

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4
The 4th STOU Graduate Research Conference

การประเมินผลโครงการตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
Evaluation of the Long Term Care Project the Elderly in Pilot Sub-district

พนมวัฒน์ แก้วหืด (Panomwan Kaewheed)* ยุทธนา สุทธิธนากร (Yuttana Suttitanakorn)**

ศศิธร ธนะภพ (Sasithorn Thanapop)***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมินผลครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้แบบจำลองซีไอพีที ด้วยการประเมินด้านบริบทปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการ และผลผลิตกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ บุคลากรท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ (อผส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ โครงการ จำนวน 73 คน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ สุ่มตัวอย่างแบบโควต้า ได้จำนวน 344 คน เก็บข้อมูลปฐมภูมิด้วย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบบันทึกรายการข้อมูลทุกข้อมูลย้อนหลังปีงบประมาณ 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านบริบทโดยรวมมีความเหมาะสมมากมีค่าเฉลี่ย 4.00 (ร้อยละ 80.00) สารนโยบาย ระดับชาติการในดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความชัดเจนสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุในชุมชนการถ่ายทอด และชี้แจงนโยบายระดับจังหวัด อำเภอ ของหน่วยงานสาธารณสุขและท้องถิ่นยังไม่ชัดเจนและองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นยังไม่มีการกำหนดนโยบาย 2) ปัจจัยนำเข้าด้านงบประมาณมีความเหมาะสมระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.00 (ร้อยละ 60.00) แต่ขาดการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ คู่มือการดำเนินงาน บุคลากรมีความเหมาะสมระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.88 (ร้อยละ 57.60) และขาดบุคลากรเฉพาะทาง อัตราส่วน อผส.กับผู้สูงอายุไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ มีการจัดทำแผนงาน โครงการโดยการมีส่วนร่วม แต่ขาดความต่อเนื่องของวิธีการดำเนินงาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้นำองค์กรแต่ละภาคส่วนมีการกระตุ้นและสนับสนุนการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ย 4.00 (ร้อยละ 80.00) 3) ด้านกระบวนการการวางแผนและ ดำเนินงานสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้สูงอายุในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.83 (ร้อยละ 76.60) มีการจัดทำฐานข้อมูลที่เป็น ปัจจุบันแต่ขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างเครือข่ายชุมชน การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุม จากทุกภาคส่วนและยังไม่มีการจัดทำแผนการควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล 4) ด้านผลผลิตการมีส่วนร่วมของแต่ละ ภาคส่วนอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.15 (ร้อยละ 63.00) ภาพรวมความพึงพอใจของโครงการอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.53 (ร้อยละ 70.60) ผู้สูงอายุพึงพอใจการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและ อผส./อสม. ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.07 (ร้อยละ 81.40) ด้านผู้สูงอายุผ่านมาตรฐานสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 20.91 และไม่ผ่านเกณฑ์ตำบลต้นแบบการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ข้อเสนอแนะจากการวิจัยหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทเป็น ผู้สนับสนุนด้านองค์ความรู้ กระบวนการติดตาม ควบคุมกำกับคุณภาพ และการบริหารโครงการให้ผ่านเกณฑ์ สำหรับ หน่วยงานท้องถิ่นควรมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ ทั้งนี้ควรพัฒนาศักยภาพ ทีม อผส. และเพิ่มจำนวนให้มีความพอเพียงต่อการดูแล

คำสำคัญ การประเมินผล ตำบลต้นแบบ การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ

*นักศึกษาลัทธิศาสตรสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**นายแพทย์ชำนาญการสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลาดโรงเหล็ก อำเภอนบพิตำ จังหวัด นครศรีธรรมราช

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์สำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

Abstract

This evaluation research was aim to study and evaluate the long term care pilot project for aging in Tha-khuen sub-district, Thasala Na-khon-Si-Thammarat province using the CIPP model of evaluation: Context, Input, Process and Product. A variety of stakeholders were selected by purposive sampling yield 73 samples: health personnel, local officer, community leader, care-for-the elderly-at home volunteer, community health volunteer. Elderly were selected by quota sampling yield 344 samples. Primary data were collected by questionnaire and in-depth interview guidelines. Secondary data were collected for the 2013 fiscal years. Content analysis and descriptive statistics were performed for data analysis.

