“การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ทั้งด้านสุขภาพอนามัยพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัดตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตลอดจนแนะนำการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นการรักษาพยาบาล

ข้อ 4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทน ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนตามวรรคหนึ่ง กระทรวงมหาดไทยอาจหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมอนามัย กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยก็ได้

ข้อ 5 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการ ชดเชยการทำงานหรือเวลาที่เสียไป เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่มีภูมิลำเนาอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียงที่ได้รับคำสั่งช่วยสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้บริหารท้องถิ่นแห่งนั้น สำหรับค่าตอบแทนตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามอัตราค่าตอบแทนตามข้อ 4 โดยให้ตั้งงบประมาณในหมวดค่าตอบแทน ประเภทค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติราชการ อันเป็นประโยชน์แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงฐานะทางการเงินการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามความเหมาะสม และความจำเป็นด้วย

ข้อ 6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจจัดให้มีการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว หรือจัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงานอื่น เพื่ออบรมให้ความรู้แก่บุคคลในท้องถิ่นของตนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นหรือเพื่ออบรมให้ความรู้เพิ่มเติมให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของตนก็ได้ โดยให้เป็นไปตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนดค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและการเข้าร่วมการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น

ข้อ 7 การเบิกจ่ายเงินและหลักฐานการจ่ายตามข้อ 5 และข้อ 6 ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่าย การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ 8 ให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยรักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจตีความวินิจฉัยปัญหา กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติ เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

การกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวและเกณฑ์วิธีการเงื่อนไขอัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกาศ ณ วันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2562 โดยนายฉัตรชัย พรหมเลิศ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ได้ประกาศไว้ ดังนี้

ข้อ 1 คุณสมบัติของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นและลักษณะต้องห้ามของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

- (1) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
- (2) เป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรมโดยได้ รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- (3) มีภูมิลำเนาอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่ หรือพื้นที่ใกล้เคียงที่ได้รับคำสั่งช่วยสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้บริหารท้องถิ่นแห่งนั้น

(4) ไม่เป็นข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นซึ่งมีตำแหน่ง หรือเงินเดือนประจำ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐ หรือในรัฐวิสาหกิจ ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น และลูกจ้างของส่วนราชการหน่วยงานของภาครัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ หรือบุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายโดยได้รับค่าตอบแทนประจำ

ข้อ 2 ขอบเขตและเงื่อนไขการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นอาสาสมัครบริการท้องถิ่นมีหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังนี้

(1) ช่วยดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(2) ช่วยดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การขับถ่าย การไปพบแพทย์ การรับประทานยา เป็นต้น

(3) ให้บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic health care service) เป็นการดูแลภายใต้การกำกับของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ได้แก่ การพยาบาลพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น การประเมินสุขภาพเบื้องต้น เช่น การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และการประเมินกิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนมากเกินไป การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การทำแผลเบื้องต้น การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลเรื่องยาเบื้องต้น กิจกรรมกระตุ้นสมองในกลุ่มที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะแรก การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีอาการทางสมอง เป็นต้น

(4) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัว และการประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ

(5) การประเมินปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้น และประสานงานในการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง

(6) การบริการให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

(7) ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพและกายภาพบำบัดอื่นๆ ตามประเภท และกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ 3 จำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(1) ให้มีจำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในเทศบาลองค์การบริหารส่วนตำบลแต่ละแห่งอย่างน้อย 2 คน ยกเว้นเทศบาลองค์การบริหารส่วนตำบลใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่น้อยกว่า 4 คนหรือในช่วงระยะเวลาใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า 4 คนอาจจัดให้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นน้อยกว่า 2 คนก็ได้

(2) เทศบาลองค์การบริหารส่วนตำบลใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มากกว่า 8 คน และมีความจำเป็นอาจกำหนดให้มีอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นมากกว่า 2 คนก็ได้โดยความเห็นชอบจากสภาท้องถิ่น ทั้งนี้ให้คำนึงถึงฐานะทางการเงิน การคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความเหมาะสมและความจำเป็นของพื้นที่ และขอบเขตการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นแต่ละคน

(3) เพื่อให้การกำหนดจำนวนอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเป็นไปอย่างเหมาะสมให้เทศบาลองค์การบริหารส่วนตำบลจัดทำฐานข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้ขอความร่วมมือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ/หรือสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สสำรวจและคัดกรองจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันตามดัชนีบาร์เรล (ADL) ทั้งนี้ ควรปรับปรุงข้อมูลดังกล่าวให้เป็นปัจจุบันทุกปี ก่อนการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ 4 อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นที่มีสิทธิ์ได้รับเงินค่าตอบแทนเพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการทำงานหรือเวลาที่เสียไป จะต้องใช้เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดังนี้

(1) อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ไม่น้อยกว่าวันละ 8 ชั่วโมง และไม่น้อยกว่าเดือนละ 20 วัน จะได้รับเงินค่าตอบแทนตามอัตราดังนี้

(1.1) อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลางจำนวน 70 ชั่วโมง จะได้รับเงินค่าตอบแทนเดือนละ 5,000 บาท

(1.2) อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลางจำนวน 70 ชั่วโมง และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมนักปริมาณท้องถิ่นจำนวน 50 ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรม โดยได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จะได้รับเงินค่าตอบแทนเดือนละ 6,000 บาท

(2) อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) น้อยกว่า 20 วัน ให้มีสิทธิ์ได้รับเงินค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้น

(3) อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นคนใด ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ไม่ครบ 8 ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน

ข้อ 5 การพ้นจากการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

(1) ยื่นหนังสือแจ้งความประสงค์ลาออกจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน

(2) มีบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับผู้รับบริการในพื้นที่ ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วเห็นว่า มีสมรรถนะหรือผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติหน้าที่ เช่น หยุดปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำ ปฏิบัติหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น เสนอขอความเห็นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาให้อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่

(3) ภายในระยะเวลา 3 ปี นับแต่วันที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่ ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมกับบริหารท้องถิ่นจำนวน 50 ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติให้ครบ 120 ชั่วโมง จากหน่วยงานภาครัฐภาค เอกชน หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรมโดยได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ข้อ 6 การกำกับควบคุมการปฏิบัติงาน

(1) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีการลงเวลาปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นให้เหมาะสมกับลักษณะงาน สถานที่ที่ปฏิบัติงาน

(2) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขอความร่วมมือบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน และประเมินสมรรถนะของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

(3) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดประชุมอาสาสมัครบริการท้องถิ่นทุกๆ 3 เดือน เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน รับฟังปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแลกเปลี่ยนผลการปฏิบัติงาน โดยอาจเชิญหน่วยงาน หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามการประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

โดยสรุป บทบาทของบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลและขยายสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานส่วนกลาง คณะกรรมการนโยบายและกำกับทิศทางในส่วนกลาง มีหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนา จัดทำแนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผล คณะกรรมการสนับสนุนระดับจังหวัด มีหน้าที่ คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน ประสานงานด้านงบประมาณ สนับสนุนวิชาการ ควบคุม กำกับประเมินผลและรายงานส่วนกลาง คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ มีหน้าที่ บูรณาการดำเนินงานระดับพื้นที่ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนและดำเนินการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ

บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังกำกับติดตาม บริหารด้านบุคลากรที่จำเป็นในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้เป็นไปตามประกาศหลักสูตร หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทน ซึ่งพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการประสานงาน สนับสนุนทรัพยากรทุกด้านตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วน จึงได้มีการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เกิดระบบที่มีคุณภาพต่อไป

2.7 ตัวชี้วัดตรวจราชการ และเกณฑ์การประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ปี 2562

เพื่อประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงมีการกำหนดตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมินความสำเร็จของการดำเนินงาน ดังนี้

2.7.1 ตัวชี้วัดตรวจราชการ ปี 2562 ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (หน่วยนับ:ตำบล)

คำอธิบายความหมายของตัวชี้วัด

ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว

องค์ประกอบที่ 2 มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ (ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมคุณภาพ)

องค์ประกอบที่ 3 มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 4 มีบริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ

องค์ประกอบที่ 5 มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล (มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง การจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์

ใน รพ.สต.หรือสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดย
แกนนำชมรมผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยต้องถิ่น
ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 7 มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล

ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ

- ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่
ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

- มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกัน
โรคในช่องปาก ตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัด
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุ หรือ อสม.

- กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการทุกอำเภอ สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $(A/B) \times 100$

A= จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term
Care) ผ่านเกณฑ์

B= จำนวนตำบลทั้งหมด (ในแต่ละอำเภอ)

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดคะแนนเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับที่ 1	คะแนนร้อยละ	ต่ำกว่า 50.00	ระดับพื้นฐาน
ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับที่ 2	คะแนนร้อยละ	51.00–60.00	ระดับพัฒนา
ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับที่ 3	คะแนนร้อยละ	61.00–70.00	ระดับดี
ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับที่ 4	คะแนนร้อยละ	71.00–80.00	ระดับดีมาก
ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับที่ 5	คะแนนร้อยละ	80.00 ขึ้นไป	ระดับดีเยี่ยม

2.7.2 เกณฑ์การประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรม
อนามัย จังหวัดอุบลราชธานี

การประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์
อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินรับรอง 10 มาตรฐาน
ประกอบด้วย

มาตรฐานที่ 1 การพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

มาตรฐานที่ 2 ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเขต 10 (4 องค์ประกอบ)

มาตรฐานที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

มาตรฐานที่ 4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ Care Manager และผู้ดูแลที่เป็นทางการ(Care Giver) /อาสาสมัครด้านผู้สูงอายุที่ไม่เป็นทางการ

มาตรฐานที่ 5 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มาตรฐานที่ 6 การบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและที่บ้าน (Home Health Care :HHC) โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข

มาตรฐานที่ 7 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง พิการทุพพลภาพ

มาตรฐานที่ 8 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

มาตรฐานที่ 9 วัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ

มาตรฐานที่ 10 ผลลัพธ์การดำเนินงาน

สามารถแปล ผลการประเมินตำบล Long Term Care : LTC เป็น ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก และ ระดับดีเด่น ตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับพื้นฐาน	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50.00-59.00	คะแนนระหว่าง 425 – 509 คะแนน
ระดับดี	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60.00-69.00	คะแนนระหว่าง 510 - 594 คะแนน
ระดับดีมาก	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70.00-79.00	คะแนนระหว่าง 595 - 679 คะแนน
ระดับดีเด่น	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป	คะแนน 680 คะแนนขึ้นไป

ผลสรุปการประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2562 ของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ตำบลนาเจริญผ่านการประเมินระดับดีเด่น แต่ยังมี 2 มาตรฐานที่ผ่านเกณฑ์ในคะแนนที่ต่ำ คือ มาตรฐานที่ 1 การพัฒนาข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไม่ครอบคลุมทั้งด้านรายการโรค จำนวน กลุ่มอาการ สมรรถนะ เพื่อใช้เป็นข้อมูลการดูแลและปรับพฤติกรรมผู้สูงอายุระยะยาว มาตรฐานที่ 4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) คือ ด้านการพัฒนาศักยภาพเพื่อต่อยอด ฟื้นฟู ทดแทนกรณีลาออกหรือย้ายที่ทำงาน และด้านสัดส่วนความเพียงพอของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศกระทรวง ปี 2561 ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำมาศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ให้ได้รับการรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านทุกมาตรฐาน และมีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่อไป

2.8 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนหนึ่งต้องเผชิญกับปัญหาภาวะสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมของร่างกายตามวัยหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเดิมหรือการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เกิดขึ้นภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยนี้ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเอาใจใส่และความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นจากครอบครัวชุมชนหน่วยงานภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน

จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล (2555) ประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลุ่มติดเตียงในชุมชนเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง บางส่วนมีปัญหาดังนี้

1) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ มีดัชนีมวลกายเกินปกติ มีโรคประจำตัว ฟันผุ เหงือกอักเสบ ไม่มีฟันขบเคี้ยว ทำให้มีปัญหาในการเคี้ยวกลืนอาหาร ทูติง ได้ยินไม่ชัดเจน มองเห็นไม่ชัด มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ มีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระ และมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ

2) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจได้แก่มีภาวะซึมเศร้าจากโรคภัยไข้เจ็บของตนเองปัญหาต่างๆ ในครอบครัวและเป็นห่วงลูกหลาน

3) ภาวะสุขภาพด้านสังคมได้แก่การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้การจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนเป็นบทบาทหน้าที่ของทุกคนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในส่วนของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพด้านร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปจากการสูงอายุและการเจ็บป่วยคนในชุมชนที่เป็นส่วนหนึ่งในสังคมของผู้สูงอายุและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ต้องร่วมหาแนวทางดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกันส่วนรายละเอียดของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจการศึกษาการสาธารณสุขการเมืองการปกครองสภาพกายภาพและสิ่งแวดล้อมของพื้นที่รวมถึงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและบริบทแวดล้อมของพื้นที่นั้น

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557) ได้พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ โดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) สรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ควรมี 3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุ

แบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกายจิต และสังคม

จากการทดลองนำรูปแบบไปทดลองใช้ใน 3 ชุมชนพบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการและมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น การนำกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าทำให้เห็นปรากฏการณ์ของการเคลื่อนไหวของสังคม (Social Movement) เกิดการเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกันของทุกภาคส่วนและเป็นการเสริมพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเครือข่ายของชุมชนต่อการให้บริการจากภาครัฐเกิดการสร้างความสัมพันธ์แนวราบและการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ

นอกจากนี้ยังมีวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย (Care for Elderly Dependents in the Northeast of Thailand) ของ ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) ที่มีวัตถุประสงค์ส่วนหนึ่งเพื่อศึกษาแนวทางที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สรุปว่าการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมี 2 ระบบ ได้แก่ ระบบที่ 1 การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวงในหรือการดูแลโดยครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพเศรษฐกิจและการทำกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลหลักที่มาจากรอบครัวและเครือญาติ และระบบที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวงนอกหรือการดูแลโดยชุมชนท้องถิ่นได้แก่การจัดบริการการดูแลโดยเครือญาติ การจัดการบริการการดูแลโดยเพื่อนบ้านการจัดการบริการการดูแลโดยผู้นำ กรรมการหมู่บ้าน การจัดการบริการกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนท้องถิ่น เช่น การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครสาธารณสุข การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัคร การจัดการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครสร้างเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver) การจัดการดูแลโดยพระสงฆ์การจัดบริการการดูแลเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุการจัดบริการการดูแลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการจัดบริการการดูแลโดยกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชนผู้ดูแลในครอบครัว (Family Care Giver) ถือว่าเป็นผู้ดูแลหลักของสังคมไทยภาระการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงเป็นระยะเวลานานโดยเฉพาะมีผู้ดูแลเพียงคนเดียวอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งในด้านร่างกายจิตใจอารมณ์เศรษฐกิจและสังคม

โดยสรุป ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องเผชิญกับปัญหาภาวะสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมของร่างกาย หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยเดิม หรือการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเอาใจใส่และความช่วยเหลือเพิ่มขึ้น จึงควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ และมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น เกิดการเคลื่อนไหวของสังคม ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวงในหรือการดูแลโดยครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพเศรษฐกิจและการทำ

กิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลหลักที่มาจากครอบครัวและเครือญาติ และระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวงนอกหรือการดูแลโดยเครือข่ายบริการ ได้แก่ ภาควิชาการ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน การจัดบริการจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเหมาะสมที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

2.9 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วม ได้มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้สรุปเกี่ยวกับความหมาย รูปแบบ และระดับไว้ ดังนี้

2.9.1 ความหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

จากแนวคิดของ Kemmis and McTaggart กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติการของผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติในสังคม หรือเพื่อต้องการที่พัฒนาหลักการ และเหตุผล วิธีการปฏิบัติงานเพื่อได้รูปแบบ หรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น ในขณะที่เดียวกันก็เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติต่างๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง การ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988)

Johnson, C.S. and Kromann - Kelly กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์และตีความหมายโดยมีแผนงานกำหนดและแลกเปลี่ยนผลกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ กระบวนการวิจัยปฏิบัติการต้องตอบคำถาม 5 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) คำถามที่ต้องการศึกษาคืออะไร 2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง 3) ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บคืออะไร 4) จะวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร และ 5) จะแปลความหมายนั้นว่าอย่างไร การตอบคำถามเหล่านี้ต้องใช้เวลาวางแผนและในทุกขั้นตอนต้องอภิปรายกับเพื่อนร่วมงาน (Johnson, C. S., & Kromann-Kelly, I., 1995)

Kurt Lewin ได้ศึกษาปัญหาของชนกลุ่มน้อยในอเมริกากระยะเพียงยุติสงครามโลกครั้งที่สอง โดยใช้กระบวนการศึกษาในลักษณะกลุ่มร่วมกันทำงานและตัดสินใจอย่างมีพันธะต่อกันเพื่อมุ่งมั่นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (A Group Activities Group Decision and Commitment to Improvement) และใช้การปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Adelman, 1993)

2.9.1.1 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัย คือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน สิ่งที่ถูกวิจัย คือปฏิบัติการในหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ การพัฒนาและค้นคว้าแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นการพัฒนาริชาชีพ วิธีการวิจัย คือ กระบวนการค้นคว้าข้อความรู้ที่มีขั้นตอน

หลักสำคัญคือการวิจัยและการปฏิบัติโดยมีลักษณะสำคัญคือ การสะท้อนผลกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของตนเองและผลที่เกิดขึ้น การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้องกับการปฏิบัติงาน เพื่อนร่วมงานมีส่วนในการวิพากษ์วิจารณ์การปฏิบัติงานและผลที่ได้รับ กระบวนการที่มีการดำเนินงานเป็นวงจรต่อเนื่องและทำเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน ผลที่ได้จากการวิจัยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติงานรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ชยุต ชำนาญเนาว์, 2558)

2.9.1.2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สุวิมล ว่องวานิช ได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการ พบว่ามีการจัดประเภทของรูปแบบการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research) (สุนีย์ ศรีเพชร, 2553) ดังนี้

การวิจัยแบบทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยรูปแบบที่มีแบบแผนการวิจัยที่เคร่งครัด มีลักษณะการดำเนินงาน ซึ่งมีการนำเสนอที่เหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic Research) ได้แก่ นักวิจัยมืออาชีพ นักวิชาการที่อยู่ในมหาวิทยาลัย หรือนิสิตนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อให้ตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจนและมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่แยกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นรูปแบบงานวิจัยที่ไม่ได้ยึดติดรูปแบบการวิจัยที่เคร่งครัดเหมือนกับการวิจัยแบบเป็นทางการ โดยจะมุ่งเน้นตอบคำถามการวิจัยมากกว่าการยึดรูปแบบการวิจัยแบบเป็นทางการ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการสอนตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนอ งานวิจัยแบบนี้ บางครั้งพบว่าการรายงานเพียง 1-2 หน้า

2.9.1.3 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart รูปแบบมีดังนี้

1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) มีจุดประสงค์ของการวิจัยเพื่อใช้ปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ที่ให้บุคคลภายนอก (Outsider) มาช่วยวิจัยในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ในการควบคุม กำกับ ดูแล จากนักวิจัยภายนอก โดยบุคคลภายนอกเป็นผู้วิจัยหลัก ผู้ปฏิบัติไม่ได้มีส่วนแสดงออกทางความคิดที่จะใช้ในการวิจัยโดยเทคนิคที่ใช้ในการทำวิจัย การตอบคำถามวิจัยเป็นคำตอบที่รัดกุม อาจใช้ไม่ได้ในการนำมาใช้จริง

2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) การวิจัยนี้ นักวิจัยภายนอกจะเป็นที่ปรึกษาในเรื่องกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ เป็นการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานมุ่งเน้นในการสร้างความเข้าใจมุ่งที่จะพัฒนาวิชาชีพให้กับแก่ผู้ปฏิบัติ โดยพบว่าในกระบวนการวิจัยจะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีการสะท้อน การวิเคราะห์ปรับปรุง และพัฒนาในเรื่องการปฏิบัติงานของตนเอง

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย รวมถึงการมีส่วนในการเสนอความคิดเห็นในประเด็นปัญหาการวิจัยที่ได้มีการปฏิบัติจริงจนได้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ได้

3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน วัตถุประสงค์ของการวิจัยที่เพิ่มเติมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบที่ 1 แบบที่ 2 คือ มีการพัฒนาประสิทธิภาพในเรื่องของการทำงาน มีการส่งเสริม สนับสนุนให้มีความเข้าใจในเรื่องของ การพัฒนาปรับปรุงในการทำงานสำหรับผู้ปฏิบัติแล้ว ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานในส่วนขององค์กรให้ดีขึ้นอีกด้วย ถึงแม้จะมีบุคคลภายนอกร่วมทำการวิจัยด้วยแต่ทุกคนที่อยู่ในองค์กรต่างมีสิทธิมีเสียง ต่อการแสดงความคิดเห็นที่มีความเท่าเทียมกัน โดยไม่มีที่ปรึกษาการวิจัยที่เหมือนกับแบบที่ 2 การวิจัยแบบนี้เป็นการเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาซึ่งความสามารถ ด้านการวิจัยแก่ผู้ปฏิบัติและในส่วนของนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้ กฎเกณฑ์พันธนาการจากทางความคิดเดิม จึงเห็นได้ว่าแนวทางการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 แบบ มีลักษณะในการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการทำงานจาก ผู้ปฏิบัติที่ถูกครอบงำทางความคิดที่เกิดจากนักวิจัยภายนอก (Cooption) ในแบบแรกมาเป็นแบบที่สองคือร่วมกัน ทำงาน (Cooperation) และในรูปแบบที่สามที่เป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) เป็นแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่นิยม และได้รับการยอมรับว่าจะมีการทำให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติมากกว่าแบบอื่นๆ (Kemmis et al., 1982)

2.9.2 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่นำประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าร่วมหาวิธีแก้ไขปัญหาคับข้องใจที่ซับซ้อน ร่วมกันหาทางออกสำหรับแก้ไขปัญหาคับข้องใจ ในทางสันติ เป็นที่ยอมรับหรือเป็นฉันทามติของประชาสังคม และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ โดยนำความเห็นและข้อเสนอแนะของประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจ และกำหนดแนวทางหรือนโยบายสาธารณะที่ภาครัฐจะดำเนินการ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ ตั้งแต่ต้นจนเสร็จสิ้นกระบวนการ และได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ (Cohen, J.M. & Uphoff, 1980) ได้แก่

- 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
- 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

การมีส่วนร่วม (Participation) คือ เกิดขึ้นจากการมีความเห็นพ้องกันในส่วนของการต้องการ ทิศทางในการเปลี่ยนแปลง โดยจะต้องมีมากจนเกิดทำให้เกิดความคิดริเริ่มโครงการในการปฏิบัติ เหตุผลของการที่มีคนมารวมกันได้จะต้องมีการตระหนักต่อการปฏิบัติการ หรือการกระทำทั้งหมด ที่เกิดจากการกระทำโดยกลุ่มหรือในนามก็ตามโดยกระทำผ่านองค์การ (Organization) ดังนั้น องค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลง ได้ (ยุพาพร รูปงาม, 2545)

2.9.2.1 รูปแบบการมีส่วนร่วม 3 ระดับ (จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์, 2551) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้เกิดจากความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจที่มีความไม่เท่าเทียมกัน จึงทำให้ฝ่ายหนึ่งมีความรู้สึกว่าจะต้องอำนาจกว่า หรือมีทรัพยากร และความรู้ดีกว่า เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) ผู้กำหนดนโยบายโดยรัฐที่กำหนดลงไปว่ารัฐมีความต้องการอะไร โดยที่รัฐเองไม่รู้ว่าชาวบ้านต้องการอะไร ดังนั้นการมีส่วนร่วมเป็นแค่เพียงการแสดงข้อคิดเห็นต่อการทำกิจกรรมที่เกิดขึ้นเพียงบางส่วน

3) การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่การกำหนดปัญหา ความต้องการ การตัดสินใจในแนวทางแก้ปัญหา และความเท่าเทียมกันของทุกฝ่าย

2.9.2.2 รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมมี 4 รูปแบบ

1) รูปแบบที่ 1 การปรึกษาหารือ (Consultive Management) เป็นการบริหารแบบเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในรูปของคณะกรรมการระบบการปรึกษาหารือนี้เหมาะสำหรับใช้กับผู้บริหารระดับต้นขึ้นไปโดยการมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าคณะทำงานหรือประธานโครงการประธานคณะกรรมการหรือกรรมการ เป็นต้น

2) รูปแบบที่ 2 กลุ่มคุณภาพ (Q.C. circles) เป็นการบริหารแบบเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานในรูปของกลุ่มบุคคล 3-10 คนที่อยู่หน่วยงานเดียวกันรูปแบบกลุ่มคุณภาพนี้เหมาะสำหรับใช้กับผู้ปฏิบัติงานระดับปฏิบัติหรือระดับหัวหน้างานเพราะเป็นการฝึกฝนและเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสทำงานร่วมกันเพื่อค้นหาปัญหาวิเคราะห์ปัญหาหาสาเหตุของปัญหาตลอดจนค้นหาแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ P (Plan) การวางแผน D (Do) การปฏิบัติ C (Check) การตรวจสอบและ A (Action) การปรับปรุงแก้ไข หรือ PDCA นั่นเอง

3) รูปแบบที่ 3 ระบบข้อเสนอแนะ (Suggestion System) ซึ่งนับเป็นรูปแบบหนึ่งในการบริหารแบบมีส่วนร่วมได้ผลมาในทางปฏิบัติ นั่นคือรูปแบบจะต้องมีแบบฟอร์มในการให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำการกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่ได้กำหนดขึ้น เช่นปัญหาที่พบคืออะไรสาเหตุของปัญหาที่ค้นพบมาจากสาเหตุอะไรบ้างและผลที่คาดว่าจะได้รับนั้น

จะเป็นอย่างไร ในส่วนของแบบฟอร์มที่ได้กำหนดขึ้นนี้อาจมีลักษณะของแบบฟอร์มที่มีความแตกต่างกันออกไปตามความต้องการของแต่ละหน่วยงาน โดยรูปแบบนี้จะให้ผลลัพธ์ที่ดีก็ต่อเมื่อมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

(1) องค์ประกอบที่ 1 นโยบายเป้าหมายขององค์การต้องชัดเจน
 (2) องค์ประกอบที่ 2 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานต้องอยู่ในระดับสูง
 (3) องค์ประกอบที่ 3 การกำหนดผลตอบแทนที่จะให้แก่ผู้เสนอความคิดซึ่งจะต้องสร้างความรู้สึกว่าคุ้มค่าและมีผลทางจิตใจระบบและขั้นตอนการพิจารณาแล้วจะต้องรวดเร็วมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาแน่นอนชัดเจนตลอดจนการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เสนอความคิดได้ทราบอย่างรวดเร็วพร้อมเหตุผล

(4) องค์ประกอบที่ 4 การประชาสัมพันธ์หรือให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาด้านความคิดสร้างสรรค์และการใช้แบบฟอร์มข้อเสนอแนะให้ผู้เกี่ยวข้องทราบดังนั้นวิธีแก้ที่ดีก็คือการเปิดโอกาสให้ผู้เสนอความคิดมานั่งคุยกันตัวต่อตัวหรือไปหาข้อมูลโดยการสอบถามหรือสัมภาษณ์โดยตรง

4) รูปแบบที่ 4 ระบบส่งเสริมให้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกิจการ (Employee Ownership Plan) รูปแบบนี้พบมากในการบริหารกิจการของบริษัทหน่วยงานเอกชนหรือรัฐวิสาหกิจ และมีความรู้สึกผูกพันในการปฏิบัติงานเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน ดังนั้นในรูปแบบนี้ผู้บริหารอาจจะนำมาประยุกต์โดยการสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกการเป็นเจ้าของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายพึงพอใจที่จะมีส่วนร่วมให้มากที่สุด

2.9.2.3 ระดับของการมีส่วนร่วม

2.9.2.3.1 คณะกรรมการการพัฒนาระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ได้กำหนดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาการบริการออกเป็น 5 ระดับ (ศุภนิมิต หนองม่วง, 2555) ดังนี้

1) ระดับที่ 1 ถือว่าเป็นระดับการมีส่วนร่วมน้อย คือ การแจ้งข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ ระดับนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอาจร่วมให้ข้อมูลได้บ้างเท่านั้น

2) ระดับที่ 2 เป็นการมีส่วนร่วมระดับที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยการร่วมปรึกษาหรือเป็นการร่วมคิดร่วมให้ความเห็น

3) ระดับที่ 3 เป็นการมีส่วนร่วมระดับร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ

4) ระดับที่ 4 เป็นระดับการมีส่วนร่วมโดยการร่วมลงมือปฏิบัติการหรือร่วมกัน

ดำเนินการ

5) ระดับที่ 5 เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูงสุด คือ การร่วมตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนในระดับที่ 4 ถือเป็นระดับของการมอบอำนาจให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ตัดสินใจอย่างแท้จริง

2.9.2.3.2 ระดับของการมีส่วนร่วมจัดระดับของการมีส่วนร่วมได้ดังนี้ (เฉลิวย บุรีภักดี และคณะ, 2545)

1) ประเภทที่ 1 แบ่งระดับการมีส่วนร่วมไว้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้จะเกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีไม่เท่าเทียมกันจนมีผลทำให้ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่า หรือมีทรัพยากร และความรู้ด้อยกว่า เป็นต้น

(2) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) โดยพบว่าผู้กำหนดนโยบายคือ รัฐที่กำหนดลงมาว่าต้องการอะไร โดยที่รัฐเองก็ไม่รู้ความต้องการของประชาชน จึงพบว่าการมีส่วนร่วมเป็นเพียงการแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนเท่านั้น

(3) การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดปัญหาความต้องการ การตัดสินใจแก้ปัญหา และความเท่าเทียมกันของทุกฝ่าย

2) ประเภทที่ 2 แบ่งระดับการมีส่วนร่วม เป็น 5 ระดับ ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมในระดับต่ำที่สุด คือ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์แต่ไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ เป็นการร่วมมือแบบ (Passive)

(2) การมีส่วนร่วมในด้านแรงงาน (Participate in Programs Activities) ด้านการเงิน ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านทรัพยากรอื่น ๆ ที่ใช้ในการดำเนินงานหรือดำเนินโครงการต่างๆ ซึ่งเป็นการร่วมมือแบบ Active โดยการมีส่วนร่วมนี้จะอยู่ระดับสูงขึ้นไปจากระดับแรก

(3) การมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม (Participate in Implementing Programs) ซึ่งการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้มีระดับที่สูงขึ้น แต่ยังคงไม่มีการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือในกิจกรรมต่าง ๆ

(4) การมีส่วนร่วมในด้านการกำกับ การติดตามผล และการประเมินผลการดำเนินงาน (Participate in Monitoring and Evaluating Programs) นับเป็นการมีส่วนร่วมในลักษณะที่มีระดับที่สูงขึ้น

(5) การมีส่วนร่วมในการที่จะตัดสินใจกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ (Participate in Planning Programs) โดยการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้จะมีระดับสูงสุด หากการดำเนินงานมีส่วนร่วมในระดับนี้พบว่าจะเกิดการพัฒนายั่งยืน เพราะชาวมชนมีความสามารถที่จะดำเนินการได้เองครบวงจร โดยที่บุคลากรจากรัฐเป็นเพียงผู้ที่ให้การสนับสนุนเท่านั้น

3) ประเภทที่ 3 แบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็น 7 ระดับ ดังนี้

(1) ระดับการมีส่วนร่วมโดยมีผู้กำกับอยู่เบื้องหลัง (Manipulation) หมายถึง การมีส่วนร่วมที่ประชาชนไม่มีอิสรภาพ เพราะไม่ได้ใช้ความคิดเห็นของตนเองอย่างแท้จริง แต่มีผู้กำหนดบทบาทจุดมุ่งหมาย ตลอดจนวิธีการดำเนินการ คนในท้องถิ่นเพียงดำเนินการตามที่มีบทบาทกำหนดไว้

(2) ระดับการมีส่วนร่วมแบบปรึกษาหารือ (Consultation) หมายถึง จาก การที่คนในท้องถิ่นได้ถูกให้เข้าร่วมประชุมเพื่อขอความคิดเห็นจากคนในท้องถิ่นซึ่งได้มีการ การกำหนดจุดมุ่งหมาย และประเด็นต่างๆ รวมทั้งมีการกำหนดข้อสรุปไว้ล่วงหน้า ประชาชนมีหน้าที่เพียง แแค่ให้การรับรองตามความประสงค์ของผู้ดำเนินการเท่านั้น

(3) ระดับการมีส่วนร่วมเพื่อรับรอง (Consensus Building) โดยการที่ ประชาชนได้ถูกเชิญให้เข้าร่วมประชุม ในการแสดงความคิดเห็นที่พ้องกับสิ่งที่ผู้จัดประชุมได้มีการสรุป ไว้แล้วโดยอาจจะเป็น ข้อสรุปที่เกิดผลประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง หรือข้อสรุปที่แฝง ผลประโยชน์ของผู้จัดการประชุม

(4) ระดับการมีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจ (Decision Making) หมายถึง การมี ส่วนร่วมที่ประชาชนมีสิทธิมีเสียงในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยคำนึงถึงความคิดเห็น และความต้องการของประชาชนเป็นสำคัญ จึงเป็นการมีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญต่อความเห็นและ ความต้องการของประชาชน

(5) ระดับการมีส่วนร่วมที่ประชาชนมีความรับผิดชอบในผลของการตัดสินใจ (Risk Sharing) เป็นการมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง รวมถึงมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลที่เกิดจากการตัดสินใจนั้นด้วย การมีส่วนร่วมในระดับนี้ตั้งอยู่บน พื้นฐานของการให้เกียรติและเชื่อมั่นในความคิดเห็นของประชาชนเป็นอย่างมาก

(6) ระดับการมีส่วนร่วมแบบคนที่เท่าเทียมกัน (Partnerships) หมายถึง การ มีส่วนร่วมที่ประชาชนมีสิทธิ์ในการตัดสินใจอย่างเต็มที่ เป็นการเคารพภูมิปัญญาตลอดจนวัฒนธรรม ของประชาชน โดยถือความคิดและวิถีชีวิตของประชาชนมิได้มีคุณค่าน้อยไปกว่าความคิดเห็นและวิถี ชีวิตของใคร

(7) ระดับการมีส่วนร่วมที่ประชาชนพึ่งพาตนเอง (Self-Reliance) หมายถึง การมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเป็นผู้ให้กำหนดทิศทางและแนวทางในการแก้ปัญหา และ พัฒนาด้วยตนเองของประชาชนอย่างเต็มที่

4) ประเภทที่ 4 แบ่งระดับการมีส่วนร่วมไว้เป็น 8 ระดับ ดังนี้

(1) ไม่มีการมีส่วนร่วม

(2) มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

- (3) มีส่วนร่วมในการร่วมปรึกษาหารือ
- (4) มีส่วนร่วมในการสร้างประชาคม
- (5) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- (6) มีส่วนร่วมในระดับของการร่วมรับความเสี่ยง
- (7) มีส่วนร่วมในระดับของการเป็นหุ้นส่วน

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง กระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงาน ศึกษาการปฏิบัติงานของตนเอง โดยใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ เพื่อค้นพบความจริงเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหางานที่ปฏิบัติอยู่ โดยดำเนินการวิจัยในพื้นที่ปฏิบัติงานนั้น ผลการวิจัยจะไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังกลุ่มอื่นๆ ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การวิจัยที่ผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Technical Action Research) การวิจัยที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากขึ้น (Practical Action Research) และการวิจัยที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ต่างมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล (Participatory Action Research) ดังนั้นในการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี จึงได้นำการวิจัยที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ต่างมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล (Participatory Action Research) มาใช้เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวชุมชนและองค์กรรัฐโดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นควรมี 3 ภาคส่วนคือผู้ดูแลและครอบครัวเครือข่ายชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกายจิตและสังคม

