

ชื่อเรื่อง การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ
เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์

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

มาลี โชกเกิด (ส.บ.)

Malee Chokekerd (B.P.H)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดอุดรดิตถ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์ใช้วิธีวิทยาแบบผสมวิธี (Mixed method) ทั้งรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การจัดเวทีประชุม การวิเคราะห์ SWOT กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 765 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 9 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบอุปมัย หาลักษณะร่วมและความสัมพันธ์ของข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพ สูงสุด 3 อันดับแรก ในเรื่องการประกันรายได้ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินความมั่นคงทางสังคม และสุขภาพอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ดีในเรื่องกองทุนชุมชนเพื่อสวัสดิการภาคประชาชนภายใต้เงื่อนไขต้องได้รับการเสริมศักยภาพภาวะผู้นำ และบูรณาการทำงานกับเครือข่าย 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 ผลการศึกษาจากงานวิจัยนี้สามารถนำใช้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบอำเภอ มาขับเคลื่อนงานดูแลสุขภาพกลุ่มวัยอื่นๆได้ โดยการกำหนดวาระปัญหาาร่วมกันตามสภาพบริบทของพื้นที่อำเภอ

คำสำคัญ : การพัฒนา/ศักยภาพ/การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ
อำเภอ

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.

Keywords : Development/Potential/Aging health care/District Health Board

บทนำ

แนวคิด “**Active Ageing**” หรือ “การสนับสนุนการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” โดยมีเนื้อหาที่สำคัญในด้านการดำเนินการโดยใช้ กระบวนการที่เหมาะสมที่จะนำสังคมไปสู่การมีประชากรวัยสูงอายุที่มีความตื่นตัว กระฉับกระเฉงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลไทยจึงให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพ จึงประกาศนโยบายการขับเคลื่อนงานบริการปฐมภูมิภายใต้ยุทธศาสตร์ “ระบบสุขภาพอำเภอ (รสอ.) หรือ **District Health System (DHS)** มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 ซึ่งมีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการให้บริการในระบบปฐมภูมิ ⁽²⁾ และเปิดนโยบายหมอบรรณ (Primary care cluste: PCC) ขึ้นในปี พ.ศ. 2559 เพื่อ ลดความเหลื่อมล้ำ 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 ทีมหมอบรรณจะจัดการปัญหาสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานปฏิบัติการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมคิดร่วมทำ ⁽⁴⁾ ทั้งนี้มีข้อมูลว่า ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยได้ใช้ การดูแลสุขภาพเป็นกลุ่ม

ประชากร (Population health) อย่างไรก็ดีตามยังไม่ได้มีการจัดการหรือสรุปให้ชัดเจนเป็นระบบ⁽⁵⁾ เนื่องจากระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทยมีคุณลักษณะของการเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัวตลอดเวลา มีลักษณะของ “การมีชีวิต” (Complex and adaptive system)⁽²⁾ ด้วยเหตุนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะการทำงานแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงลงนามบันทึกความร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2559 เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งสนับสนุนให้พื้นที่ทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ลงนามในคำสั่ง โดยสนับสนุนให้ภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมเป็นคณะกรรมการและมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต⁽⁶⁾ จากนโยบายการปรับเปลี่ยนทั้งระบบบริการปฐมภูมิ และระบบสุขภาพอำเภอ จึงจะเป็นโอกาสสำคัญอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำหรับ จังหวัดอุดรดิตถ์ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ มาตั้งแต่ พ.ศ.2559 นำร่องที่อำเภอลับแลเป็นแห่งแรก มีคณะกรรมการจากภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ และด้วยเหตุที่จังหวัดอุดรดิตถ์เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีสัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลปี 2554 – ปี 2558 มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 13.23 เป็นร้อยละ 19.11 พบว่าปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ จะเป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง⁽⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทยโดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year: DALY) เป็นตัวบ่งชี้ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ⁽⁸⁾ ดังนั้น จึงเป็นความสำคัญยิ่งที่ต้องมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ลดภาระของคนในครอบครัวและสังคม และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากกรอบความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวคิด Active Ageing และนโยบายการปรับเปลี่ยนของกระทรวงสาธารณสุขดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะหน่วยบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ และหน่วยงานสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานดูแลสุขภาพ จะได้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยให้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและแก้ปัญาสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ ให้มีความจำเพาะและสอดคล้องมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นและความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาสภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จังหวัดอุดรดิตถ์

3. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอจังหวัดอุดรดิตถ์เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. ผู้วิจัยประยุกต์ใช้วิธีวิทยาแบบผสมวิธี (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. ใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับปรับปรุง 2006 (Pender's Health Promoting Model) ⁽¹⁰⁾ เพื่อวัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ระบบสุขภาพอำเภอจัดบริการให้ผู้สูงอายุ
 6. กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพื้นที่ทั้ง 9 อำเภอของจังหวัดอุดรดิตถ์ ไม่จำกัดเพศ และเป็นผู้ที่เต็มใจให้ความร่วมมือ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 371 คน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข จำนวน 188 คน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 206 คน รวมทั้งสิ้น 765 คน
- กลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ประธานชมรมผู้สูงอายุอำเภอละ 1 คน จำนวน 9 คน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจาก 4 อำเภอๆ ละ 1 คน จำนวน 4 คน และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอละ 1 คน จำนวน 9 คน
7. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติอย่างง่ายค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปมัย แยกแยะองค์ประกอบที่เชื่อมโยง หลักขณะ ร่วม และความสัมพันธ์ของข้อมูล

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ความคิดเห็นและความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์

ด้านสุขภาพอนามัย มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพในระดับสูง มีความคิดเห็นระดับสูงเฉพาะกิจกรรมการมีสถานพยาบาลเพียงพอเพียงข้อเดียว

ด้านการประกันรายได้ มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นในเรื่องการประกันรายได้โดยเฉลี่ยในระดับต่ำ ในขณะที่มีความต้องการอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกรายกิจกรรม พบว่า มีความคิดเห็นในระดับปานกลางเพียงกิจกรรมเดียว คือ กิจกรรมการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพ แต่ก็ยังมีความต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นจากที่ได้รับในปัจจุบัน

ด้านเครือข่ายและบริการเกื้อหนุน มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งในเรื่องตั้งสมาคมผู้สูงอายุ การจัดตั้งอำนวยการความสะดวก และการลดค่าขนส่งมวลชนครั้งราคาแก่ผู้สูงอายุ สำหรับความต้องการด้านเครือข่ายและบริการเกื้อหนุนภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกแต่ละรายการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นรายการการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จะมีความต้องการอยู่ในระดับสูง

ด้านที่อยู่อาศัย มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นอยู่ในระดับต่ำทุกรายการ ในขณะที่มีความต้องการภาพรวมและเกือบทุกรายการอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ความต้องการบ้านพักคนชรา จะมีความต้องการในระดับสูง

ด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินความมั่นคงทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีความคิดเห็นในระดับสูงอยู่ในเรื่องการทำใหู้สึกว่าผู้สูงอายุยังมีคุณค่า และการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเท่าเทียม ได้รับความเคารพนับถือให้เกียรติ สำหรับการอบรมเรื่องการดูแลตนเองและอบรมคนในครอบครัว รวมทั้งเรื่องการออกสำรวจช่วยเหลือจะมีความคิดเห็นในระดับต่ำ และมีความคิดเห็นระดับปานกลางในเรื่องการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามัคคี สำหรับความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินความมั่นคงทางอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการอยู่ในระดับสูงทุกรายการ

ด้านนันทนาการ มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับความคิดเห็นการจัดกิจกรรมนันทนาการให้ผู้สูงอายุ และการพาไปศึกษาดูงาน สำหรับการจัดลานสุขภาพ กิจกรรมทัศนศึกษา และการรับรู้ข่าวสาร พบว่า มีความคิดเห็นในระดับต่ำ ในขณะที่ ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านนันทนาการในภาพรวมและเกือบทุกรายการอยู่ในระดับสูง ยกเว้น การไปทัศนศึกษามีความต้องการระดับปานกลาง

การพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพโดยรวม ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 6 ประเด็น พบว่า มีความคิดเห็นในระดับต่ำ มีความคิดเห็นระดับปานกลางในด้านสุขภาพอนามัยและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินความมั่นคงทางสังคม และมีความคิดเห็นเรื่องการประกันรายได้ ด้านเครือข่ายและบริการเกื้อหนุน และด้านที่อยู่อาศัย อยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่ผู้สูงอายุ มีความต้องการภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 6 ประเด็นอยู่ในระดับสูง และมี 4 รายการ ที่มีความต้องการในระดับสูง ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย การประกันรายได้ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินความมั่นคงทางสังคม และนันทนาการ สำหรับด้านเครือข่ายและบริการเกื้อหนุน และด้านที่อยู่อาศัย จะมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง

การเรียงลำดับความต้องการพัฒนาชีวิตและดูแลสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพสูง 3 อันดับแรกของ ได้แก่ 1) การประกันรายได้ 2) ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงทางสังคม และ 3) สุขภาพอนามัย

ตอนที่ 2 สภาพการพัฒนาคูณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จังหวัดอุดรธานี

การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลความคิดเห็นจากการจัดเวทีประชุม ใช้ตาราง 7S วิเคราะห์บทบาทงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรสาธารณสุขในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว พบว่ากระบวนการจัดทำแผนผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานอย่างสมบูรณ์ องค์กรทั้งสองมีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุไว้ในโครงสร้างองค์กรอย่างชัดเจน มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุมาเป็นเวลานาน มีปัญหาการจัดวางระบบการทำงานภายในเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ การจัดอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้แก่บุคลากรภายในองค์กรนั้นยังพบไม่มากนักโดยเฉพาะปัญหาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารสูงสุดในหน่วยงานมีการให้ความสำคัญกับงานด้านการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นมีการจัดตั้งคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ มีการดึงภาคีภายนอกเข้ามาเป็นกรรมการในคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ การสร้างและเผยแพร่ค่านิยมร่วมกันในการทำงานด้านผู้สูงอายุ

การวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ พบว่า การวางแผนยุทธศาสตร์งานผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมต่อความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุ ในแผนยุทธศาสตร์พัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำไปปฏิบัติได้ยาก ด้านรายได้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดอบรมส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุ แต่ประสบปัญหาเรื่องการให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุในการเข้าฝึกอบรมอาชีพ ด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการให้เกียรติ นอบน้อม ด้านเครือข่ายและบริการเกื้อหนุน มีการจัดงบประมาณรองรับในกรณีที่เป็นผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ส่วนบริการสาธารณะนั้นยังมีน้อยเกินไป สมควรเพิ่มทั้งห้องน้ำ และราวจับ สำหรับผู้สูงอายุและคนพิการ ด้านสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุมีการเข้ารับการรักษายาบาลที่หลากหลาย สาเหตุมาจากความสะดวกการเข้ารับการรักษายาบาลสะดวก ด้านนันทนาการ ส่งเสริมการจัดกิจกรรมด้านนันทนาการที่จัดกันในช่วงเย็นสนับสนุนงบประมาณผ่านชมรมผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่ายังมีการเข้าร่วมกิจกรรมกันน้อย สาเหตุเพราะการเป็นชุมชนเมืองและการเดินทางไปยังสถานที่จัดกิจกรรม ที่อยู่อาศัย ยังไม่มีโครงการสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุเพราะงานสวัสดิการผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยจะเป็นงานของส่วนกลางอยู่นอกเหนือภารกิจ

ตอนที่ 3 เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนางานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี

1. การดูแลสุขภาพ

การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใส่ใจสุขภาพยังไม่ทั่วถึง ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาได้ กลุ่มส่งเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการอ่านจากขนาดตัวหนังสือเล็ก และผู้สูงอายุบางคนอ่านหนังสือไม่ได้ จะไม่สามารถใช้ประโยชน์จากคู่มือได้ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม และการร่วมทำกิจกรรมของชมรมยังไม่ครอบคลุม