The findings were 1) context: the overall appropriate was high ($\mu = 4.00, 80.00\%$) the national policy of long term care for the elderly was clear and relevant to community situation, however provincial, district, health and local organization policy transmission and explanation were not rich. The local administrative organization was not set their own policy. ; 2) input: the overall budgeting was moderate appropriate ($\mu = 3.00, 60.00\%$), however there was a lack of materials and operational handbooks. There was a moderate appropriate for staffing with a lack of elderly specialist. The elderly care volunteer to community elderly does not meet the gain. There was a participation of stakeholders for planning but the action for dependent elderly was not continuously. Organization leaders had a high motivation and supportive for action. ($\mu = 4.00, 80.00\%$) 3) process: the action planning and operating related to community elderly situation at high level ($\mu = 3.83, 76.60\%$). There was an updated database, however still had a deficiency of information sharing among community networks. The appointment of operating committee was not coverage for all stakeholders and there was not evaluating and monitoring plan; and 4) product: the participation of stakeholders was moderate ($\mu = 3.15, 63.00\%$). The overall satisfaction was moderate ($\mu = 3.53, 70.60\%$) and elderly had a high satisfaction for supportive from elderly care/ community health volunteer and their own family. ($\mu = 4.07, 81.40\%$). The output for desirable standard was 20.91 % which was not pass the long-term care for elderly gain. The conclusion and suggestion were the local government organization should be supporter for knowledge and quality monitoring of project management in order to meet the gain. The local administrative organization should set the caring system for the dependence elderly and lack of family care groups. Thus the elderly care and community health volunteers should be promoted for competency development and increased for sufficiency and coverage.

Key words: Evaluation, Pilot Sub-district, Long-term care, Elderly

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4
The 4th STOU Graduate Research Conference

บทนำ

การเปลี่ยนโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ มีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ปี 2568 จะมีผู้สูงอายุมากกว่า 800 ล้านคน 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปี 2547 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่า ร้อยละ 10% และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2567 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2554)

จากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยพบว่า ร้อยละ 69.30 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรัง และพบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.33 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันถึงร้อยละ 70.81 ซึ่งร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ หนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ ทั้งนี้ร้อยละ 18.91 มีปัญหาเหล่านี้มานานกว่า 6 เดือน เป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาว (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย เริ่มดำเนินงานพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวตั้งแต่ปี 2551 จนถึงปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกายจิตและสังคม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) สำหรับศูนย์อนามัยเขต 11 นครศรีธรรมราช เริ่มดำเนินการใน ปี 2553 เข้าร่วมโครงการ 89 ตำบล ผ่านเกณฑ์ตำบลต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 45 ตำบล (ร้อยละ 50.56) (สรุปผลการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยเขต 11, 2555) จังหวัดนครศรีธรรมราช เข้าร่วมโครงการในปี 2554 ในพื้นที่ตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา และปี 2555 ดำเนินการ 2 พื้นที่ ได้แก่ ตำบลท่าช้าง อำเภอท่าศาลา และตำบลชะอวด อำเภอจุฬาภรณ์ เป็นตำบลนำร่องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (สรุปผลการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยเขต 11, 2555) และจากการศึกษาพบว่าระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (long term care) ทั้งโดยครอบครัว และชุมชน (family and community care) ที่มีการเชื่อมโยงกัน (linkage) มีความร่วมมือ (coordination) มีการบูรณาการ (integration) และมีความต่อเนื่อง (continuity) ร่วมกับการจัดการที่สัมพันธ์สอดคล้องกันอย่างเหมาะสมก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างดี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) ดังนั้นการพัฒนาตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวควรพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นวางแผนการพัฒนากำหนดทั้งด้านสุขภาพ สังคมและพัฒนารูปแบบการจัดบริการระยะยาวโดยชุมชน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ, 2550) ตำบลท่าช้าง อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นตำบลนำร่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวและด้วยนโยบายของสาธารณสุขอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System ,DHS) คือ ระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการภาคีเครือข่ายจึงทำการศึกษาวินิจฉัย ประเมินผลโครงการตำบลต้นแบบของตำบลท่าช้าง โดยตำบลท่าช้างมีจำนวน 15 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 10,822 คน ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวน 2,299 คนคิดเป็นร้อยละ 21.24 ของประชากรทั้งหมดซึ่งถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีชมรมผู้สูงอายุ 2 ชมรม ได้รับงบประมาณดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี, 2556) ผลการประเมินมาตรฐานตำบลผู้สูงอายุระยะยาวพบว่า ผ่านเกณฑ์

