

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุตรดิตถ์

The Development of District Health Board's Potential for Aging Health Care of Uttaradit province

มาลี โชคเกิด (ส.บ.)

Malee Chokekerd (B.P.H)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดอุตรดิตถ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุตรดิตถ์ งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์ใช้วิธีวิทยาแบบผสมวิธี (Mixed method) ทั้งรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การจัดเวทีประชุม การวิเคราะห์ SWOT กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 765 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 9 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบอุปมัย หาลักษณะร่วมและความสัมพันธ์ของข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพ สูงสุด 3 อันดับแรก ในเรื่องการประกันรายได้ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินความมั่นคงทางสังคม และสุขภาพอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ดีในเรื่องกองทุนชุมชน เพื่อสวัสดิการภาคประชาชนภายใต้เงื่อนไขต้องได้รับการเสริมศักยภาพภาวะผู้นำ และบูรณาการงานกับเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบอำเภอ (District Health Board : DHB) มีกระบวนการพัฒนา 4 กระบวนการ 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วม 3) กระบวนการพัฒนาระบบการดำเนินงาน 4) กระบวนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง ได้แก่ บุคคลมีความพร้อม มีความรู้ มีความเชื่อมั่นในศักยภาพมากขึ้น เรียนรู้ความล้มเหลวและเรียนรู้การพัฒนาการทำงานใหม่ มีแรงจูงใจในการทำงาน ปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพมากขึ้นโดยการนำข้อมูลผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์ ร่วมกันกับการจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพระยะยาว ผลการศึกษาจากงานวิจัยนี้สามารถใช้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบอำเภอ มาขับเคลื่อนงานดูแลสุขภาพกลุ่มวัยอื่นๆได้ โดยการกำหนดวาระปัญหาร่วมกันตามสภาพบริบทของพื้นที่อำเภอ

Abstract

The purpose of this research was to develop the potential of Auttradit District Health Board : DHB for aging health care. Applying Research and Development was approached. The data collecting and verifying were mixed methodological method. The data collected were using by questionnaires with 765 purposive samplings of aging and DHBs. In-depth interviewed on Qualitative research was using Structured interviews on 9 purposive samplings of each. Basic data analysis and content analysis were used.

The result of aging's top three opinions and needs were Income Maintenance, Safty in life and property and Health care. The research found that Local Administrative Organization's potential was good in the income social security but needs to improve leadership's potential,also needs to have network integration. According to the purpose, exhibited that there are 4 methods to develop the potential of Auttradit District Health Board : DHB for aging health care, consist of 1) Human resource development, 2) Participatory promotion, 3) Work system development and 4) Health Supportive Environment creation. The potential development resulted that the health network perceived more knowledge, learned more from former work system failure and developed new process to accomplish success. Moreover, there are trusted and up to date database combined with supportive environment which can be directly applied with others network suggestion to drive the system and use for develop others system under District Health Board framework.

คำสำคัญ

การพัฒนาศักยภาพ

การดูแลผู้สูงอายุ

ระบบสุขภาพอำเภอ

Keywords

Development Potential

Aging herlth care

District Herlth Proard

บทนำ

แนวคิด “Active Ageing” หรือ “การสนับสนุนการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” โดยมีเนื้อหาที่สำคัญในด้านการดำเนินการโดยใช้ กระบวนการที่เหมาะสมที่จะนำสังคมไปสู่การมีประชากรวัยสูงอายุที่มีความตื่นตัวกระฉับกระเฉงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยเหตุนี้ รัฐบาลไทยจึงให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพ จึงประกาศนโยบายการขับเคลื่อนงานบริการปฐมภูมิภายใต้ยุทธศาสตร์ “ระบบสุขภาพอำเภอ (รสอ.) หรือ District Health System (DHS) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 ซึ่งมีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการให้บริการในระบบปฐมภูมิ⁽²⁾ และเปิดนโยบายหมอบรรอบครัว (Primary care cluster: PCC) ขึ้นในปี พ.ศ.2559 เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ.2559 หมวด 16 การปฏิรูประบบสาธารณสุข มาตรา 258 (ข) ด้านอื่นๆ(5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และแผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ กล่าวคือ ทีมหมอบรรอบครัวจะจัดการปัญหาสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานปฏิบัติการ เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมทำ⁽⁴⁾ ทั้งนี้มีข้อมูลว่า ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยได้ใช้ การดูแลสุขภาพเป็นกลุ่มประชากร (Population health) อย่างไรก็ตามยังไม่ได้มีการจัดการหรือสรุปให้ชัดเจนเป็นระบบ⁽⁵⁾ เนื่องจาก ระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทยมีคุณลักษณะของการเป็นระบบที่มีความ