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ เพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และการให้คำปรึกษาผ่านสายด่วนผู้สูงอายุ และการเชิญชวนผู้สูงอายุทุกคนร่วมเป็นสมาชิกชมรม

2. ด้านการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนชนบทมีเพียงส่วนน้อยที่มีการออกกำลังกาย เพราะต้องรับภาระดูแลหลาน ประกอบอาชีพรับจ้าง หรือทำการเกษตรเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ การสนับสนุนการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การเดิน การทำสวน การขึ้นลงบันได และกิจกรรมที่เป็นการออกกำลังกายให้ร่างกายมีความแข็งแรงมากขึ้น ได้แก่ การเดินเร็ว จักรยาน การทำกิจกรรมบันเทิง เช่น รำวง เล่นกีฬาพื้นบ้าน เน้นให้มีความต่อเนื่อง พัฒนาบุคคลต้นแบบด้านการออกกำลังกาย สร้างแกนนำด้านการออกกำลังกาย

3. ด้านโภชนาการ

การจัดทำกิจกรรมส่งเสริมด้านโภชนาการของผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน และติดเตียง เพราะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ผู้สูงอายุบางคนได้รับปริมาณอาหารไม่เพียงพอ ฐานะยากจน ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ไม่มีระบบติดตาม

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวทำแผนการออกเยี่ยมและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล และติดตามประเมินผลหลังการออกให้คำปรึกษาแล้ว 3 เดือน สำหรับพื้นที่ที่ยังไม่มีคลินิกหมอครอบครัว ให้ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ออกเยี่ยม

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ยังไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้านที่ชัดเจน แต่มีกิจกรรมสัมพันธ์ในชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายมีข้อจำกัดมีการได้ยินลดลง การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวสนับสนุนและติดตามประเมินผลการทำกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ เช่น ให้ทุกครอบครัวมีวันครอบครัวที่ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร ทำความสะอาดบ้าน และสนับสนุนการสร้างเครือข่ายเพื่อนบ้าน

5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ

กิจกรรมที่ทำไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุรายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาระเลืงหลาน ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ การจัดกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ทีมหมอครอบครัว และหรือ ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้คำแนะนำบุคคลในครอบครัวให้แบ่งปันเวลาให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาระเลืงหลานเพื่อให้เข้าร่วมการทำกิจกรรมสำรวจตัวเองและรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิด

6. ด้านจัดการกับความเครียด

คนในครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยในการรับรู้ความเครียดของผู้สูงอายุ และมีส่วนร่วมน้อยในการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ

ความต้องการในการพัฒนางาน ได้แก่ พัฒนาเครือข่ายการติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care

giver) ทีมหมอครอบครัว และหรือ ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้คนในครอบครัวและเพื่อนบ้านมีส่วนร่วมในการจัดการความเครียด

อภิปรายผล

1. แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ ในชุมชน เพราะมีต้นทุนสำคัญ คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพและมีเครือข่ายสุขภาพอยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงาน⁽¹¹⁾ แต่เพื่อพัฒนาศักยภาพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกันกับหน่วยงานสาธารณสุข จึงควรใช้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ มาขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงาน โดยการกำหนดผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนของแต่ละหน่วยงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมอย่างชัดเจน 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

แนวคิดการทำงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของทีมหมอครอบครัว เป็นไปตามการลงนามบันทึกความร่วมมือของ 4 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) ตลอดจนการลงนามข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สป.สช. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ทีมหมอครอบครัวร่วมกับ อปท. จัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้การประเมินและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน Activities of daily living ; ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนแล้วมาทำแผนการดูแลรายบุคคลขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก สป.สช. เกิดการดำเนินงานระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีคุณภาพเป็นไปตามนโยบายรัฐบาลและการกองทุนหลักประกันสุขภาพและจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559⁽¹¹⁾ ซึ่งจะสอดคล้องกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHS)⁽¹³⁾ และบทบาทของระบบบริการคลินิกหมอครอบครัวโดยทีมหมอครอบครัว⁽³⁾

3. แนวคิดความต้องการของผู้สูงอายุในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากงานวิจัยนี้ มีผลตรงกันว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าการพัฒนา

คุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพของ อปท.ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่อยู่อาศัย การประกันรายได้ และด้านเครือข่ายและบริการเกี่ยวพัน ในขณะที่ผู้สูงอายุมีความต้องการสูงเรียงตามลำดับ คือ การประกันรายได้ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินความมั่นคงทางสังคม และสุขภาพอนามัย ดังนั้น อปท.จึงต้องมีการวางแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวให้สอดคล้องตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ การวางแผนให้มีตัวแทนผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผนเพื่อให้ได้รายละเอียดกิจกรรมเป็นไปตามส่วนขาดมากที่สุด โดยผ่านบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ที่จะสามารถตั้งคณะทำงานขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่มีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾

4. แนวคิดสภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

งานวิจัย พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งมีบทบาทเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอด้วยนั้น จะมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ดีในเรื่องกองทุนชุมชนเพื่อสวัสดิการภาคประชาชน ภายใต้งบประมาณจะต้องได้รับการเสริมศักยภาพเรื่องภาวะผู้นำ และปรับรูปแบบการบริหารงานให้มีการบูรณาการแผนงานและโครงการกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจะต้องมีการบูรณาการงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุเองโดยผ่านชมรมผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ เป็นต้น⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ ที่พบว่า ศักยภาพของ อปท.ยังไม่ตอบสนองความต้องการ โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพอนามัย ในขณะที่ อปท. วิเคราะห์ตนเองว่ามีความพร้อมในเรื่องการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แต่ยังมีปัญหาการปฏิบัติไม่ปฏิบัติตามแผนงาน และอ้างปัญหาผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ น้อย ดังนั้น จึงต้องเป็นหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรรมการที่มาจาก อปท. หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ด้วยเหตุนี้ หน่วยงานดังกล่าวในนามของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอจึงต้องพัฒนาการวางแผนยุทธศาสตร์ให้เป็นแผนที่บูรณาการหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และต้องจัดระบบควบคุมกำกับและประเมินผลตลอดระยะเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริงตามแผน ผลจากงานวิจัยโดยใช้ตาราง 7S ในประเด็น System พบว่า จุดอ่อน คือ การขาดการติดตามประเมินผล การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ดังนั้น จึงควรบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงให้สามารถเข้าถึงบริการของทีมหมอครอบครัว ให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับการดูแลในระยะยาว (Long term care ; LTC) ให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ และป้องกันผู้สูงอายุรายอื่นๆ ไม่ให้เข้ามาสู่ภาวะพึ่งพิง⁽³⁾ ในประเด็นที่ อปท.พบว่ามีความร่วมมือของผู้สูงอายุในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปของจังหวัดอุดรธานีเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 54.35 เท่านั้น⁽¹⁵⁾ ในทางกลับกัน งานวิจัยนี้ พบว่า ผู้สูงอายุเองมีความต้องการเข้าร่วมในชมรม/สมาคม ดังนั้น อปท. และหน่วยงานสาธารณสุข จึงต้องประสานความร่วมมือให้ผู้สูงอายุทุกคนได้เข้ามาเป็นสมาชิกชมรม

5. แนวคิดปัญหาและความต้องการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบการประเมิน 6 ประเด็น พบว่า ยังพบปัญหาทั้ง 6 ประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษา การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอก็มีความต้องการที่จะพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่การวางแผนยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมสภาพปัญหา และใช้เครื่องมือ คือ ทีมหมอครอบครัว (Primary care team) เข้ามามีบทบาทในการเสริมส่วนขาด⁽³⁾ ร่วมกันกับผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ซึ่งเป็นทีมที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง และมีบทบาทในการบริหารจัดการและดูแลผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง⁽¹¹⁾

6. แนวคิดการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี

จากการใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽¹⁰⁾ เพื่อให้มีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ โดยใช้อิทธิพลจากสถานการณ์สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ตลอดจนอิทธิพลระหว่างบุคคลและทีมงาน ทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากข้อมูลการวิจัยผ่านการถอดบทเรียนการจัดการความรู้จากเวทีสัมมนา 2 ครั้ง พบว่ามีกระบวนการพัฒนา 4 กระบวนการ ได้แก่