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4

The 4th STOU Graduate Research Conference

3 ด้าน ได้แก่ ด้านมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุมีคุณภาพ ด้านมาตรฐานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยอาสาสมัคร ด้านการจัดบริการทันตสุขภาพ สำหรับการจัดบริการมุ่งให้บริการหลักแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ระบบการดูแลมีลักษณะแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยง ระบบการสนับสนุนงบประมาณ ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ขาดการวางแผนและจัดระบบร่วมกับเครือข่ายและชุมชน (สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี, 2556)

ดังนั้น จากปัญหาในการจัดการโครงการและมีสารสนเทศในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องอาศัยผู้เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วนและเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการดูแลที่มีลักษณะต่อเนื่อง เชื่อมโยงครอบคลุมทั้งด้านสังคม ด้านการบริหารจัดการ ด้านสุขภาพ ด้านทรัพยากรและด้านบริบทสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจึงได้เลือกรูปแบบการประเมินชิปปี้โมเดล (CIPP Model) (Stufflebeam, 1971) ซึ่งมีองค์ประกอบการประเมินโครงการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิต ผลจากการวิจัยสามารถเป็นข้อมูลย้อนกลับ และนำไปใช้ในกระบวนการปรับปรุงการดำเนินงาน โครงการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในวงจรคุณภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายของโครงการอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลปัจจัยโครงการ 4 ด้าน คือด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการ และผลผลิต ของโครงการตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานโครงการตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluative research design) โดยใช้รูปแบบการประเมินของชิปปี้ (CIPP Model) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ บุคลากรสุขภาพในพื้นที่ระดับตำบลและระดับอำเภอ บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ จำนวน 417 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามโครงการ กลุ่มบุคลากรสุขภาพระดับตำบลและระดับอำเภอ บุคลากรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขดูแลผู้สูงอายุ รวมจำนวน 73 คน กลุ่มผู้สูงอายุ

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4

The 4th STOU Graduate Research Conference

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 344 คน คำนวณขนาดโดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane, 1967 อ้างในรัชชัชวรพงษ์พร, 2540 : 299) ได้กลุ่มตัวอย่าง 340.72 คน ผู้ศึกษาปรับเป็น 344 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบโควตา คือเก็บตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามสัดส่วนที่คำนวณได้ของแต่ละหมู่บ้านและเป็นผู้ที่สามารถตอบแบบสอบถามได้กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept-Interview) ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้คำตอบเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยโครงการ 4 ด้าน คือด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ของโครงการตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยเลือกจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของโครงการคือ ผู้บริหารสาธารณสุข ผู้บริหารระดับท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส) และประชาชนชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งหมด 20 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงคุณภาพและเอกสารเอกสารแผนปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ /แบบสรุปผลการประเมินตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (Likert , Rensis. , 1967) ประกอบด้วยส่วน 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการประเมินผลการปฏิบัติงานปัจจัย 4 ด้าน คือด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตโครงการตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3) แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึก ประเด็นคำถามประกอบด้วย 1) แนวทางการกำหนดนโยบาย 2) การการบริหารจัดการทรัพยากร 3) กระบวนการควบคุมกำกับติดตามผล 4) ลักษณะการมีส่วนร่วมแต่ละภาคส่วน 5) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ 6) ประเภท ชนิดที่ผู้สูงอายุได้รับบริการจากชุมชนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใช้วิธีตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach' s alpha coefficient) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเข้าร่วมโครงการฯ ดังกล่าวปี 2554 ได้ค่าความเที่ยง 0.92การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