ซับซ้อนและมีการปรับตัวตลอดเวลา มีลักษณะของ “การมีชีวิต” (Complex and adaptive system)⁽²⁾ ด้วยเหตุนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะการทำงานแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงลงนามบันทึกความร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2559 เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งสนับสนุนให้พื้นที่ทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ลงนามในคำสั่ง โดยสนับสนุนให้ภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมเป็นคณะกรรมการและมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต⁽⁶⁾ จากนโยบายการปรับเปลี่ยนทั้งระบบบริการปฐมภูมิ และระบบสุขภาพอำเภอ จึงจะเป็นโอกาสสำคัญอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับ จังหวัดอุดรดิตถ์ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ มาตั้งแต่ พ.ศ.2559 นำร่องที่อำเภอลับแลเป็นแห่งแรก มีคณะกรรมการจากภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ และด้วยเหตุที่จังหวัดอุดรดิตถ์เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีสัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลปี 2554 – ปี 2558 มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 13.23 เป็นร้อยละ 19.11 พบว่า ปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ จะเป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง⁽⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับ

ข้อมูลการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทยโดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALY) เป็นตัวบ่งชี้ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ⁽⁸⁾ ดังนั้น จึงเป็นความสำคัญยิ่งที่ต้องมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ลดภาระของคนในครอบครัวและสังคม และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากกรอบความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวคิด Active Ageing และนโยบายการปรับเปลี่ยนของกระทรวงสาธารณสุขดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะหน่วยบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ และหน่วยงานสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานดูแลสุขภาพ จะได้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยให้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ ให้มีความจำเพาะและสอดคล้องมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาสภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดอุดรดิตถ์
3. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอจังหวัดอุดรดิตถ์เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. ผู้วิจัยประยุกต์ใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสานวิธี (Mixed method) ทั้งรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)
2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แนวคำถามการสนทนากลุ่มในเวทีระดมความคิดเห็นและทำแผนสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกชนิดมีโครงสร้างแบบมีจุดความสนใจเฉพาะ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมทำพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ SWOT การวิเคราะห์ 7S
3. ทดสอบค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) หาค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือตามสูตรสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach) มีค่า Alpha เท่ากับ 0.82
4. ใช้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ผสมผสานภายใต้ 2 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการพัฒนางานองค์กร (Organization Development) และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงองค์กร (Theories of organizational change) ของ Sashkin และ Burke⁽⁹⁾ เพื่ออธิบายการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board ; DHB)
5. ใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ ฉบับปรับปรุง 2006 (Pender's Health Promoting Model)⁽¹⁰⁾ เพื่อวัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ระบบสุขภาพอำเภอจัดบริการให้ผู้สูงอายุ
6. กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพื้นที่ทั้ง 9 อำเภอของจังหวัดอุดรดิตถ์ ไม่จำกัดเพศและเป็นผู้ที่เต็มใจให้ความร่วมมือ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ผู้

สูงอายุจำนวน 371 คน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข จำนวน 188 คน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 206 คน รวมทั้งสิ้น 765 คน กลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย ประธานชมรมผู้สูงอายุอำเภอละ 1 คน จำนวน 9 คน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจาก 4 อำเภอๆ ละ 1 คน จำนวน 4 คน และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภออำเภอละ 1 คน จำนวน 9 คน

7. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติอย่างง่าย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปมัย แยกแยะองค์ประกอบที่เชื่อมโยง หาลักษณะร่วมและความสัมพันธ์ของข้อมูล

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ความคิดเห็นและความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอุตรดิตถ์