นิลุบล วินิจสร และคณะ (2558) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนบางชะแยง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มรับรู้ปัญหาสุขภาพ และผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแก้ปัญหาสุขภาพโดยเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง แต่ยังคงพบปัญหาว่าไม่สามารถไปรับการรักษาต่อเนื่องตามนัดได้ทุกครั้ง เพราะผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางด้วยรถประจำทางสาธารณะโดยลำพัง ผลการศึกษาครั้งนี้ มีความ

คาดหวังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนบางชะแวง ดังนี้ 1) ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่นำไปปฏิบัติได้จริง และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง 2) ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุขาดแรงจูงใจ ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนเจ้าหน้าที่สุขภาพในชุมชนต้องการให้มีแผนงานดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างชัดเจนและ 3) ด้านผู้บริหาร ซึ่งผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขต้องการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพตามเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award) สำหรับผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนและทีมสุขภาพมีความต้องการให้สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เช่น การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุโดยให้ค่าตอบแทนจิตอาสาผู้ดูแลผู้สูงอายุ และควรสนับสนุนให้บริการ รถรับ-ส่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้สะดวก

ยุพิน ทรัพย์แก้ว (2559) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า 1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 93.33 มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ด้านพบว่า 1) ด้านร่างกายผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระของลูกหลาน มีสุขภาพกายที่ดี สมบูรณ์ แข็งแรง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ อากาศดีขึ้น 2) ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจมั่นใจ ความจำและสมาธิดีขึ้น 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้เพื่อน รอยยิ้ม ความสบายใจและความสุขที่เข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ได้ร่วมกิจกรรมนันทนาการ และศึกษาดูงานนอกสถานที่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยครอบครัวเป็นการดูแลภายใน ผู้ดูแลหลัก คือ ลูกสาว ขณะที่บทบาทภาระของผู้ดูแลหลักมีปัญหาและได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลหลักที่หลากหลาย คือ ไม่มีประสบการณ์และความรู้ด้านการดูแล มีปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยร่วม สมรรถนะทางร่างกายลดลง มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขึ้นอยู่กับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ บทบาทและภาระการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่น กิจกรรมที่มีความสำคัญ คือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการดูแลนอก ได้แก่ กลุ่มเครือข่าย กลุ่มเพื่อนบ้านครัวเรือนแบบชิด กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลายและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ เชื่อมโยง และช่วยเหลือกัน แต่บทบาทและภาระการจัดบริการโดยชุมชนท้องถิ่นยัง

สามารถกระทำการได้ในวงแคบๆ ไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง และเข้าไม่ถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แนวทางในการดูแล คือ การเพิ่มศักยภาพด้านการดูแล และการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลในและวงนอกที่เป็นเครือข่าย และครัวเรือนแบบชิด เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันเป็นสิ่งจำเป็น และควรพัฒนากลไกในรูปคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากชุมชน

วีไล ตาปะสี และคณะ (2560) ศึกษาารูปแบบการจัดการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกุงจังหวัดนครปฐม พบว่า 1) ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ขาดความรู้ในการรับประทานยา มีความเชื่อในการใช้ยาไม่ถูกต้อง ญาติผู้ดูแลขาดความรู้ในการประกอบอาหารให้กับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกเนื่องจากไม่มีญาติพาไปและ 2) ความต้องการได้รับการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การมีบริการการตรวจรักษาที่บ้านการมีผู้ช่วยเหลือพาเข้าห้องน้ำ พาเดินไปตรวจที่โรงพยาบาล การได้รับความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การให้มีแพทย์ประจำรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการมีองค์กรบริหารส่วนตำบลวังตะกุงมาเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นและให้มีพระมาโปรดที่บ้าน

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้ม และสันทนการ ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพขึ้นก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.22$; $p\text{-value} < .001$) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนระยะการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญพึงพอใจรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปสามารถให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

ยศ วัชรศุภต์ และวรรณภา คุณากรวงศ์ (2561) ศึกษาประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี พบว่า การให้บริการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการภายใต้โครงการ LTC มีคะแนน Barthel ADL เฉลี่ยดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประมาณ 1 คะแนน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โครงการ LTC มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลงได้ ถึง 5.7 ล้านบาท ด้วยต้นทุนการให้บริการ 7.2 แสนบาท ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระยะยาวของภาคส่วนต่างๆ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ

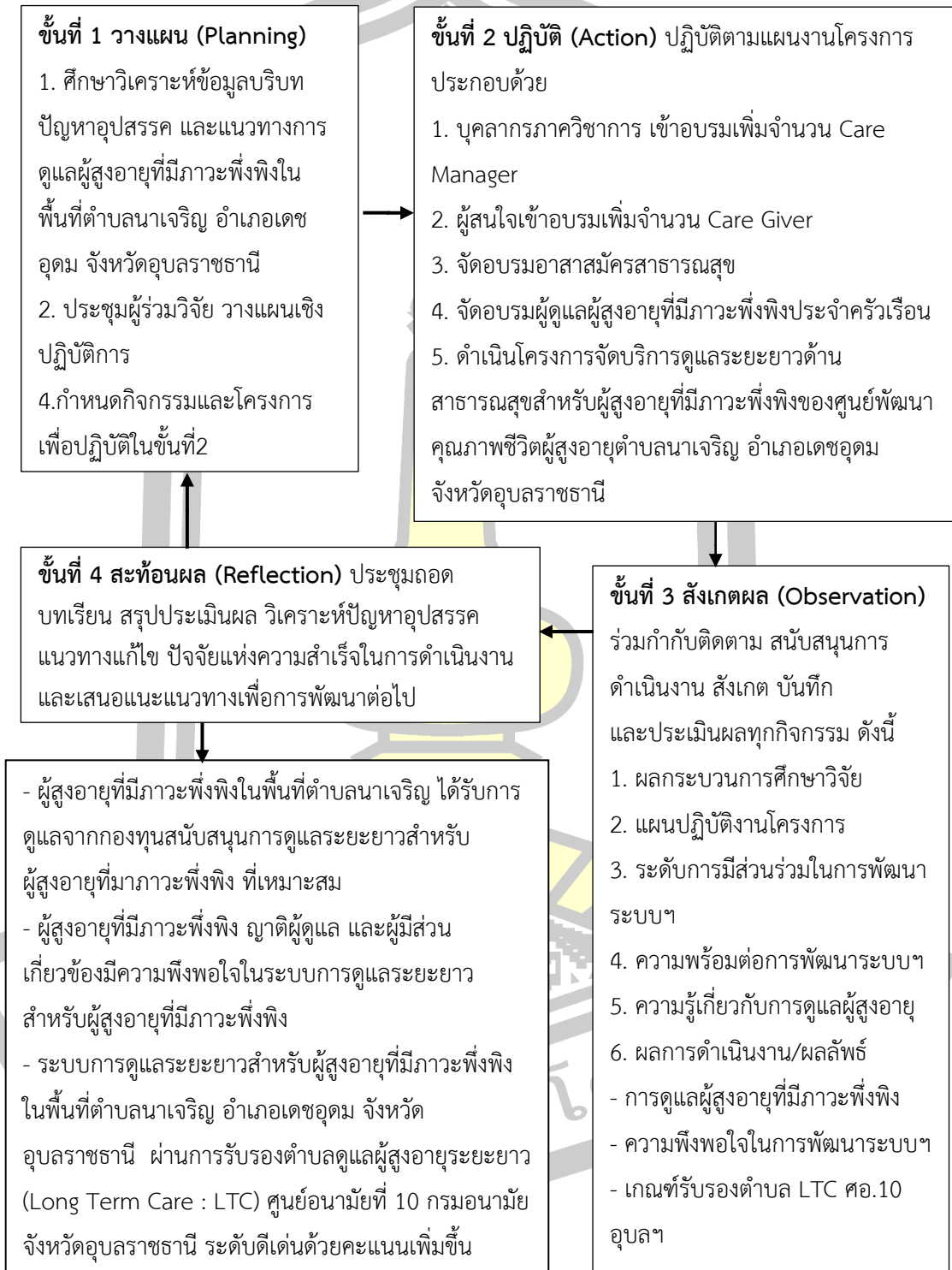
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษาตามโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลไกกองทุนตำบลและ อปท. ได้รับความยอมรับจากพื้นที่ว่าเป็นกลไกที่เหมาะสมในการบริหารจัดการระบบ Long Term Care และยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้และศักยภาพในการจัดบริการ Long Term Care ขณะเดียวกัน ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชนในเรื่องดังกล่าวที่ชัดเจน บริการสุขภาพที่จัดแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจัดได้เป็นระบบและสม่ำเสมอกว่าบริการด้านสังคม การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านภายใต้นโยบาย HHC, FCT, COC ของกระทรวงสาธารณสุขมาก่อนหน้านโยบาย Long Term Care และข้อจำกัดด้านการขาดความมั่นใจในระเบียบการใช้งบ Long Term Care รวมถึงข้อจำกัดในเรื่องระเบียบการใช้งบ อปท. ในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสังคม น่าจะเป็นปัจจัยอธิบายปรากฏการณ์นี้ จากที่นโยบายนี้ยังให้สิทธิเฉพาะผู้สูงอายุภายใต้ระบบ UC ทำให้สามารถครอบคลุมผู้มีความจำเป็นต้องได้รับการ Long Term Care ได้เพียงไม่เกินร้อยละ 60 กระบวนการประชุมหารือกับภาคีเครือข่ายต่างๆ และญาติ (Case Conference) เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (individual care plan) เป็นเครื่องมือสำคัญในการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่างๆ รวมถึงการบูรณาการต่อเนื่อง เชื่อมโยง ของบริการที่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับ บางพื้นที่ยังไม่ได้ใช้เครื่องมือดังกล่าวในการจัดบริการ ขาดกลไกการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพการทำงานของ CM ในอำเภอ พบว่าพื้นที่ที่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG จัดบริการ Long Term Care ได้เป็นระบบและสม่ำเสมอกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG การกำหนดทิศทางนโยบายและการบูรณาการเชื่อมประสานการดำเนินนโยบายของหน่วยงานส่วนกลางถือเป็นจุดดับขั้นที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงอย่างเร่งด่วนเพื่อให้การดำเนินนโยบายมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

กัญญารัตน์ กัญยะกาญจน์ (2562) ศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบังอำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านรูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) บริการเชิงรุก 4) บริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และ 6) การรับข้อมูลให้คำปรึกษา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการหรือทุพพลภาพ การพัฒนาระบบควรมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการที่เหมาะสมควรเน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน โดยภาควิชาการมีบทบาทในการให้บริการด้านความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยเพิ่ม การรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วย ภาคท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนบริการในการดูแลผู้สูงอายุทั้งเรื่องงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งทรัพยากรบุคคล ส่วนภาคประชาชน ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแลญาติ และอาสาสมัครในชุมชนมีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รวมถึงการร่วมติดตามการดูแลกันและกันในชุมชน โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถดูแลได้ เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังพบว่า หากภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดการระดมทุนและขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนและการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นการให้บริการแบบสงเคราะห์เพียงอย่างเดียว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2.11 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีแบ่งออกเป็น 4 ชั้น ดังนี้



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ในการศึกษาครั้งนี้รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม โดยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 กลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.9 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัย และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และการตัดสินใจ สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบ ให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานร่วมกัน เพื่อให้ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เกิดความต่อเนื่องและนำไปสู่ผลสำเร็จได้สูงขึ้น

3.2 กลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 กลุ่มเป้าหมายการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 210 คน โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมาย คือ มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

3.2.1.1 ภาควิชาการ จำนวน 2 คน ประกอบด้วย

นักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ 2 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ดำรงตำแหน่งด้านสาธารณสุข ที่ไม่เป็นคณะกรรมการอื่นๆ
- 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย
- 3) มีส่วนเกี่ยวข้องในงานเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ
- 4) สามารถโต้ตอบและสื่อความหมายเข้าใจ
- 5) สนใจเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ยกเลิกการสมัครใจ หรืองดการให้ข้อมูล
- 2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลาออก หรือตาย
- 3) ยกเลิก หรืองดเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.2.1.2 ภาคท้องถิ่น จำนวน 14 คน ได้แก่

- คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จำนวน 9 คน ประกอบด้วย

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ	1 คน
สาธารณสุขอำเภอดงหลวง หรือผู้แทน	1 คน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ	1 คน
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเจริญ	2 คน
นักจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)	1 คน
ผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)	1 คน
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ	1 คน
เจ้าหน้าที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ	1 คน

- คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ

จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

พระสงฆ์ (เจ้าคณะตำบลนาเจริญ)	1 คน
รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ	1 คน
ผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)	1 คน
ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ	2 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้
- 2) เป็นคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาทำการวิจัย
- 3) ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลนาเจริญ
- 4) สามารถติดต่อและสื่อความหมายเข้าใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ยกเลิกการสมัครใจ หรืองดการให้ข้อมูล
- 2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลาออก หรือตาย

3.2.1.3 ภาคประชาชน จำนวน 194 คน ประกอบด้วย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)	3 คน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถให้ข้อมูลได้	45 คน
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน	45 คน
อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)	101 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 3) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน
- 4) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

- สมัครใจเข้าร่วมการทำวิจัย
- ไม่ได้เป็นคณะกรรมการอื่นๆ
- อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ
- ไม่มีภาวะสับสน หรือเจ็บป่วยรุนแรง
- สามารถติดต่อและสื่อความหมายเข้าใจ

พูน บุญเกิด ชิว

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ลาออก หรือไม่ได้ปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2) ไม่ได้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว
- 3) ไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือนแล้ว
- 4) ลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
 - ไม่สมัครใจ หรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย
 - เป็นคณะกรรมการอื่นๆ ที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายแล้ว
 - ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาเจริญตลอดระยะเวลาวิจัย
 - มีภาวะสับสน หรือเจ็บป่วยรุนแรง หรือเสียชีวิต
 - ไม่สามารถโต้ตอบและสื่อความหมายเข้าใจ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

1) แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น จำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิดเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในชุมชน บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ประสพการณ์ การดูแลผู้สูงอายุ การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง ทำการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการครั้งเดียว การแปลผลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามปลายปิด (Closed-end question) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ มากให้ 3 คะแนน ปานกลางให้ 2 คะแนน น้อยให้ 1 คะแนน โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเดียว และผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติตามเกณฑ์ ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{3 - 1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 0.66$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการมีความพร้อมต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง การมีความพร้อมระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง การมีความพร้อมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง การมีความพร้อมระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ระดับ และอธิบายสาเหตุ ผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติตามเกณฑ์ ดังนี้

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน

มีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้งเท่ากับ 2 คะแนน

มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง มีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (กิตติวรรณ จรรยาสุทวิวงศ์, 2558) สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์ช่วงค่าเฉลี่ย เกณฑ์การมีส่วนร่วม ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{3 - 1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 0.66$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง	การมีส่วนร่วมระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง	การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง	การมีส่วนร่วมระดับน้อย

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open-ended questions) บันทึกผลการดำเนินกิจกรรมโดยใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การถอดบทเรียนและการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

2) แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 2 สำหรับเป้าหมายภาคประชาชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล กิจกรรมการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ ใช่ (1 คะแนน) ตอบ ไม่ใช่ (0 คะแนน) การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

ความรู้ระดับสูง	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ 60.00 – 79.99
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ 59.99 ลงมา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 ข้อ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ และ 5) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก และลบ กำหนดค่าคะแนนเชิงบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ข้อความเชิงลบกำหนดให้ค่าคะแนน ในทิศทางตรงกันข้ามและกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) คิดคะแนนจาก

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{3-1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 0.66$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านความพึงพอใจ ต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 11 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามมีให้เลือกตอบ 3 ระดับ ดังนี้

มาก หมายถึง มีความพึงพอใจมาก เท่ากับ 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน

น้อย หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย เท่ากับ 1 คะแนน

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานีที่พัฒนาขึ้น โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวน (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{3-1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 0.66$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับน้อย

3) แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 3 สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล กิจกรรมการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ จำนวน 30 ข้อ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 4 ข้อ 5) การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ และด้านการพยาบาล จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก และลบ กำหนดค่าคะแนนเชิงบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ข้อความเชิงลบกำหนดให้ค่าคะแนน ในทิศทางตรงกันข้ามและกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัว แบ่งการปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ (สุ่มทนา กลางการ และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) คิดคะแนนจาก

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{3-1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 0.66$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 11 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามมีให้เลือกตอบ 3 ระดับดังนี้

มาก	หมายถึง มีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 1 คะแนน

และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย โดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานีที่พัฒนาขึ้น โดยคิดคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{3-1}{3}$$

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = 0.66$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง	ความพึงพอใจระดับน้อย

3.3.3 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.3.3.1 การบันทึก (Record) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยจะทำการบันทึกการดำเนินการ ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ ความต้องการ การออกแบบระบบ รวมถึงการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นที่กำลังศึกษาวิจัย แล้วบันทึกแนวทางการสนทนากลุ่ม ประเด็นในการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียน มีการจดบันทึก และการบันทึกภาพกิจกรรม ประเมินผลวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคแนวทางแก้ไขและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

3.3.3.2 แบบสัมภาษณ์ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย คือ ภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open-ended questions)

บันทึกผลการดำเนินกิจกรรมโดยการใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การถอดบทเรียน และการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากการศึกษา

3.3.3.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ ความต้องการ การออกแบบระบบ รวมถึงการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นที่กำลังศึกษาวิจัย แล้วบันทึกแนวทางการสนทนากลุ่ม ประเด็นในการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนประเมินผลวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคแนวทางแก้ไขและ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน และการบริหารจัดการทีมผู้ช่วยเหลือดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3.4 การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมา กำหนดและสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาข้อคำถาม และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ดังนี้

1. นายแพทย์ภัสสทนล ผลผดุง ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
2. ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานพัฒนาองค์ความรู้ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
3. นางสาวยุพิน สุจินพลัม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indx of Consistency: IOC) เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในลำดับต่อไปการตรวจสอบ เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indx of Consistency: IOC) ของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยพิจารณาใช้สูตรการคำนวณของ Rovinelli & Hambleton (1977) (วันทนา กลางบุรีรัมย์, 2557)

ให้ +1 เมื่อข้อความคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อความคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุม

$$\text{จากสูตร } IOC = \frac{[\Sigma R]}{N}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อความ คำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ΣR = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) กำหนดให้ค่า IOC มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน ดังนั้นผู้วิจัย กำหนดให้ค่า IOC ที่สามารถยอมรับได้ในการศึกษาคั้งนี้ มีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 ถือว่าข้อความนั้นความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อความที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะพิจารณาสร้างปรับแก้ไขหรือสร้างข้อความใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทั้งนี้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนากระแจะ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด มีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

- แบบสอบถามชุดที่ 1 ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าความเชื่อมั่น 0.78 ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าความเชื่อมั่น 0.98
- แบบสอบถามชุดที่ 2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าความเชื่อมั่น 0.70 ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าความเชื่อมั่น 0.81 ส่วนที่ 4

ข้อมูลด้านความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าความเชื่อมั่น 0.81

- แบบสอบถามชุดที่ 3 ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ ค่าความเชื่อมั่น 0.71 ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าความเชื่อมั่น 0.75

การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม กลุ่มสนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกตามประเด็นปัญหา และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้ มีวิธีการเข้าถึงอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ซึ่งวิธีการเข้าถึงอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ อาสาสมัครที่เป็นกลุ่มเป้าหมายภาคท้องถิ่น และอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชนที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีวิธีการเข้าถึงโดยผู้วิจัยและคณะทำงานขอเข้าร่วมประชุมประจำเดือนขออนุญาตเชิญชวนอาสาสมัครให้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ ส่วนการเข้าถึงอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีวิธีการเข้าถึงโดยผู้วิจัยและคณะทำงานเดินทางลงพื้นที่ไปพบที่บ้านและเชิญชวนอาสาสมัครให้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำหน้าที่อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย พร้อมทั้งแจกเอกสารคำอธิบาย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ และเปิดโอกาสให้ซักถาม ตอบข้อสงสัยจนเข้าใจ และใช้เวลา ประมาณ 30 นาที ในการตัดสินใจ แล้วขอให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เมื่อสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้น (PAOR) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

3.5.1 ขั้นวางแผน (Planning)

1.1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ และปัญหาในพื้นที่ เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.2) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.3) การประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) รายงานผลสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1.4) แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย และคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย จำแนกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ ได้แก่ ภาควิชาการภาคท้องถิ่น จำนวน 16 คน ประกอบด้วย ภาควิชาการ จำนวน 2 คน ภาคท้องถิ่น จำนวน 14 คน

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 194 คน คือ ภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนทั้งสิ้น 45 คน ผู้ดูแลสูงอายุ (Care Giver: CG) จำนวน 3 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน จำนวน 45 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 101 คน

1.5) ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

3.5.2 ชั้นปฏิบัติการ (Action)

2.1) การดำเนินการตามแผนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้จากขั้นที่ 1

3.5.3 ชั้นสังเกตผล (Observation) การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1) ติดตาม ร่วมสังเกตการณ์ในการดำเนินงาน ทั้งก่อนการดำเนินการ ระหว่างการดำเนินการ และหลังการดำเนินการตามแผน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน โดยการใช้แบบสอบถามการวิจัยทั้ง 3 ชุด ประกอบด้วย

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 ข้อ

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 11 ข้อ

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 3 สำหรับกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัด อุบลราชธานี จำนวน 11 ข้อ

3.2) ประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาวิจัย และเก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงานตามแผน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

3.5.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผล

4.1) ประชุมสรุปรายงานสะท้อนผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

4.2) รายงานผลการเปรียบเทียบผล ก่อนและหลังการดำเนินการตามแผน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

4.3) ประชุมถอดบทเรียน ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.6.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ โดยวิเคราะห์ลักษณะของประชากร ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบฯ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบฯ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3.6.1.2 วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายภาคท้องถิ่น โดยวิเคราะห์ลักษณะของประชากร ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบฯ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบฯ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3.6.1.3 วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน โดยวิเคราะห์ลักษณะของประชากร ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ และความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบฯ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3.6.1.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบฯ ด้วย Paired sample t-test

3.6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบันทึกการประชุมของกลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ ภาคท้องถิ่น โดยการสังเกต การสนทนากลุ่มและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมโดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำเอาข้อมูลที่ต้องการศึกษาที่สามารถวัดค่าออกมาเป็นตัวเลขหรือจำนวน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นด้วยวิธีทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) แล้วนำเสนอข้อมูลที่วิเคราะห์แล้ว ออกมาในลักษณะของการพรรณนาและนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แบบสรุปผล แล้วนำเสนอข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วออกมาในลักษณะของการพรรณนาและนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

3.8.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

3.8.1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

3.8.1.2 สถิติที่ใช้สถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.8.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การตีความหมายของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมาย โดยสรุปเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คำนึงถึงควมมีคุณค่า และ ศักดิ์ศรีของผู้ร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน กระบวนการวิจัย โดยให้ความสำคัญใน 3 ด้านดังนี้ คือ 1) ด้านความเคารพในบุคคล ใช้หลักเอกสิทธิ์ คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว สิทธิส่วนบุคคล รวมถึงการเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจการให้ข้อมูล 2) ด้านการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ร่วมวิจัย และเพื่อเป็นไปตามเงื่อนไขด้านจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการรับรองจริยธรรม

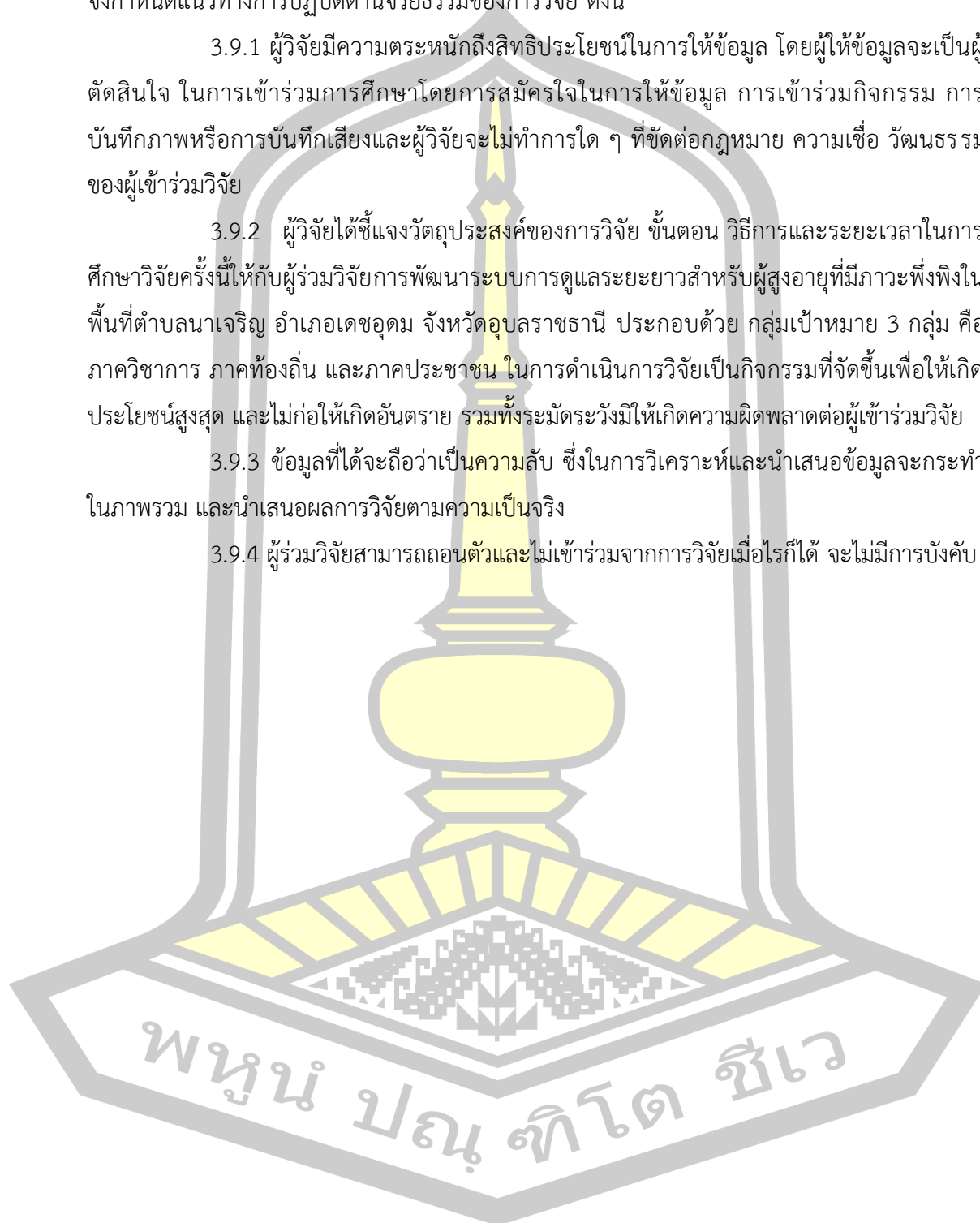
เลขที่รับรอง 203/2563 รับรองวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 หมดอายุวันที่ 23 กรกฎาคม 2564 ผู้วิจัย
จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัย ดังนี้

3.9.1 ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้
ตัดสินใจ ในการเข้าร่วมการศึกษาโดยการสมัครใจในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม การ
บันทึกภาพหรือการบันทึกเสียงและผู้วิจัยจะไม่ทำการใด ๆ ที่ขัดต่อกฎหมาย ความเชื่อ วัฒนธรรม
ของผู้เข้าร่วมวิจัย

3.9.2 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการและระยะเวลาในการ
ศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้กับผู้ร่วมวิจัยพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน
พื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ
ภาควิชาการ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน ในการดำเนินการวิจัยเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้เกิด
ประโยชน์สูงสุด และไม่ก่อให้เกิดอันตราย รวมทั้งระมัดระวังมิให้เกิดความผิดพลาดต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

3.9.3 ข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ ซึ่งในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะกระทำ
ในภาพรวม และนำเสนอผลการวิจัยตามความเป็นจริง

3.9.4 ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวและไม่เข้าร่วมจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ จะไม่มีการบังคับ



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยทั้ง 4 ชั้น ประกอบด้วย 1) ชั้นวางแผน (Planning) 2) ชั้นปฏิบัติ (Action) 3) ชั้นสังเกต (Observation) และ 4) ชั้นสะท้อนผล (Reflection) ตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) ผลการวิจัยจะนำเสนอในประเด็นดังต่อไปนี้

4.1 บริบทของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

4.2 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

4.3 ผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

4.1 บริบทของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษาบริบทการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี จากการใช้แบบประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการประชุม และบันทึกการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบประเด็นปัญหาอุปสรรค ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีการวางแผนเชิงปฏิบัติการ และกำหนดโครงการเพื่อปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

พื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นเขตพื้นที่ปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 7,534 คน เป็นผู้สูงอายุ

จำนวน 969 คน (ร้อยละ 12.86) สามารถแบ่งกลุ่มตามแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 847 คน (ร้อยละ 87.41) และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 122 คน (ร้อยละ 12.59) มีการเริ่มดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ เมื่อปี 2561 โดยความร่วมมือของแต่ละภาคส่วน คือ

ภาควิชาการ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ

1) มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน เป็นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ มีสัดส่วนไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จำนวน 122 คน (ตามประกาศกระทรวง ปี 2561 จำนวน 1 : 35-40 คน)

2) มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6 คน ทำหน้าที่บริการเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ตามแผนการดูแลที่ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขมอบหมาย มีสัดส่วนไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จำนวน 122 คน (ตามประกาศกระทรวง ปี 2561 จำนวน 1 : 10 คน)

ภาคท้องถิ่น โดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ

- 1) มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ ผ่านเกณฑ์
- 2) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ เพื่อบริหารจัดการ และบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ผ่านเกณฑ์
- 3) มีการจัดตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อทำหน้าที่ติดตามผลการดำเนินงาน และพิจารณางบประมาณสนับสนุนบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านเกณฑ์

ภาคประชาชน

1) ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน ให้ความร่วมมือในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความดูแลของตนเอง แต่ยังไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความดูแลที่ชัดเจน

การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) ของผู้สูงอายุในพื้นที่

2) ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เสนอรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เข้าในโปรแกรมระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง

3) เจ้าหน้าที่ดูแลระบบขององค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) ผู้จัดการระบบดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุข เสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) ต่อคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ

5) คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ พิจารณามีมติเห็นชอบ และเสนอขอรับการพิจารณางบประมาณต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณามีมติเห็นชอบ อนุมัติงบประมาณ โอนงบประมาณให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

7) คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญมอบหมายผู้จัดการระบบดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุข วางแผนการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

8) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามที่ได้รับมอบหมายอัตราส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็น 1 : 20 คน

9) ผู้จัดการระบบดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุข ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) ของผู้สูงอายุ หลังให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ครบ 9 เดือน เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน และปรับแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เสนอขอรับงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการต่อเนื่อง

การประเมินตนเอง ตามเกณฑ์รับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี หลังจากดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

มาตรฐานที่ 1 การพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ความครอบคลุมรายการโรคและจำนวนผู้สูงอายุ มีการให้บริการคัดกรองและวิเคราะห์ข้อมูล ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ที่ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน มีการแชร์ข้อมูลใช้ร่วมกันระหว่างหน่วยงาน มีทีมรับผิดชอบที่มีคำสั่งตั้งกรรมการข้อมูลจากทุกหน่วยงานในตำบลที่ชัดเจน

มาตรฐานที่ 4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) คือ มีการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพ CM และ CG แต่ยังไม่มีการฝึกออกหรือย้ายที่ทำงาน มีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่สัดส่วนยังไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตามประกาศกระทรวง ปี 2561

ผลการศึกษากลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น

ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี และระหว่าง 50-60 ร้อยละ 31.25 การศึกษาระดับประถมศึกษาและปริญญาตรี ร้อยละ 25.00 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 56.25 ตำแหน่งในชุมชนและบทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นคณะอนุกรรมการกองทุนตำบล (LTC) ร้อยละ 56.25 ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 50.00 และเคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.75 รายละเอียดแสดงในตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรกลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น (n=16)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	4 (25.00)
หญิง	12 (75.00)
อายุ	
20-30 ปี	1 (6.25)
31-40 ปี	4 (25.00)
41-50 ปี	5 (31.25)
50-60 ปี	5 (31.25)
มากกว่า 60 ปี	1 (6.25)
Mean = 46.13, Median = 46.00, Min. = 30.00, Max. = 69.00	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	4 (25.00)
มัธยมศึกษา	3 (18.75)
อนุปริญญา	3 (18.75)
ปริญญาตรี	4 (25.00)
ปริญญาโท	1 (6.25)
ปริญญาเอก	1 (6.25)

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรกลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ	
เกษตรกร	6 (37.50)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9 (56.25)
ข้าราชการเกษียณ	1 (6.25)
ตำแหน่งในชุมชน	
คณะกรรมการกองทุนตำบล LTC	9 (56.25)
คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	5 (31.25)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2 (12.50)
บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	
คณะกรรมการกองทุนตำบล LTC	9 (56.25)
คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	4 (25.00)
ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ	1 (6.25)
ผู้ดูแลสูงอายุ (Caregiver: CG)	2 (12.50)
ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ	
1-5 ปี	8 (50.00)
6-10 ปี	6 (37.50)
20 ปี	2 (12.50)
Mean = 8.13, Median = 5.50, Min. = 2.00, Max. = 30.00	
การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ	
ไม่เคย	5 (31.25)
เคย	11 (68.75)

ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีความพร้อมด้านบุคลากรระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.92 (S.D. 0.22) ด้านวัสดุครุภัณฑ์ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.91 (S.D. 0.36) ด้านการบริหารจัดการระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.84 (S.D. 0.21) และด้านงบประมาณระดับ

ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81 (S.D. 0.30) ซึ่งภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.87 (S.D. 0.16) รายละเอียดแสดงตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

สรุปประเด็นความพร้อม	Mean	S.D.	ระดับ ความพร้อม
ด้านบุคลากร	1.92	0.22	ปานกลาง
ด้านวัสดุครุภัณฑ์	1.91	0.36	ปานกลาง
ด้านการบริหารจัดการ	1.84	0.21	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	1.81	0.30	ปานกลาง
ภาพรวมความพร้อม	1.87	0.16	ปานกลาง

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.74 (S.D. 0.32) ด้านการติดตามประเมินผลระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.66 (S.D. 0.36) ด้านการดำเนินการระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.64 (S.D. 0.39) ด้านการตัดสินใจระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.56 (S.D. 0.38) สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานีอยู่ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ย 1.65 (S.D. 0.29) และ สาเหตุของการมีส่วนร่วมทุกครั้ง คือ การมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นคณะกรรมการ ส่วนสาเหตุของการมีส่วนร่วมบ้างครั้งและบางครั้ง คือ การติดภาระงานอื่นๆในบางช่วงเวลา รายละเอียดแสดงตาราง 3 ดังนี้

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

สรุปประเด็นการมีส่วนร่วม	Mean	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์	1.74	0.32	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมด้านการติดตามและประเมินผล	1.66	0.36	น้อย
การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินการ	1.64	0.39	น้อย
การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ	1.56	0.38	น้อย
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	1.65	0.29	น้อย

ผลการศึกษาของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)

ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.52 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 28.09 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.22 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.88 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 43.62 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 58.39 เป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.31 มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 59.06 และส่วนใหญ่เคยทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุทุกกิจกรรม ร้อยละ 44.97 รายละเอียดแสดงในตาราง 4 ดังนี้