6.1 กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 5 แนวทาง ได้แก่ 1) ค้นหาความรู้เดิม ค้นหาความรู้ที่้องการพัฒนา 2) สร้างและแสวงหาความรู้ โดยจัดอบรม หรืออบรมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3) การจัดทำมาตรการและคู่มือดำเนินงานที่ชัดเจน 4) การจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 5) การทำวิจัย และคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ

6.2 กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วม 3 แนวทาง ได้แก่ 1) การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล/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) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนผ่านช่องทางต่างๆโดย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข 2)

สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ค้นหาสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน 3) ประกวดผู้สูงอายุต้นแบบ 80 ปียังแจ๋ว 4) ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาและนวัตกรรมชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 4 กระบวนการดังกล่าวจะสอดคล้องแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (ดัชนีที่ 45-52) ⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board ; DHB) ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จะใช้กระบวนการพัฒนา 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วม 3) กระบวนการพัฒนาระบบการดำเนินงาน และ 4) กระบวนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ พร้อมๆ กันกับการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภาคที่เกี่ยวข้องผ่านคณะกรรมการผู้แทนของแต่ละหน่วยงาน ทั้งในระบการวางแผน ยุทธศาสตร์ ระยะเวลาปฏิบัติ และระยะการประเมินผล
2. หน่วยงานสาธารณสุข หรือคณะกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขคณะอื่นๆ สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนา 4 กระบวนการจากงานวิจัยนี้ ในพัฒนางานสุขภาพด้านอื่นๆ ได้
3. หน่วยงานสาธารณสุข สามารถใช้กรอบบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board ; DHB) ในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มวัยอื่นๆ ได้ โดยคณะกรรมการกำหนดวาระปัญหาร่วมกันตามสภาพบริบทของพื้นที่อำเภอ
4. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถใช้บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board ; DHB) มาขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มวัยในพื้นที่รับผิดชอบ และวางแผนระยะยาวได้สอดคล้องตรงกันกับการแก้ไขสภาพปัญหา

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2559 – เมษายน 2559 ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านจากคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) มาเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board ; DHB) และจังหวัดอุดรธานีมีพื้นที่อำเภอลับแลเป็นอำเภอนำร่องตั้ง DHB เพียงอำเภอเดียว การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์คณะกรรมการภาคีเครือข่ายอื่นๆ นอกเหนือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรสาธารณสุข อาจมีข้อจำกัด จึงควรมีการศึกษาอีกครั้งเพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาศักยภาพ
2. หากมีงานวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มเติมการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระดับเขตและจังหวัด ได้แก่ ผู้ตรวจ

ราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 2 ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ และหัวหน้ากลุ่มงาน/เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ ซึ่งเป็นผู้ถ่ายทอดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข และรับผิดชอบผลงานให้เกิดผลสำเร็จตามตัวชี้วัด จะทำให้ได้ประเด็นกระบวนการเพิ่มขึ้นเพื่อความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยแบบบูรณาการ โดยตำบล LTC เป็น Entry point. มปป.
2. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning : DHML). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2557.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. มปป.
4. สุธเกียรติ อาษานานุภาพ. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ความเหมือนที่แตกต่าง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2557.
5. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. การจัดการระบบสุขภาพอำเภอเพื่อดูแลกลุ่มประชากร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. : บริษัทพี.เอ.ลีฟวิ่งจำกัด. 2556.
6. หนังสือราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0231/ว 494 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2559.
แนวทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ. 2559.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. รายงานประจำปี 2559. มปป.
8. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2542. กรุงเทพมหานคร. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
9. Sashkin, M., & Burke, W.W. Organisational 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. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2559.
12. เดชา แซ่หลี่ และคณะ. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โครงการการพัฒนาคลังสารสนเทศสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาพดี มูลนิธิแพथ์ชนบทภายใต้การสนับสนุน

จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ; 2557.

13. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทาง “ประชารัฐ”. มปป.
14. ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. โครงการประเมินผลการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บางกอกบลิ๊ก จำกัด
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. เอกสารอัดสำเนาจำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2560.
16. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2554.