ด้านสุขภาพอนามัย มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพในระดับสูง มีความคิดเห็นระดับสูง เฉพาะกิจกรรมการมีสถานพยาบาลเพียงพอเพียงข้อเดียว ด้านการประกันรายได้ มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นในเรื่องการประกันรายได้โดยเฉลี่ยในระดับต่ำ ในขณะที่มีความต้องการอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกรายกิจกรรมพบว่า มีความคิดเห็นในระดับปานกลางเพียงกิจกรรมเดียว คือ กิจกรรมการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพ แต่ก็ยังมีความต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นจากที่ได้รับในปัจจุบัน

ด้านเครือข่ายและบริการเกี่ยวพัน มีค่าเฉลี่ย

ของความคิดเห็นภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งในเรื่องตั้งสมาคมผู้สูงอายุ การจัดตั้งอำนวยการความสะดวกและการลดค่าขนส่งมวลชนครั้งราคาแก่ผู้สูงอายุ สำหรับความต้องการด้านเครือข่ายและบริการเกี่ยวพันภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกแต่ละรายการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นรายการการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จะมีความต้องการอยู่ในระดับสูง

ด้านที่อยู่อาศัย มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นอยู่ในระดับต่ำทุกรายการ ในขณะที่มีความต้องการภาพรวมและเกือบทุกรายการอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นความต้องการบ้านพักคนชรา จะมีความต้องการในระดับสูง

ด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินความมั่นคงทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีความคิดเห็นในระดับสูงอยู่ในเรื่องการทำให้อายุยืนกว่าผู้สูงอายุยังมีความค่าเฉลี่ยการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเท่าเทียม ได้รับความเคารพนับถือให้เกียรติ สำหรับการอบรมเรื่องการดูแลตนเองและอบรมคนในครอบครัว รวมทั้งเรื่องการออกสำรวจช่วยเหลือจะมีความคิดเห็นในระดับต่ำ และมีความคิดเห็นระดับปานกลางในเรื่องการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามัคคี สำหรับความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินความมั่นคงทางอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการอยู่ในระดับสูงทุกรายการ

ด้านนันทนาการ มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับความคิดเห็นการจัดกิจกรรมนันทนาการให้ผู้สูงอายุและการพาไป

ศึกษาดูงานสำหรับการจัดลานสุขภาพกิจกรรมทัศนศึกษา และการรับรู้ข่าวสาร พบว่ามีความคิดเห็นในระดับต่ำ ในขณะที่ ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านนันทนาการในภาพรวมและเกือบทุกรายการอยู่ในระดับสูง ยกเว้น การไปทัศนศึกษามีความต้องการระดับปานกลาง

การพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพโดยรวม ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุทั้ง 6 ประเด็น พบว่า มีความคิดเห็นในระดับต่ำ มีความคิดเห็นระดับปานกลางในด้านสุขภาพอนามัยและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงทางสังคม และมีความคิดเห็นเรื่องการประกันรายได้ ด้านเครือข่ายและบริการเกี่ยวพัน ด้านที่อยู่อาศัย อยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่ผู้สูงอายุ มีความต้องการภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 6 ประเด็นอยู่ในระดับสูง และมี 4 รายการ ที่มีความต้องการในระดับสูง ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย การประกันรายได้ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงทางสังคม และนันทนาการ สำหรับด้านเครือข่ายและบริการเกี่ยวพัน และด้านที่อยู่อาศัย จะมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง

การเรียงลำดับความต้องการพัฒนาชีวิตและดูแลสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพสูง 3 อันดับแรก ของ ได้แก่ 1) การประกันรายได้ 2) ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงทางสังคม และ 3) สุขภาพอนามัย

ตอนที่ 2 สภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุตรดิตถ์

การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลความคิดเห็นจากการจัดเวทีประชุม ใช้ตาราง 7S วิเคราะห์บทบาทงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรสาธารณสุขในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า กระบวนการจัดทำแผนผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานอย่างสมบูรณ์ องค์กรทั้งสองมีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุไว้ในโครงสร้างองค์กรอย่างชัดเจน มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุมาเป็นเวลานาน มีปัญหาการจัดวางระบบการทำงานภายในเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ การจัดอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้แก่บุคลากรภายในองค์กรนั้นยังพบไม่มากนัก โดยเฉพาะปัญหาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารสูงสุดในหน่วยงานมีการให้ความสำคัญกับงานด้านการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นมีการจัดตั้งคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ มีการดึงภาคีภายนอกเข้ามาเป็นกรรมการในคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ การสร้างและเผยแพร่ค่านิยมร่วมกันในการทำงานด้านผู้สูงอายุ

การวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ พบว่า การวางแผนยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมต่อความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ในแผนยุทธศาสตร์พัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปปฏิบัติได้ยาก ด้านรายได้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดอบรมส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุ แต่ประสบปัญหาเรื่องการให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุในการเข้าฝึกอบรมอาชีพ ด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ

ได้รับการให้เกียรติ นอบน้อม ด้านเครือข่ายและ
บริการเกื้อหนุน มีการจัดงบประมาณรองรับในกรณี
ที่เป็นผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ส่วนบริการสาธารณะ
นั้นยังมีน้อยเกินไปสมควรเพิ่มทั้งห้องน้ำและราวจับ
สำหรับผู้สูงอายุและคนพิการ ด้านสุขภาพอนามัย ผู้
สูงอายุมีการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หลากหลาย
สาเหตุมาจากความสะดวกการเข้ารับการรักษ
พยาบาลสะดวก ด้านนันทนาการ ส่งเสริมการจัด
กิจกรรมด้านนันทนาการที่จัดกันในช่วงเย็นสนับสนุน
งบประมาณผ่านชมรมผู้สูงอายุแต่ก็พบว่ายังมีการเข้า
ร่วมกิจกรรมกันน้อยสาเหตุเพราะการเป็นชุมชนเมือง
และการเดินทางไปยังสถานที่จัดกิจกรรม ที่อยู่อาศัย
ยังไม่มีโครงการสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุเพราะ
งานสวัสดิการผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยจะเป็นงานของ
ส่วนกลางอยู่นอกเหนือภารกิจ

ตอนที่ 3 เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการ พัฒนางานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุตรดิตถ์

1. การดูแลสุขภาพ

การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยว
กับการใส่ใจสุขภาพยังไม่ทั่วถึง ผู้สูงอายุบางคนไม่
สามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาได้ คู่มือส่งเสริมสุข
ภาพไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน ผู้สูงอายุมีปัญหา
ด้านการอ่านจากขนาดตัวหนังสือเล็กและผู้สูงอายุบาง
คนอ่านหนังสือไม่ได้ จะไม่สามารถใช้ประโยชน์จาก
คู่มือได้ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม และการร่วม
ทำกิจกรรมของชมรมยังไม่ครอบคลุม

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ เพิ่ม
ช่องทางประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงความรู้ ข้อมูล
ข่าวสาร และการให้คำปรึกษาผ่านสายด่วนผู้สูงอายุ

และการเชิญชวนผู้สูงอายุทุกคนร่วมเป็นสมาชิกชมรม

2. ด้านการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนชนบทมีเพียงส่วนน้อย
ที่มีการออกกำลังกาย เพราะต้องรับภาระดูแลหลาน
ประกอบอาชีพรับจ้าง หรือทำการเกษตรเพื่อหาราย
ได้เลี้ยงครอบครัว

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ การ
สนับสนุนการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต
ของผู้สูงอายุ เช่น การเดิน การทำสวน การขึ้นลง
บันได และกิจกรรมที่เป็นการออกกำลังกายให้ร่างกาย
มีความแข็งแรงมากขึ้น ได้แก่ การเดินเร็ว จักรยาน
การทำกิจกรรมบันเทิง เช่น รำวง เล่นกีฬาพื้นบ้าน เน้น
ให้มีความต่อเนื่อง พัฒนาบุคคลต้นแบบด้านการออก
กำลังกาย สร้างแกนนำด้านการออกกำลังกาย

3. ด้านโภชนาการ

การจัดทำกิจกรรมส่งเสริมด้านโภชนาการ
ของผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน
และติดเตียง เพราะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ผู้
สูงอายุบางคนได้รับปริมาณอาหารไม่เพียงพอ ฐานะ
ยากจน ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ไม่มีระบบติดตาม