ตาราง 4 ข้อมูลลักษณะทางประชากรกลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน (n=149)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	32 (21.48)
หญิง	117 (78.52)
อายุ	
20-30 ปี	9 (6.04)
31-40 ปี	21 (14.09)
41-50 ปี	42 (28.09)
50-60 ปี	38 (25.50)
มากกว่า 60 ปี	39 (26.17)
Mean = 5171, Median = 52.00, Min. = 27.00, Max = 73.00	

ตาราง 4 ข้อมูลลักษณะทางประชากรกลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	124 (83.22)
มัธยมศึกษา	21 (14.09)
อนุปริญญา	2 (1.34)
ปริญญาตรี	2 (1.34)
อาชีพ	
เกษตรกร	122 (81.88)
รับจ้าง	17 (11.41)
ค้าขาย	9 (6.04)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (0.67)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
น้อยกว่า 5,000 บาท	57 (38.26)
5,001-10,000 บาท	65 (43.62)
10,001-15,000 บาท	22 (14.77)
15,001-20,000 บาท	5 (3.36)
Mean = 6308.72, S.D. = 3814.66, Min = 1500, Max = 18,000	
ความเพียงพอของรายได้	
เพียงพอ	87 (58.39)
ไม่เพียงพอ	62 (41.61)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	103 (69.13)
โรคความดันโลหิตสูง	20 (13.42)
โรคเบาหวาน	17 (11.41)
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	7 (4.70)
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไต	1 (0.67)
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไต	1 (0.67)

ตาราง 4 ข้อมูลลักษณะทางประชากรกลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ	
1-5 ปี	88 (59.06)
6-10 ปี	25 (16.78)
11-15 ปี	10 (6.71)
16-20ปี	9 (6.04)
มากกว่า 20 ปี	17 (11.41)
Mean = 7.41, Median = 3.00, Min. = 1.00, Max. = 30.00	

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการมีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 39.60 มีความรู้ด้านการบริหารผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.09 ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.76 รายละเอียดแสดงในตาราง 5 ดังนี้

ตาราง 5 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน

ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการมีภาวะพึ่งพิง		
ความรู้ระดับสูง	31	20.80
ความรู้ระดับปานกลาง	59	39.60
ความรู้ระดับต่ำ	59	39.60
ด้านการบริหารผู้สูงอายุ		
ความรู้ระดับสูง	50	33.56
ความรู้ระดับปานกลาง	94	63.09
ความรู้ระดับต่ำ	5	3.35

ตาราง 5 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน (ต่อ)

ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ความรู้ระดับสูง	48	32.21
ความรู้ระดับปานกลาง	95	63.76
ความรู้ระดับต่ำ	6	4.03

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.59 (S.D.= 0.28) มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.51 (S.D. =0.51) มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการบริโภคอาหารระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.34 (S.D.= 0.33) มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการผ่อนคลายความเครียดระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.17 (S.D. =0.39) และมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.15 (S.D. =0.43) ซึ่งภาพรวมมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.35 (S.D. =0.26) รายละเอียดแสดงในตาราง 6 ดังนี้

ตาราง 6 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน

สรุปประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.59	0.28	ระดับสูง
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	2.51	0.51	ระดับสูง
การดูแลด้านการบริโภคอาหาร	2.34	0.33	ระดับสูง
ดูแลด้านการผ่อนคลายความเครียด	2.17	0.39	ปานกลาง
ดูแลด้านการออกกำลังกาย	2.15	0.43	ปานกลาง
ภาพรวมการดูแลผู้สูงอายุ	2.35	0.26	ระดับสูง

ผลการศึกษากลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 53.33 สถานภาพหม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ ร้อยละ 46.67 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.56 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 57.78 มีแหล่งที่มาของรายได้หลักจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.89 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.75 และสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ร้อยละ 91.11 รายละเอียดแสดงในตาราง 7 ดังนี้

ตาราง 7 ข้อมูลลักษณะทางประชากรภาคประชาชนที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=45)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	18 (40.00)
หญิง	27 (60.00)
อายุ	
ระหว่าง 60-70 ปี	13 (28.89)
ระหว่าง 71-80 ปี	24 (53.33)
ระหว่าง 81-90 ปี	6 (13.33)
มากกว่า 90 ปี	2 (4.44)
Mean = 74.07, Median = 74.00, Min. = 62.00, Max = 94.00	
สถานภาพ	
โสด	7 (15.56)
สมรส	17 (37.78)
หม้าย/หย่า/แยก	21 (46.67)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	25 (55.56)
มัธยมศึกษา	3 (6.67)
ไม่ได้เรียน	17 (37.78)

ตาราง 7 ข้อมูลลักษณะทางประชากรภาคประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ลักษณะการอยู่อาศัย	
อยู่คนเดียว	2 (4.44)
อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา	12 (26.67)
อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน	26 (57.78)
อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง	5 (11.11)
แหล่งที่มาของรายได้หลัก	
เงินบำนาญ	2 (4.44)
สามี/ภรรยา	1 (2.22)
บุตร/ธิดา	11 (24.44)
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	31 (68.89)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	4 (8.89)
โรคความดันโลหิตสูง	17 (12.75)
โรคเบาหวาน	14 (37.78)
โรคไต	3 (6.67)
โรคหัวใจ	3 (6.67)
โรคความดันโลหิตสูงและอัมพาต / อัมพฤกษ์	2 (4.44)
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไต	2 (4.44)
กิจกรรมการดูแลที่ได้รับ	
ด้านอาหาร/โภชนาการ	45 (100.00)
ด้านการปฐมพยาบาล ทำแผล ห้ามเลือด	25 (25.56)
ด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ	45 (100.00)
การจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย	45 (100.00)
ด้านการออกกำลังกาย	45 (100.00)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (4.44)
ประกันสังคม	2 (4.44)
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท	41 (91.11)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านการพยาบาลระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.59 (S.D. = 0.26) ด้านการผ่อนคลายความเครียดระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.36 (S.D. =0.31) ด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.28 (S.D. =0.37) ด้านการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.22 (S.D. = 0.53) ด้านการบริโภคอาหารระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.16 (S.D. =0.25) ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.15 (S.D. =0.44) และภาพรวมการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.29 (S.D. = 0.21) รายละเอียดแสดงในตาราง 8 ดังนี้

ตาราง 8 การดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ

สรุปประเด็นการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	Mean	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
ด้านการพยาบาล	2.59	0.26	สูง
ดูแลด้านการผ่อนคลายความเครียด	2.36	0.31	สูง
ดูแลด้านการออกกำลังกาย	2.28	0.37	ปานกลาง
ด้านการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล	2.22	0.53	ปานกลาง
การดูแลด้านการบริโภคอาหาร	2.16	0.25	ปานกลาง
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.15	0.44	ปานกลาง
ภาพรวมการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	2.29	0.21	ปานกลาง

สรุปผลการศึกษาริบทการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบประเด็นปัญหา อุปสรรค ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

- มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 122 คน
- มีระบบการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่แล้ว แต่ส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีสัดส่วนไม่เหมาะสม กับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตามประกาศกระทรวง ปี 2561
- การมีความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนในการร่วมพัฒนาระบบอยู่ในระดับปานกลาง

- การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนในการร่วมพัฒนาระบบอยู่ระดับปานกลาง

- ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง

- ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง

- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง

จากประเด็นปัญหา อุปสรรค ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงข้างต้น ผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดแผนเชิงปฏิบัติการร่วมกัน คือ กำหนดโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ เพื่อปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

4.2 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ตามที่ผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดแผนเชิงปฏิบัติการร่วมกัน การดำเนินโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้ปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนาระบบ มี 5 กิจกรรม ดังนี้

1. การส่งบุคลากรภาควิชาการ เข้าอบรมเป็นผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ให้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งสิ้น จำนวน 2 คน

2. การส่งผู้สนใจเข้าอบรมเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ให้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งสิ้น จำนวน 8 คน

3. การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสามารถช่วยเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ จำนวน 101 คน

4. การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน

5. การดำเนินโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ ดำเนินการดังนี้

- 1) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) ของผู้สูงอายุในพื้นที่
- 2) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เสนอรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าในโปรแกรมLTC คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญยืนยันข้อมูลในโปรแกรมฯ เพื่อขอรับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เสนอปรึกษาปัญหาหารายกรณีขอมติเห็นชอบต่อที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ
- 4) คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดทำสรุปแผนการดูแลรายบุคคล ตามที่ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขได้รับมติเห็นชอบแล้ว เพื่อเสนอขอรับการพิจารณาอนุมัติงบประมาณต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ 2563 รวมจำนวน 121 คน ต้องใช้งบประมาณตลอดโครงการเป็นเงิน 605,000 บาท
- 5) คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จัดหาเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามที่ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขได้เขียนไว้ในแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล เพื่อสนับสนุนบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 6) คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมอบหมายผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข วางแผนการจัดบริการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ละคนรับผิดชอบดูแล พร้อมจัดทำตารางการปฏิบัติงานมอบหมายให้ดูแลไม่เกิน 6 คนต่อวัน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ร่วมให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์
- 7) คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ร่วมดูแลกำกับ ติดตาม ให้คำปรึกษา แนะนำการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านทุกสัปดาห์ เมื่อพบปัญหาการบริการเกินศักยภาพจะปรึกษาปัญหาหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล
- 8) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขลงพื้นที่ ร่วมกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน เพื่อประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินความก้าวหน้าในการบริการ ปรับแผนการบริการรายเดือน และจัดทำรายงานสรุปขอเบิกค่าตอบแทนการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) การ

ลงพื้นที่ให้บริการสำหรับผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนอกเวลาราชการ และ
ค่าตอบแทนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุก 1 เดือน

9) คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดำเนินการเบิกจ่ายค่าตอบแทน
การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ฉบับแรก และจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฉบับใหม่
หรือปรับปรุงจากฉบับเดิมเมื่อครบ 9 เดือน รวมทั้งค่าตอบแทนการลงพื้นที่ให้บริการสำหรับผู้จัดการ
ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุก 1 เดือน

10) คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดำเนินการสรุปผลการดำเนิน
โครงการตามผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ได้รายงานความก้าวหน้าในการ
บริการ และเสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคลฉบับใหม่ หรือปรับปรุงจากฉบับเดิม
เมื่อครบ 9 เดือน เพื่อเสนอขอรับงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการต่อเนื่อง จากคณะกรรมการ
สนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อให้บริการครบ 1 ปี

4.3 ผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

การติดตามและประเมินผลตามแผนการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

4.3.1 จากการใช้แบบประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care :
LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก
การประชุม และบันทึกการสนทนากลุ่ม พบว่า ผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความครอบคลุม
รายการโรคและจำนวนผู้สูงอายุ มีการให้บริการคัดกรองและวิเคราะห์ข้อมูล ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ
สังคม ที่ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน มีการแชร์ข้อมูลใช้ร่วมกันระหว่างหน่วยงาน มีทีมรับผิดชอบที่มีคำสั่ง
ตั้งกรรมการข้อมูลจากทุกหน่วยงานในตำบลที่ชัดเจน

มาตรฐานที่ 2 ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเขต 10 คือ มีการ
จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ที่มีการบริหารจัดการ มีการจัดกิจกรรมของชมรม มีสวัสดิการและการเกื้อกูล
สมาชิกชมรม และเป็นชมรมที่มีส่วนร่วมกับทุกกิจกรรมในชุมชนที่ชัดเจน

มาตรฐานที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ มีการดำเนินโครงการ หรือกิจกรรม
บริการหรือรูปแบบและกระบวนการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของกลุ่มสุขภาพปกติ กลุ่มพฤติกรรม
เสี่ยง กลุ่มสถานะสุขภาพเสี่ยง กลุ่มเจ็บป่วย ที่มีความต่อเนื่อง และมีการสรุปผลประเมินผลที่ชัดเจน

มาตรฐานที่ 4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ Care Manager และผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Care Giver) /อาสาสมัครด้านผู้สูงอายุที่ไม่เป็นทางการ คือ มีการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือย้ายที่ทำงาน และมีผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ที่ปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้น เป็น 2 คน มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ที่ปฏิบัติงานได้เพิ่มขึ้น เป็น 8 คน แต่สัดส่วนยังไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จำนวน 122 คน ตามประกาศกระทรวง ปี 2561

มาตรฐานที่ 5 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ องค์กรบริหารส่วนตำบลนาเจริญมีการกำหนดข้อบัญญัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งมีแผนพัฒนาบุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุ ให้การดูแลช่วยเหลือครอบคลุม ทั้งการจ่ายเบี้ยยังชีพและสวัสดิการอื่นๆ ส่งเสริมการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างอาชีพ/รายได้ สนับสนุนอุปกรณ์การดูแล พื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนค่าอุปโภค บริโภค ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ผู้พิการหรือทุพพลภาพตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 6 การบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและที่บ้าน (Home Health Care :HHC) โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข คือ พื้นที่ตำบลนาเจริญมีการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้านโดยศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care Center ; COC) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งดูแลประชากรในพื้นที่ตำบลนาเจริญได้ครอบคลุมทั้งหมดและมีความชัดเจน

มาตรฐานที่ 7 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง พิการทุพพลภาพ คือ ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ ทั้งการระดมทุน การจัดสถานที่สำหรับบริการพักฟื้นแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพื่อผ่อนคลายบรรเทาภาระของผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกัน

มาตรฐานที่ 8 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มีการเรียนรู้ในชมรมผู้สูงอายุ และมีข้อมูลสุขภาพช่องปากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน

มาตรฐานที่ 9 วัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ คือ ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ มีวัดที่ผ่านการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีเด่น

มาตรฐานที่ 10 ผลลัพธ์การดำเนินงาน คือ ตำบลนาเจริญมีข้อมูลสารสนเทศในภาพรวมของตำบลที่ผ่านมาย้อนหลัง 3 ปี มีผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการดำเนินงานตามกิจกรรมโครงการของหน่วยงาน ที่สามารถแสดงผลชัดเจนในการนำข้อมูลไปใช้เพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในภาพตำบล

ดังนั้น ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี จึงผ่านการรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ระดับดีเด่นด้วยคะแนนเพิ่มขึ้น

4.3.2 จากการใช้แบบสอบถามวิจัย แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกสังเกต การดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาระบบ พบว่า

1. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ของกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนในการร่วมพัฒนาระบบ คือ ภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น มีส่วนร่วมทั้งด้านการรับผลประโยชน์ ด้านการติดตามประเมินผล ด้านการดำเนินการ ด้านการตัดสินใจ และภาพรวมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี หลังการดำเนินการมีมากกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.05) รายละเอียดดังตาราง 9 ดังนี้

ตาราง 9 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อน - หลังดำเนินโครงการ

ประเด็นการมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์	1.74	0.32	2.41	0.69	4.74	<0.001*
การมีส่วนร่วมด้านการติดตามและประเมินผล	1.66	0.36	2.34	0.74	4.82	<0.001*
การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินการ	1.64	0.39	2.29	0.72	4.62	<0.001*
การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ	1.56	0.38	2.25	0.76	4.41	<0.001*
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	1.65	0.29	2.32	0.70	5.18	<0.001*

2. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ภาคประชาชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ด้านการมีภาวะพึ่งพิง ด้านการบริหารผู้สูงอายุ และภาพรวมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี หลังการดำเนินการมีมากกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.05) รายละเอียดแสดงในตาราง 10 ดังนี้

ตาราง 10 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน ก่อน – หลังดำเนินโครงการ

ประเด็นความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านการมีภาวะพึ่งพิง	1.76	0.85	1.94	0.84	5.48	<0.001*
ด้านการบริหารผู้สูงอายุ	12.92	1.48	13.40	1.41	8.77	<0.001*
ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	14.68	1.73	15.34	1.70	10.56	<0.001*

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ได้รับการดูแลจากการจัดบริการของคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยงบประมาณจากกองทุนสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เหมาะสมตามชุดสิทธิ์ประโยชน์ มากกว่าก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.05) รายละเอียดดังตาราง 11

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตาราง 11 เปรียบเทียบการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ ก่อน – หลังดำเนินโครงการ

การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านการพยาบาล	2.59	0.26	2.81	0.29	8.85	<0.001*
ดูแลด้านการผ่อนคลาย ความเครียด	2.36	0.31	2.74	1.00	2.77	<0.008*
การดูแลด้านการบริโภคอาหาร	2.16	0.25	2.55	0.39	9.13	<0.001*
ดูแลด้านการออกกำลังกาย	2.28	0.37	2.54	0.47	6.22	<0.001*
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.15	0.44	2.39	0.62	4.82	<0.001*
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล	2.22	0.53	2.34	0.66	2.86	<0.007*
ภาพรวมการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	2.29	0.21	2.56	0.38	8.20	<0.001*

4. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งมิติทางกาย มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในระดับมากทั้งหมด มีค่าเฉลี่ย 2.68 (S.D. = 0.31) รายละเอียดแสดงตาราง 12 ดังนี้

ตาราง 12 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ หลังดำเนินโครงการ

สรุปประเด็นความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับ ความพึงพอใจ
มิติทางกาย	2.71	0.36	มาก
มิติทางจิตใจ / จิตวิญญาณ / ปัญญา	2.71	0.38	มาก
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	2.60	0.38	มาก
ภาพรวมความพึงพอใจ	2.68	0.31	มาก

5. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของภาคประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งมิติทางกาย มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในระดับมากทั้งหมดทุกมิติ ภาพรวมค่าเฉลี่ย 2.75 (S.D. = 0.27) รายละเอียดแสดงตาราง 13 ดังนี้

ตาราง 13 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของภาคประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังดำเนินโครงการ

สรุปประเด็นความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	2.81	0.32	มาก
มิติทางกาย	2.75	0.28	มาก
มิติทางจิตใจ / จิตวิญญาณ / ปัญญา	2.69	0.37	มาก
ภาพรวมความพึงพอใจ	2.75	0.27	มาก

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานีผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งภาควิชาการ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน ได้ร่วมดำเนินการสรุปรายงานและสะท้อนผลการศึกษาค้นคว้าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่สำคัญ มีดังนี้ การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานีนั้น สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

- ภาควิชาการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการส่งบุคลากรทั้งพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เข้ารับการอบรมหลักสูตร Long - term care manager ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager; CM) และสนับสนุนการรับสมัครบุคคล

เพื่อเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver; CG) ให้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ส่งผลให้มี อัตราส่วนของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager; CM) ต่อ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver; CG) มีความเหมาะสม สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุม

- ภาคท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ เพื่อเป็นศูนย์บริหารจัดการและบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเจริญ เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อทำหน้าที่กำกับติดตามผลการดำเนินงานและพิจารณางบประมาณตามที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ ได้เสนอของบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

- ภาคประชาชน ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้เห็นความสำคัญ และร่วมกันเยี่ยมติดตามอาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เกิดความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการพยาบาลเบื้องต้น ทำให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน มีความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญเป็นอย่างมาก

“กระผมมีความยินดีและภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในฐานะที่ผมเป็นผู้บริหารระดับท้องถิ่น ผมยินดีสนับสนุนการดำเนินงานเต็มที่ หากขาดเหลืออะไร ให้แจ้งผมโดยตรงหรือผ่านท่านปลัด พี่วาสนา หรือคุณหมอดาวก็ได้ครับ ผมมั่นใจในความสามารถของทีมงานทุกท่าน ผมเชื่อว่าการร่วมมือ ร่วมแรงกันของคนในพื้นที่เรา จะสามารถขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเรา ผ่านการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ขอขอบคุณทุกท่านที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ส่วนเรื่องค่าตอบแทน ท่านปลัดและคุณหมอดาวได้ศึกษาระเบียบการเบิกจ่ายแล้ว สามารถดำเนินการได้เลย เรามีบุคลากรที่มีความรู้และเข้าใจงานแล้ว การทำงานจะง่ายขึ้น เพื่อขยายการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด” (กรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1, วันที่ 20 พฤษภาคม 2563; การสนทนากลุ่ม)

“การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามสิทธิประโยชน์ มีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ เข้าใจระเบียบ กฎหมาย และข้อบังคับต่างๆค่อนข้างเยอะ ผมอยากให้เจ้าหน้าที่ ทั้งส่วนของท้องถิ่น และวิชาการสาธารณสุขช่วยกันศึกษา ทำความเข้าใจ ระเบียบต่างๆเพิ่มขึ้น จะได้ช่วยกันดำเนินงานสะดวก รวดเร็ว มีความคล่องตัว และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และผมขอฝากให้คุณหมอดาว ให้ส่งรายงานการเบิกค่าตอบแทนทั้งของ CM, CG ให้เร็วขึ้น ผมจะให้คณะกรรมการได้ดำเนินการเบิกค่าตอบแทนให้ได้ทันทุกวันที่ 5 ของเดือน เพื่อให้เป็นขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานทุกคน ส่วนเรื่องข้อมูลผู้สูงอายุ ปัญหาความต้องการ การวางแผนจัดบริการด้านสาธารณสุข การมอบหมายการติดตามเยี่ยม ผมเชื่อมั่นในการดำเนินงานของคณะกรรมการและทีม CM, CG การทำงานและช่วยเหลือกันของทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้นำชุมชนที่ได้เข้ามาช่วยเหลือการทำงาน ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ” (กรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2, วันที่ 20 พฤษภาคม 2563: การสนทนากลุ่ม)

“การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของตำบลเรา ได้ดำเนินการเป็นขั้นตอน และได้รับการยอมรับจากชุมชนเป็นอย่างมาก เพราะการดำเนินงานทุกขั้นตอน ได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนจริงๆ ทั้งการบริหารจัดการด้านงบประมาณ การสนับสนุนมอบหมายบุคลากรที่มีความสามารถในการดำเนินงาน อาคารสถานที่จากทางท้องถิ่น และมีได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้นำชุมชน คณะกรรมการดำเนินงาน รพ.สต. ก็ยินดีสนับสนุนบุคลากรเพื่อให้ดำเนินงานอย่างเต็มที่ ขอเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณสร้างอาคารเพื่อเป็นศูนย์ปฏิบัติงานของ CG, CM และอยากให้ทุกท่านช่วยกันประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจ มาสมัครเป็น CG เพิ่มขึ้นค่ะ (กรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3, วันที่ 20 พฤษภาคม 2563: การสนทนากลุ่ม)

“ก่อนอื่นดิฉันขอกล่าวคำว่าขอบคุณคณะกรรมการทุกท่าน ขอบคุณท่านนายก ท่านปลัด ที่ให้โอกาสดิฉันได้มาร่วมงานด้วย ดิฉัน คิดว่างานทุกอย่างจะสำเร็จได้ก็ด้วยความร่วมมือของพวกเราทุกคน ขอบคุณท่านนายกที่เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เรา และให้การสนับสนุนการทำงานของทีมงาน ขอบคุณท่านปลัดที่ดูแลสนับสนุน และขอชื่นชมคุณหมอดาว เป็น CM ที่เป็นคนในพื้นที่มีความรู้ มีความสามารถ ได้ลงพื้นที่ค้นหาและประเมินปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างละเอียด สามารถบริหารจัดการทีม ปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน มอบหมายงาน ติดต่อประสานทุกหน่วยงานได้เป็นอย่างดี แต่ด้วยภาระงานที่เยอะก็อยากจะให้มี CM เพิ่มขึ้น หรือมีการจัดหาผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ให้มาช่วยงานคุณหมอดาวเพิ่มอีก และอยากให้ CG เพิ่มขึ้นด้วย เพราะเห็นว่าผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเรามีมากขึ้นเรื่อยๆ สุดท้ายนี้ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมไปถึงการดูแลทุกกลุ่มวัยในพื้นที่ตำบลนาเจริญของเราค่ะ” (กรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 1, วันที่ 20 พฤษภาคม 2563; การสนทนากลุ่ม)

“ผมคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเราก็ถือว่าดีมาก ๆ ครับ เท่าที่ได้ยินมาไม่ว่าจะเป็นญาติผู้สูงอายุและตัวผู้สูงอายุเองต่างก็ชื่นชมทีมงานเราว่ามีการดูแลเป็นอย่างดี ผมก็ยินดีที่ได้มีโอกาสร่วมเป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้สูงอายุนี้ สำหรับข้อเสนอแนะที่อยากให้ดำเนินการเพิ่มเติม คือ ควรมีการจัดสร้างอาคารศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่เป็นอาคารสถานที่ให้มีความถาวร เพื่อให้ทีมงานใช้เป็นสำนักงานจัดบริการ เก็บอุปกรณ์ และให้มีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำศูนย์ฯ” (กรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 1, วันที่ 20 พฤษภาคม 2563; การสนทนากลุ่ม)

“การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญของเรา ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทั้งจากผู้บริหารทุกหน่วยงานที่เห็นความสำคัญ ให้ความร่วมมือ ให้การสนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดี ทีมผู้ปฏิบัติงานได้รับค่าตอบแทน มีกำลังใจในการทำงาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงเท่าเทียมกันตามความจำเป็น ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีผู้มีจิตอาสาที่เห็นความสำคัญเข้าร่วมกิจกรรมการบริการของทีมเยี่ยมบ้านจึงทำให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ มีการดำเนินการที่ชัดเจนและมีความต่อเนื่อง และดิฉันขอเสนอแนะให้มีการส่งบุคลากรด้านสุขภาพ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ เข้ารับการอบรมหลักสูตร Long - term care manager ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อเพิ่มจำนวนผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ครอบคลุมขึ้น ลดภาระงาน CM คนเดิม และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานขึ้น” (กรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2, วันที่ 20 พฤษภาคม 2563; การสนทนากลุ่ม)

“ดิฉันกะต๊ใจที่ได้เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ได้มีส่วนร่วมในการดูแลชาวบ้าน บ้านเฮา ได้เห็นรอยยิ้มคนป่วย ทั้งคนป่วย ทั้งญาติเห็นมีความสุข กะต๊ใจละคะ บางทีเอกะมีของฝากให้เต็มไม้เต็มมือ ขนาดบ่แม่นที่แม่นน้อง กะยังดูแลฮักแก่นกัน แถมยังฮ้องว่าจะแมนดีหลายบั้งเก็จผู้เฒ่า ดิฉันกะรู้สึกดีใจหลายที่เพิ่นฮ้องและชื่นชมเฮา เฮ็ดให้ดิฉันอยากไปดูแลอีก” (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1, วันที่ 20 พฤษภาคม 2563; การสนทนากลุ่ม)

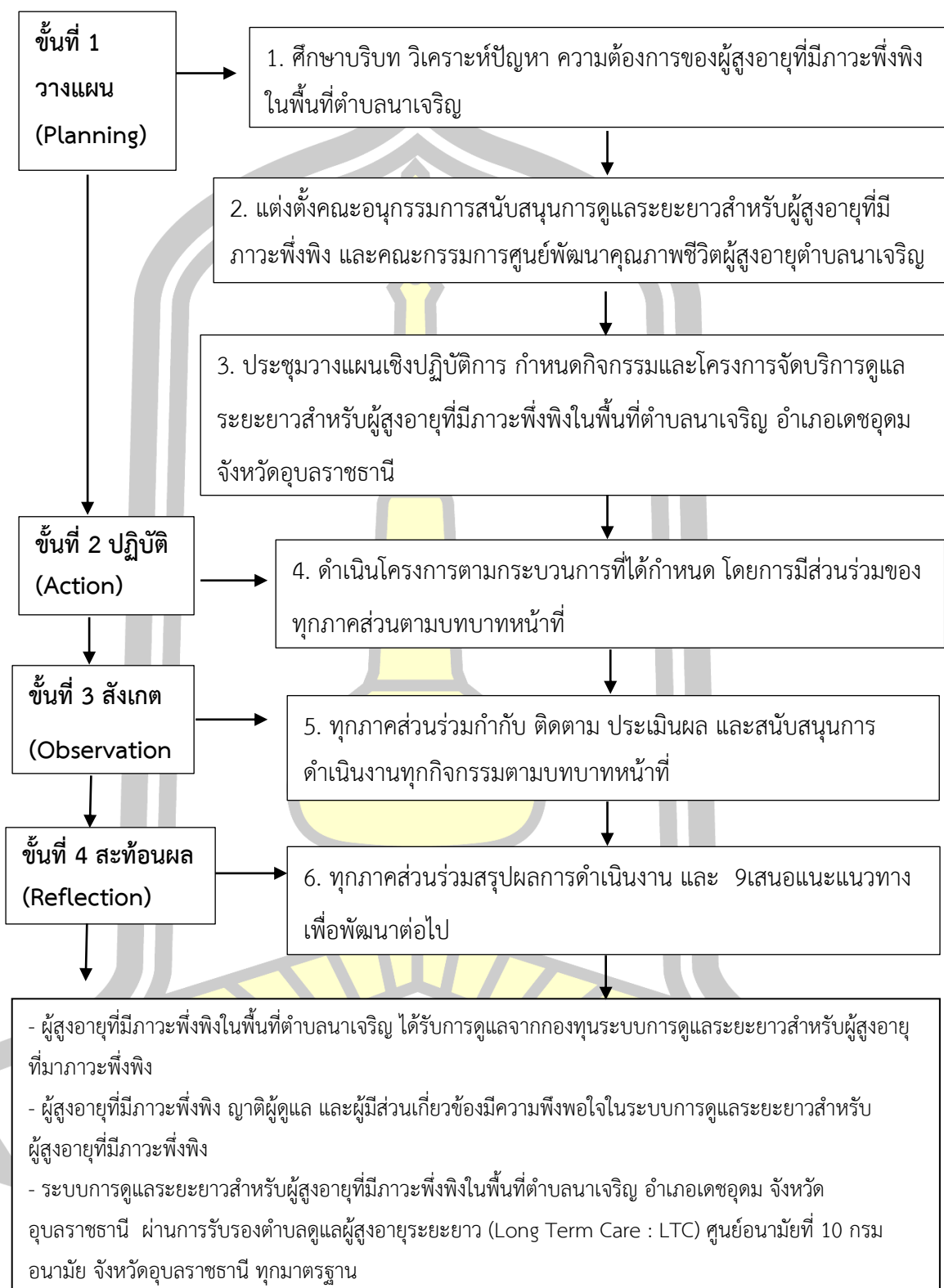
“ยายดีใจแ่งที่มีคนมาเบ็งมาแยง จังแมนเพิ่นบั้งเก็จ บั้งเดียดผู้เฒ่า ขอให้ม่แบบนี้ต่อไปตลอดเด้อ จังแมนดีคัก ขอขอบคุณคุณหมอลหลายๆเด้อคะ” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1, วันที่ 20 พฤษภาคม 2563; การสนทนากลุ่ม)

“พ่อใหญ่ดีใจหลายเดอนางที่หมู่เจ้ามาเยี่ยม มาดูแลพ่อใหญ่ ขอขอบคุณคุณหมอนำที่บ่ลืมพ่อใหญ่ จังแมนดีหลายเพิ่นบั้งเก็จ ดีเนาะพ่อไปอนามัยบ่ได้กะมีผู้มาล้างแผลให้อยู่บ้าน เเทงเอาอุปกรณ์ให้บักหลายนึ่ง ละกะสอนลูกพ่อใหญ่ล้างแผลเป็นน้า เขากะได้ล้างแผลให้ ได้ดูแลพ่อดีขึ้นตัวละ ทุกมื่อนี้พ่อกะมีความสุขกะสบายใจขึ้นหลาย แมนตายกะบ่เสียตายละๆลูกเอ๊ย” (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2, วันที่ 20 พฤษภาคม 2563; การสนทนากลุ่ม)

“ดิฉันในฐานะที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ก็ดูแลมานานแล้ว ดีใจมากที่มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน มาเยี่ยมมายมาให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และรู้สึกว่าการที่มีเจ้าหน้าที่มาดูแลแบบนี้ ทำให้เป็นเหมือนช่องทางด่วน ในการเข้าถึงบริการสุขภาพจริงๆ แค่มิ CG ที่มาเยี่ยมเห็นอาการร้ายแล้วไปแจ้งคุณหมอดาวทราบ คุณหมอก็ออกมาดูแลถึงที่บ้าน ทั้งเปลี่ยนสายให้อาหารและทำแผลขอบคุณทีมงานจริงๆค่ะ ส่วนข้อเสนอแนะก็คืออยากให้มีการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยคนอื่นๆแบบนี้ต่อไปเรื่อยๆค่ะ” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน1, วันที่ 20 พฤษภาคม 2563; การสนทนากลุ่ม)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงทำให้การดำเนินกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขอุดม จังหวัดอุบลราชธานี มีการดำเนินการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีความต่อเนื่องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขอุดม จังหวัดอุบลราชธานี สามารถสรุปแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดังภาพประกอบ 3 นี้





ภาพประกอบ 4 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน (Participatory Rural Appraisal : PRA) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง เดือนเมษายน 2563 ระยะเวลา 6 เดือน

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษานี้ มีจำนวน 210 คน ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมในการวิจัยโดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากร คือ มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ภาควิชาการ จำนวน 2 คน ภาคท้องถิ่น จำนวน 14 คน และภาคประชาชน จำนวน 194 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งแบบประเมิน แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย แบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมิน (Barthel ADL index) และแบบประเมิน MMSE-T 2002 แบบสอบถามการวิจัยมี 3 ชุด คือ 1) แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น 2) แบบสอบถามสำหรับเป้าหมายภาคประชาชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver ; CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และ 3) แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี มีการสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

จากการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal : PRA) ตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) สรุปผลการศึกษาวิจัย ดังนี้

ขั้นวางแผน (Planning)

ลงพื้นที่ศึกษาบริบทและประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหา อุปสรรค และแนวทางการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีการดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ แม้ว่าคณะกรรมการที่กล่าวมาทั้ง 2 คณะนี้จะประกอบด้วยบุคลากรทั้งภาควิชาการ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนแล้ว แต่ผลการประเมินระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ อัตราส่วนของผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็น 1 : 6 คน และอัตราส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็น 1 : 20 คน ซึ่งเกินมาตรฐานกำหนด มีปัญหาหลัก คือ ปัญหาด้านการสนับสนุนการดำเนินงาน ด้านนโยบาย ด้านงบประมาณ ด้านผู้ให้บริการ และปัญหาด้านผู้รับบริการ

นอกจากนี้ยังพบว่า พื้นที่ตำบลนาเจริญมีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 972 คน (ร้อยละ 12.90) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 122 คน (ร้อยละ 12.55) แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน จำนวน 94 คน (ร้อยละ 9.67) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 2.88) ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในขั้นปฏิบัติ ดังนี้ 1) ส่งบุคลากรภาควิชาการเข้ารับการอบรมหลักสูตร Long - Term Care Manager เพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager; CM) เพิ่ม 2) รับสมัครบุคคล เข้ารับการอบรมเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver; CG) เพิ่ม 3) จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ 4) กำหนดโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

ชั้นปฏิบัติ (Action)

ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากการร่วมวางแผนของผู้ร่วมวิจัยการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัด อุบลราชธานี พบว่า 1) มีผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Long - Term Care Manager ตามมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งสิ้น จำนวน 2 คน 2) มีผู้ช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพตามมาตรฐาน รวมทั้งสิ้น จำนวน 8 คน 3) มีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถช่วยทีมเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ จำนวน 101 คน 4) ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งภาควิชาการ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมดำเนินการโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ชั้นสังเกต (Observation)

การติดตามและประเมินผลตามแผนการดำเนินการศึกษาผลการพัฒนาระบบการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัด อุบลราชธานี จากการสังเกตการ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และการ สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 ภาคส่วน จำนวน 210 คน พบว่า

กลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น จำนวน 16 คน

ลักษณะทางประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี และระหว่าง 50-60 ร้อยละ 31.25 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและปริญญาตรี ร้อยละ 25.00 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 56.25 ตำแหน่งในชุมชนและบทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชนเป็นคณะกรรมการกองทุนตำบล (LTC) ร้อยละ 56.25 ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 50.00 และเคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.75

ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ส่วนใหญ่มีความ พร้อมด้านบุคลากรระดับมาก มีความพร้อมด้านงบประมาณระดับมาก มีความพร้อมด้านวัสดุครุภัณฑ์ ระดับมาก และมีความพร้อมด้านการบริหารจัดการระดับมาก

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจระดับปาน กลาง มีส่วนร่วมด้านการดำเนินการระดับปานกลาง มีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ระดับมาก และมีส่วนร่วมด้านการติดตามประเมินผลระดับมาก สาเหตุของการมีส่วนร่วมทุกครั้ง คือ การมี

บทบาทหน้าที่ในการเป็นคณะกรรมการ ส่วนสาเหตุของการมีส่วนร่วมบ่อยครั้งและบางครั้ง คือ การติดภาระงานอื่นๆ ในบางช่วงเวลา

ข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

1. การดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบปัญหา อุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนบริการขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ตามระเบียบและกฎหมาย ทำให้ไม่กล้าตัดสินใจปฏิบัติ

1.2 ขั้นตอนการทำงาน และการทำเอกสารจำนวนมาก ทำให้ภาระงานเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น การทำงานล่าช้า ขาดความคล่องตัว

1.3 CM บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้งานล้นมือ ทำงานเสร็จไม่ทันกำหนด และขาดประสิทธิภาพได้

1.4 ความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG ต้องได้รับการฟื้นฟู

1.5 วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เพียงพอ

2. มีวิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าว ดังนี้

2.1 มีการศึกษาแนวทางปฏิบัติ ระเบียบ กฎหมายให้ชัดเจนเข้าใจง่าย นำมาปฏิบัติได้ง่าย

2.2 ลดขั้นตอนการทำงาน ลดภาระงานด้านเอกสาร เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมากขึ้น

2.3 มีการเพิ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการอบรม CM, mini CM เพิ่มขึ้นให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

2.4 มีการอบรมฟื้นฟูสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG ทุกปี

2.5 จัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เพียงพอมากขึ้น

3. ความต้องการการช่วยเหลือในการดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

3.1 อบรมบุคลากรในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทั้งส่วนอปท.และสาธารณสุข

3.2 แบ่งหน้าที่รับผิดชอบงานให้เหมาะสม และคณะกรรมการ LTC ตรวจสอบประเมินและให้กำลังใจในการปฏิบัติงานของทีมงานและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

3.3 สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เพียงพอ รวมทั้งสนับสนุนยานพาหนะในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

3.4 จัดสรรค่าตอบแทนการดำเนินงานให้เหมาะสม

3.5 อบรมความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG

4. ข้อเสนอแนะในกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

4.1 ควรจัดตั้งอาคารศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ถาวร และมีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำ

4.2 ควรเพิ่มบุคลากรในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทั้งส่วนอปท.และสาธารณสุข

4.3 ควรจัดทรวัดสุขภาพการแพทย์สำหรับดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เพียงพอ

4.4 ควรบริหารค่าตอบแทนการดำเนินงานให้เหมาะสม

4.5 ควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG

4.6 ควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับการจัดการระบบของ CM

4.7 ควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้และสมรรถนะเกี่ยวกับการสนับสนุนดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ อปท.

กลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver ; CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 149 คน

ลักษณะทางประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.52 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 28.09 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.22 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.88 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 43.62 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 58.39 เป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.31 มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 59.06 และเคยทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุทุกกิจกรรม ร้อยละ 44.97

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง ร้อยละ 44.97 มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง ร้อยละ 53.69 และมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่ำ ร้อยละ 1.34

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการบริโภคอาหารระดับสูง ด้านการออกกำลังกายระดับปานกลาง ด้านการผ่อนคลายความเครียดระดับสูง ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับสูง และด้านการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลระดับสูง

ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งมิติทางกาย มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในระดับมากทั้งหมด

กลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 45 คน

ลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 53.33 สถานภาพหม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ ร้อยละ 46.67 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.56 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 57.78 มีแหล่งที่มาของรายได้หลักจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.89 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.75 ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลด้านอาหาร/โภชนาการ ด้านการใช้ยา การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการออกกำลังกายร้อยละ 100.00 และสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ร้อยละ 91.11

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านการบริโภคอาหารระดับสูง ด้านการออกกำลังกายระดับสูง ด้านการผ่อนคลายความเครียดระดับสูง ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับสูง ด้านการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลระดับปานกลาง และได้รับการดูแลด้านการพยาบาลระดับสูง

ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งมิติทางกาย มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในระดับมากทั้งหมด

ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

การศึกษาในขั้นตอนการสะท้อนผล และการรายงานผล หลังจากการดำเนินการตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญได้รับการดูแลจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราส่วนของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเหมาะสม สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุม จึงผ่านการรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ทุกมาตรฐาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ที่สำคัญ คือ การได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานจากทั้งภาควิชาการ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน มีดังนี้

1. ภาควิชาการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ ส่งบุคลากรทั้งพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และสนับสนุนการรับสมัครบุคคล เพื่อเข้ารับการอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้มีอัตราส่วนของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเหมาะสม สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุม

2. ภาคท้องถิ่นโดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาเจริญ และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาเจริญ เพื่อเป็นศูนย์บริหารจัดการและบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาเจริญ จัดตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และพิจารณางบประมาณในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

3. ภาคประชาชน ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน เห็นความสำคัญร่วมกันเยี่ยมติดตามอาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เกิดความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติ ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการพยาบาลเบื้องต้น ทำให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น มีความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญเป็นอย่างมาก

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ที่ได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงทำให้การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี มีการดำเนินการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีความต่อเนื่องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน (Participatory Rural Appraisal : PRA) ตามแนวคิด P-A-O-R spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1988) อภิปรายผลการศึกษาวิจัย ดังนี้ ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุครุภัณฑ์ และด้านการบริหารจัดการระดับมาก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบริหารจัดการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์เพียงพอ เบิกจ่ายค่าตอบแทนการจัดบริการได้เป็นระบบและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) ศึกษาตามโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลไกกองทุนตำบล และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการยอมรับจากพื้นที่ว่าเป็นกลไกที่เหมาะสมในการบริหารจัดการระบบ Long Term Care พื้นที่ที่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG จัดบริการ Long Term Care ได้เป็นระบบและสม่ำเสมอกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG มีการกำหนดทิศทางนโยบายและการบูรณาการเชื่อมประสานการดำเนินนโยบายของหน่วยงานส่วนกลาง ถือเป็นจุดค้ำยันที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงอย่างเร่งด่วน เพื่อให้การดำเนินนโยบายมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ประสบความสำเร็จจากการได้รับความร่วมมือในการดำเนินโครงการจากทั้งภาควิชาการ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนในพื้นที่ตำบลนาเจริญให้การสนับสนุนการดำเนินการทุกชั้น สอดคล้องกับ วิราพรธรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ (2557) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพาโดยการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชนและองค์กรรัฐโดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งสรุปว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพาควรมี 3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ละภาคส่วนมีการสนับสนุนและประสานงานในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกายจิตและสังคม

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและด้านการดำเนินการระดับปานกลาง มีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการติดตามประเมินผลระดับ

มาก สาเหตุของการมีส่วนร่วมทุกครั้ง คือ การมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นคณะกรรมการ ส่วนสาเหตุของการมีส่วนร่วมบ่อยครั้งและบางครั้ง คือ การติดภาระงานอื่น ๆ ในบางช่วงเวลา สอดคล้องกับ กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ (2562) ศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงอำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้าน และการดูแลสุขภาพที่บ้าน รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) บริการเชิงรุก 4) บริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และ 6) การรับข้อมูลให้คำปรึกษา และสอดคล้องกับ ยศ วชิระคุปต์ และวรรณภา คุณากรวงศ์ (2561) ศึกษาประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี พบว่า การให้บริการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลงได้ ถึง 5.7 ล้านบาท ด้วยต้นทุนการให้บริการ 7.2 แสนบาท ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระยะยาวของภาคส่วนต่างๆ ตั้งแต่ระดับครอบครัวระดับชุมชนระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความพึงพอใจของภาคประชาชนซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือนต่อกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับสูงทุกด้าน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแล มีความพึงพอใจระดับมากทุกด้าน สอดคล้องกับ สุวิมลรัตน์ ครอบรู้เจน (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนระยะการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญพึงพอใจรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปสามารถให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

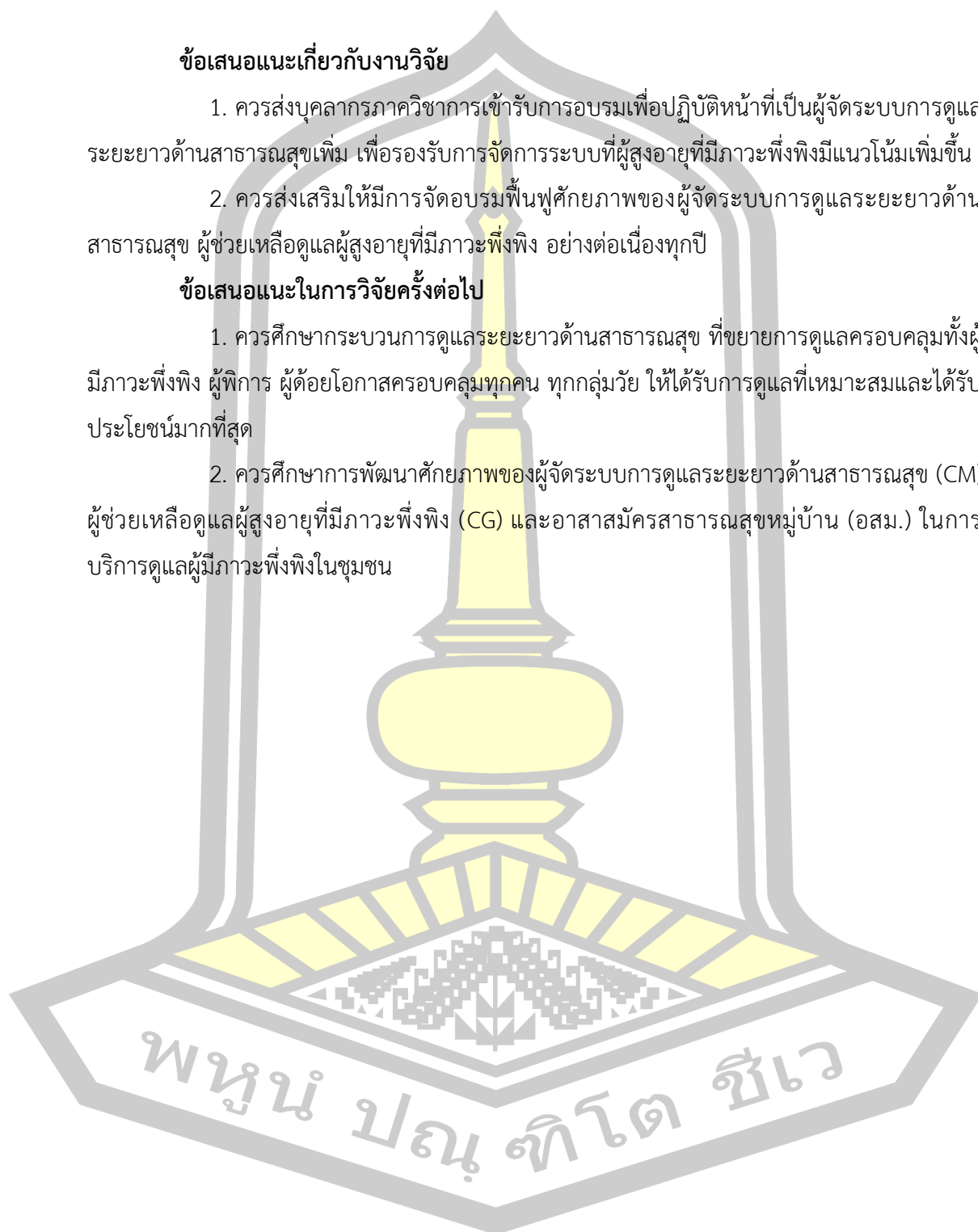
5.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัย

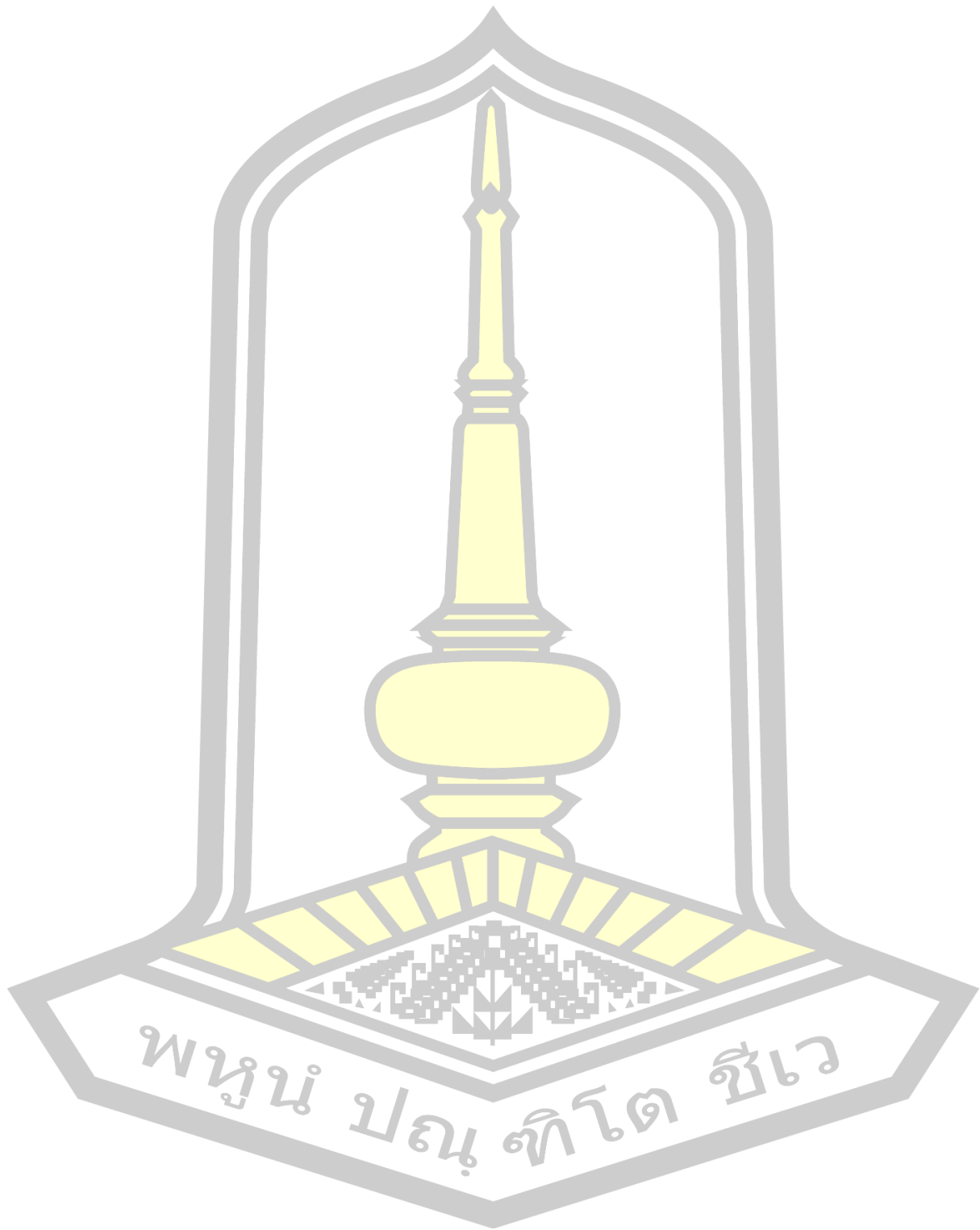
1. ควรส่งบุคลากรภาควิชาการเข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเพิ่ม เพื่อรองรับการจัดการระบบที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
2. ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างต่อเนื่องทุกปี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด
2. ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ในการบริการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

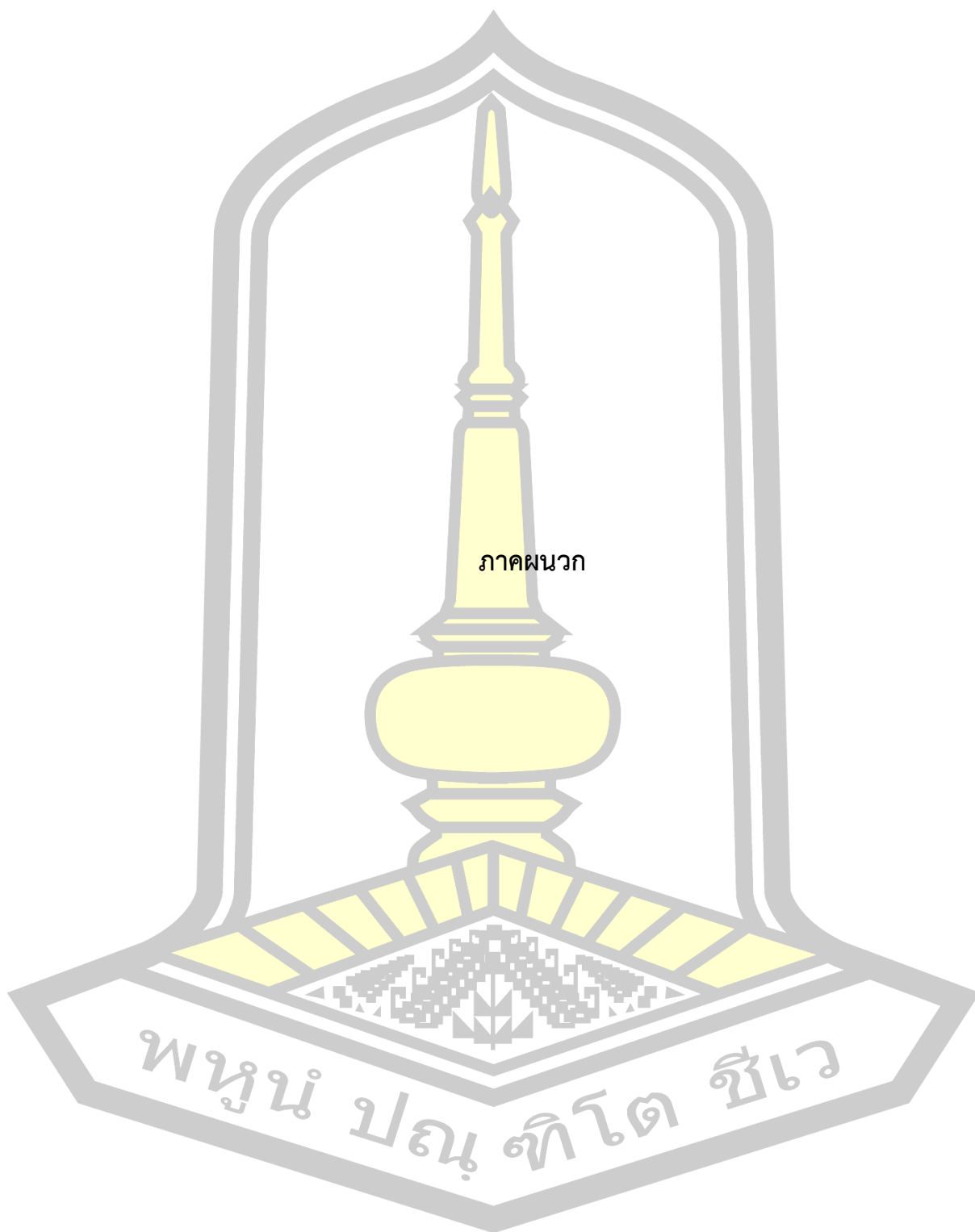
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามาศิขิตพยาบาลสาร*, 14, 385-399.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, ฐิติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2562). รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบังอำเภอมือง จังหวัด อุบลราชธานี. *มนุษยสัมพันธ์สาร*, 17(1), 1-20.
- กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลเมืองศรีสะเกษจังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอในศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลเมืองศรีสะเกษจังหวัดศ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 34(6), 551-559.
- จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. (2551). *การจัดการสาธารณสุขในชุมชน*. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล. (2555). *การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์*. [ออนไลน์] ได้จาก: <http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo14.pdf>. [สืบค้น 20 เมษายน 2561].
- เฉลียว บุรีภักดี และคณะ. (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน สถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการ*. นนทบุรี: เอส.อาร์.แมสโปรดักส์.
- ชยุต ชำนาญเนา. (2558). รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหัวถนน อำเภอ นางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิทยาลัยทักษิณ*, 18(2), 5-18.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*. 5, (พิเศษ), 387-405.
- ทัศนาศู ชูวรรณประกรณ์ ลินจง โปธิบาล และจิตตวดี เจริญทอง. (2551). การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาใน สถานสงเคราะห์คนชรา. *พยาบาลสาร*, 35(1), 36-45.
- นภาพรณ หนะวานนท์ และ ชีรวิทย์ วรรณโนทัย. (2552). *ทิศทางใหม่ของการพัฒนาการอยู่อาศัย สำหรับ ผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ และคณะ. (2555). รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ สุขภาพ ผู้สูงอายุ ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- นิลุบล วินิจสร และคณะ. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรค เรื้อรังใน ชุมชนเมือง โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนบางชะแยง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 8(3), 14-32.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- พุทธิดา จันดอนแดง. (2556). การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมรราชจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2556. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2559. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ยศ วัชรคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พลิสฐ์ พัจณา และสาวิณี สุริยันรัตกร. (2561). ประสิทธิภาพ ของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(4), 608-624.
- ยุพาพร รุปงาม. (2545). การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ยุพิน ทรัพย์แก้ว. (2559). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตร โรงเรียนผู้สูงอายุ ของศูนย์ ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 9(2), 25-39.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ. (2562). รายงานผลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปี 2561. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ.
- ลัดดา คาริกการเลิศ. (2555). การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน: ช่วงที่1 สถานการณ์และ ความต้องการ ดูแลผู้สูง อายุในชุมชน. นครปฐม: สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพ อาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และลัดดา คาริกการเลิศ. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทาง ปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วันทนา กลางบุรีรัมย์. (2557). การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียใน จังหวัดกาฬสินธุ์โดยบูรณาการหลักการสิ่งแวดล้อมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎี บัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร*, 3, 87-109.
- วิราพรธน์ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(3), 104-115.
- วิไล ตาปะสี และคณะ. (2560). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกุง จังหวัดนครปฐม. *วารสารเกื้อการณย์*, 24(1), 42-54.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ. (2556). *ผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. รายงานการวิจัย: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- ศิริพันธ์ุ สาสัติย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2551). *รายงานการวิเคราะห์เอกสารเบื้องต้น เรื่อง ความต้องการการบริการผู้ดูแล*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบบริการการพยาบาล สภาการ พยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ศุภนิมิต หนองม่วง. (2555). *การพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสื่องข้าวอำเภอศรีรัตนะจังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศุภย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาเจริญ. (2561). *รายงานผลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ปี 2561*. อุบลราชธานี: องค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ.
- สมาคมพฤฒาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. (2553). *การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2552 เรื่อง “การจัดการ ดูแล เกื้อหนุน และรักษาผู้สูงวัย” วันที่ 20-23 มกราคม 2553*. กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเชียเพรส (1989) จำกัด.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2561). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีแชนเบอร์รี่ จำกัด.
- สำนักงานสาธาณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2563). *จำนวนประชากรจังหวัดอุบลราชธานี ตามทะเบียนราษฎร*. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธาณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธาณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

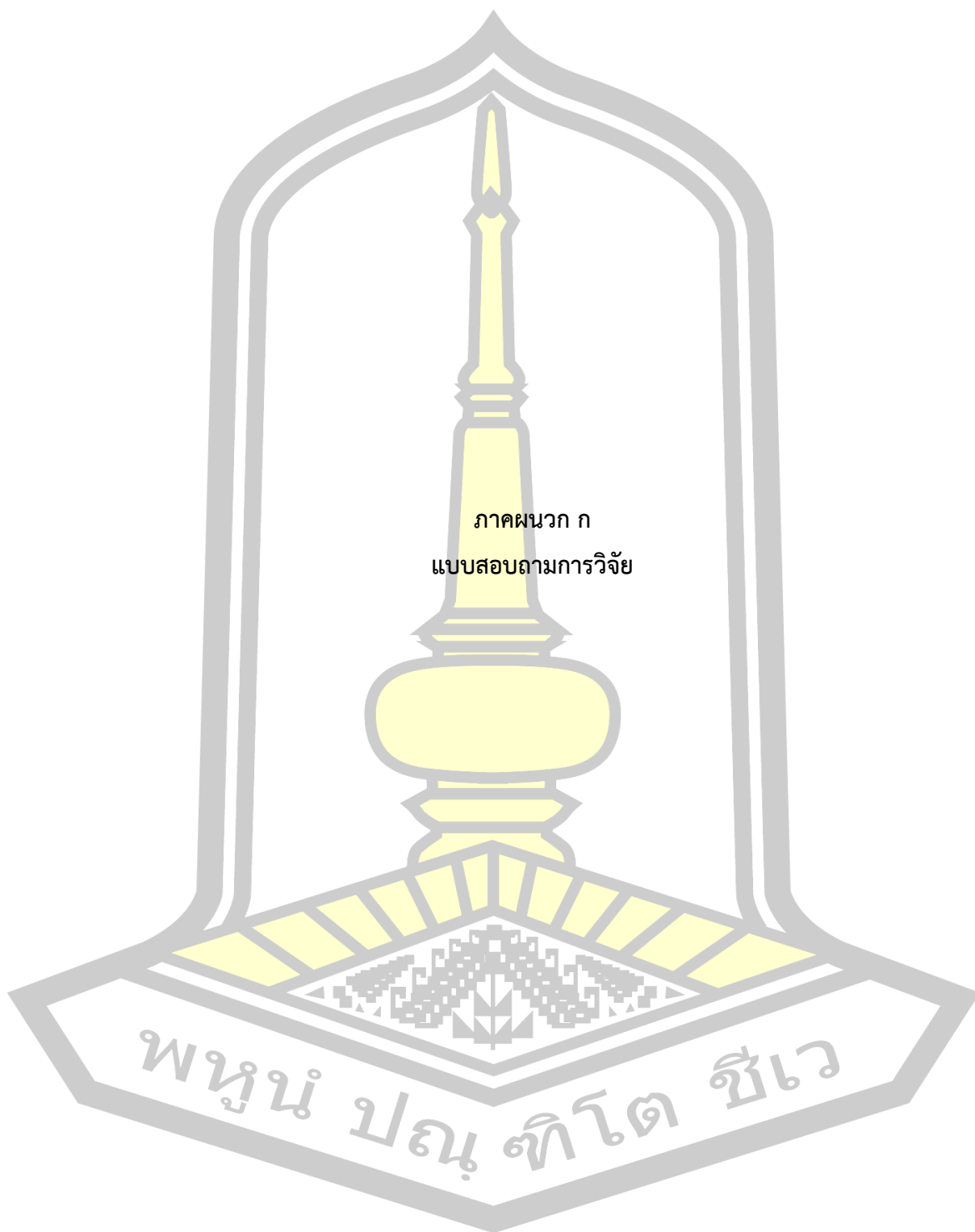
- สุนีย์ ศรีเพชร. (2553). *ผลการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลแกใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุ่มัทนา กลางคาร, และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สาคามเปเปอร์.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 57-69.
- Adelman, C. (1993). Kurt Lewin and the Origins of Action Research. *Educational Action Research*, 1, 7-24.
- Cohen, J.M. & Uphoff, N. T. (1980). Participation Place in Rural Development Seeking Clarity Through Specificity. *World Development*, 8, 213-218.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Johnson, C. S. & Kromann-Kelly, I. (1995). *Using Action Research To Assess Instruction*. Reading Horizons: A Journal of Literacy and Language Arts, 35 (3).
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer*. 3rd ed. Victoria: Deakin University.
- Kemmis, S., McTaggart, R. & Deakin University (Vic.). (1982). *The action research planner*. Victoria: Deakin Univ.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- World Health Organization. (2000). *Home-based long-term care: Report of a WHO studygroup*. Geneva: WHO.





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก
แบบสอบถามการวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มเป้าหมายภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 4 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางสาวศศินันท์ สายแวง

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร.0853105950

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร จำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)
3. ระดับการศึกษา

() 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี	() 2. ปริญญาตรี
() 3. ปริญญาโท	() 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. อาชีพประจำ

() 1. เกษตรกรรม	() 2. รับจ้าง	() 3. ค้าขาย
() 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	() 5. อื่น ๆ (ระบุ).....	
5. ตำแหน่งในชุมชน

() 1. คณะอนุกรรมการกองทุนตำบล LTC
() 2. คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
() 3. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
() 4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
() 5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
() 6. อื่น ๆ (ระบุ)
6. บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

() 1. คณะอนุกรรมการกองทุนตำบล LTC
() 2. คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
() 3. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ
() 4. ผู้ดูแลสูงอายุ (Caregiver: CG)
() 5. ประธานชมรมผู้สูงอายุชมรม
() 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
7. ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ปี
8. การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

() 1. ไม่เคย
() 2. เคย (ระบุ) เรื่อง.....หน่วยงานที่จัด.....

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 ข้อ
คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับข้อมูลของท่านผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น มาก
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น ปานกลาง
น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น น้อย

ประเด็นคำถาม	ประเด็นคำถาม		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ด้านบุคลากร			
1. การจัดอัตรากำลังบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เพียงพอ			
2. การกำหนดนโยบายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี			
3. แผนพัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี			
4. การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่างชัดเจน			
5. บุคลากรมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่รวมถึงกฎระเบียบในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี			
6. การจัดตั้งคณะกรรมการด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี			
7. การพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี			
ด้านงบประมาณ			
8. ความสามารถในการจัดสรรเงินตอบแทนในการปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ นอกเวลาราชการของบุคลากรที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข			
9. ความสามารถในการจัดสรรเงินตอบแทนในการปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver ; CG)			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 ข้อ (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับความพร้อม		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
10.การจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ในภาวะฉุกเฉิน			
11.การจัดสรรงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการในทีมปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่			
ด้านวัสดุครุภัณฑ์ 12.การจัดให้มีหรือสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่			
13.มีเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ เช่น อุปกรณ์ทำแผล หน้ากากอนามัย ถุงมือ ให้เพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน			
14. มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต โปรทวดใช้ เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว หูฟังทางการแพทย์ ให้เพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน			
15. ยานพาหนะเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน			
ด้านการบริหารจัดการ 16. กำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่			
17. การกำหนดแนวทางการดำเนินงาน วางแผนงาน / โครงการและแผนพัฒนาด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่			
18. การนิเทศ ควบคุม กำกับ และติดตามการปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ อย่างเป็นระบบ			
19.ความสามารถการเอื้ออำนวยในการปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
20.ความสามารถจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม			
21.การประสานแผนงานโครงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 ข้อ (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ประเด็นคำถาม		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
22.การใช้ข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนประกอบการวางแผนงบประมาณด้านสาธารณสุขของจัดการปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่			
23.ความสามารถขอความร่วมมือและระดมทรัพยากรจากองค์กร/หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน			
24.ระบบและกลไกในการควบคุมการบริหารงบประมาณด้านการจัดการปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ/กิจกรรม			
25. ระบบการประเมินประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณไปพัฒนาระบบบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง ในระดับการมีส่วนร่วมของท่านในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ มีให้เลือกตอบ 3 ระดับคือ

มีส่วนร่วมมาก หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมเกือบทุกครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน
มีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบ่อยครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน
มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ

1. ท่านได้มีส่วนร่วมนำเสนอให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....
.....

2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกปัญหา และวิเคราะห์หาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

3. ท่านได้เข้าร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

4. ท่านได้เข้าร่วมประชุมในกระบวนการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

5. ท่านได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกแผนงาน กิจกรรม ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินการ

6. ท่านมีส่วนร่วมกำหนดเสนอแนวทางการวางแผนในการแก้ไขปัญหาการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

7. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรม ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

8. ท่านได้เข้าร่วมในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

9. ท่านได้เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

10. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

การมีส่วนร่วมด้านการรับผลประโยชน์

11. ท่านมีส่วนรับทราบเกี่ยวกับสรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

12. ท่านได้มีส่วนร่วมในการนำปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการ/กิจกรรม ที่กำหนดไว้ในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

13. ท่านได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาทบทวนวิธีการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรมในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

14. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผลสำเร็จแผนงาน โครงการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

15. ท่านได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทบทวนและปรับปรุงแก้ไขแผนการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

การมีส่วนร่วมด้านการติดตามและประเมินผล

16. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

17. ท่านได้มีส่วนร่วมในการติดตาม ทบทวน แผนงาน/โครงการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

18. ท่านมีส่วนร่วมนำปัญหา อุปสรรคเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

19. ท่านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ผลสำเร็จของงานโดยการ เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

20. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้า ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

() มีส่วนร่วมทุกครั้ง () มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง () มีส่วนร่วมบางครั้ง

สาเหตุเพราะ

.....

.....

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 ข้อ

คำชี้แจง โปรดระบุความคิดเห็นที่ตรงกับความต้องการของท่าน

1. การดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ท่านพบปัญหา อุปสรรค และผลกระทบในการดำเนินงานที่ผ่านมามีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2. ท่านมีวิธีการในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และผลกระทบดังกล่าวอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ท่านต้องการให้ช่วยเหลือด้านใด โปรดระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. ข้อเสนอแนะในกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ท่านต้องการ โปรดระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....



แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ภาคประชาชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver ; CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประจำครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ค่าตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 11 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางสาวศศิรินทร์ สายแวง

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร.0853105950

พูน ปณ ทัต ษ์แวง

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)
3. สถานภาพ

() 1. โสด	() 2. สมรส
() 3. หม้าย/หย่า/แยก	() 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. ระดับการศึกษา

() 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี	() 2. ปริญญาตรี
() 3. ปริญญาโท	() 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
5. อาชีพปัจจุบัน

() 1. เกษตรกรรม	() 2. รับจ้าง	() 3. ค้าขาย
() 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	() 5. อื่น ๆ (ระบุ).....	
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน บาท
7. ความเพียงพอของรายได้

() 1. เพียงพอ	() 2. ไม่เพียงพอ
----------------	-------------------
8. โรคประจำตัว (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. โรคความดันโลหิตสูง	() 2. โรคเบาหวาน
() 3. อัมพาต / อัมพฤกษ์	() 4. โรคไต
() 5. โรคหัวใจ	() 6. อื่นๆ (ระบุ)
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ปี
10. กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. ด้านอาหาร/โภชนาการ	() 2. ด้านการปฐมพยาบาล ทำแผล ห้ามเลือด
() 3. ด้านการช่วยในผู้สูงอายุ	() 4. การจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย
() 5. ด้านการออกกำลังกาย	() อื่นๆ ระบุ.....