บุคลากรด้านสุขภาพ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.00 มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 50.00 และ 50 – 60 ปี ร้อยละ 50.00 มีสถานะสมรสร้อยละ 83.33 ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 83.33 ปริญญาโท

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4
The 4th STOU Graduate Research Conference

ร้อยละ 16.67 อาชีพข้าราชการประจำร้อยละ 100 โดยดำรงตำแหน่งผู้นำองค์กร และเป็นผู้รับผิดชอบงาน ร้อยละ 50.00 ตามลำดับ และ มีประสบการณ์ทำงาน 21 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 66.67 ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 50.00 เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 83.33

บุคลากรท้องถิ่น เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.14 มีอายุ ระหว่าง 30 -39 ปี ร้อยละ 57.14 รองลงมาอายุ ระหว่าง 20 – 29 ปี ร้อยละ 28.57 มีสถานะสมรสคู่ร้อยละ 57.14 ระดับการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรี ร้อยละ 42.86 ปริญญาโท ร้อยละ 28.57 อาชีพข้าราชการท้องถิ่น ร้อยละ 100 ตำแหน่งผู้รับผิดชอบงาน ร้อยละ 71.43 ประสบการณ์ทำงาน 1- 5 ปี ร้อยละ 57.14 รองลงมา 6 -10 ปี ร้อยละ 42.86 มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 6- 10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.86 เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.14

กลุ่มผู้นำชุมชน อปท./อสม. เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.00 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 46.67 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 84.4 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 46.67 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.22 เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 66.67 ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 1 -5 ปี ร้อยละ 75.56 ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 60.00

กลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 60.17 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 71- 79 ปี ร้อยละ 45.05 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 58.13 รองลงมา หม้ายร้อยละ 38.37 ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.31 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ร้อยละ 54.06 รองลงมาเกษตรกร ร้อยละ 29.06 ส่วนใหญ่เป็น สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.31 สภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคเรื้อรังและช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 40.11 รองลงมา มีโรคเรื้อรังและช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 33.43

2.การประเมินด้านบริบท ประกอบด้วยแผนและนโยบายระดับชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แผนและนโยบายระดับจังหวัดระดับอำเภอและระดับท้องถิ่น การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ วัตถุประสงค์ของโครงการโครงการสามารถแก้ปัญหาแก่ผู้สูงอายุและเหมาะสมกับบริบทตำบลทำขึ้น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าด้านบริบทโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายกลุ่มตัวอย่างรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยที่มีพหุคูณสูงสุดด้านบริบทของกลุ่มบุคลากรสุขภาพพบว่า โครงการฯ สอดคล้องกับแผนและนโยบายระดับชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 4.67 (S.D.=0.51) ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การถ่ายทอดนโยบายระดับจังหวัด ระดับอำเภอไปสู่การปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 3.17 (S.D. = 0.40) สำหรับกลุ่มบุคลากรท้องถิ่นบริบทที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดพบว่า วัตถุประสงค์โครงการสอดคล้องกับความต้องการและสภาพการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 4.85 (S.D. = 0.37) ค่าเฉลี่ยที่มีค่าน้อยที่สุดพบว่า นโยบายระดับท้องถิ่นในการจัดทำแผนงานการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D. = 0.57) และพบว่ากลุ่มบุคลากรสุขภาพและบุคลากรท้องถิ่นประเมินว่าโครงการนี้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของตำบลทำขึ้น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.83,4.57(S.D. = 0.40,0.53)ตามลำดับ

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการศึกษาเอกสารรายงานต่างๆ ผลการประเมินพบว่า ตำบลทำขึ้น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความเหมาะสมในการเป็นตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยพบว่า มีชมรมผู้สูงอายุต้นแบบระดับอำเภอ มีอาสาสมัครสาธารณสุขดูแลผู้สูงอายุ(อผส.) มีการจัดบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุในหน่วยบริการสาธารณสุข มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและคนพิการ และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4
The 4th STOU Graduate Research Conference