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ ทีม
หมอครอบครัวทำแผนการออกเยี่ยมและให้คำปรึกษา
แก่ผู้ดูแล และติดตามประเมินผลหลังการออกให้คำ
ปรึกษาแล้ว 3 เดือน สำหรับพื้นที่ที่ยังไม่มีคลินิกหมอ
ครอบครัว ให้ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุข
ภาพตำบลเป็นผู้ออกเยี่ยม

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ยังไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสัมพันธ์ระหว่าง
บุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านที่ชัดเจน แต่มี

กิจกรรมสัมพันธ์ในชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดมีการได้ยินลดลง การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวสนับสนุนและติดตามประเมินผลการทำกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ เช่น ให้ทุกครอบครัวมีวันครอบครัวที่ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร ทำความสะอาดบ้าน และสนับสนุนการสร้างเครือข่ายเพื่อนบ้าน

5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ

กิจกรรมที่ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุรายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาระเลี้ยงหลาน ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ การจัดกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ทีมหมอครอบครัว และหรือ ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้คำแนะนำบุคคลในครอบครัวให้แบ่งปันเวลาให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาระเลี้ยงหลานเพื่อให้เข้าร่วมการทำกิจกรรมสำรวจตัวเองและรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

6. ด้านจัดการกับความเครียด

คนในครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยในการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุ และมีส่วนร่วมน้อยในการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ พัฒนาเครือข่ายการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ทีมหมอครอบครัว และหรือ ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้คนในครอบครัวและเพื่อนบ้านมีส่วนร่วมในการจัดการความเครียด

อภิปรายผล

1. แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ สู่ชุมชน เพราะมีต้นทุนสำคัญคือ กองทุนหลักประกันสุขภาพและมีเครือข่ายสุขภาพอยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงาน⁽¹¹⁾ แต่เพื่อพัฒนาศักยภาพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกันกับหน่วยงานสาธารณสุข จึงควรใช้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ มาขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงาน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนของแต่ละหน่วยงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมอย่างชัดเจน และมีการบริหารจัดการที่ดี (Good governance) ตลอดจนเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ (Community participation) ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา คือ การร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมประเมินผล⁽¹²⁾ ซึ่งจะสอดคล้องกับภารกิจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHS) ที่มีคณะกรรมการมาจากภาคประชาชน อปท. ภาคเอกชน และภาครัฐ⁽¹³⁾

2. แนวคิดบทบาททีมหมอครอบครัว

แนวคิดการทำงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ ทีมหมอครอบครัวเป็นไปตามการลงนามบันทึกความร่วมมือของ 4 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) ตลอดจนการลงนามข้อตกลงร่วมกันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข และ สป.สช. เพื่อสนับสนุนการ

ดำเนินงานและงบประมาณให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. จัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้การประเมินและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน Activities of daily living ; ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนแล้วมาทำแผนการดูแลรายบุคคลขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก สป.สช. เกิดการดำเนินงานระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีคุณภาพเป็นไปตามนโยบายรัฐบาลและการกองทุนหลักประกันสุขภาพและจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 ⁽¹¹⁾ ซึ่งจะสอดคล้องกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHS) ⁽¹³⁾ และบทบาทของระบบบริการคลินิกหมอครอบครัวโดยทีมหมอครอบครัว ⁽³⁾

3. แนวคิดความต้องการของผู้สูงอายุในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากงานวิจัยนี้มีผลตรงกันว่าผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพของ อปท. ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่อยู่อาศัย การประกันรายได้และด้านเครือข่ายและบริการเกี่ยวพัน ในขณะที่ผู้สูงอายุมีความต้องการสูงเรียงตามลำดับ คือ การประกันรายได้ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินความมั่นคงทางสังคม และสุขภาพอนามัย ดังนั้น อปท. จึงต้องมีการวางแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว

ให้สอดคล้องตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ การวางแผนให้มีตัวแทนผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมวางแผนเพื่อให้ได้รายละเอียดกิจกรรมเป็นไปตามส่วนขาดมากที่สุด โดยผ่านบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ที่จะสามารถตั้งคณะทำงานขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่มีประสิทธิภาพ ⁽¹³⁾

4. แนวคิดสภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

งานวิจัย พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งมีบทบาทเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอด้วยนั้น จะมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ดีในเรื่องกองทุนชุมชนเพื่อสวัสดิการภาคประชาชนภายใต้เงื่อนไขจะต้องได้รับการเสริมศักยภาพเรื่องภาวะผู้นำ และปรับรูปแบบการบริหารงานให้มีการบูรณาการแผนงานและโครงการกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจะต้องมีการบูรณาการงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุเองโดยผ่านชมรมผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ เป็นต้น ⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ ที่พบว่า ศักยภาพของ อปท. ยังไม่ตอบสนองความต้องการ โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพอนามัย ในขณะที่ อปท. วิเคราะห์ตนเองว่ามีความพร้อมในเรื่องการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แต่ยังมีปัญหาการปฏิบัติไม่เป็นไปตามแผนงาน และอ้างปัญหาผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ น้อย ดังนั้น จึงจะต้องเป็นหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรรมการที่มาจาก

อปท. หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ด้วยเหตุนี้หน่วยงานดังกล่าวในนามของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอจึงต้องพัฒนาการวางแผนยุทธศาสตร์ให้เป็นแผนที่บูรณาการหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และต้องจัดระบบควบคุมกำกับและประเมินผลตลอดระยะเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริงตามแผน ผลจากงานวิจัยโดยใช้ตาราง 7S ในประเด็น System พบว่า จุดอ่อน คือ การขาดการติดตามประเมินผล การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ดังนั้น จึงควรบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงให้สามารถเข้าถึงบริการของทีมหมอครอบครัวให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับการดูแลในระยะยาว (Long term care ; LTC) ให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ และป้องกันผู้สูงอายุรายอื่นๆ ไม่ให้เข้ามาสู่ภาวะพึ่งพิง⁽³⁾ ในประเด็นที่ อปท.พบว่ามีความร่วมมือของผู้สูงอายุในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุจากข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปของจังหวัดอุตรดิตถ์เข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 54.35 เท่านั้น⁽¹⁵⁾ ในทางกลับกัน งานวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุเองมีความต้องการเข้าร่วมในชมรม/สมาคม ดังนั้น อปท.และหน่วยงานสาธารณสุข จึงต้องประสานความร่วมมือให้ผู้สูงอายุทุกคนได้เข้ามาเป็นสมาชิกชมรม

5. แนวคิดปัญหาและความต้องการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบการประเมิน 6 ประเด็นพบว่า ยังพบปัญหาทั้ง 6 ประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษา การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

ก็มีความต้องการที่จะพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่การวางแผนยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมสภาพปัญหา และใช้เครื่องมือ คือ ทีมหมอครอบครัว (Primary care team) เข้ามามีบทบาทในการเสริมส่วนขาด⁽³⁾ ร่วมกันกับผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ซึ่งเป็นทีมที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง และมีบทบาทในการบริหารจัดการและดูแลผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง⁽¹¹⁾

6. แนวคิดการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุตรดิตถ์

จากการใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽¹⁰⁾ เพื่อให้มีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ โดยใช้อิทธิพลจากสถานการณ์สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ตลอดจนอิทธิพลระหว่างบุคคล และทีมงาน ทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากข้อมูลการวิจัยผ่านการถอดบทเรียนการจัดการความรู้จากเวทีสัมมนา 2 ครั้ง พบว่า มีกระบวนการพัฒนา 4 กระบวนการ ได้แก่

6.1 กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 5 แนวทาง ได้แก่ 1) ค้นหาความรู้เดิม ค้นหาความรู้ที่องค์การพัฒนา 2) สร้างและแสวงหาความรู้ โดยจัดอบรมหรืออบรมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3) การจัดทำมาตรการและคู่มือดำเนินงานที่ชัดเจน 4) การจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 5) การทำวิจัยและคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ

6.2 กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วม 3 แนวทาง ได้แก่ 1) การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับ

ตำบล/อำเภอ/จังหวัด 2) การสร้างแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 3) การสร้างทีมติดตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกเครือข่าย

6.3 กระบวนการพัฒนาระบบการดำเนินงาน 5 แนวทาง ได้แก่ 1) จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นฐานข้อมูลตัวเดียวกันทั้งจังหวัด แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุจากการคัดกรองที่ชัดเจน ปรับฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน 2) จัดทำแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย 3) พัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีศักยภาพ 3) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษากรณีที่พบปัญหาสุขภาพ 4) พัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกับบุคลากรสาธารณสุข และ 5) พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่เน้นการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