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ
ความเข้าใจของท่าน

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
ด้านการมีภาวะพึ่งพิง			
1	ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ		
2	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยเท่านั้น		
3	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 0-11 คะแนน		
ด้านการบริบาลผู้สูงอายุ			
4	หากผู้สูงอายุได้ยินไม่ชัดเจน หรือหูตึง ควรตะโกนพูดเสียงดังเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยินชัดเจนขึ้น		
5	ไม่ควรใช้คำถามว่า "ทำไม" ถามผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัด เหมือนถูกตำหนิ		
6	หากผู้สูงอายุท้องผูกเป็นประจำผู้ดูแลควรให้ยาระบายทุกวันเพื่อไม่ให้รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง		
7	ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลากลางวัน เนื่องจากไตเสื่อมทำหน้าที่ได้ลดลง		
8	อาการเจ็บหน้าอกโดยเจ็บตื้อๆ แน่นๆ หรือหนึ่กๆ เจ็บที่กลางอกหรือทางซ้ายบริเวณหัวใจอาจร้ายไปคอกหรือแขนเป็นอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ต้องรีบไปพบแพทย์		
9	อาการปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก กินเก่ง หิวบ่อย น้ำหนักลด รวมทั้งมีอาการจากร่างกายขาดน้ำ เป็นแผลแล้วหายช้า ถือว่าเป็นเรื่องปกติในวัยผู้สูงอายุ		
10	ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง		
11	วัยสูงอายุ การเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลาย ชนิดครบทั้ง 5 หมู่ แต่ปริมาณควรลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว		
12	นอกจากอาหาร 3 มือหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วยเพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ		
13	ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 ข้อ (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
14	การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุควรต้องทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้นด้วย		
15	ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ นาน 30 นาทีต่อครั้ง		
16	หากมีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อ ขณะออกกำลังกายควรหยุดออกกำลังกายทันที		
17	หากผู้สูงอายุล้มมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้ฟกช้ำนวดคลึง โดยเร็ว		
18	หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด		
19	ผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้		
20	การฝึกลมหายใจออก สามารถผ่อนคลายความเครียดได้		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

มาก/ทุกครั้ง หมายถึง มีการดูแลทุกวัน/เกือบทุกวัน เท่ากับ 3 คะแนน
ปานกลาง/บางครั้ง หมายถึง มีการดูแลสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน
น้อย/ไม่เคยเลย หมายถึง ไม่เคยดูแลเลย เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อ	การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการดูแล		
		มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
การดูแลด้านการบริโภคอาหาร				
1	รับประทานอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน			
2	รับประทานอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน			
3	รับประทานอาหารทุกวัน			
4	รับประทานผลไม้ทุกวัน			
5	รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ปรุงสุก			
6	ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 ข้อ (ต่อ)

ข้อ	การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการปฏิบัติ		
		มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
ดูแลด้านการออกกำลังกาย				
7	ท่านช่วยบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติดให้ผู้สูงอายุ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
8	ท่านช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อลีบให้ผู้สูงอายุ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
9	ท่านช่วยแนะนำและพาผู้สูงอายุบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
10	ท่านแนะนำและพาผู้สูงอายุยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
ดูแลด้านการผ่อนคลายความเครียด				
11	ท่านช่วยให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้พระ/นั่งสมาธิ			
12	เมื่อผู้สูงอายุมีความเครียดท่านใช้ยานอนหลับ/ยาระงับประสาท			
13	ท่านจัดให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว			
14	ท่านอยู่เป็นเพื่อนคอยพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ			
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม				
15	คัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง			
16	กำจัดขยะถูกวิธี เช่น ฝัง/เผา/มีรถขยะมารับ			
17	ทำความสะอาดที่อยู่อาศัยทุกวัน (กวาดและถูบ้าน)			
18	ทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัวทุกครั้ง			
19	มีส่วนร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านในการรักษาสิ่งแวดล้อมในชุมชน			
20	ล้างทำความสะอาดห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง			
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล				
21	การอาบน้ำ / การเช็ดตัว			
22	การตัดเล็บมือ เล็บเท้า			
23	การตัดผม โกนหนวด			
24	การสระผม			
25	การเปลี่ยนเสื้อผ้า / ผ้าอ้อมสำเร็จรูป			

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 11 ข้อ
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ ตรงกับ
ความพึงพอใจของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมาก เท่ากับ 3 คะแนน
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน
น้อย หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อย เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อ	ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ		
		มาก (3)	ปาน กลาง (2)	น้อย (1)
มิติทางกาย				
1	ท่านพึงพอใจต่อคำแนะนำเรื่องอาหาร โภชนาการ			
2	ท่านพึงพอใจต่อการดูแลและคำแนะนำด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ			
3	ท่านพึงพอใจต่อการดูแล และคำแนะนำในการออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ			
4	ท่านพึงพอใจต่อการดูแล และคำแนะนำในการจัด สภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสม			
มิติทางจิตใจ / จิตวิญญาณ / ปัญญา				
5	ความมั่นคงปลอดภัย เมื่อได้รับ การดูแลจากผู้ดูแล			
6	ความเชื่อมั่นในตัวผู้ดูแล			
7	การยอมรับในตัวผู้ดูแล			
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม				
8	กริยา วาจาของผู้ดูแล			
9	ความรวดเร็วในการดูแลที่บ้าน			
10	อุปกรณ์ / เครื่องมือที่ให้บริการ ตรงตามความต้องการ			
11	ความต่อเนื่องของการดูแลตาม ความต้องการ			

ข้อเสนอแนะ อื่นๆ

.....

.....

.....

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้

แบบสอบถามการวิจัย ชุดที่ 3 สำหรับกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบครอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัด อุบลราชธานี จำนวน 11 ข้อ

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางสาวศศินันท์ สายแวง

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร.0853105950

พูน ปณ ทัต ชีเว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)
3. สถานภาพ () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา

() 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี	() 2. ปริญญาตรี
() 3. ปริญญาโท	() 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
5. รายได้ของท่านเดือนละ บาท
6. ลักษณะการอยู่อาศัย

() 1. อยู่คนเดียว	() 2. อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา
() 3. อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน	() 4. อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง
() 5. อื่น ๆ (ระบุ).....	
7. แหล่งที่มาของรายได้ที่ท่านได้รับ(เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. เงินบำนาญ	() 2. สามี/ภรรยา
() 3. บุตร/ธิดา	() 4. ญาติ/พี่น้อง
() 5. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	
() 6. อื่นๆ (ระบุ)	
8. โรคประจำตัว (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. โรคความดันโลหิตสูง	() 2. โรคเบาหวาน
() 3. อัมพาต / อัมพฤกษ์	() 4. โรคไต
() 5. โรคหัวใจ	
() 6. อื่นๆ (ระบุ)	
9. กิจกรรมการดูแลที่ได้รับ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. ด้านอาหาร/โภชนาการ	() 2. ด้านการปฐมพยาบาล ทำแผล ห้ามเลือด
() 3. ด้านการพยาบาลในผู้สูงอายุ	() 4. การจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย
() 5. ด้านการออกกำลังกาย	
() อื่นๆ ระบุ.....	
10. สิทธิการรักษาพยาบาล

() 1. จ่ายเงินเอง	() 2. สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
() 3. ประกันสังคม	() 4. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท
() 5. อื่นๆ (ระบุ)	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ จำนวน 30 ข้อ
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ ตรงกับ
กิจกรรมการดูแลที่ท่านได้รับมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

มาก/ทุกครั้ง หมายถึง มีการดูแลทุกวัน/เกือบทุกวัน เท่ากับ 3 คะแนน
ปานกลาง/บางครั้ง หมายถึง มีการดูแลสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน
น้อย/ไม่เคยเลย หมายถึง ไม่เคยดูแลเลย เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อ	การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการดูแล		
		มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
การดูแลด้านการบริโภคอาหาร				
1	รับประทานอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน			
2	รับประทานอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน			
3	รับประทานอาหาร / ผลไม้ทุกวัน			
4	รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ปรุงสุก			
5	ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว			
ดูแลด้านการออกกำลังกาย				
6	ช่วยบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
7	ช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
8	ช่วยแนะนำและพาบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
9	แนะนำและพายืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที			
ดูแลด้านการผ่อนคลายความเครียด				
10	ช่วยให้ได้ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้พระ/นั่งสมาธิ			
11	เมื่อมีความเครียดท่านได้รับยานอนหลับ/ยาระงับประสาท			
12	การจัดให้ได้มีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว			
13	การอยู่เป็นเพื่อนคอยพูดคุยให้กำลังใจ			
14	การนวดผ่อนคลาย			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ จำนวน 30 ข้อ (ต่อ)

ข้อ	การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการปฏิบัติ		
		มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม				
15	ทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน			
16	ทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัวทุกครั้ง			
17	ทำความสะอาดบริเวณที่นอน			
18	ล้างทำความสะอาดห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง			
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล				
19	การอาบน้ำ / การเช็ดตัว			
20	การตัดเล็บมือ เล็บเท้า			
21	การตัดผม โกนหนวด			
22	การสระผม			
23	การเปลี่ยนเสื้อผ้า / ผ้าอ้อมสำเร็จรูป			
ด้านการพยาบาล				
24	การวัดความดันโลหิต / วัดอุณหภูมิกาย			
25	การทำแผลเมื่อมีแผล			
26	ได้รับยาสามัญประจำบ้าน เมื่อมีอาการ เช่น เกลือแร่ ยาบรรเทาปวดศีรษะ ยาบรรเทาอาการปวดท้อง ยาสมุนไพรชนิด			
27	การประเมินภาวะโภชนาการ พร้อมคำแนะนำ			
28	การประเมินภาวะซึมเศร้า พร้อมคำแนะนำ			
29	การประเมินความถูกต้องของการใช้ยา พร้อมคำแนะนำ			
30	การให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และปฐมพยาบาลเบื้องต้น			

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 11 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ ตรงกับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ดังนี้

มาก	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจมาก	เท่ากับ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจน้อย	เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อ	ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ		
		มาก (3)	ปาน กลาง (2)	น้อย (1)
มิติทางกาย				
1	ท่านพึงพอใจต่อคำแนะนำเรื่องอาหาร โภชนาการ			
2	ท่านพึงพอใจต่อการดูแลและคำแนะนำด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ			
3	ท่านพึงพอใจต่อการดูแล และคำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ			
4	ท่านพึงพอใจต่อการดูแล และคำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสม			
มิติทางจิตใจ / จิตวิญญาณ / ปัญญา				
5	ความมั่นคงปลอดภัย เมื่อได้รับ การดูแลจากผู้ดูแล			
6	ความเชื่อมั่นในตัวผู้ดูแล			
7	การยอมรับในตัวผู้ดูแล			
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม				
8	กริยา วาจาของผู้ดูแล			
9	ความรวดเร็วในการดูแลที่บ้าน			
10	อุปกรณ์ / เครื่องมือที่ให้บริการ ตรงตามความต้องการ			
11	ความต่อเนื่องของการดูแลตาม ความต้องการ			

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้

แบบบันทึกสรุปการประชุม

โครงการ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ
อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ครั้งที่.....ณ.....

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

.....

มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

.....

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

.....

วาระที่ 3 เรื่องเพื่อทราบ

3.1)

.....

มติที่ประชุม.....

3.2)

.....

มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

วาระที่ 4 เรื่องเพื่อพิจารณา

4.1).....

มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

วาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ (ถ้ามี)

5.1).....

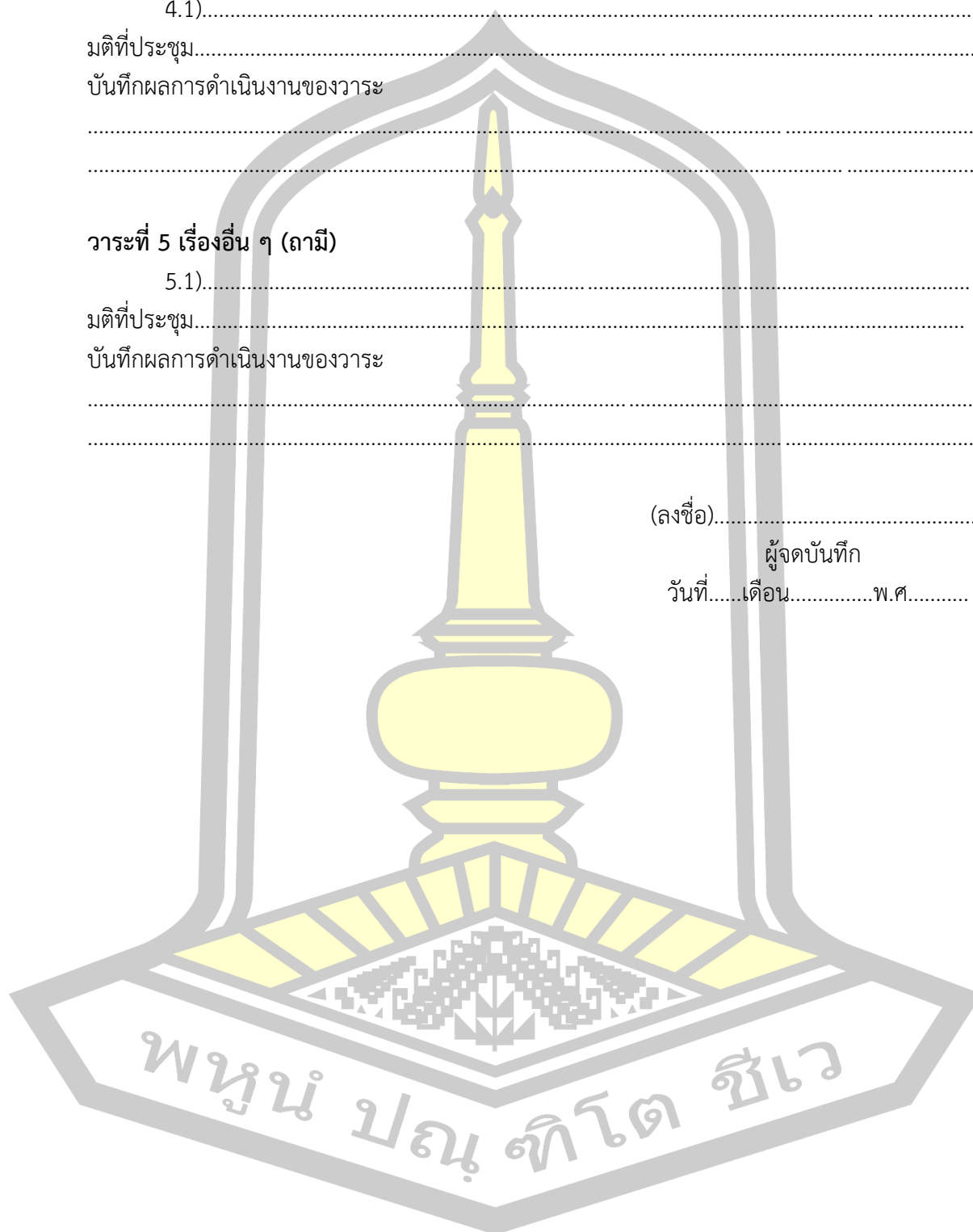
มติที่ประชุม.....

บันทึกผลการดำเนินงานของวาระ

(ลงชื่อ).....

ผู้จัดบันทึก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



แบบสังเกตการมีส่วนร่วม

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ
อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	บันทึกการสังเกต	การตีความ/ สรุป	วิธีการใช้
1	ผู้เข้าร่วมประชุม		
2	วัน/เวลา /สถานที่		
3	เหตุการณ์		
4	การให้ข้อมูล		
5	การเสนอความคิดเห็น		
6	การอภิปราย		

(ลงชื่อ).....

ผู้จัดบันทึก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

คำจำกัดความ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้
ชื่อ นาย/นาง /นางสาว.....นามสกุล.....
บ้านเลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ที่มีข้อความตรงกับกิจวัตรประจำวันที่ทำได้ตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆ ไว้

ล่วงหน้า

2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

0. ต้องการความช่วยเหลือ

1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

0. ช่วยตัวเองไม่ได้

1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดหลังเสร็จธุระได้) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

ผลการประเมิน

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

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

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

แบบสรุปลักษณะเกณฑ์การประเมินรับรองตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี ของพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562

มาตรฐาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
มาตรฐานที่ 1 การพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	100	83
มาตรฐานที่ 2 ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเขต 10 (4 องค์ประกอบ)	100	100
มาตรฐานที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	100	100
มาตรฐานที่ 4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ Care manager และผู้ดูแลที่เป็นทางการ(Care giver) / อาสาสมัครด้านผู้สูงอายุที่ไม่เป็นทางการ	100	83
มาตรฐานที่ 5 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	50	50
มาตรฐานที่ 6 การบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและที่บ้าน (Home Health Care :HHC) โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข	70	70
มาตรฐานที่ 7 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง พิจารณาทูพพลภาพ	30	30
มาตรฐานที่ 8 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	100	100
มาตรฐานที่ 9 วัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ	100	79
มาตรฐานที่ 10 ผลลัพธ์การดำเนินงาน	100	100
รวม	850	711

ผลการประเมินตำบล Long Term Care : LTC

ระดับพื้นฐาน ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50-59 คะแนนระหว่าง 425 – 509 คะแนน
 ระดับดี ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60-69 คะแนนระหว่าง 510 - 594 คะแนน
 ระดับดีมาก ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70-79 คะแนนระหว่าง 595 - 679 คะแนน
 ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนน 680 คะแนนขึ้นไป

แบบประเมินตนเอง

ในการรับรองคุณภาพตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC)

ชื่อตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

มาตรฐานที่ 1.การพัฒนาาระบบข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
มาตรฐานที่1 การพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	100		ความครอบคลุมรายการโรคและจำนวนผู้สูงอายุ 80%ขึ้นไป = 14
1.ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลการเจ็บป่วย	-60-		70-79% = 12
1.1 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	14	10	60-69% = 10
มีการให้บริการคัดกรองและวิเคราะห์ข้อมูล			50-59% = 8
- เบาหวาน			40-49% = 6
- ความดันโลหิตสูง			30-39% = 4
- ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด			20-29% = 2
สมอง			ต่ำกว่า 20 % = 0
- สุขภาพช่องปาก			
- สุขภาวะทางตา			
1.2 กลุ่มอาการที่พบในผู้สูงอายุ (Geriatrics syndrome) (สมรรถภาพสมอง ซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะโภชนาการ)	14	10	เช่นเดียวกับ 1.1
1.3 สมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล	8	4	ความครอบคลุมสูงอายุ
1.3.1 ADLs			100 % = 8
			90-99% = 6
			80-89% = 4
			70-79% = 2
			น้อยกว่า 70 % = 0
1.3.2 ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลระยะยาว (ตามแนวทางกรมการแพทย์ หรือตามเงื่อนไขบริการ LTC)	6	4	ความครอบคลุมสูงอายุ
			90-100 % = 6
			80-89% = 4
			70-79% = 2
			น้อยกว่า 70 % = 0

มาตรฐานที่ 1 (ต่อ)

มาตรฐาน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
1.4 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 1) ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้ง ละ 30 นาที/วัน 2) รับประทานผักผลไม้ไม่หวานจัด อย่างน้อยวันละ 5 ส่วน* 3) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4) ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น 5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์(เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า) *ศึกษาจากสำนักโภชนาการ กรม อนามัย	14	10	ความครอบคลุมผู้สูงอายุ 50%ขึ้นไป=14 45-49% = 12 40-44% = 10 35-39% = 8 30-34% = 6 25-29% = 4 20-24% = 2 ต่ำกว่า20% = 0
1.5 ข้อมูลสุขภาพอื่นๆตามบริบทของตำบล นอกเหนือ จากข้อ 1.1-1.3	4	2	- มีมากกว่า 2 ประเด็น = 4 - มี 1 ประเด็น = 2 - ไม่มี = 0
2.ข้อมูลสังคม-เศรษฐกิจ -กลุ่มยากจน ต่ำกว่าเส้นความยากจน -กลุ่มอยู่คนเดียว -กลุ่มไม่มีที่อยู่อาศัยหรืออยู่ในที่อยู่อาศัยไม่ มั่นคง -กลุ่มที่มีภาระ (ดูแลเด็ก ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และ จิตเวชใน ครอบครัว) -กลุ่มที่มีศักยภาพ(กลุ่มภูมิปัญญา,กลุ่มปราชญ์ ,กลุ่ม ผู้นำ,กลุ่มจิตอาสาฯ)	20	20	-มีครบทุกประเด็น = 20 -ถ้าขาดประเด็นใดให้ตัด ออกประเด็นละ 4 คะแนน
3.ความครบถ้วนเป็นปัจจุบันของข้อมูล(ข้อ 1.1- 1.4 และข้อ 2)	4	3	มีความครบถ้วน/ ถูกต้อง/เป็นปัจจุบัน ครบทั้ง5ประเด็น = 4 มีสี่ประเด็น = 3 มีสามประเด็น = 2 มีสองประเด็น = 1 มีหนึ่งประเด็น = 0

มาตรฐานที่ 1 (ต่อ)

มาตรฐาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
4.การใช้ข้อมูลร่วมกัน (อปท,รพสต,กศน,NGO,ภาคประชาชน)	4	4	- ใช้ฐานข้อมูลเดียวกันมากกว่าครึ่งหนึ่งของหน่วยงานในตำบล = 4 - ใช้ฐานข้อมูลเดียวกันน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของหน่วยงานในตำบล = 2 - ไม่ใช้ร่วมกันเลย = 0
5.มีการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญและการนำข้อมูลไปวางแผนแก้ไขปัญหา	8	8	- มีการวิเคราะห์/จัดลำดับความสำคัญ/การนำข้อมูลไปวางแผนแก้ไขปัญหาและปฏิบัติตามแผนงานโครงการ = 8 - มีการวิเคราะห์/จัดลำดับความสำคัญและการนำข้อมูลไปวางแผนแก้ไข ปัญหา = 6 - มีการวิเคราะห์/จัดลำดับความสำคัญ = 4 - มีการวิเคราะห์ = 2 - ไม่มี = 0
6. มีหน่วยงาน/ทีมงานผู้รับผิดชอบข้อมูลของตำบล (Data centerของตำบล)	4	4	- มีคำสั่งตั้งกรรมการข้อมูลจากทุกหน่วยงานในตำบล = 4 - มีคณะทำงานแต่ไม่มีคำสั่ง/มีแต่ไม่ครบทุกหน่วยงาน = 2 - ไม่มี = 0
รวมมาตรฐานที่ 1	100	83	

มาตรฐานที่ 2 ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเขต 10

มาตรฐาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
มาตรฐานที่ 2 ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเขต 10 (4 องค์ประกอบ) ชื่อชมรมผู้สูงอายุในตำบลที่รับรองมาตรฐาน “ชมรมผู้สูงอายุบ้านนาเจริญหมู่ที่1ตำบลนาเจริญ” -องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการชมรม	100 -40-	40	-ถ้าในตำบลมีชมรมผู้สูงอายุมากกว่า 1 แห่งให้เลือกเพียง 1 แห่งเพื่อมาเป็นตัวแทนของตำบลในการประเมินให้คะแนน
-องค์ประกอบที่ 2 ด้านกิจกรรมชมรม	-43-	43	-รวมคะแนนของ 4
-องค์ประกอบที่ 3 ด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิกชมรม	-7-	7	องค์ประกอบจากการประเมินชมรมผู้สูงอายุ
-องค์ประกอบที่ 4 ด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน	-10-	10	ดังกล่าวมาเป็นคะแนนในมาตรฐานที่ 2
รวมมาตรฐานที่ 2	100	100	

มาตรฐานที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

มาตรฐาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
มาตรฐานที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3.1 กลุ่มสุขภาพปกติ และกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง (เช่น สูบบุหรี่, ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, ไม่ออกกำลังกาย, ไม่ออกกำลังกาย, กินหมาก, กินหวานจัด, กินเค็มจัด ฯลฯ) -มีรูปแบบ/กระบวนการการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนในตำบลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพปกติ/กลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง	100 -40-	40	-โครงการรองรับ/ดำเนินโครงการ หรือมีกิจกรรมบริการหรือรูปแบบและกระบวนการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของกลุ่มสุขภาพปกติ/กลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง =20 -มีความต่อเนื่องของแผนโครงการ/กิจกรรมบริการ =10 -มีการประเมินผล/มีการสรุปผล =10

มาตรฐานที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ต่อ)

มาตรฐาน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
3.2 กลุ่มสถานะสุขภาพเสี่ยง (กลุ่มผู้สูงอายุตามสถานะสุขภาพจากมาตรฐานที่ 1) -มีรูปแบบ/กระบวนการการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนในตำบลสำหรับผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพเสี่ยง	-30-	30	-โครงการรองรับ/ดำเนินโครงการ หรือมีกิจกรรมบริการหรือรูปแบบและกระบวนการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของกลุ่มสถานะสุขภาพเสี่ยง =10 -มีความต่อเนื่องของแผนโครงการ/กิจกรรมบริการ=10 -มีการประเมินผล/มีการสรุปผล=10
3.3 กลุ่มเจ็บป่วย(กลุ่มผู้สูงอายุตามสถานะสุขภาพจากมาตรฐานที่ 1) -มีรูปแบบ/กระบวนการการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนในตำบลสำหรับกลุ่มเจ็บป่วย/มีโรคประจำตัว	-30-	30	-โครงการรองรับ/ดำเนินโครงการ หรือมีกิจกรรมบริการหรือรูปแบบและกระบวนการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของกลุ่มเจ็บป่วย =10 -มีความต่อเนื่องตามแผนโครงการ/กิจกรรมบริการ=10 -มีการประเมินผล/มีการสรุปผล=10
รวมมาตรฐานที่ 3	100	100	

พูน ปณ ทิโต ชีเว

มาตรฐานที่ 4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ Care manager และผู้ดูแลที่เป็นทางการ(Care giver) /อาสาสมัครด้านผู้สูงอายุที่ไม่เป็นทางการ (100คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>มาตรฐานที่ 4</p> <p>1.ด้านการพัฒนาศักยภาพ การสร้างและพัฒนาผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) / ผู้ดูแลที่เป็นทางการ(Care giver), อาสาสมัครด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เช่น การประชุม/อบรม/สัมมนา/ศึกษาดูงาน เป็นต้น</p> <p>-มีทะเบียน CM,Cg ที่ผ่านการอบรม</p> <p>-มีแผนการพัฒนาCM, Cg ต่อยอดฟื้นฟูหรือทดแทนกรณีมีการลาออก/ย้ายงาน</p>	100 -10-	7	<p>ให้คะแนนตามกิจกรรมที่มีการดำเนินงาน</p> <p>- มีการพัฒนาตามแผน = 3</p> <p>- มีแผนการพัฒนาต่อ ยอดฟื้นฟูหรือทดแทนกรณีมีการลาออก/ย้ายงาน = 3</p> <p>- มีทะเบียน CM = 2</p> <p>- มีทะเบียน Cg =2</p> <p>- ไม่มี =0</p>
<p>2.สัดส่วนความเพียงพอของCM/Cg ต่อผส.พึ่งพิง</p> <p>-สัดส่วน CM:ผส.พึ่งพิงเป็นไปตามที่กระทรวงกำหนด (ปี 2561 1: 35-40)</p> <p>-สัดส่วน CG:ผส.พึ่งพิงเป็นไปตามที่กระทรวงกำหนด (ปี 2561 1:10)</p>	-10-	4	<p>- สัดส่วน CM น้อยกว่ากำหนด = 2</p> <p>- สัดส่วน Cg น้อยกว่ากำหนด = 2</p> <p>- สัดส่วน CM เป็นไปตามกำหนด = 5</p> <p>- สัดส่วน Cg เป็นไปตามกำหนด = 5</p>
<p>3.ด้านกำหนดบทบาทหน้าที่และแผนปฏิบัติงาน</p> <p>3.1 บทบาทหน้าที่ของ Care manager (ตามประกาศ สปสช.)</p> <p>1) ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอตีแอล และประเมินคัดกรองด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก</p> <p>3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล care plan, weekly plan</p>	-30- 4 3 4	30 4 3 4	<p>-ดำเนินการได้ครอบคลุมจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิงที่ต้องดูแล</p> <p>-ครอบคลุมประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง</p> <p>-ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน</p> <p>-ดำเนินการทำ care plan ได้ครอบคลุม/วางแผนได้สอดคล้องกับประเด็นสำคัญ</p>

มาตรฐานที่ 4 (ต่อ)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
4) จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี (care conference)	4	4	-ดำเนินการ care conference ได้ตามแผน
5) เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการฯ อปท.และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตาม care plan	3	3	-ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องได้สอดคล้องกับประเด็นที่วางแผนใน care plan
6) พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม	3	3	-มีแผนและผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม
7) บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินงานของ CG ให้เป็นไปตาม care plan	5	5	-มีแผนและผลการกำกับติดตาม
8. การประเมินและทบทวน care plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงพัฒนา	4	4	-มีผลการประเมินและปรับปรุงเป็นรายบุคคล
3.2 บทบาทหน้าที่ของ Care giver (ตามประกาศ สปสช.)	-30-	30	
1) ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ	3	3	-มีผลการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง
2) สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ	3	3	-มีผลการดำเนินงาน
3) ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	4	4	-มีการประเมินสภาพความปลอดภัยและมีผลการทำงาน
4) เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด	5	5	-มีผลการดำเนินงานที่เป็นปัจจุบัน

มาตรฐานที่ 4 (ต่อ)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
5) กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ	3	3	-มีแนวทางปฏิบัติ/ผลการดำเนินการ -ในพื้นที่ที่ไม่มีกรณีต้องประกอบอาหารต้องมีแผนหรือแนวทางปฏิบัติหรือมีการซักซ้อมวิธีการปฏิบัติ
6) จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง	3	3	-มีการคัดแยก/กำจัดอย่างถูกต้อง
7) ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง	4	4	-มีผลการดำเนินการหรือมีแผนหรือแนวทางปฏิบัติ/มีการซักซ้อมวิธีการปฏิบัติ
8) จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Manager)	5	5	-มีผลการดำเนินงานที่เป็นปัจจุบัน
4.คุณภาพบริการดูแลกลุ่มพึ่งพิง	-20-	12	
-มี Care Plan ครอบคลุมจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง	3	2	Care Plan ครอบคลุมจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง 100 % = 3 80-99% = 2 60-79% = 1 น้อยกว่า 60% = 0

มาตรฐานที่ 4 (ต่อ)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
- Care Plan มีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหา สำคัญของผู้สูงอายุพึ่งพิง	5	3	Care Plan มีคุณภาพ สอดคล้องกับปัญหา สำคัญของผู้สูงอายุ 100 % = 5 90-99% = 4 80-89% = 3 70-79% = 2 60-69% = 1 น้อยกว่า 60% = 0
- Care giver ปฏิบัติตาม Care Plan	5	3	CG ปฏิบัติตาม Care Plan ได้ 100 % = 5 90-99% = 4 80-89% = 3 70-79% = 2 60-69% = 1 น้อยกว่า 60% = 0
- คะแนน ADLs ดีขึ้นหรืออาการเจ็บป่วยดีขึ้น	4	2	- ดีขึ้น 20 % ขึ้นไป = 4 15-19 % = 3 10-14 % = 2 5 - 9 % = 1 น้อยกว่า 5 % = 0
- ความพึงพอใจต่อการบริการของ Care Manager, Care giver	3	2	ความพึงพอใจ 91 % ขึ้นไป = 3 81-90 % = 2 71-80 % = 1 น้อยกว่า 80% = 0
รวมคะแนนมาตรฐานที่ 4	100	83	

มาตรฐานที่ 5 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (50 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
1.ด้านสนับสนุนผู้สูงอายุ	-20-	20	-มีผลการดำเนินงาน
1.1 มีการสำรวจและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน สามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการและบริการสังคม	2	2	
1.2 มีการกำหนดข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุ	2	2	-มีผลการดำเนินงาน
1.3 มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ผู้พิการหรือทุพพลภาพ	2	2	-มีผลการดำเนินงานครบทุกกลุ่ม
1.4 มีการจ่ายเบี้ยยังชีพและสวัสดิการอื่นๆ	1	1	-ครอบคลุม 100% ของผู้มีสิทธิ
1.5 มีการส่งเสริมการให้ความรู้ด้านต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างอาชีพ/รายได้ โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจน หรือพึ่งพิงทางการเงิน	3	3	-มีแผนและผลการดำเนินงาน
1.6 มีการจัดหา สนับสนุน อุปกรณ์การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนค่าอุปโภค บริโภค ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย รวมทั้งส่งเสริมอาชีพ ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ทุพพลภาพ	1	1	-มีการสำรวจ/ผลการดำเนินงาน
1.7 มีบริการรถฉุกเฉิน	1	1	-มีผลการดำเนินงาน
1.8 มีการพัฒนาลานออกกำลังกายและอุปกรณ์ในชุมชนที่คำนึงถึงความสะดวก ปลอดภัยในการใช้บริการของผู้สูงอายุ	5	5	-มีแผน/ผลดำเนินงาน
1.10 สนับสนุนการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรม พุทธศาสนาและมีการรวบรวมและถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น	1	1	-มีแผน/ผลดำเนินงาน

มาตรฐานที่ 5 (ต่อ)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
1.11 สนับสนุนการออมทรัพย์หรือกองทุน บำนาญสำหรับผู้สูงอายุ	2	2	-มีแผน/ผลดำเนินงาน
2.ด้านสนับสนุนครอบครัว	-10-	10	
2.1 มีการสำรวจปัญหาและความต้องการ ความช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุทุกกลุ่ม	2	2	-มีแผน/ผลดำเนินงาน
2.2 มีการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแล ผู้สูงอายุ ครอบครัวทุกกลุ่ม (กลุ่มติดสังคม ติด บ้าน ติดเตียง พิการหรือทุพพลภาพ)	2	2	-มีแผน/ผลดำเนินงาน
2.3 มีการจัดสวัสดิการและการให้ความ ช่วยเหลืออื่นๆแก่ครอบครัวผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ	2	2	-มีแผน/ผลดำเนินงาน
2.4 จัดทำ สนับสนุนอุปกรณ์การดูแลหรือฟื้นฟู สมรรถภาพผู้สูงอายุแก่ครอบครัว ผู้สูงอายุเน้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ	2	2	-มีแผน/ผลดำเนินงาน
2.5 มีการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างอาชีพ/ รายได้ เน้นครอบครัวกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ มีรายได้น้อย	2	2	-มีแผน/ผลดำเนินงาน
3.ด้านสนับสนุนผู้ดูแลที่เป็นทางการ(Care giver) ดูแลกลุ่มพึ่งพิง /อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุกลุ่มไม่ พึ่งพิง	-10-	10	
3.1 มีการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆในการจัด ประชุม อบรม เพื่อศักยภาพอาสาสมัคร/ Care giver	2	2	-มีแผน/ผลดำเนินงาน
3.2 มีการจัดหา/สนับสนุนอุปกรณ์การดูแล/ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุหรืออุปกรณ์อื่นๆที่ จำเป็นสำหรับให้ อสม./อผส. ใช้ในการเยี่ยม ผู้สูงอายุที่บ้าน	3	3	-มีแผน/ผลดำเนินงาน
3.3 มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน ยกย่องเชิดชูเกียรติแก่ Care giver /อสม./อผส./จิตอาสาที่ดูแลผู้สูงอายุไม่ พึ่งพิง	2	2	-มีแผน/ผลดำเนินงาน

มาตรฐานที่ 5 (ต่อ)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
3.4 มีการสนับสนุน อุปกรณ์การคัดกรอง สุขภาพ/การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม./ อผส.	3	2	-มีแผน/ผลดำเนินงาน
4. ด้านการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ	-5-	5	
4.1 มีการสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ/ ร่วมเป็นคณะกรรมการ/ที่ปรึกษา	1	1	-ไม่มี =0 ,มีแผน/ผล ดำเนินงาน =1
4.2 สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ	1	1	-ไม่มี =0 ,มีแผน/ผล ดำเนินงาน =1
4.3 สนับสนุนทรัพยากรงบประมาณการ ดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ	1	1	-ไม่มี =0 ,มีแผน/ผล ดำเนินงาน =1
4.4 มีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมตาม ประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา	1	1	-ไม่มี =0 ,มีแผน/ผล ดำเนินงาน =1
4.5 สนับสนุนการจัดตั้ง สนับสนุนการออม ทรัพย์/กองทุน/ส่งเสริมรายได้สำหรับชมรมฯ	1	1	-ไม่มี =0 ,มีแผน/ผล ดำเนินงาน =1
5.ด้านสนับสนุนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุใน ตำบล	-5-	5	
5.1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบดูแล ผู้สูงอายุ	1	1	-ไม่มี =0 ,มีแผน/ผล ดำเนินงาน =1
5.2 มีการสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนา สถานบริการสุขภาพ	1	1	-ไม่มี =0 ,มีแผน/ผล ดำเนินงาน =1
5.3 สนับสนุนการใช้ข้อมูลร่วมกันในการดูแล ผู้สูงอายุ	1	1	-ไม่มี =0 ,มีแผน/ผล ดำเนินงาน =1
5.4 สนับสนุนการจัดอบรมพัฒนาความรู้/การ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ	1	1	-ไม่มี =0 ,มีแผน/ผล ดำเนินงาน =1
5.5 สนับสนุนการดำเนินงานอื่นๆตามสภาพ ปัญหาด้านสาธารณสุข	1	1	-ไม่มี =0 ,มีแผน/ผล ดำเนินงาน =1
รวมคะแนนมาตรฐานที่ 5	50	50	