(EMS) สำหรับด้านสาระนโยบายระดับชาติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวพบว่ามีความชัดเจนสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุในพื้นที่แต่พบว่าหน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีการกำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรม เช่น ไม่มีแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จึงทำให้ไม่มีแนวทางปฏิบัติ หรือมีกิจกรรมที่ชัดเจนสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคลากร งบประมาณ แผนงาน/โครงการ ด้านสิ่งสนับสนุน เทคโนโลยีและด้านภาวะผู้นำ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อปัจจัยนำเข้าโดยภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายกลุ่มตัวอย่างรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในกลุ่มบุคลากรสุขภาพคือ ด้านการจัดทำฐานข้อมูลตามกลุ่มของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.00) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านสิ่งสนับสนุนที่เป็นคู่มือการปฏิบัติงานที่เพียงพอและทันสมัย มีค่าเฉลี่ย 2.33 (S.D.=0.81) ปัจจัยนำเข้าที่พบสูงสุดในกลุ่มบุคลากรท้องถิ่น คือด้านงบประมาณที่สนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D. = 0.95) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์กายอุปกรณ์ต่างๆ มีความพร้อมและพอเพียงมีค่าเฉลี่ย 2.14 (S.D.= 0.37) สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน อสม./อผส. พบว่าปัจจัยนำเข้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านภาวะผู้นำชุมชนอำนวยความสะดวก สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ อผส/อสม มีค่าเฉลี่ย 3.53 (S.D. =0.89) ปัจจัยนำเข้าที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ อุปกรณ์การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มีประสิทธิภาพ และเพียงพอ แก่ อผส. มีค่าเฉลี่ย 1.97 (S.D.=0.49)

จากการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่าบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับสัดส่วนผู้สูงอายุในพื้นที่ ขาดบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการสนับสนุนองค์ความรู้และการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ งบประมาณมีความเพียงพอแต่การจัดสรรงบประมาณล่าช้าและมีข้อจำกัด เกี่ยวกับระเบียบ การสนับสนุนวิชาการความรู้จากจังหวัดและอำเภอมิมากนัก ครั้ง ขาดความต่อเนื่อง เอกสารความรู้มีการสนับสนุนน้อย ส่วนใหญ่เป็นหนังสือทั่วไป ด้านกายอุปกรณ์ เครื่องมือ พบว่ามีศูนย์เครื่องมือ กายอุปกรณ์ ตั้งอยู่ที่ อบต. แต่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการ เนื่องจากไม่มีเจ้าหน้าที่ดูแลด้านนี้เฉพาะ

3. การประเมินด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การวางแผน การวางแผน การจัดองค์กร การจัดบุคลากร รับผิดชอบงาน การสั่งการ และการควบคุม ติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อกระบวนการโดยภาพรวมอยู่ระดับปานกลางเมื่อพิจารณารายด้านรายกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพพบว่ากระบวนการการวางแผนกำหนดกิจกรรมการดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด พิจารณารายละเอียดด้าน กิจกรรมตรวจสุขภาพ/ การส่งเสริมสุขภาพ/ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.00 (S.D.= 0.63) กระบวนการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดกระบวนการสั่งการ พิจารณารายละเอียด ด้านการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการจากภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุแต่ละภาคส่วน มีค่าเฉลี่ย 1.83 สำหรับกระบวนการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในกลุ่มบุคลากรท้องถิ่น พบว่า ด้านการวางแผน การกำหนดกิจกรรม และด้านการจัดบุคลากรรับผิดชอบงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด พิจารณารายละเอียดด้านการจัดทำฐานข้อมูลจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเหลือด้านสวัสดิการและบริการสังคมที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน 3.14(S.D.=0.37) และกระบวนการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือกระบวนการควบคุม ติดตามผลและการจัดองค์กร ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่ายมีค่าเฉลี่ย 1.57(S.D.=0.53) สำหรับกลุ่ม ผู้นำชุมชน/อผส./อสม. พบว่ากระบวนการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการวางแผนและกำหนดกิจกรรม พิจารณารายด้านกิจกรรมเฝ้าระวังด้านสุขภาพ ตรวจคัดกรอง และเยี่ยม