6.4 กระบวนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ 4 แนวทาง ได้แก่ 1) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนผ่านช่องทางต่างๆ โดย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข 2) สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ค้นหาสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน 3) ประกวดผู้สูงอายุต้นแบบ 80 ปีขงแจ้ว 4) ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรมชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 4 กระบวนการดังกล่าวจะสอดคล้องแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (ดัชนีที่ 45-52) ⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board ; DHB) ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จะใช้กระบวนการพัฒนา 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วม 3) กระบวนการพัฒนาระบบการดำเนินงาน และ 4) กระบวนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ พร้อมๆ กันกับการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภาคที่เกี่ยวข้องผ่านคณะกรรมการผู้แทนของแต่ละหน่วยงาน ทั้งในระบะการวางแผนยุทธศาสตร์ ระบะการปฏิบัติ และระบะการประเมินผล

2. หน่วยงานสาธารณสุข หรือคณะกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขคณะอื่นๆ สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนา 4 กระบวนการจากงานวิจัยนี้ ในการพัฒนางานสุขภาพด้านอื่นๆ ได้

3. หน่วยงานสาธารณสุข สามารถใช้กรอบบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board ; DHB) ในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มวัยอื่นๆ ได้โดยคณะกรรมการกำหนดวาระปัญหาร่วมกันตามสภาพบริบทของพื้นที่อำเภอ

4. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถใช้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board ; DHB) มาขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบ และวางแผนระยะยาวได้สอดคล้องตรงกันกับการแก้ไขสภาพปัญหา

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2559 – เมษายน 2559 ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยน

ผ่านจากคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) มาเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board ; DHB) และจังหวัดอุดรธานีมีพื้นที่อำเภอสิบแปดเป็นอำเภอร่องตัง DHB เพียงอำเภอเดียว การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์คณะกรรมการภาคีเครือข่ายอื่นๆ นอกเหนือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรสาธารณสุข อาจมีข้อจำกัด จึงควรมีการศึกษาอีกครั้งเพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาศักยภาพ

2. หากมีงานวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มเติมการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระดับเขตและจังหวัด ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 2 ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีและหัวหน้ากลุ่มงาน/เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ ซึ่งเป็นผู้ถ่ายทอดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและรับผิดชอบผลงานให้เกิดผลสำเร็จตามตัวชี้วัด จะทำให้ได้ประเด็นกระบวนการเพิ่มขึ้นเพื่อความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยแบบบูรณาการ โดยตำบล LTC เป็น Entry point. มปป.
2. ชยยุทธ พงษ์สุภาพ. การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพ อำเภอ (District Health System Management Learning : DHML). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2557.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster แนวทาง

การ ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. มปป.

4. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ความเหมือนที่แตกต่าง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2557.

5. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร และคณะ. การจัดการระบบสุขภาพอำเภอเพื่อดูแลกลุ่มประชากร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. : บริษัทพี.เอ.อี.วิ้งจำกัด. 2556.

6. หนังสือราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ สช 0231/ว 494 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2559. แนวทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ. 2559.

7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานประจำปี 2559. มปป.

8. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2542. กรุงเทพมหานคร. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

9. Sashkin, M., & Burke, W.W. Organisation- al development in the 1980's. Journal of Management 1987 ; 13(2) : 393-417.

10. Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. New York : Appleton & Lange ; 2006

11. อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ และคณะ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2559.

12. เดชา แซ่หลี่ และคณะ. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (รศอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร : โครงการการพัฒนาคลังสารสนเทศสุขภาพ
เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาพะ มุลินธิ
แพทย์ชนบทภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ; 2557.

13. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถี
ชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนว
ทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board
: DHB) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง
ตามแนวทาง “ประชารัฐ”. มปป.

14. ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. โครงการ
ประเมินผลการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูง
อายุ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บางกอกบลิ๊ก
จำกัด

15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
เอกสารอัดสำเนาจำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัด
อุดรธานี ปี 2560.

16. กระทรวงการพัฒนากำลังคนและความมั่นคง
ของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546.
พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2554.