มาตรฐานที่ 6 การบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและที่บ้าน (Home Health Care :HHC) โดยที่มสุขภาพซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข (70 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
ด้านนโยบายและทิศทางการพัฒนา 1.มีนโยบายการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุใน สถานบริการและที่บ้านที่ชัดเจนของเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	-10- 3	10 3	- มีผลการดำเนินงานตาม แผนนโยบาย ชัดเจน= 3 - มีแผนการพัฒนาระบบ ตามนโยบายชัดเจน = 2 - มีนโยบาย= 1 - ไม่มี = 0
2.มีการกำหนดเป้าหมายของงานผู้สูงอายุ/กล ยุทธ์และแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจน	3	3	- มีผลการดำเนินงานตาม แผน/เป้าหมายชัดเจน =3 - มีแผนพัฒนาระบบตาม เป้าหมายชัดเจน = 2 - มีเป้าหมาย = 1 - ไม่มี = 0
3.มีการสนับสนุนให้มีคลินิกผู้สูงอายุในสถาน บริการในโรงพยาบาลเพื่อให้ได้มาตรฐานและ รองรับบริการแก่เครือข่ายบริการสุขภาพอย่างมี ประสิทธิภาพ	4	4	- มีแผนรองรับเครือข่าย/ แนวทางปฏิบัติ/ผล ดำเนินงาน = 4 -มีแผนการดำเนินงาน คลินิกที่ชัดเจน = 3 - มีแผนการพัฒนาให้ได้ มาตรฐาน = 2 - มีแนวคิด = 1 - ไม่มี = 0
ด้านการดูแลสุขภาพในสถานบริการ	-20-	20	
1.การจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุใน สถานบริการ	10	10	-มีแผน/สถานที่/แนวทาง ปฏิบัติ/ ผลดำเนินงาน =10 -มีแผน/สถานที่/แนวทาง ปฏิบัติ = 8 -มีแผน/สถานที่ = 6 -มีแผน = 4 -มีแนวคิดดำเนินงาน = 2 -ไม่มี = 0

มาตรฐานที่ 6 (ต่อ)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
2.มีการกำหนดผู้สูงอายุรับผิดชอบงานผู้สูงอายุและทีมงานที่เกี่ยวข้อง	5	5	-มีผู้รับผิดชอบ/ แผนพัฒนาทีม/ แผนปฏิบัติงาน/ขั้นตอน บริการ/ผลดำเนินงาน = 5 -มีผู้รับผิดชอบ/ แผนพัฒนาทีม/ แผนปฏิบัติงาน/ขั้นตอน บริการ = 4 -มีผู้รับผิดชอบ/ แผนพัฒนาทีม/ แผนปฏิบัติงาน = 3 -มีผู้รับผิดชอบ/ แผนพัฒนาทีม = 2 -มีผู้รับผิดชอบ = 1 -ไม่มี = 0
3.มีระบบและกระบวนการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน	5	5	-มีผู้รับผิดชอบระบบ/ แผนพัฒนา/แผนปฏิบัติ งาน/ขั้นตอนส่งต่อ/ผล ดำเนินงาน = 5 -มีผู้รับผิดชอบระบบ/ แผนพัฒนา/แผนปฏิบัติ งาน/ขั้นตอนส่งต่อ = 4 -มีผู้รับผิดชอบระบบ/ แผนพัฒนา/แผนปฏิบัติ งาน = 3 -มีผู้รับผิดชอบระบบ/ แผนพัฒนา = 2 -มีผู้รับผิดชอบระบบ = 1 -ไม่มี = 0

มาตรฐานที่ 6 (ต่อ)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
<p>ด้านการบริการดูแลที่บ้าน (Home Health Care/Home visit)</p> <p>1.มีฐานข้อมูลภาวะสุขภาพ/เกณฑ์จำแนกผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องดูแลที่บ้าน และเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน</p>	-40- 5	40 5	<p>-มีระบบการจัดการข้อมูล/เกณฑ์การจำแนกกลุ่ม/กระบวนการดูแลที่บ้านในแต่ละกลุ่ม = 5</p> <p>-มีระบบการจัดการข้อมูล/เกณฑ์การจำแนกกลุ่ม = 3</p> <p>-มีระบบการจัดการข้อมูล = 1</p> <p>-ไม่มี = 0</p>
<p>2. มีระบบการประเมินปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุและวางแผน ก่อนจำหน่ายให้ความรู้เฉพาะด้านในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่บ้านแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน</p>	5	5	<p>มีข้อละ 2.5 คะแนน</p> <p>1.มีระบบวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องกรณี case ระหว่าง รพ.กับ รพสต.</p> <p>2.มีระบบติดตามจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุระหว่าง รพ.กับ รพสต.</p>
<p>3.มีศูนย์ประสานงานเยี่ยมบ้าน มีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับ case ที่ต้องใช้อุปกรณ์/เครื่องมือในการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน</p>	5	5	<p>- มีระบบการประสานงาน/จัดการอุปกรณ์ ระหว่าง รพ.กับ รพสต. /รพสต.กับชุมชน = 5</p> <p>- มีระบบการประสานงาน/จัดการอุปกรณ์ ระหว่าง รพ.กับ รพสต. = 3</p> <p>- มีระบบการประสานงาน = 1</p> <p>- ไม่มี = 0</p>

มาตรฐานที่ 6 (ต่อ)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
4. มีระบบเยี่ยมและติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อย่างต่อเนื่องตามแผนการเยี่ยม	10	10	ข้อละ 5 คะแนน 1. มี Flow Chart และ ขั้นตอนบริการ แนวทาง ปฏิบัติงานดูแล HHC 2. มีข้อกำหนด/ตาราง ปฏิบัติงานของทีมสห สาขาวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใน รพสต. /PCU
5. มีทีมให้คำปรึกษาที่ในการให้บริการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน	8	8	มีครบ 3 ข้อให้ 8 คะแนน ไม่มีหักข้อละ 3 คะแนน 1. กำหนดทีมที่ปรึกษา/ ช่องทางการติดต่อ สำหรับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข 2. กำหนดทีมที่ปรึกษา หรือพี่เลี้ยงและช่องทาง การติดต่อให้กับผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นทางการ (Care giver) /อสม./ จิตอาสา 3. มีผลการดำเนินงาน ด้านการให้คำปรึกษา
6. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีม/ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	5	5	ข้อละ 2.5 คะแนน 1. มีแผน 2. มีผลดำเนินงาน
7. มีระบบรายงานการดูแลที่บ้าน	2	2	- มีระบบรวบรวม/ สรุปผลและการ ป้อนกลับข้อมูลแก่ทีมที่ เกี่ยวข้อง = 2 - ไม่มี = 1
รวมคะแนนมาตรฐานที่ 6	70	70	

มาตรฐานที่7 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง พิจารณา
คุณภาพ

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
1.การสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล และ การระดมทรัพยากรของชุมชน	5	5	-มีการสนับสนุนให้กลุ่ม/ องค์กรในชุมชน ทำ โครงการและกิจกรรม เพื่อขอรับจากกองทุน สุขภาพตำบลในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง -มีระบบ,กระบวนการให้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการ กำหนดเงื่อนไข/ มาตรการสังคมเพื่อ ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ พึ่งพิง -มีผลการดำเนินงาน
2.กระบวนการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดย ครอบครัว/เพื่อนบ้าน/จิตอาสา/วัด	-15-	15	
-มีสถานที่/ให้โอกาสสำหรับให้ผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้าน ได้มารวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน	5	5	-มีสถานที่/แผนพัฒนา/ ผลดำเนินงาน
-มีการดูแลสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติด เตียงและครอบครัว โดยกำหนดเป็นกติกาของ ชุมชน	2	2	-มีกระบวนการ/ผล ดำเนินงาน
-ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบ/สถานที่สำหรับ พักผ่อนแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพื่อผ่อนคลาย บรรเทาภาระของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น การรับ ฝากดูแลผู้สูงอายุในกรณีที่คนในครอบครัวมีกิจ ธุระ	2	2	-มีสถานที่/แผนพัฒนา/ กระบวนการ/ผล ดำเนินงาน
-ชุมชนมีการเตรียมพร้อมการดูแลทางจิตใจของ ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายโดย/วัด	2	2	-มีแผนพัฒนา/ กระบวนการ/ผล ดำเนินงาน
-ชุมชนมีการสนับสนุนยกย่องบุคคลในครอบครัว ที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง พิจารณาหรือ คุณภาพ	4	4	-มีแผนพัฒนา/ กระบวนการ/ผล ดำเนินงาน

มาตรฐานที่ 7 (ต่อ)

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
3.การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ทางเลือก -มีการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน	-10- 4	10 4	-มีแผนพัฒนา/ กระบวนการ/ผล ดำเนินงาน
-มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ทางเลือก ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ	3	3	-มีแผนพัฒนา/ กระบวนการ/ผล ดำเนินงาน
-มีการยกย่องเชิดชูเกียรติแก่ผู้ที่มีภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทยทางเลือกและ นำมาส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุใน ชุมชน	3	3	-มีแผนพัฒนา/ กระบวนการ/ผล ดำเนินงาน
รวมคะแนนมาตรฐานที่ 7	30	30	

มาตรฐานที่ 8 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

8.1.อปท./รพสต. สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (50
คะแนน)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
1.จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	20	20	คะแนนเต็มข้อละ 5
1)มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่สมาชิก ในชมรม	5	5	คะแนน ให้คะแนนตาม ความถี่การจัดกิจกรรม
2)การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากโดย สมาชิกในชมรม	5	5	- จัดกิจกรรม \geq 2 ครั้ง = 5 คะแนน
3)การแปร่งฟันในช่วงเวลาจัดกิจกรรมที่ชมรม โดยสมาชิกในชมรม	5	5	- จัดกิจกรรม 1 ครั้ง = 3 คะแนน
4)การตรวจสุขภาพช่องปาก โดยสมาชิกชมรม (แหล่งข้อมูลบันทึกผลการจัดกิจกรรมในเว็บไซต์ พื้นที่ยมพระราชนาน)	5	5	- ไม่มีการจัดกิจกรรม = 0 คะแนน

มาตรฐานที่ 8 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
 8.1.อปท./รพสต. สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (50 คะแนน) (ต่อ)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
2.จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมฯ 1) มีมุมความรู้ในชมรมผู้สูงอายุ	-15- 5	15 5	- มีและมีการเปลี่ยนเนื้อหาความรู้ทุก 3 เดือน = 5 - มีและมีการเปลี่ยนเนื้อหาความรู้ทุก 6 เดือน = 3 - มีและมีการเปลี่ยนเนื้อหาความรู้ทุก 1 ปี = 1 -ไม่มี = 0
2) มีสถานที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	5	5	- มีสถานที่เหมาะสมกับลักษณะกิจกรรม/เพียงพอกับจำนวนสมาชิกที่มาร่วม
3) มีวัสดุ/อุปกรณ์ สนับสนุนกิจกรรม หรือในการรณรงค์ เช่น แปรงสีฟัน, ยาสีฟัน หรืออื่นๆที่จำเป็น	5	5	- มีวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับลักษณะกิจกรรม/เพียงพอกับจำนวนสมาชิกที่มาร่วม
3.มีการเรียนรู้ในชมรมผู้สูงอายุ	5	5	-สนับสนุนให้มีการไปศึกษา/ดูงานชมรมผู้สูงอายุอื่น/การเข้าร่วมประชุมด้านสุขภาพช่องปาก ที่จัดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีเกณฑ์/กติกา/แนวทางคัดเลือกให้โอกาสกับสมาชิกทุกคนอย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 8 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

8.1.อปท./รพสต. สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (50 คะแนน) (ต่อ)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
4.มีข้อมูลสุขภาพช่องปากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน	5	5	- มีการรวบรวมข้อมูลที่เป็นปัจจุบันปรับปรุงทุก 6 เดือน =5 - มีการรวบรวมข้อมูลที่เป็นปัจจุบันปรับปรุงทุก 1 ปี =3 - มีการรวบรวมข้อมูลปรับปรุงมากกว่า 1 ปีขึ้นไป =1 - ไม่มี = 0
5.เป็นแหล่งศึกษา/ดูงาน/เรียนรู้ของชมรมอื่น/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	5	5	- มีองค์กรหรือชมรมมาดูงานอย่างน้อยหนึ่งครั้ง/ปี =5 - ไม่มี=0

มาตรฐานที่ 8 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

8.2 บริการทันตกรรมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ในสถานบริการ (50 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
2.1ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ หรือ ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (แหล่งข้อมูลHDC)	15	15	ตรวจสุขภาพช่องปากหรือตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วย NCD ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีรักษาและให้คำแนะนำรายบุคคล ในผู้สูงอายุ - ร้อยละ 81 ขึ้นไป =15 - ร้อยละ 71-80 =12 - ร้อยละ 61-70 = 8 - ร้อยละ 51- 60 = 4 - ต่ำกว่าร้อยละ 50 = 0

มาตรฐานที่ 8 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

8.2 บริการทันตกรรมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ในสถานบริการ (50 คะแนน) (ต่อ)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
2.2 ฝึกทักษะในการควบคุมคราบจุลินทรีย์ในผู้ที่มารับบริการในคลินิก(แหล่งข้อมูลเว็บฟันเทียม)	15	15	มีการย้อมคราบจุลินทรีย์ด้วย basis fuchsin /เม็ดสี/สีผสมอาหารร่วมกับสอนวิธีทำความสะอาดช่องปากรายบุคคล ในผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรม -ร้อยละ 81 ขึ้นไป =15 -ร้อยละ 71-80 =12 -ร้อยละ 61-70= 8 -ร้อยละ 51- 60=4 -ต่ำกว่าร้อยละ 50 = 0
2.3 การใช้ฟลูออไรด์วานิชป้องกันหรือยับยั้งรากฟันผุในผู้ที่มารับบริการในคลินิก (แหล่งข้อมูลเว็บฟันเทียม)	10	10	มีการทาฟลูออไรด์วานิช ในผู้สูงอายุที่พบรากฟันผุ มีรอยรากฟันผุระยะเริ่มต้น รอยรากฟันที่มีการหยุดยั้งแล้ว ที่มารับบริการทันตกรรม -ร้อยละ 81 ขึ้นไป =10 -ร้อยละ 71-80 =8 -ร้อยละ 61-70 = 5 -ร้อยละ 51- 60 = 3 -ต่ำกว่าร้อยละ 50 = 0
2.4 ขูด ขัด ทำความสะอาดฟัน ป้องกันปริทันต์อักเสบ(แหล่งข้อมูลเว็บฟันเทียม)	10	10	มีการขูดหินปูน/ขัดคราบจุลินทรีย์ด้วย rubber cup/brush ร่วมกับผงขัด ในผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรม -ร้อยละ 81 ขึ้นไป =10 -ร้อยละ 71-80 =8 -ร้อยละ 61-70 = 5 -ร้อยละ 51- 60 = 3 -ต่ำกว่าร้อยละ 50 = 0
รวมคะแนนมาตรฐานที่ 8	100	100	

มาตรฐานที่ 9.วัดส่งเสริมสุขภาพ คะแนนเต็ม 100 คะแนน

ถ้าตำบลมีวัดมากกว่า 1 แห่ง เลือกมาเพียง 1 แห่งที่จะเป็นตัวแทนของตำบล โดยใช้แบบฟอร์มตามเกณฑ์ประเมินรับรองมาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556) ตามคุณสมบัติ 5 ร. ได้แก่ 1.สะอาดร่มรื่น 2.สงบ ร่มเย็น 3.สุขภาพ ร่วมสร้าง 4.ศิลปะ ร่วมจิต(วิญญูณ) 5.ชาวประชาร่วมพัฒนา

ชื่อวัด ห้องเตย สถานที่ตั้ง เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล นาเจริญ.....

จำนวนพระทั้งหมด.....9.....รูป เณร.....0.....รูป แม่ชี.....0.....รูป

เด็กวัด2.....คน รวมบุคลากรที่อยู่ในวัดทั้งหมด11.....รูป/คน

ผลการประเมิน

- อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ได้คะแนน คะแนน
- อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับก้าวหน้า ได้คะแนน ... 79 ... คะแนน
- อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับยั่งยืน ได้คะแนน คะแนน

เกณฑ์การตัดสิน

1. อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานทุกข้อ ทั้งหมด 41 ข้อ
2. อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับก้าวหน้า ต้องผ่าน เกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานทุกข้อและต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับก้าวหน้าทุกข้อ รวมทั้งหมด 48 ข้อ
3. อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับยั่งยืน ต้องผ่าน เกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานทุกข้อและต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับก้าวหน้าทุกข้อ และต้องผ่าน เกณฑ์มาตรฐานระดับยั่งยืนทุกข้อ รวมทั้งหมด 49 ข้อ

ทั้งนี้ เกณฑ์การประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยไม่ได้มีการคำนวณคะแนนโดยเป็นการประเมินนับจำนวนข้อในลักษณะผ่าน/ไม่ผ่าน แต่เขต 7 กำหนดให้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในมาตรฐานของการรับรองตำบลLTC ซึ่งมีคะแนนในส่วนนี้ 100 คะแนน จึงขอให้ผู้ประเมินเทียบเคียงผลการประเมินให้เป็นค่าคะแนนโดยแนวทาง ดังนี้

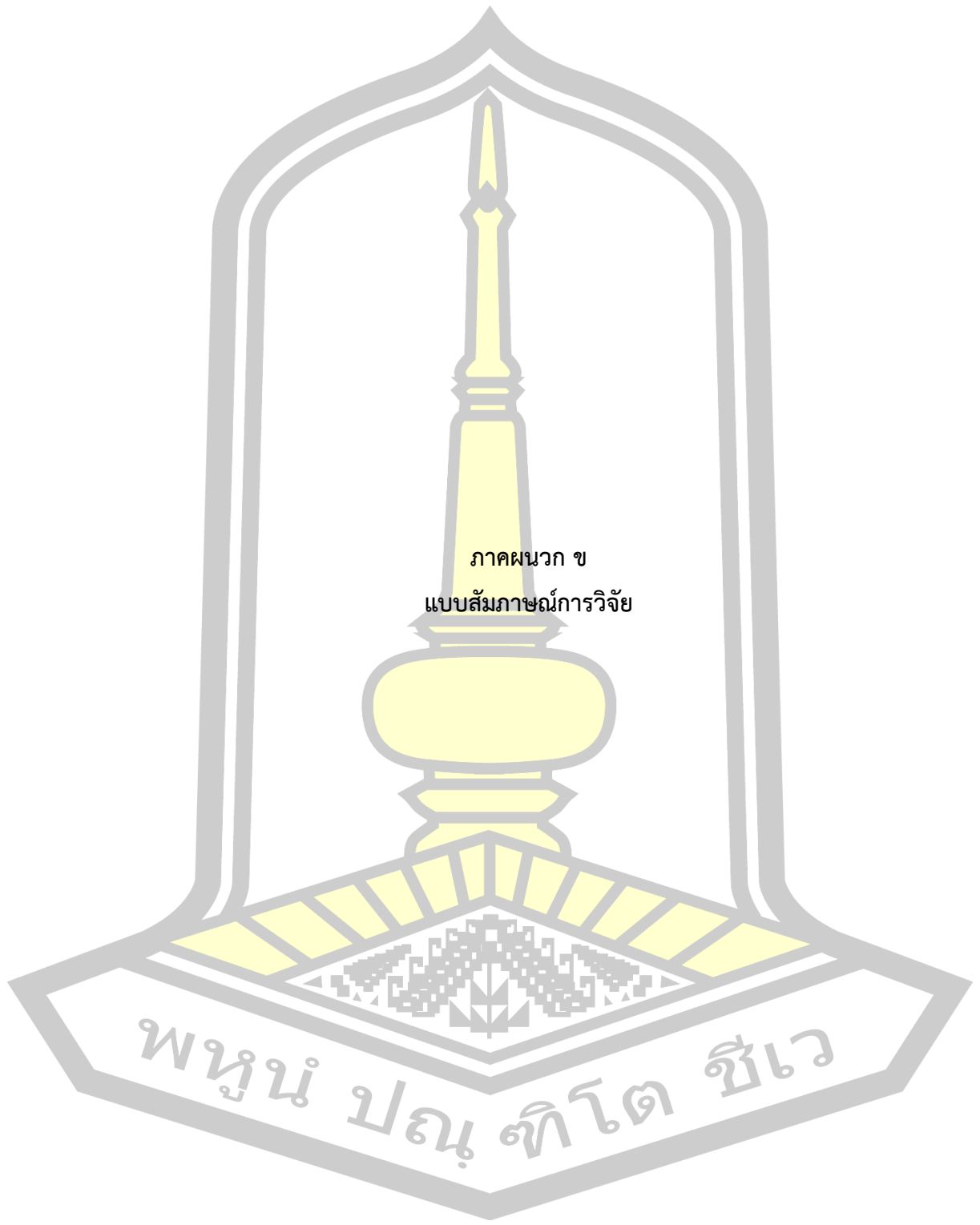
แนวทางการคิดคะแนนวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปเป็นค่าคะแนนในตำบล LTC เขต 10

1. คะแนนระดับพื้นฐาน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานทุกข้อจำนวนทั้งหมด 41 ข้อ ได้ 59 คะแนน หากผ่านแบบมีเงื่อนไข หักข้อละ 1 คะแนน
2. คะแนนระดับก้าวหน้า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานทุกข้อโดยต้องผ่านแบบไม่มีเงื่อนไข และต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับก้าวหน้าทุกข้อจำนวนทั้งหมด 48 ข้อ ได้ 79 คะแนน หากผ่านระดับก้าวหน้าแบบมีเงื่อนไข หักข้อละ 1 คะแนน
3. คะแนนระดับยั่งยืน ผ่าน เกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐานทุกข้อและผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับก้าวหน้าทุกข้อโดยต้องผ่านแบบไม่มีเงื่อนไข และต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับยั่งยืน ทุกข้อจำนวนทั้งหมด 49 ข้อ ได้ 100 คะแนน หากผ่านระดับยั่งยืนแบบมีเงื่อนไข หักข้อละ 1 คะแนน

มาตรฐานที่ 10 ผลลัพธ์การดำเนินงานของตำบล
มีการวิเคราะห์ผลลัพธ์ในตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	เกณฑ์การให้คะแนน
10.ผลลัพธ์การดำเนินงาน 10.1 ผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ/ พฤติกรรม สุขภาพ	100 30	30	แนวโน้มของข้อมูล สารสนเทศที่ผ่านมา 3 ปี ย้อนหลังในภาพรวมของ ตำบล
10.2 ผลลัพธ์ด้านสังคม,เศรษฐกิจ	20	20	แนวโน้มของข้อมูล สารสนเทศที่ผ่านมา 3 ปี ย้อนหลังในภาพรวมของ ตำบล
10.3 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุ	20	20	หน่วยงานในตำบล (อปท. รพ.สต.กศน. ฯลฯ) มีผลการ ประเมินความพึงพอใจของ ผู้สูงอายุที่มีต่อการ ดำเนินงานตามภารกิจ/ โครงการ/กิจกรรมของ หน่วยงาน
10.4 การใช้ประโยชน์จากการประเมิน ผลลัพธ์	30	30	หน่วยงาน/องค์กรแสดงผลที่ ชัดเจนในการนำข้อมูลไปใช้ เพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงการ ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุใน ภาพตำบล
รวมคะแนนมาตรฐานที่ 10	100	100	

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์การวิจัย

พูน ปณ ทิโต ชีเว

แบบสัมภาษณ์ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย ภาควิชาการ และภาคท้องถิ่น

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้จากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเพียงเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง และสมบูรณ์ครบถ้วนจะทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

นางสาวศศินันท์ สายแวง

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โทร.0853105950

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากร

คำชี้แจง : โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ได้ความสมบูรณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี (เติม)
3. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส () หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย () ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง
() 1. คณะอนุกรรมการกองทุนตำบล LTC
() 2. คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
() 3. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
() 4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
() 5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
() 6. ผู้ดูแลสูงอายุ (Caregiver: CG)
() 7. ประธานชมรมผู้สูงอายุชมรม
() 8. อื่นๆ (ระบุ)
6. รายได้ของท่าน..... บาท / เดือน
7. ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ปี
8. การอบรมการดูแลผู้สูงอายุ
() 1. ไม่เคย
() 2. เคย (ระบุ) เรื่อง.....หน่วยงานที่จัด.....

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี

1. ท่านคิดว่าการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี อย่างไร

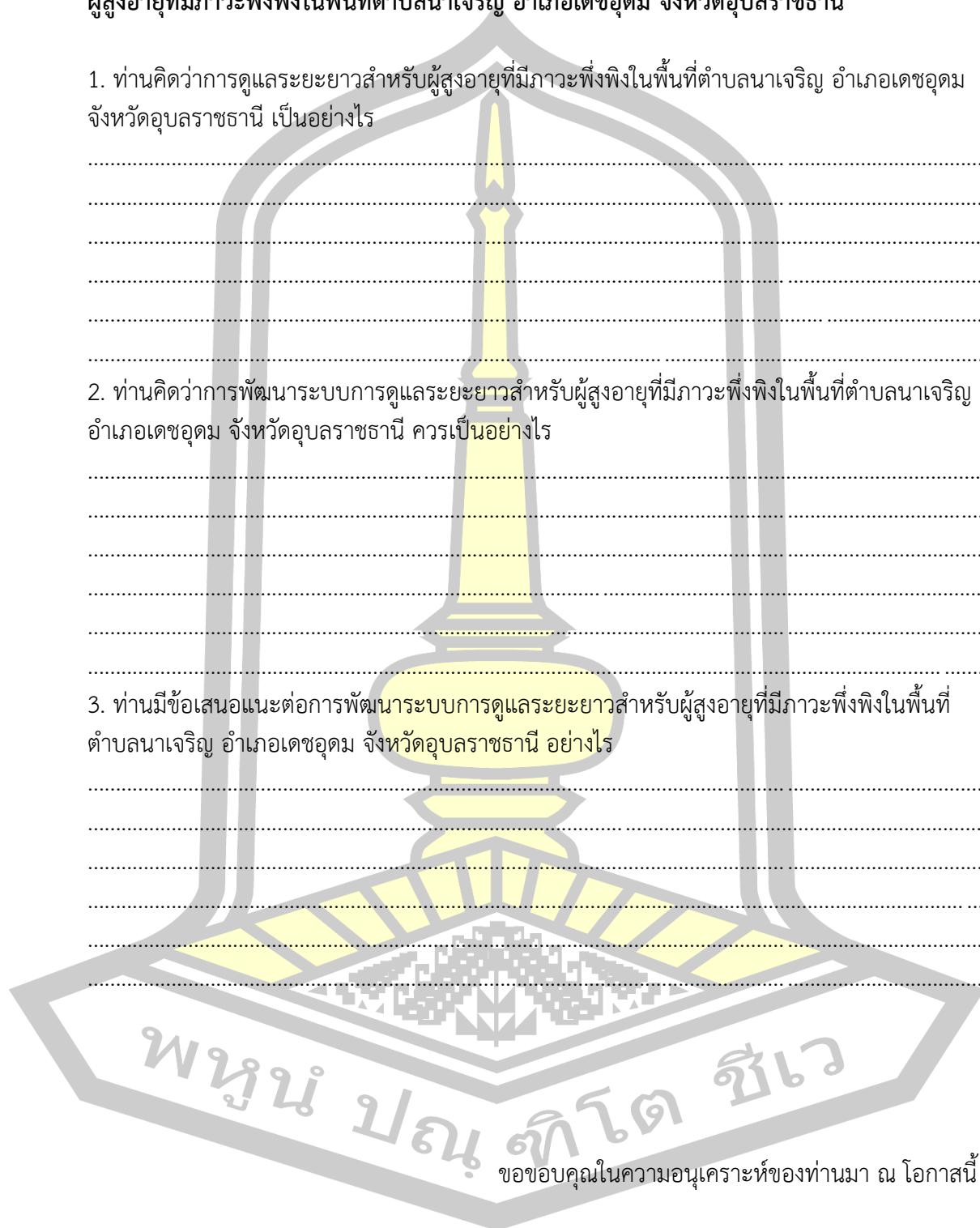
.....

.....

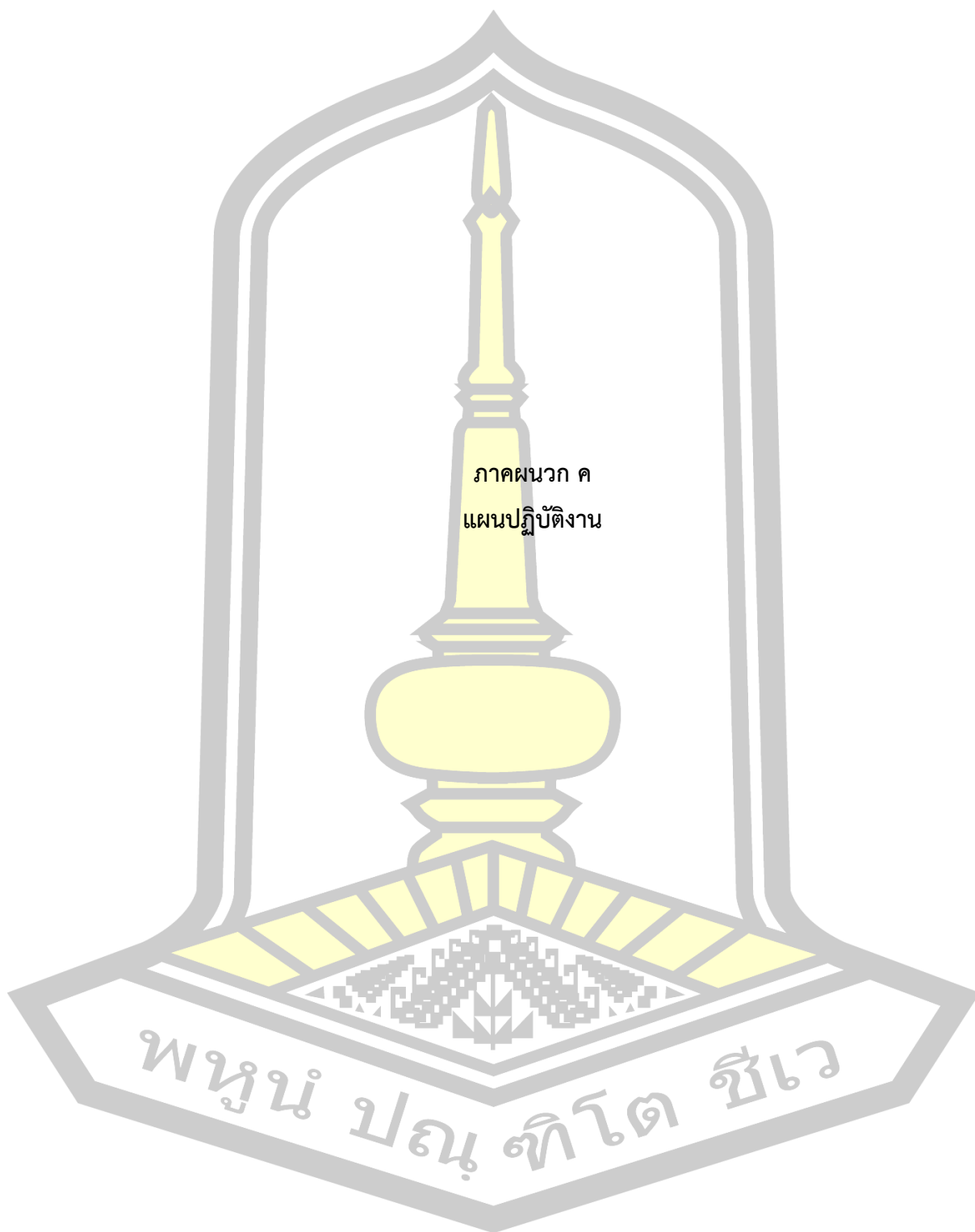
.....

.....

.....



ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้



ภาคผนวก ค
แผนปฏิบัติงาน

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

ระยะปฏิบัติการวิจัย ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>ศึกษาบริบท สถานการณ์ และ ปัญหาในพื้นที่ เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน อำเภอประจวบคีรีขันธ์</p> <p>2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลงพื้นที่ศึกษาบริบท สภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>เดือนพฤศจิกายน 2562</p> <p>สถานที่</p> <p>พื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>เครื่องมือ</p> <p>แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)</p> <p>อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมุดจดบันทึก และปากกา - แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ (Barthel Activities of Daily Living : ADL) - กล้องถ่ายรูป <p>งบประมาณ</p> <p>- 1,000 บาท</p>	<p>1. ได้ทราบบริบท สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>1. มีข้อมูลบริบท สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>ผู้วิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

ระยะปฏิบัติการวิจัย ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 2</p> <p>ประชุมกลุ่ม รายงานสรุปผล วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และปัญหาในพื้นที่ คัดเลือก กลุ่มเป้าหมายและแต่งตั้ง คณะทำงานวิจัย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อรายงานสรุปผล วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และปัญหาในพื้นที่</p> <p>2. เพื่อคัดเลือก กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย</p> <p>3. เพื่อแต่งตั้งคณะทำงานวิจัย</p>	<p>วิธีการดำเนินงาน</p> <p>1. ผู้วิจัยประสานบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม</p> <p>2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายงานสรุปผลการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>3. อธิบายเกณฑ์คัดเลือก – เกณฑ์คัดออก และคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเพื่อการศึกษาวิจัย</p> <p>4. แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลและยกยอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>5. ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลและยกยอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>เดือนพฤศจิกายน 2562</p> <p>สถานที่</p> <p>ห้องสัมมนาองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>เครื่องมือ</p> <p>แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)</p> <p>อุปกรณ์</p> <p>- แบบรายงานการประเมินความสามารรถในการทำกิจกรรมประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ (Barthel ADL)</p> <p>- แบบรายงานสรุปผลการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ และปากกา</p> <p>- กล้องถ่ายรูป</p> <p>งบประมาณ</p> <p>- 1,000 บาท</p>	<p>1. ได้ทราบข้อมูล สถานการณ์ และ ปัญหาในพื้นที่ เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>2. ได้กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยตามเกณฑ์</p> <p>3. ได้คณะทำงานวิจัย</p> <p>เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลและยกยอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>1. มีข้อมูลสถานการณ์ และ ปัญหาในพื้นที่ เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>2. มีกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย</p> <p>3. มีคณะทำงานวิจัย</p> <p>เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลและยกยอสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>- ผู้วิจัย</p> <p>- ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- คณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุองค์กรบริหารส่วนตำบลนาเจริญ</p> <p>- นักวิชาการ</p> <p>- สาธารณสุข</p> <p>- อาสาสมัคร</p> <p>- สาธารณสุขหมู่บ้าน</p>

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

ระยะปฏิบัติการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานตามแผน (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 3</p> <p>ดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ ตามที่ทางแผนไว้ร่วมกัน</p> <p>ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยภาคีวิชาการและภาคีสหประชาชาติทำแบบสอบถามการวิจัย และดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ</p> <p>3. ลงพื้นที่ให้ผู้ใช้กร่วมวิจัยภาคีประชาชน ทำแบบสอบถามการวิจัย และสนทนากลุ่ม ก่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ</p> <p>อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>1. ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ ตามที่ทางแผนไว้ร่วมกัน</p> <p>2. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยภาคีวิชาการและภาคีสหประชาชาติทำแบบสอบถามการวิจัย และดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ</p> <p>3. ลงพื้นที่ให้ผู้ใช้กร่วมวิจัยภาคีประชาชน ทำแบบสอบถามการวิจัย และสนทนากลุ่ม ก่อนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลนาเจริญ</p> <p>4. ประชาชนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งภาคีวิชาการ ภาคท้องถิ่น และภาคีประชาชนประชุมทำแบบสอบถามการวิจัย และสนทนากลุ่ม หลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2562</p> <p>สถานที่</p> <p>ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>- แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)</p> <p>- แบบบันทึกการประชุม</p> <p>- แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม</p> <p>- แบบบันทึกการประชุม</p> <p>- แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม</p> <p>- สมุดจดบันทึก และปากกา</p> <p>- กล้องถ่ายรูป</p> <p>งบประมาณ</p> <p>- 2,000 บาท</p>	<p>1. ได้มีการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>2. ได้ทราบผลการดำเนินงาน ตามแผนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>1. มีผลสรุปการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>- ผู้วิจัย</p> <p>- ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- คณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ</p> <p>- นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>- ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน</p> <p>- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

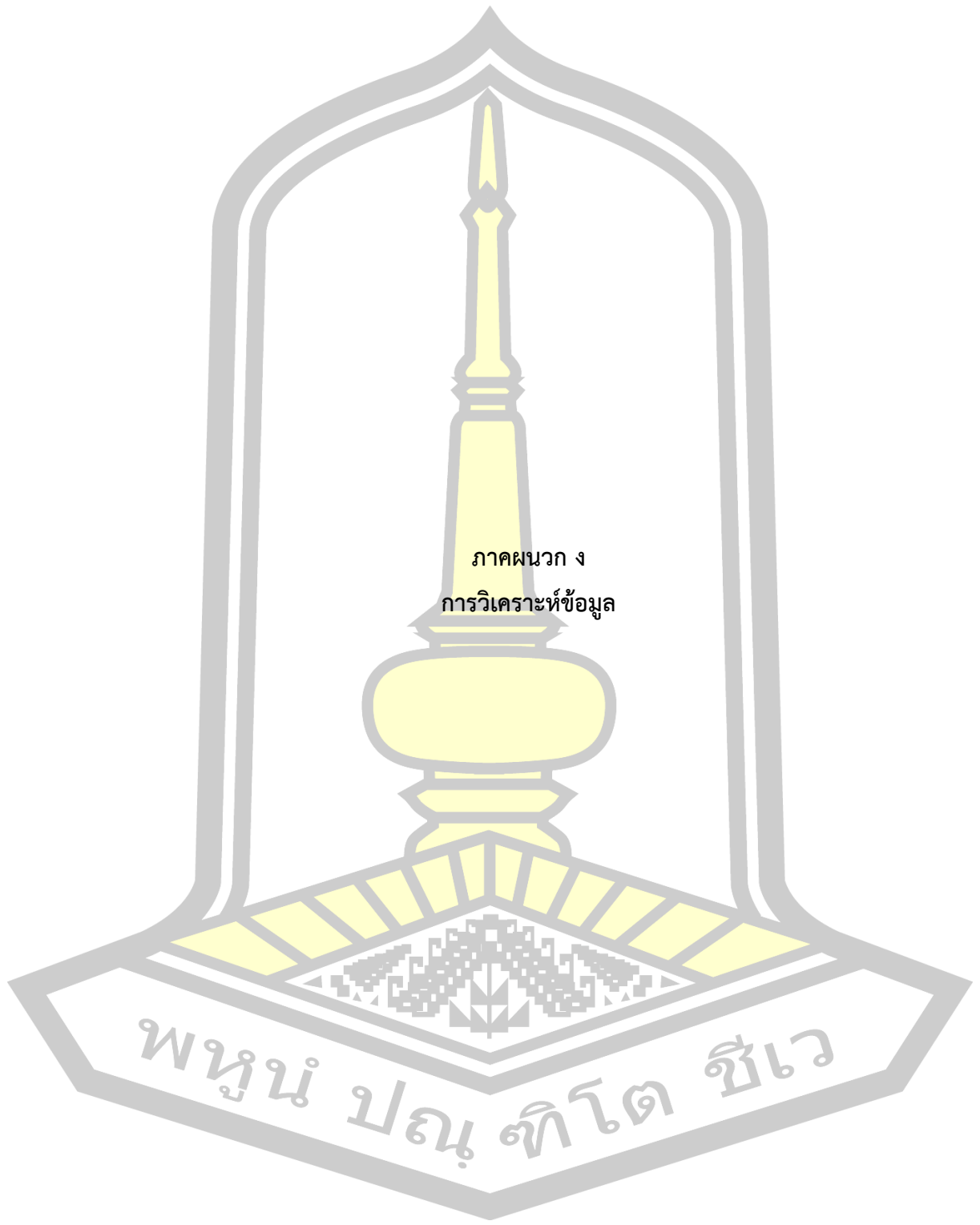
ระเบียบปฏิบัติการวิจัย ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตการปฏิบัติการตามแผน (Observation)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>การติดตามและประเมินผลตามแผนการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>1. ผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์ในการดำเนินงานตามแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงานตามแผน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>3. ผู้วิจัยประสานงาน เชิญผู้ร่วมวิจัยประชุม และคณะทำงาน เพื่อสรุปและศึกษาผลการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>พฤศจิกายน 2562</p> <p>สถานที่</p> <p>ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>เครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) - แบบสอบถามการวิจัย ทั้ง 3 ชุด - แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สัมภาษณ์ และภาคท้องถิ่น - แบบบันทึกการประชุม - แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม <p>อุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบสอบถามการวิจัย ทั้ง 3 ชุด - แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สัมภาษณ์ และภาคท้องถิ่น <p>- แบบบันทึกการประชุม</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมุดจดบันทึก และปากกา - กติกถ่ายรูปรูป - อุปกรณ์บันทึกเสียง <p>งบประมาณ</p> <p>- 4,000 บาท</p>	<p>1. ได้ทราบผลสรุปการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>2. ได้ทราบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน</p> <p>การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>1. มีผลสรุปการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ระหว่างการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>อำเภอเดชอุดม</p>	<p>- ผู้วิจัย</p> <p>- ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- คณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ</p> <p>- นักวิชาการ</p> <p>- สาธารณสุข</p> <p>- ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน</p> <p>- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

ระยะปฏิบัติการวิจัย ขั้นตอนการสะท้อนผล และการรายงานผล (Reflection)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 5</p> <p>การสะท้อนผล รายงานผล การดำเนินงาน และถอดบทเรียน การพัฒนาระบบ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>2. รายงานผลการเปรียบเทียบผล ก่อน และหลังการดำเนินการตามแผน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อรายงานผลการดำเนินงานตามแผน และถอดบทเรียน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>1. ประชุมสรุปรายงานสะท้อนผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>2. รายงานผลการเปรียบเทียบผล ก่อน และหลังการดำเนินการตามแผน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>3. ประชุมถอดบทเรียน ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p> ธันวาคม 2562</p> <p>สถานที่</p> <p> ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>เครื่องมือ</p> <p> - แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) อุปกรณ์</p> <p> - รายงานสรุปผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p> - สมุดจดบันทึก และปากกา</p> <p> - กล้องถ่ายรูป</p> <p> - อุปกรณ์บันทึกเสียง</p> <p>งบประมาณ</p> <p> - 1,000 บาท</p>	<p>1. ได้ทราบผลการเปรียบเทียบก่อน และหลังการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>2. ได้ร่วมถอดบทเรียน จากผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>3. ได้ทราบปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขที่ตรงร่วมกัน</p>	<p>1. มีข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานตาม การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี</p> <p>2. มีเอกสารการถอดบทเรียน</p> <p>3. มีรายงานปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางการแก้ไขที่ตรงร่วมกัน</p>	<p>- ผู้วิจัย</p> <p>- ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- คณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลนาเจริญ</p> <p>- นักวิชาการ</p> <p>- สาธารณสุข</p> <p>- ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน</p> <p>- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- อาสาสมัคร</p> <p>- สาธารณสุขหมู่บ้าน</p>



ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์ข้อมูล

พหุบัณฑิตยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 13 ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเด็นความพร้อม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ความ พร้อม
ด้านบุคลากร				1.92	0.221	ปานกลาง
จัดตั้งคณะกรรมการด้านการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	4 (25.00)	10 (62.50)	2 (12.50)	2.13	0.619	ปานกลาง
แผนพัฒนาและเตรียมความพร้อม บุคลากรด้านสาธารณสุขให้มี ความรู้ความสามารถในการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	3 (18.75)	12 (75.00)	1 (6.25)	2.13	0.500	ปานกลาง
พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพใน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนา เจริญ	4 (25.00)	8 (50.00)	4 (25.00)	2.00	0.730	ปานกลาง
บุคลากรมีความเข้าใจบทบาท หน้าที่รวมถึงกฎระเบียบในการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พื้นที่ตำบลนาเจริญ	2 (12.50)	11 (68.75)	3 (18.75)	1.94	0.574	ปานกลาง
การจัดอัตรากำลังบุคลากรที่ ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่ เพียงพอ	0 (0.00)	14 (87.50)	2 (12.50)	1.87	0.342	ปานกลาง

ตาราง 13 ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)

ประเด็นความพร้อม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ความ พร้อม
กำหนดนโยบายด้านการดูแล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พื้นที่ตำบลนาเจริญ	0 (0.00)	12 (75.00)	4 (25.00)	1.75	0.447	ปานกลาง
การกำหนดบทบาทหน้าที่ความ รับผิดชอบของบุคลากรด้าน สาธารณสุขทุกตำแหน่งไว้อย่าง ชัดเจน	0 (0.00)	10 (62.50)	6 (37.50)	1.63	0.500	น้อย
ด้านงบประมาณ				1.81	0.296	ปานกลาง
สามารถจัดสรรงบประมาณสำหรับ การบริหารจัดการทีมปฏิบัติงาน ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	3 (18.75)	9 (56.25)	4 (25.00)	1.94	0.680	ปานกลาง
สามารถจัดสรรเงินตอบแทนการ ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ นอกเวลาราชการ ของบุคลากรที่รับผิดชอบงาน สาธารณสุข	2 (12.50)	10 (62.50)	4 (25.00)	1.87	0.619	ปานกลาง
สามารถจัดสรรเงินตอบแทนในการ ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิง	2 (12.50)	10 (62.50)	4 (25.00)	1.87	0.619	ปานกลาง

ตาราง 13 ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)

ประเด็นความพร้อม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ความ พร้อม
สามารถจัดสรรงบประมาณเพื่อ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พื้นที่ ในภาวะฉุกเฉิน	0 (0.00)	9 (56.25)	7 (43.75)	1.56	0.512	น้อย
ด้านวัสดุครุภัณฑ์				1.91	0.364	ปานกลาง
มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัด ไข้ เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว หู ฟังทางการแพทย์ ให้เพียงพอและ อยู่ในสภาพพร้อมใช้	7 (43.75)	4 (25.00)	5 (31.25)	2.13	0.885	ปานกลาง
การจัดให้มีหรือสนับสนุนเครื่องมือ และอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับ การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	6 (37.50)	4 (25.00)	6 (37.50)	2.00	0.894	ปานกลาง
มีเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน พื้นที่ เช่น อุปกรณ์ทำแผล หน้ากากอนามัย ถุงมือ เพียงพอ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้	6 (37.50)	4 (25.00)	6 (37.50)	2.00	0.894	ปานกลาง

ตาราง 13 ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)

ประเด็นความพร้อม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ความ พร้อม
ยานพาหนะเพื่อใช้ในการ ปฏิบัติงานดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน	1 (6.25)	6 (37.50)	9 (56.25)	1.50	0.632	น้อย
ด้านการบริหารจัดการ				1.84	0.213	ปานกลาง
การประสานแผนงานโครงการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหสาขาวิชาชีพ	5 (31.25)	6 (37.50)	5 (31.25)	2.00	0.816	ปานกลาง
การใช้ข้อมูลจากหน่วยงาน สาธารณสุขและชุมชน	4 (25.00)	8 (50.00)	4 (25.00)	2.00	0.730	ปานกลาง
ประกอบการวางแผนงบประมาณ ด้านสาธารณสุขของการจัดการ ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่						
กำหนดโครงสร้างการบริหาร จัดการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่	5 (31.25)	5 (31.25)	6 (37.50)	1.94	0.854	ปานกลาง
ความสามารถขอความร่วมมือและ ระดมทรัพยากรจากองค์กร/ หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และ ประชาชน	2 (12.50)	11 (68.75)	3 (18.75)	1.94	0.574	ปานกลาง

ตาราง 13 ความพร้อมต่อการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)

ประเด็นความพร้อม	มาก	ปานกลาง	น้อย	Mean	S.D.	ระดับ ความ พร้อม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
กำหนดแนวทางการดำเนินงาน	4	6	6			
วางแผนโครงการและแผนพัฒนา ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่	(25.00)	(37.50)	(37.50)	1.88	0.806	ปานกลาง
สามารถจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการ ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุโดย ชุมชนมีส่วนร่วม	5	3	8			
ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุโดย ชุมชนมีส่วนร่วม	(31.25)	(18.75)	(50.00)	1.81	0.911	ปานกลาง
การนิเทศ ควบคุม กำกับ ติดตาม การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อย่างเป็นระบบ	2	8	6			
การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อย่างเป็นระบบ	(12.50)	(50.00)	(37.50)	1.75	0.683	ปานกลาง
ระบบและกลไกในการควบคุมการ บริหารงบประมาณด้านการจัดการ	0	12	4			
ระบบและกลไกในการควบคุมการ บริหารงบประมาณด้านการจัดการ	(0.00)	(75.00)	(25.00)	1.75	0.447	ปานกลาง
ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ให้บรรลุเป้าหมาย ของโครงการ/กิจกรรม						
ความสามารถการเอื้ออำนวยใน การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	3	5	8			
การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	(18.75)	(31.25)	(50.00)	1.69	0.793	ปานกลาง
การประเมินประสิทธิภาพการใช้ งบประมาณไปพัฒนาระบบบริหาร งบประมาณด้านสาธารณสุข	0	11	5			
การประเมินประสิทธิภาพการใช้ งบประมาณไปพัฒนาระบบบริหาร งบประมาณด้านสาธารณสุข	(0.00)	(68.75)	(31.25)	1.69	0.479	ปานกลาง

ตาราง 14 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ก่อนดำเนินโครงการ

ประเด็นการมีส่วนร่วม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ มีส่วนร่วม รวม
การมีส่วนร่วมด้านการ ตัดสินใจ				1.56	0.381	น้อย
มีส่วนร่วมในการคัดเลือกปัญหา และวิเคราะห์หาผลกระทบที่ เกิดขึ้นจากปัญหาผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	2 (12.50)	6 (37.50)	8 (50.00)	1.62	0.719	น้อย
มีส่วนร่วมนำเสนอให้ข้อมูล เกี่ยวกับปัญหาในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0 (0.00)	9 (56.25)	7 (43.75)	1.56	0.512	น้อย
มีส่วนร่วมในการคัดเลือก แผนงาน กิจกรรม ในการพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง	1 (6.25)	7 (43.75)	8 (50.00)	1.56	0.629	น้อย
เข้าร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ในการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1 (6.25)	7 (43.75)	8 (50.00)	1.56	0.629	น้อย
เข้าร่วมประชุมในกระบวนการ วางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	0 (0.00)	8 (50.00)	8 (50.00)	1.50	0.516	น้อย

ตาราง 14 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ก่อนดำเนินโครงการ (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ มีส่วนร่วม รวม
การมีส่วนร่วมด้านการ ดำเนินการ				1.64	0.388	น้อย
มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน	1	10	5			
กิจกรรมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	(6.25)	(62.50)	(31.25)	1.75	0.577	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการกำหนด ผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตาม แผนโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	0	10	6			
(0.00)	(62.50)	(37.50)	1.63	0.500	น้อย	
เข้าร่วมถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ต่างๆ ในการดำเนินการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0	10	6			
(0.00)	(62.50)	(37.50)	1.63	0.500	น้อย	
เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผน โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	0	10	6			
(0.00)	(62.50)	(37.50)	1.63	0.500	น้อย	
มีส่วนร่วมกำหนดเสนอแนว ทางแก้ไขปัญหาการดำเนินการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0	9	7			
(0.00)	(56.25)	(43.75)	1.56	0.512	น้อย	

ตาราง 14 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ก่อนดำเนินโครงการ (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ มีส่วนร่วม รวม
การมีส่วนร่วมด้านการรับ ผลประโยชน์				1.74	0.316	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการพิจารณา ทบทวนวิธีการดำเนินงาน/ โครงการ/กิจกรรมการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0 (0.00)	12 (75.00)	4 (25.00)	1.75	0.447	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการกำหนด ผลสำเร็จ แผนงานโครงการใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0 (0.00)	12 (75.00)	4 (25.00)	1.75	0.447	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการนำปัญหา และ อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการ ดำเนินตามแผนโครงการที่ กำหนดไว้ในการดำเนินการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	0 (0.00)	12 (75.00)	4 (25.00)	1.75	0.447	ปานกลาง
มีส่วนร่วมเสนอแนะเกี่ยวกับการ ทบทวนและปรับปรุงแก้ไข แผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	0 (0.00)	12 (75.00)	4 (25.00)	1.75	0.447	ปานกลาง
มีส่วนรับทราบเกี่ยวกับสรุปผล การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	0 (0.00)	11 (68.75)	5 (31.25)	1.69	0.479	ปานกลาง

ตาราง 14 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ก่อนดำเนินโครงการ (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ มีส่วนร่วม รวม
การมีส่วนร่วมด้านการติดตาม และประเมินผล				1.66	0.363	น้อย
การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ผลสำเร็จของงานโดยการเปรียบ เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้	0 (0.00)	12 (75.00)	4 (25.00)	1.75	0.447	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการติดตาม ทบทวน แผนงาน/โครงการ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนา เจริญ	0 (0.00)	11 (68.75)	5 (31.25)	1.69	0.479	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมนำปัญหา อุปสรรคเปรียบเทียบผลการ ปฏิบัติงานตามกิจกรรมต่างๆ ใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	0 (0.00)	10 (62.50)	6 (37.50)	1.63	0.500	น้อย
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	0 (0.00)	10 (62.50)	6 (37.50)	1.63	0.500	น้อย
การมีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้า ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	0 (0.00)	10 (62.50)	6 (37.50)	1.62	0.500	น้อย

ตาราง 15 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
หลังดำเนินโครงการ

ประเด็นการมีส่วนร่วม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ มีส่วน ร่วม
การมีส่วนร่วมด้านการ ตัดสินใจ				2.25	0.764	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการคัดเลือกปัญหา และวิเคราะห์หาผลกระทบที่ เกิดขึ้นจากปัญหาผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนา เจริญ	8 (50.00)	6 (37.50)	2 (12.50)	2.38	0.719	มาก
มีส่วนร่วมนำเสนอให้ข้อมูล เกี่ยวกับปัญหาในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลนาเจริญ	7 (43.75)	6 (37.50)	3 (18.25)	2.25	0.775	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการคัดเลือก แผนงาน กิจกรรม ในการพัฒนา ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	8 (50.00)	4 (25.00)	4 (25.00)	2.25	0.856	ปานกลาง
เข้าร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ในการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลนาเจริญ	8 (50.00)	4 (25.00)	4 (25.00)	2.25	0.856	ปานกลาง
เข้าร่วมประชุมในกระบวนการ วางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนา เจริญ	6 (37.50)	6 (37.50)	4 (25.00)	2.13	0.806	ปานกลาง

ตาราง 15 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังดำเนินโครงการ (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินการ				2.29	0.723	ปานกลาง
มีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามแผนโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	10 (62.50)	3 (18.25)	3 (18.25)	2.44	0.814	มาก
มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	9 (56.25)	4 (25.00)	3 (18.25)	2.38	0.806	มาก
เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงานโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	7 (43.75)	6 (37.50)	3 (18.25)	2.25	0.775	ปานกลาง
มีส่วนร่วมกำหนดเสนอแนวทางการวางแผนแก้ไขปัญหาการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	7 (43.75)	5 (31.25)	4 (25.00)	2.19	0.834	ปานกลาง
เข้าร่วมถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	6 (37.50)	7 (43.75)	3 (18.25)	2.19	0.750	ปานกลาง

ตาราง 15 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลัง
ดำเนินโครงการ (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ มีส่วนร่วม
การมีส่วนร่วมด้านการรับ ผลประโยชน์				2.41	0.691	มาก
มีส่วนรับทราบเกี่ยวกับสรุปผล	10	3	3			
การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนา เจริญ	(62.50)	(18.25)	(18.25)	2.44	0.814	มาก
มีส่วนร่วมในการพิจารณา ทบทวนวิธีการดำเนินงาน/ โครงการ/กิจกรรมการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลนาเจริญ	9	5	2			
มีส่วนร่วมในการกำหนด ผลสำเร็จแผนงาน โครงการใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	(56.25)	(31.25)	(12.50)	2.44	0.727	มาก
มีส่วนร่วมในการนำปัญหา และ อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการ ดำเนินตามแผนโครงการที่ กำหนดไว้ในการดำเนินการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลนาเจริญ	8	6	2			
มีส่วนร่วมเสนอแนะเกี่ยวกับการ ทบทวนและปรับปรุงแก้ไข แผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	(50.00)	(37.50)	(12.50)	2.38	0.719	มาก

ตาราง 15 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลัง
ดำเนินโครงการ (ต่อ)

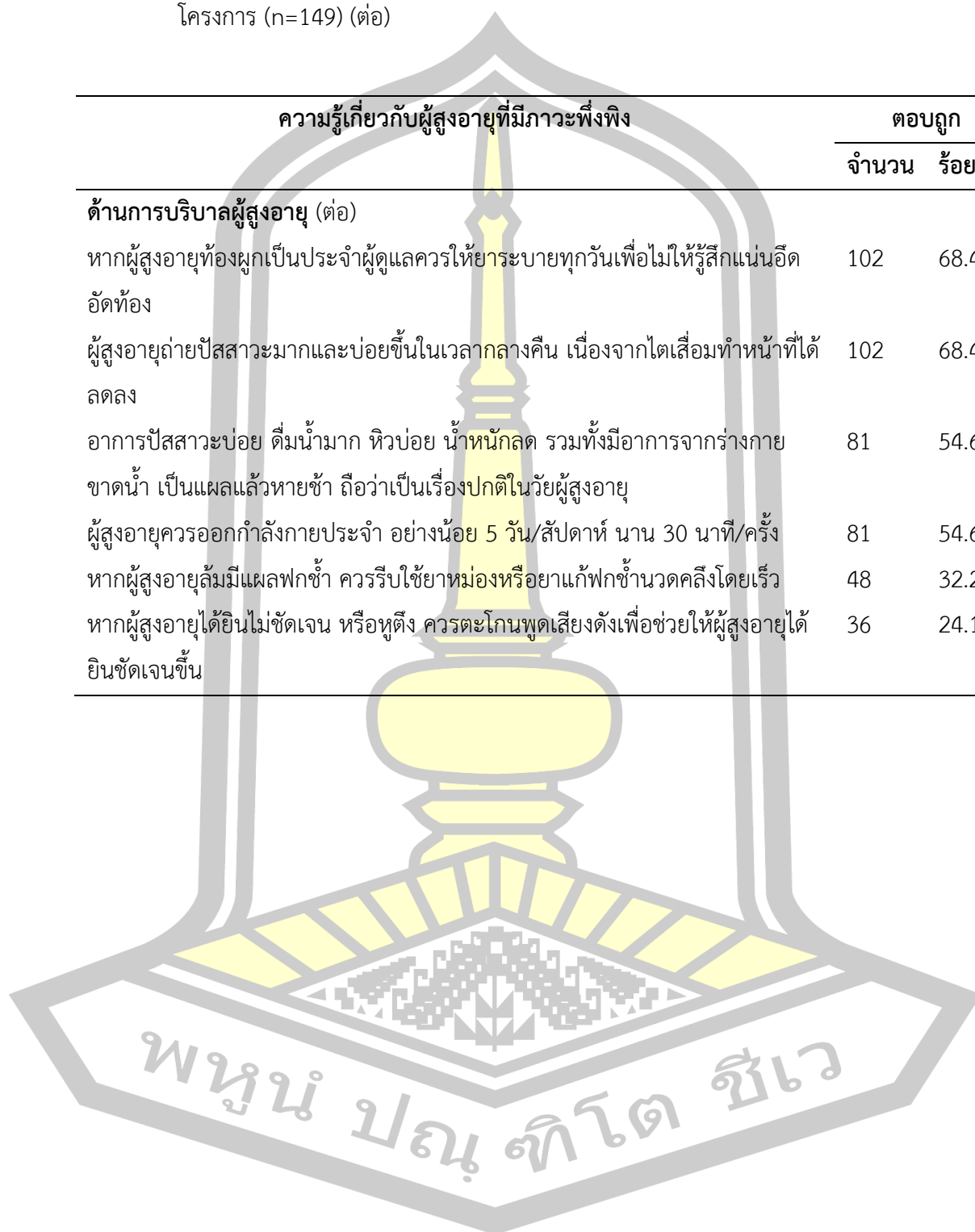
ประเด็นการมีส่วนร่วม	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ มีส่วนร่วม
การมีส่วนร่วมด้านการติดตาม และประเมินผล				2.34	0.740	มาก
การมีส่วนร่วมในการติดตาม ทบทวน แผนงาน/โครงการ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนา เจริญ	9 (56.25)	4 (25.00)	3 (18.25)	2.38	0.806	มาก
การมีส่วนร่วมนำปัญหา อุปสรรค เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงาน ตามกิจกรรมต่างๆ ในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลนาเจริญ	9 (56.25)	4 (25.00)	3 (18.25)	2.38	0.806	มาก
การมีส่วนร่วมในการกำกับ ดูแล แนะนำ ติดตาม ความก้าวหน้า ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	9 (56.25)	4 (25.00)	3 (18.25)	2.38	0.806	มาก
การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ผลสำเร็จของงานโดยการเปรียบ เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้	7 (43.75)	7 (43.75)	2 (12.50)	2.31	0.704	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ตำบลนาเจริญ	7 (43.75)	6 (37.50)	3 (18.25)	2.25	0.775	ปานกลาง

ตาราง 16 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน ก่อนดำเนิน
โครงการ (n=149)

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการมีภาวะพึ่งพิง		
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 0-11 คะแนน	119	79.87
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยเท่านั้น	84	56.39
ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ	59	39.60
ด้านการบริหารผู้สูงอายุ		
ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ	145	97.03
หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด	143	95.97
การฝึกลมหายใจเข้าออก สามารถผ่อนคลายความเครียดได้	141	94.63
การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุควรต้องทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้นด้วย	141	94.63
นอกจากอาหาร 3 มื้อหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วยเพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ	138	92.6
ผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้	137	91.95
วัยสูงอายุ การเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลายชนิดครบทั้ง 5 หมู่ แต่ปริมาณควรลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว	137	91.95
หากมีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อ ขณะออกกำลังกายควรหยุดออกกำลังกายทันที	133	89.26
อาการเจ็บหน้าอกโดยเจ็บตื้อๆ แน่นๆ หรือหนักๆ เจ็บที่กลางอกหรือทางซ้ายบริเวณหัวใจอาจร้ายไปสอกหรือแขนเป็นอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ต้องรีบไปพบแพทย์	129	86.58
ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง	127	85.23
ไม่ควรใช้คำถามว่า "ทำไม" ถามผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดเหมือนถูกตำหนิ	104	69.80

ตาราง 16 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน ก่อนดำเนิน
โครงการ (n=149) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการบริหารผู้สูงอายุ (ต่อ)		
หากผู้สูงอายุต้องผูกเป็นประจำผู้ดูแลควรให้ยาระบายทุกวันเพื่อไม่ให้รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง	102	68.45
ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน เนื่องจากไตเสื่อมทำหน้าที่ได้ลดลง	102	68.45
อาการปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก หิวบ่อย น้ำหนักลด รวมทั้งมีอาการจากร่างกายขาดน้ำ เป็นแผลแล้วหายช้า ถือว่าเป็นเรื่องปกติในวัยผู้สูงอายุ	81	54.63
ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายประจำ อย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ นาน 30 นาที/ครั้ง	81	54.63
หากผู้สูงอายุล้มมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้ฟกช้ำนวดคลึงโดยเร็ว	48	32.21
หากผู้สูงอายุได้ยินไม่ชัดเจน หรือหูตึง ควรตะโกนพูดเสียงดังเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยินชัดเจนขึ้น	36	24.16

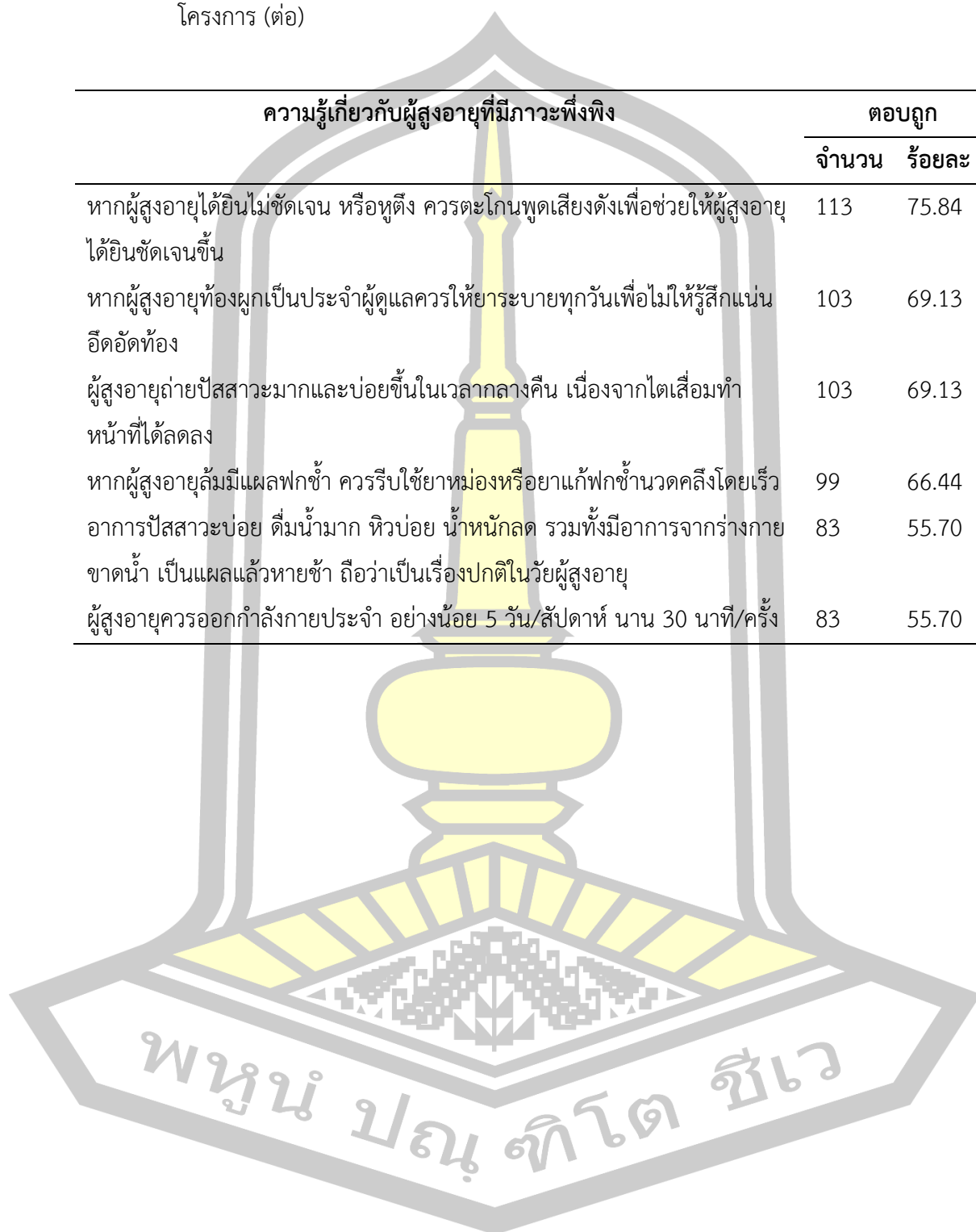


ตาราง 17 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน หลังดำเนิน
โครงการ

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการมีภาวะพึ่งพิง		
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนจากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 0-11 คะแนน	130	87.25
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยเท่านั้น	91	61.07
ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ	81	54.36
ด้านการบริหารผู้สูงอายุ		
ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ	149	100.00
การฝึกกลมหายเข้าออก สามารถผ่อนคลายความเครียดได้	147	98.66
การแปรงฟันให้ผู้สูงอายุควรต้องทำความสะอาดบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้นด้วย	146	97.99
หลักในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุ คือ ถูกโรค ถูกคน ถูกเวลา ถูกวิธี และถูกขนาด	146	97.99
ผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้	146	97.99
นอกจากอาหาร 3 มื้อหลักที่ลดปริมาณลงแล้ว ผู้สูงอายุควรกินอาหารระหว่างมื้อด้วยเพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอ	142	95.30
วัยสูงอายุ การเผาผลาญพลังงานลดลง ควรได้รับอาหารให้หลากหลายชนิดครบทั้ง 5 หมู่ แต่ปริมาณควรลดน้อยลงกว่าวัยหนุ่มสาว	140	93.96
อาการเจ็บหน้าอกโดยเจ็บตื้อๆ แน่นๆ หรือหนึ่ๆ เจ็บที่กลางอกหรือทางซ้าย	137	91.95
บริเวณหัวใจอาจร้ายไปคอหอยหรือแขนเป็นอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ต้องรีบไปพบแพทย์		
หากมีอาการปวดตามข้อต่างๆ หรือกล้ามเนื้อ ขณะออกกำลังกายควรหยุดออกกำลังกายทันที	136	91.28
ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง	132	88.59
ไม่ควรใช้คำถามว่า "ทำไม" ถามผู้สูงอายุ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดเหมือนถูกตำหนิ	117	78.52

ตาราง 17 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน หลังดำเนิน
โครงการ (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
หากผู้สูงอายุได้ยินไม่ชัดเจน หรือหูตึง ควรตะโกนพูดเสียงดังเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยินชัดเจนขึ้น	113	75.84
หากผู้สูงอายุท้องผูกเป็นประจำผู้ดูแลควรให้ยาระบายทุกวันเพื่อไม่ให้รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง	103	69.13
ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลาากลางคืน เนื่องจากไตเสื่อมทำหน้าที่ได้ลดลง	103	69.13
หากผู้สูงอายุล้มมีแผลฟกช้ำ ควรรีบใช้ยาหม่องหรือยาแก้ฟกช้ำนวดคลึงโดยเร็ว	99	66.44
อาการปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก หิวบ่อย น้ำหนักลด รวมทั้งมีอาการจากร่างกายขาดน้ำ เป็นแผลแล้วหายช้า ถือว่าเป็นเรื่องปกติในวัยผู้สูงอายุ	83	55.70
ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายประจำ อย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ นาน 30 นาที/ครั้ง	83	55.70



ตาราง 18 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน ก่อนดำเนินโครงการ
(n=149)

ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ การ ปฏิบัติ
การดูแลด้านการบริโภคอาหาร				2.34	0.333	ระดับสูง
รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อใน 1 วัน	91 (61.07)	51 (34.23)	7 (4.70)	2.56	0.585	ระดับสูง
ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว	87 (58.39)	58 (38.93)	4 (2.68)	2.56	0.550	ระดับสูง
รับประทานผักทุกวัน	57 (38.26)	83 (55.70)	9 (6.04)	2.32	0.584	ปานกลาง
รับประทานอาหารหลากหลาย ไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน	40 (26.85)	103 (69.13)	6 (4.03)	2.23	0.508	ปานกลาง
รับประทานอาหารประเภท เนื้อสัตว์ที่ปรุงสุก	55 (36.91)	69 (46.31)	25 (16.78)	2.20	0.707	ปานกลาง
รับประทานผลไม้ทุกวัน	36 (24.16)	98 (65.77)	15 (10.07)	2.14	0.570	ปานกลาง
ดูแลด้านการออกกำลังกาย				2.15	0.429	ปานกลาง
ท่านช่วยแนะนำและพาผู้สูงอายุ บริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อ ติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	45 (30.20)	92 (61.74)	12 (8.05)	2.22	0.579	ปานกลาง
ท่านแนะนำและพาผู้สูงอายุยืด เหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อ ความแข็งแรงและป้องกัน กล้ามเนื้อลึบ อย่างน้อยสัปดาห์ ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	45 (30.20)	89 (59.73)	15 (10.07)	2.20	0.604	ปานกลาง

ตาราง 18 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน ก่อนดำเนินโครงการ (ต่อ)

ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ
ท่านช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วน ต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและ ป้องกันกล้ามเนื้อลีบให้ผู้สูงอายุ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	35 (23.49)	95 (63.76)	19 (12.75)	2.11	0.594	ปานกลาง
ท่านช่วยบริหารข้อต่างๆ เพื่อ ป้องกันข้อติดให้ผู้สูงอายุ อย่าง น้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	33 (22.15)	91 (61.07)	25 (16.78)	2.05	0.624	ปานกลาง
ดูแลด้านการผ่อนคลาย				2.17	0.389	ปานกลาง
ความเครียด						
ท่านอยู่เป็นเพื่อนคอยพูดคุยให้ กำลังใจผู้สูงอายุ	68 (45.64)	75 (50.34)	6 (4.03)	2.42	0.571	ระดับสูง
ท่านช่วยให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย ความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้ พระ/นั่งสมาธิ	74 (49.66)	62 (41.61)	13 (8.72)	2.41	0.647	ระดับสูง
ท่านจัดให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรม ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	57 (38.26)	81 (54.36)	11 (7.38)	2.31	0.603	ปานกลาง
เมื่อผู้สูงอายุมีความเครียดท่านใช้ ยานอนหลับ/ยาระงับประสาท	22 (14.77)	38 (25.50)	89 (59.73)	1.55	0.739	ระดับต่ำ
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม				2.59	0.281	ระดับสูง
ทำความสะอาดที่ประกอบ อาหาร/ครัวทุกครั้ง	101 (67.79)	47 (31.54)	1 (0.67)	2.67	0.486	ระดับสูง
คัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง	96 (64.43)	52 (34.90)	1 (0.67)	2.64	0.496	ระดับสูง

ตาราง 18 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน ก่อนดำเนินโครงการ (ต่อ)

ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	Mean	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ทำความสะอาดที่อยู่อาศัยทุก วัน (กวาดและถูบ้าน)	96 (64.43)	53 (35.57)	0 (0.00)	2.64	0.480	ระดับสูง
ล้างทำความสะอาดห้องน้ำ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	97 (65.10)	44 (29.53)	8 (5.37)	2.60	0.592	ระดับสูง
กำจัดขยะถูกวิธี เช่น ฝัง/เผา/มี รถขยะมารับ	92 (61.74)	53 (35.57)	4 (2.68)	2.59	0.545	ระดับสูง
มีส่วนร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน ในการรักษาสิ่งแวดล้อมชุมชน	64 (42.95)	83 (55.70)	2 (1.34)	2.42	0.521	ระดับสูง
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วน บุคคล				2.51	0.510	ระดับสูง
การอาบน้ำ / การเช็ดตัว	98 (65.77)	43 (28.86)	8 (5.37)	2.60	0.591	ระดับสูง
การสระผม	89 (59.73)	52 (34.90)	8 (5.37)	2.54	0.598	ระดับสูง
การตัดเล็บมือ เล็บเท้า	84 (56.38)	62 (41.61)	3 (2.01)	2.54	0.539	ระดับสูง
การตัดผม โกนหนวด	82 (55.03)	60 (40.27)	7 (4.70)	2.50	0.588	ระดับสูง
การเปลี่ยนเสื้อผ้า / ผ้าอ้อม สำเร็จรูป	76 (51.01)	52 (34.90)	21 (14.09)	2.37	0.720	ระดับสูง

ตาราง 19 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน หลังดำเนินโครงการ

ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ การ ปฏิบัติ
การดูแลด้านการบริโภคอาหาร				2.42	0.367	สูง
รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อใน 1 วัน	104 (69.80)	43 (28.86)	2 (1.34)	2.68	0.494	สูง
ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว	97 (65.10)	48 (32.21)	4 (2.68)	2.62	0.539	สูง
รับประทานผักทุกวัน	66 (44.30)	76 (51.01)	7 (4.70)	2.40	0.579	สูง
รับประทานอาหารหลากหลาย ไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน	47 (31.54)	98 (65.77)	4 (2.68)	2.29	0.511	ปานกลาง
รับประทานผลไม้ทุกวัน	44 (29.53)	99 (66.44)	6 (4.03)	2.26	0.522	ปานกลาง
รับประทานอาหารประเภท เนื้อสัตว์ที่ปรุงสุก	63 (42.28)	61 (40.94)	25 (16.78)	2.26	0.727	ปานกลาง
ดูแลด้านการออกกำลังกาย				2.21	.459	ปานกลาง
ท่านช่วยแนะนำและพาผู้สูงอายุ บริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อ ติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	50 (33.56)	92 (61.74)	7 (4.70)	2.29	0.549	ปานกลาง
ท่านแนะนำและพาผู้สูงอายุยืด เหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อ ความแข็งแรงและป้องกัน กล้ามเนื้อลึบ อย่างน้อยสัปดาห์ ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	52 (34.90)	84 (56.38)	13 (8.72)	2.26	0.608	ปานกลาง

ตาราง 19 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน หลังดำเนินโครงการ(ต่อ)

ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ
ท่านช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรง และป้องกันกล้ามเนื้อลีบให้ ผู้สูงอายุ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	41 (27.52)	93 (62.42)	15 (10.07)	2.17	0.590	ปานกลาง
ท่านช่วยบริหารข้อต่างๆ เพื่อ ป้องกันข้อติดให้ผู้สูงอายุ อย่าง น้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	38 (25.50)	90 (60.40)	21 (14.09)	2.11	0.621	ปานกลาง
ดูแลด้านการผ่อนคลาย						
ความเครียด				2.24	0.415	ปานกลาง
ท่านอยู่เป็นเพื่อนคอยพูดคุยให้ กำลังใจผู้สูงอายุ	83 (55.70)	60 (40.27)	6 (4.03)	2.52	0.577	สูง
ท่านช่วยให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย ความเครียดด้วยวิธีสวด มนต์ไหว้พระ/นั่งสมาธิ	87 (58.39)	51 (34.23)	11 (7.38)	2.51	0.633	สูง
ท่านจัดให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรม ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	69 (46.31)	69 (46.31)	11 (7.38)	2.39	0.623	สูง
เมื่อผู้สูงอายุมีความเครียดท่าน ใช้ยานอนหลับ/ยาระงับ ประสาท	24 (16.11)	36 (24.16)	89 (59.73)	1.56	0.756	ต่ำ
ด้านการดูแลอนามัย						
สิ่งแวดล้อม				2.69	0.305	สูง
คัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง	115 (77.18)	33 (22.15)	1 (0.67)	2.77	0.441	สูง

ตาราง 19 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มเป้าหมายภาคประชาชน หลังดำเนินโครงการ(ต่อ)

ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ การ ปฏิบัติ
ทำความสะอาดที่อยู่อาศัยทุก วัน (กวาดและถูบ้าน)	112 (75.17)	37 (24.83)	0 (0.00)	2.75	0.433	สูง
ทำความสะอาดที่ประกอบ อาหาร/ครัวทุกครั้ง	111 (74.50)	37 (24.83)	1 (0.67)	2.74	0.456	สูง
กำจัดขยะถูกวิธี เช่น ฝัง/เผา/มี รถขยะมารับ	109 (73.15)	36 (24.16)	4 (2.68)	2.70	0.513	สูง
ล้างทำความสะอาดห้องน้ำ	109 (73.15)	32 (21.48)	8 (5.37)	2.68	0.573	สูง
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	73 (48.99)	74 (49.66)	2 (1.34)	2.48	0.527	สูง
มีส่วนร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน ในการรักษาสิ่งแวดล้อมชุมชน	73 (48.99)	74 (49.66)	2 (1.34)	2.48	0.527	สูง
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล				2.54	0.519	สูง
การอาบน้ำ / การเช็ดตัว	98 (65.77)	43 (28.86)	8 (5.37)	2.60	0.591	สูง
การสระผม	98 (65.77)	43 (28.86)	8 (5.37)	2.60	0.591	สูง
การตัดเล็บมือ เล็บเท้า	84 (56.38)	62 (41.61)	3 (2.01)	2.54	0.539	สูง
การตัดผม โกนหนวด	82 (55.03)	60 (40.27)	7 (4.70)	2.50	0.588	สูง
การเปลี่ยนเสื้อผ้า / ผ้าอ้อม	87 (58.39)	38 (25.50)	24 (16.11)	2.42	0.755	สูง

ตาราง 20 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ

การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ ปฏิบัติ
การดูแลด้านการบริโภคอาหาร				2.16	0.254	ปานกลาง
รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ปรุงสุก	19 (42.22)	23 (51.11)	3 (6.67)	2.36	0.609	สูง
ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว	17 (37.78)	26 (57.78)	2 (4.44)	2.33	0.564	ปานกลาง
รับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน	7 (15.56)	37 (82.22)	1 (2.22)	2.13	0.405	ปานกลาง
รับประทานอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน	3 (6.67)	41 (91.11)	1 (2.22)	2.04	0.298	ปานกลาง
รับประทานอาหาร ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน	2 (4.44)	38 (84.44)	5 (11.11)	1.93	0.393	ปานกลาง
ดูแลด้านการออกกำลังกาย				2.28	0.374	ปานกลาง
ช่วยแนะนำและพาบริหารข้อต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	18 (40.00)	24 (53.33)	3 (6.67)	2.33	0.603	ปานกลาง
แนะนำและพายืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	18 (40.00)	23 (51.11)	4 (8.89)	2.31	0.633	ปานกลาง
ช่วยบริหารข้อต่าง ๆ ป้องกันข้อติด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	12 (26.67)	32 (71.11)	1 (2.22)	2.24	0.484	ปานกลาง

ตาราง 20 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ (ต่อ)

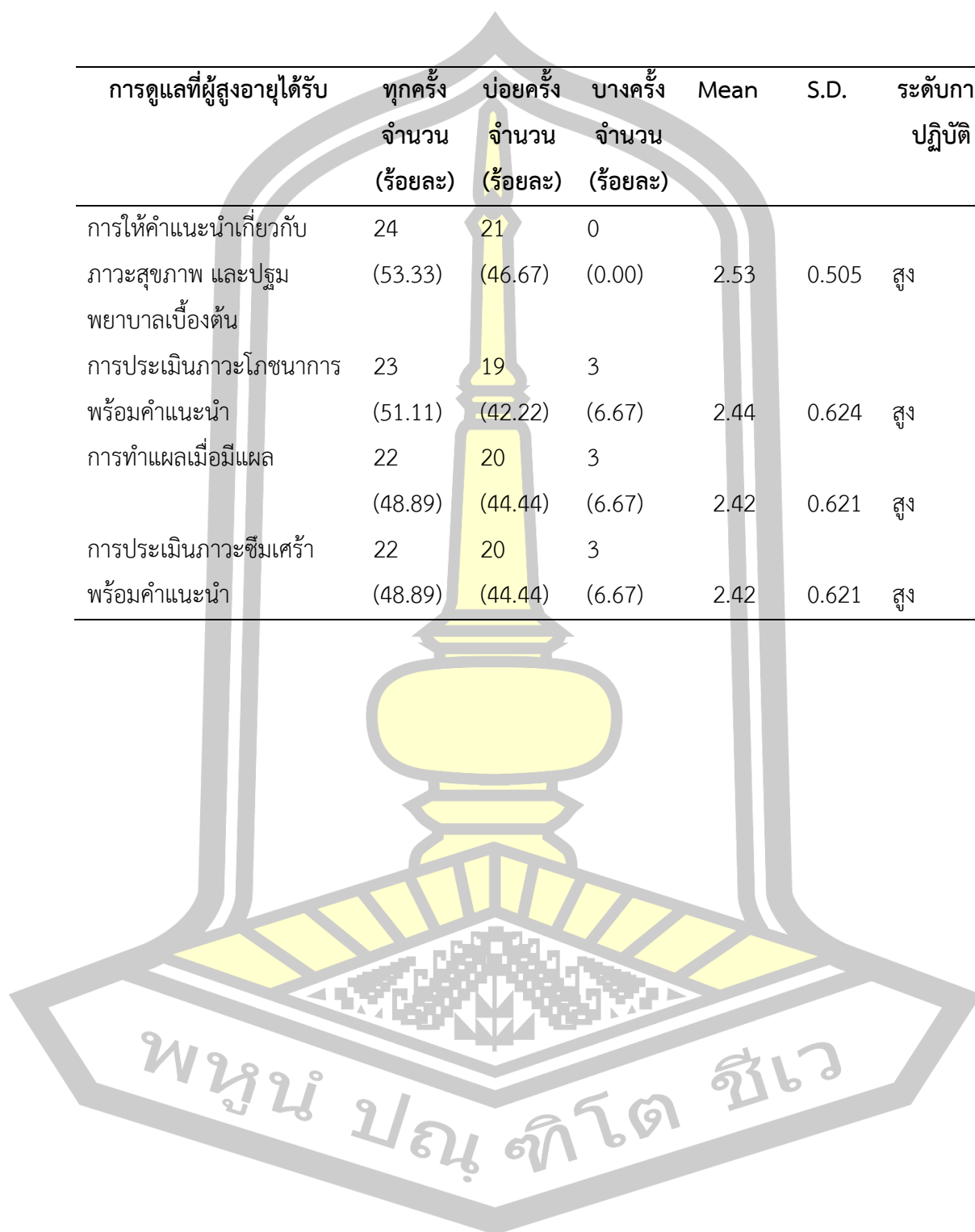
การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ ปฏิบัติ
ช่วยยึดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เพื่อความแข็งแรงและป้องกัน กล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน วันละ 30 นาที	12 (26.67)	31 (68.89)	2 (4.44)	2.22	0.517	ปานกลาง
ดูแลด้านการผ่อนคลาย				2.36	0.306	สูง
ความเครียด						
ช่วยให้ได้ผ่อนคลายความเครียด	26 (57.78)	18 (40.00)	1 (2.22)	2.56	0.546	สูง
ด้วยวิธีสวดมนต์ไหว้พระ/นั่งสมาธิ						
การอยู่เป็นเพื่อนคอยพูดคุยให้ กำลังใจ	22 (48.89)	21 (46.67)	2 (4.44)	2.44	0.586	สูง
การจัดให้ได้มีกิจกรรมร่วมกันกับ สมาชิกในครอบครัว	21 (46.67)	22 (48.89)	2 (4.44)	2.42	0.583	สูง
การนวดผ่อนคลาย	19 (42.22)	25 (55.56)	1 (2.22)	2.40	0.539	สูง
เมื่อมีความเครียดท่านได้รับยานอน หลับ/ยาระงับประสาท	15 (33.33)	14 (31.11)	16 (35.56)	1.98	0.839	ปานกลาง
ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม				2.15	0.441	ปานกลาง
ทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน	14 (31.11)	26 (57.78)	5 (11.11)	2.20	0.625	ปานกลาง
ทำความสะอาดบริเวณที่นอน	16 (35.56)	22 (48.89)	7 (15.56)	2.20	0.694	ปานกลาง
ทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ ครัวทุกครั้ง	12 (26.67)	27 (60.00)	6 (13.33)	2.13	0.625	ปานกลาง

ตาราง 20 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ (ต่อ)

การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ ปฏิบัติ
ล้างทำความสะอาดห้องน้ำ	14	20	11			
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	(31.11)	(44.44)	(24.44)	2.07	0.751	ปานกลาง
ด้านการดูแลสุขวิยาส่วน บุคคล				2.22	0.530	ปานกลาง
การตัดเล็บมือ เล็บเท้า	17	24	4			
	(37.78)	(53.33)	(8.89)	2.29	0.626	ปานกลาง
การสระผม	18	19	8			
	(40.00)	(42.22)	(17.78)	2.22	0.735	ปานกลาง
การเปลี่ยนเสื้อผ้า / ผ้าอ้อม	19	16	10			
สำเร็จรูป	(42.22)	(35.56)	(22.22)	2.20	0.786	ปานกลาง
การอาบน้ำ / การเช็ดตัว	19	16	10			
	(42.22)	(35.56)	(22.22)	2.20	0.786	ปานกลาง
การตัดผม โกนหนวด	13	28	4			
	(28.89)	(62.22)	(8.89)	2.20	0.588	ปานกลาง
ด้านการพยาบาล				2.59	0.264	สูง
การวัดความดันโลหิต / วัด	39	6	0			
อุณหภูมิกาย	(86.67)	(13.33)	(0.00)	2.87	0.344	สูง
การประเมินความถูกต้องของ	39	6	0			
การใช้ยา พร้อมคำแนะนำ	(86.67)	(13.33)	(0.00)	2.87	0.344	สูง
ได้รับยาสามัญประจำบ้าน	26	18	1			
เมื่อมีอาการ เช่น เกลือแร่ ยา	(57.78)	(40.00)	(2.22)	2.56	0.546	สูง
บรรเทาปวดศีรษะ ยาบรรเทา						
อาการปวดท้อง ยาสมุนไพร						
นวด						

ตาราง 20 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ (ต่อ)

การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ ปฏิบัติ
การให้คำแนะนำเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ และปฐม พยาบาลเบื้องต้น	24 (53.33)	21 (46.67)	0 (0.00)	2.53	0.505	สูง
การประเมินภาวะโภชนาการ พร้อมคำแนะนำ	23 (51.11)	19 (42.22)	3 (6.67)	2.44	0.624	สูง
การทำแผลเมื่อมีแผล	22 (48.89)	20 (44.44)	3 (6.67)	2.42	0.621	สูง
การประเมินภาวะซึมเศร้า พร้อมคำแนะนำ	22 (48.89)	20 (44.44)	3 (6.67)	2.42	0.621	สูง



ตาราง 21 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ หลังดำเนินโครงการ

การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ ปฏิบัติ
การดูแลด้านการบริโภค						
อาหาร				2.55	0.389	สูง
ดื่มน้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว	34 (75.56)	9 (20.00)	2 (4.44)	2.71	0.549	สูง
รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน	31 (68.89)	14 (31.11)	0 (0.00)	2.69	0.468	สูง
รับประทานอาหารประเภท เนื้อสัตว์ที่ปรุงสุก	31 (68.89)	9 (20.00)	5 (11.11)	2.58	0.690	สูง
รับประทานอาหารหลากหลาย ไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน	19 (42.22)	25 (55.56)	1 (2.22)	2.40	0.539	สูง
รับประทานผัก / ผลไม้ทุกวัน	20 (44.44)	21 (46.67)	4 (8.89)	2.36	0.645	สูง
ดูแลด้านการออกกำลังกาย				2.54	0.46	สูง
					5	
แนะนำและพายืดเหยียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อความ แข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อ ลีบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	30 (66.67)	12 (26.67)	3 (6.67)	2.60	0.618	สูง
ช่วยแนะนำและพารักษาข้อ ต่างๆ เพื่อป้องกันข้อติด อย่าง น้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วัน ละ 30 นาที	28 (62.22)	15 (33.33)	2 (4.44)	2.58	0.583	สูง

ตาราง 21 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ หลังดำเนินโครงการ (ต่อ)

การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ ปฏิบัติ
ช่วยบริหารข้อต่างๆ เพื่อ ป้องกันข้อติด อย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	25 (55.56)	19 (42.22)	1 (2.22)	2.53	0.548	สูง
ช่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วน ต่างๆ เพื่อความแข็งแรงและ ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 - 3 วัน วันละ 30 นาที	21 (46.67)	23 (51.11)	1 (2.22)	2.44	0.546	สูง
ดูแลด้านการผ่อนคลาย ความเครียด				2.74	0.998	สูง
การนวดผ่อนคลาย	34 (75.56)	11 (24.44)	0 (0.00)	3.42	0.530	สูง
ช่วยให้ได้ผ่อนคลาย ความเครียดด้วยวิธีสวดมนต์ ไหว้พระ/นั่งสมาธิ	38 (84.44)	6 (13.33)	1 (2.22)	2.82	0.442	สูง
การอยู่เป็นเพื่อนคอยพูดคุยให้ กำลังใจ	37 (82.22)	8 (17.78)	0 (0.00)	2.82	0.387	สูง
การจัดให้ได้มีกิจกรรมร่วมกัน กับสมาชิกในครอบครัว	29 (64.44)	14 (31.11)	2 (4.44)	2.60	0.580	สูง
เมื่อมีความเครียดท่านได้รับยา นอนหลับ/ยาระงับประสาท	19 (42.22)	8 (17.78)	18 (40.00)	2.02	0.917	ปานกลาง

ตาราง 21 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ หลังดำเนินโครงการ (ต่อ)

การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ ปฏิบัติ
ด้านการดูแลอนามัย						
สิ่งแวดล้อม				2.39	0.621	สูง
ทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน	28 (62.22)	14 (31.11)	3 (6.67)	2.56	0.624	สูง
ทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัวทุกครั้ง	23 (51.11)	18 (40.00)	4 (8.89)	2.42	0.657	สูง
ทำความสะอาดบริเวณที่นอน	24 (53.33)	13 (28.89)	8 (17.78)	2.36	0.773	สูง
ล้างทำความสะอาดห้องน้ำ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	22 (48.89)	11 (24.44)	12 (26.67)	2.22	0.850	ปานกลาง
ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล						
การตัดเล็บมือ เล็บเท้า	23 (51.11)	20 (44.44)	2 (4.44)	2.47	0.588	สูง
การเปลี่ยนเสื้อผ้า / ผ้าอ้อมสำเร็จรูป	27 (60.00)	7 (15.56)	11 (24.44)	2.36	0.857	สูง
การสระผม	25 (55.56)	10 (22.22)	10 (22.22)	2.33	0.826	ปานกลาง
การอาบน้ำ / การเช็ดตัว	24 (53.33)	11 (24.44)	10 (22.22)	2.31	0.821	ปานกลาง
การตัดผม โกนหนวด	16 (35.56)	23 (51.11)	6 (13.33)	2.22	0.670	ปานกลาง

ตาราง 21 กิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ หลังดำเนินโครงการ (ต่อ)

การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับการ ปฏิบัติ
ด้านการพยาบาล				2.81	0.289	สูง
การวัดความดันโลหิต / วัด	39	6	0			
อุณหภูมิกาย	(86.67)	(13.33)	(0.00)	2.87	0.344	สูง
การประเมินความถูกต้องของ	39	6	0			
การใส่ยา พร้อมคำแนะนำ	(86.67)	(13.33)	(0.00)	2.87	0.344	สูง
การประเมินภาวะซีมีเศร่า	38	7	0			
พร้อมคำแนะนำ	(84.44)	(15.56)	(0.00)	2.84	0.367	สูง
การให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะ	38	7	0			
สุขภาพ และปฐมพยาบาล	(84.44)	(15.56)	(0.00)	2.84	0.367	สูง
เบื้องต้น						
การประเมินภาวะโภชนาการ	34	11	0			
พร้อมคำแนะนำ	(75.56)	(24.44)	(0.00)	2.77	0.424	สูง
การทำแผลเมื่อมีแผล	34	11	0			
	(75.56)	(24.44)	(0.00)	2.76	0.435	สูง
ได้รับยาสามัญประจำบ้าน เมื่อ	33	12	0			
มีอาการ เช่น เกสื้อแร่ ยา	(73.33)	(26.67)	(0.00)	2.73	0.447	สูง
บรรเทาปวดศีรษะ ยาบรรเทา						
อาการปวดท้อง ยาสมุนไพร						
นวด						

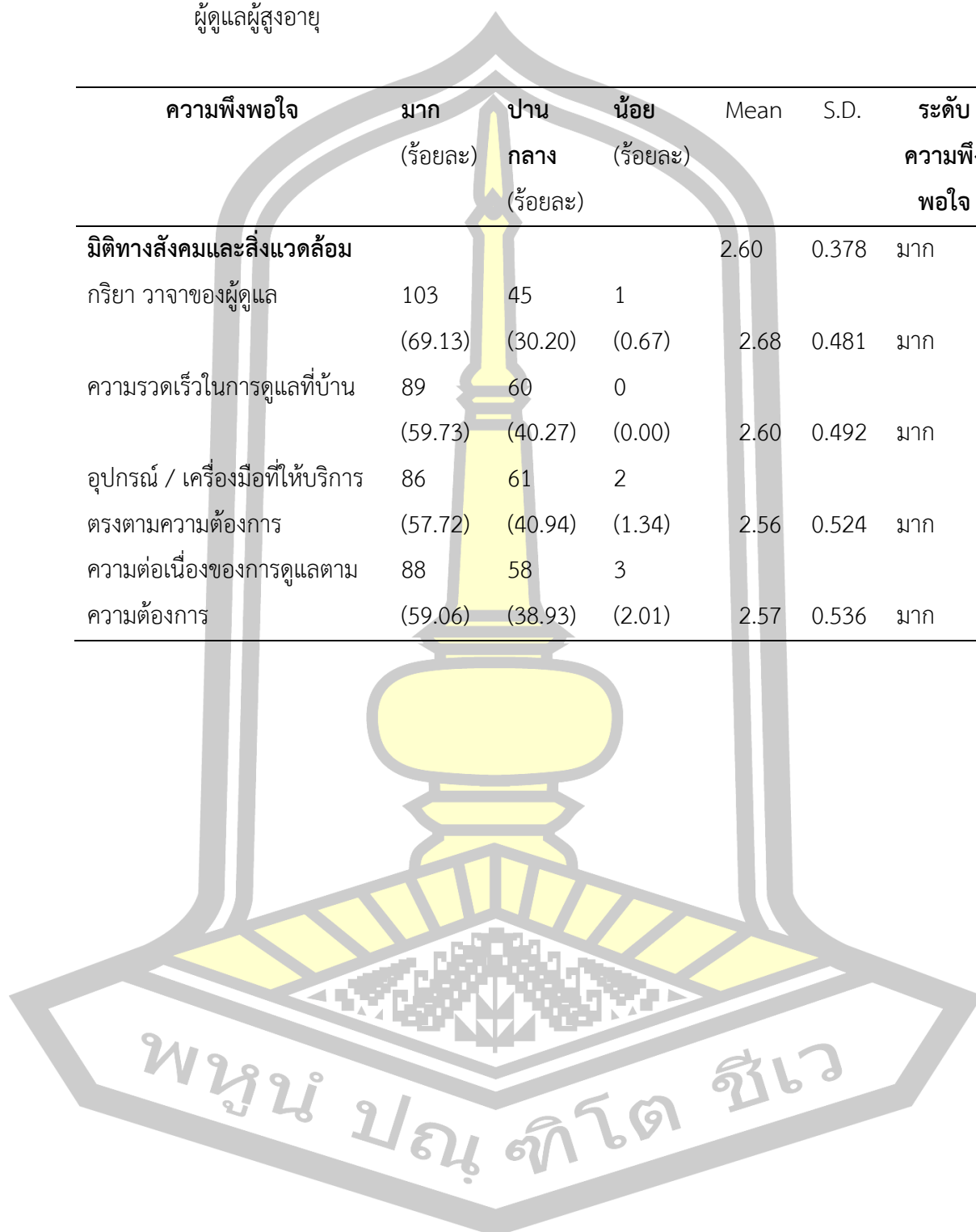
พูนุ ปณุกิตโต ชีวะ

ตาราง 22 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความพึงพอใจ	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ความพึง พอใจ
มิติทางกาย				2.71	0.355	มาก
ความพึงพอใจต่อการดูแลและ คำแนะนำด้านการใช้ยาใน ผู้สูงอายุ	113 (75.84)	36 (24.16๗)	0 (0.00)	2.76	0.430	มาก
ความพึงพอใจต่อคำแนะนำเรื่อง อาหาร โภชนาการ	108 (72.48)	41 (27.52)	0 (0.00)	2.72	0.448	มาก
ความพึงพอใจต่อการดูแล และ คำแนะนำในการจัด สภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย ให้ เหมาะสม	107 (71.81)	39 (26.17)	3 (2.01)	2.70	0.503	มาก
ความพึงพอใจต่อการดูแล และ คำแนะนำในการออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	104 (69.80)	42 (28.19)	3 (2.01)	2.68	0.510	มาก
มิติทางจิตใจ จิตวิญญาณ				2.71	0.376	มาก
ปัญญา				2.71	0.376	มาก
ความเชื่อมั่นในตัวผู้ดูแล	107 (71.81)	42 (28.19)	0 (0.00)	2.72	0.451	มาก
การยอมรับในตัวผู้ดูแล	107 (71.81)	42 (28.19)	0 (0.00)	2.72	0.451	มาก
ความมั่นคง ปลอดภัย เมื่อได้รับ การดูแลจากผู้ดูแล	106 (71.14)	42 (28.19)	1 (0.67)	2.70	0.472	มาก

ตาราง 23 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความพึงพอใจ	มาก (ร้อยละ)	ปาน กลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ความพึง พอใจ
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม				2.60	0.378	มาก
กริยา วาจาของผู้ดูแล	103 (69.13)	45 (30.20)	1 (0.67)	2.68	0.481	มาก
ความรวดเร็วในการดูแลที่บ้าน	89 (59.73)	60 (40.27)	0 (0.00)	2.60	0.492	มาก
อุปกรณ์ / เครื่องมือที่ให้บริการ ตรงตามความต้องการ	86 (57.72)	61 (40.94)	2 (1.34)	2.56	0.524	มาก
ความต่อเนื่องของการดูแลตาม ความต้องการ	88 (59.06)	58 (38.93)	3 (2.01)	2.57	0.536	มาก

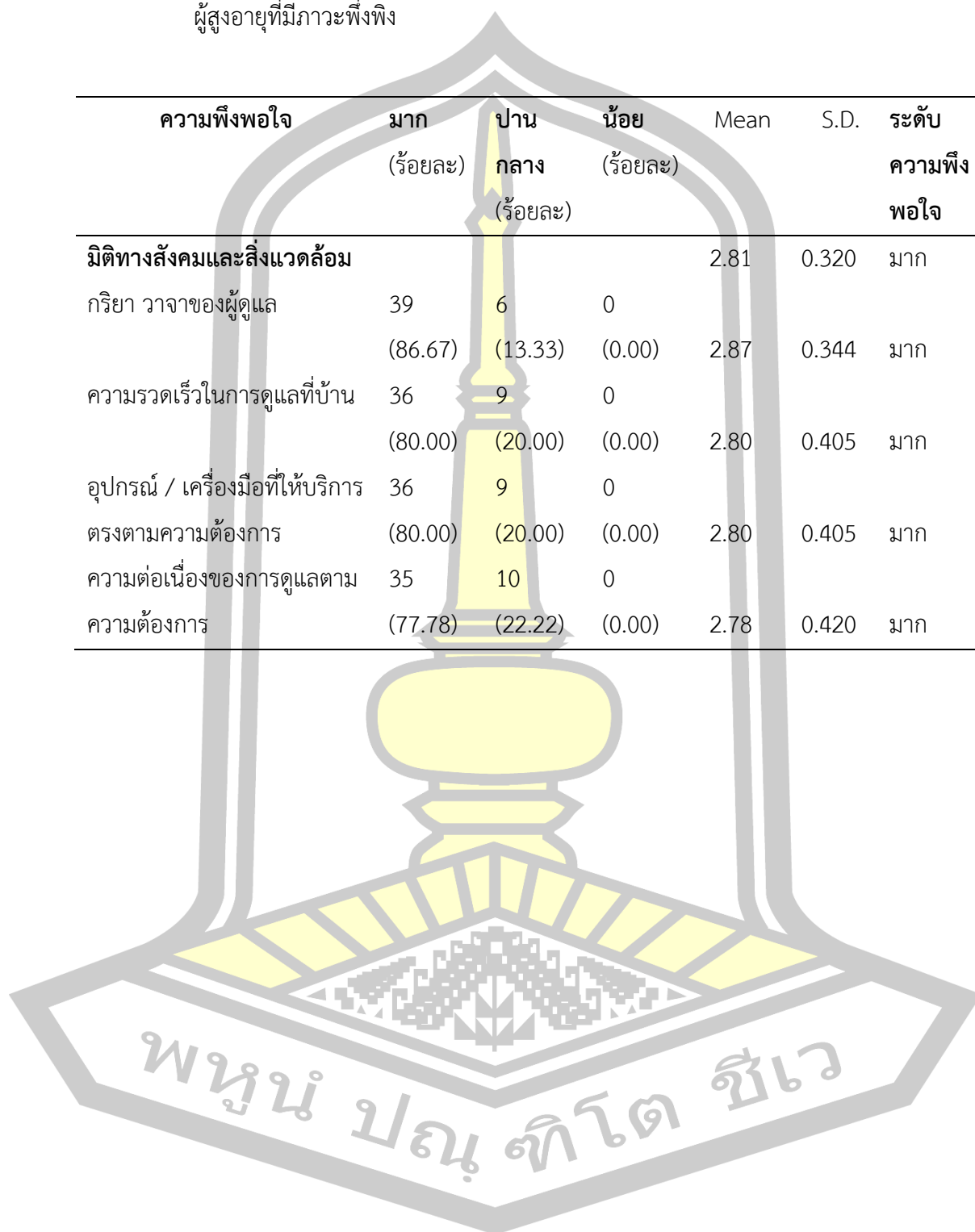


ตาราง 24 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความพึงพอใจ	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ความพึง พอใจ
มิติทางกาย				2.75	0.282	มาก
ความพึงพอใจต่อคำแนะนำ	35	10	0			
เรื่องอาหาร โภชนาการ	(77.78)	(22.22)	(0.00)	2.78	0.420	มาก
ความพึงพอใจต่อการดูแล และคำแนะนำจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสม	35	9	1			
	(77.78)	(20.00)	(2.22)	2.76	0.484	มาก
ความพึงพอใจต่อการดูแลและคำแนะนำด้านการใช้จ่ายในผู้สูงอายุ	34	10	1			
	(75.56)	(22.22)	(2.22)	2.73	0.495	มาก
ความพึงพอใจต่อการดูแล และคำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	33	12	0			
	(73.33)	(26.67)	(0.00)	2.73	0.447	มาก
มิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ/ปัญหา				2.69	0.365	มาก
การยอมรับในตัวผู้ดูแล	33	12	0			
	(73.33)	(26.67)	(0.00)	2.73	0.447	มาก
ความเชื่อมั่นในตัวผู้ดูแล	31	14	0			
	(68.89)	(31.11)	(0.00)	2.69	0.468	มาก
ความมั่นคงปลอดภัย เมื่อได้รับ การดูแลจากผู้ดูแล	29	16	0			
	(64.44)	(35.56)	(0.00)	2.64	0.484	มาก

ตาราง 25 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความพึงพอใจ	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม				2.81	0.320	มาก
กริยา วาจาของผู้ดูแล	39 (86.67)	6 (13.33)	0 (0.00)	2.87	0.344	มาก
ความรวดเร็วในการดูแลที่บ้าน	36 (80.00)	9 (20.00)	0 (0.00)	2.80	0.405	มาก
อุปกรณ์ / เครื่องมือที่ให้บริการตรงตามความต้องการ	36 (80.00)	9 (20.00)	0 (0.00)	2.80	0.405	มาก
ความต่อเนื่องของการดูแลตามความต้องการ	35 (77.78)	10 (22.22)	0 (0.00)	2.78	0.420	มาก



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวศศินันท์ สายแวว
วันเกิด	วันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2533
สถานที่เกิด	อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 36/1 หมู่ 8 ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34160
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเจริญ หมู่ 8 ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34160
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2556 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.ย.) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พจนัน ปณฺ ทิโต ชีเว