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4
The 4th STOU Graduate Research Conference

บ้านผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 4.46 (S.D.=0.81) และพบว่ากระบวนการสิ่งสนับสนุนและเทคโนโลยี มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ด้านการจัดทำลานออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนมีค่าเฉลี่ย 2.08 (S.D.=0.82)

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มตัวอย่างพบว่า การวางแผนการปฏิบัติงานควรสอดคล้องกับสภาพปัญหา ผู้สูงอายุ และการสังเคราะห์ระดับอำเภอควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละภาคส่วนชัดเจน จะทำให้แนวทางการปฏิบัติในแต่ละภาคส่วนทั้งด้านสาธารณสุข ท้องถิ่น และ อสม. อพส. ชุมชน และควรมีการประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงาน ในทุกระดับทั้งระดับอำเภอและระดับตำบล ท้องถิ่นสู่ชุมชน การควบคุมติดตามประเมินผล ด้านการดูแลผู้สูงอายุและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ยังมีน้อย การติดตามเยี่ยมจากระดับอำเภอ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐจะประเมินเป็นครั้งคราวส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและตัวชี้วัดตามนโยบาย จึงทำให้ขาดการกระตุ้นการทำงานในพื้นที่ และไม่สามารถวิเคราะห์ส่วนขาดในการพัฒนาต่อไป

4. การประเมินด้านผลผลิต

4.1 ด้านผลที่เกิดขึ้น

4.1.1 ผลที่เกิดขึ้นด้านการมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อผลที่เกิดขึ้นด้านการมีส่วนร่วมโดยภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรท้องถิ่นคือการร่วมกำหนดแผนงานดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 3.17 (S.D.=0.75) และ 3.14 (S.D.=0.37) ตามลำดับการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมดำเนินงาน มีค่าเฉลี่ย 2.83 (S.D.=0.40) พบในกลุ่มบุคลากรสุขภาพ ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดด้านการมีส่วนร่วมของ กลุ่มบุคลากรท้องถิ่นคือ ร่วมติดตามผลการดำเนินงาน มีค่าเฉลี่ย 2.57 (S.D.=0.78) สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน อพส. อสม. การมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ร่วมวิเคราะห์ค้นหาปัญหา จัดทำประชาคมดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 3.35 (S.D.=0.57) การมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด พบว่า ชุมชนร่วมดำเนินงานและติดตามประเมินผล มีค่าเฉลี่ย 3.20 (S.D.=0.58)

4.1.2 ผลที่เกิดขึ้นด้านความพึงพอใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายกลุ่มตัวอย่างพบว่า อพส.อสมมีความพึงพอใจต่อการได้ดูแลสุขภาพและช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.=0.69) ความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดพบว่า การสร้างขวัญและกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 3.15 (S.D.=0.97) สำหรับผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.12 (S.D.=0.65) รองลงมาพึงพอใจต่อการดูแลของ อพส./อสม มีค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D.=0.59)

4.2 ด้านผลลัพธ์ ผู้สูงอายุมีมาตรฐานสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ พบว่าด้านสุขภาพกายกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านข้อเสื่อมมากที่สุด ร้อยละ 24.70 กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 96.22 ,96.80 ตามลำดับ มีฟันใช้งาน 20 ซี่ คู่สบ 4 ซี่ ร้อยละ 42.15 มีดัชนีมวลกาย ปกติ ร้อยละ 36.91 สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ร้อยละ 82.55 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 52.32 ด้านสุขภาพจิต (ตามTMHI-15) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 25.00 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.39 โดยผ่านมาตรฐานสุขภาพที่พึงประสงค์เพียง ร้อยละ 20.91

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกด้านผลผลิตกลุ่มตัวอย่างพบว่า ด้านความสัมพันธ์ของผู้ดูแลพบว่า ทีมงานในชุมชน ทำงานด้วยความเสียสละ มีจิตสาธารณะ โดยไม่หวังค่าตอบแทนในรูปแบบของอาสาสมัคร คือ อพส.และ

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4
The 4th STOU Graduate Research Conference

อสม มีความตั้งใจในการทำงาน โดยมีรากฐานความคิดคือ ผู้สูงอายุ คือ. “พ่อเฒ่า แม่เฒ่า ญาติ พี่น้องกันทั้งนั้น เห็นกันมานาน อยู่ใกล้กัน ไม่อยากทอดทิ้งกัน” อีกแง่คิดหนึ่งคือ “เราเข้ามาเป็น อสม. อพส. ด้วยจิตอาสา เราดูแลช่วยเหลือกัน พัฒนาชุมชน จะได้เป็นแบบอย่างให้ลูกหลานลูกหลานจะได้ดูแลตอนเราตอนแก่บ้าง”

5. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและด้านผลผลิต มีดังนี้

5.1 นโยบาย/แผนยุทธศาสตร์ของอำเภอและเครือข่าย ยังไม่ชัดเจนและไม่มีการบูรณาการร่วมกัน ขาดความต่อเนื่องของแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว และในพื้นที่ ไม่มีการกำหนดและประกาศนโยบายที่ชัดเจน

5.2 มีวัสดุอุปกรณ์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ แต่ไม่มีการจัดทำแผนหรือกิจกรรมที่เอื้อหรือสนับสนุนการดูแลแก่ผู้สูงอายุ

5.3 บทบาทของแต่ละภาคส่วน ขาดการเตรียมตัวและส่งเสริมเชิงรุกให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล

5.4 การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสุขภาพ ท้องถิ่นและชุมชนยังเข้าไม่ถึงและครอบคลุมผู้สูงอายุ อย่างแท้จริงโดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

5.5 ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ชัดเจน ขาดการจัดทำแนวทางร่วมกันในระดับเครือข่าย

อภิปรายผลการวิจัย

1. **ด้านบริบท (Context)** พบว่า การกำหนดนโยบายระดับชาติค่อนข้างสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ทั้งในด้านสภาพการณ์ปัจจุบันและโครงสร้างของตำบล โอกาสในการพัฒนาคือวัตถุประสงค์โครงการสอดคล้องกับสภาพปัญหาและสามารถแก้ปัญหาสุขภาพให้กับผู้สูงอายุได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรีสุนทรวิริยะ และคณะ (2555) ที่พบว่าด้านสาระนโยบายและแผนผู้สูงอายุระดับชาติมีความชัดเจน สอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบันของการควบคุมโรค แต่จากการศึกษาพบว่า การถ่ายทอด ประชุมชี้แจงนโยบายระดับจังหวัด ระดับอำเภอทั้งส่วนของสาธารณสุขและระดับท้องถิ่นพบว่ายังไม่เป็นรูปธรรม เช่น ไม่มีแผนที่ยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของ ศรีสุนทรวิริยะ และคณะ (2555) ที่ระบุว่า การแปลงนโยบายของการควบคุมโรคไปสู่การปฏิบัติ ระดับเขตและระดับจังหวัดมีผู้ดูแลรับผิดชอบงานหลักชัดเจน มีแผนงานโครงการรองรับ ดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคในพื้นที่ซึ่งมีการดำเนินงานในเชิงประเด็นที่ชัดเจนเป็นงานที่ดำเนินการในลักษณะงานประจำ จึงมีความชัดเจนของกรอบการดำเนินงานตั้งแต่ระดับเขตจนถึงการกำหนดกรอบระดับชุมชน แต่การดำเนินโครงการตำบลต้นแบบผู้สูงอายุอาจมีลักษณะแยกส่วน มีหลายหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ จึงมีการวางแผนงานโดยไม่มีนโยบายและยุทธศาสตร์ที่จะเป็นตัวกำหนดทิศทางและเป้าหมายในการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งที่อยู่ในตำบลพื้นที่ ดูแลกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน เนื่องจากขาดการนำองค์กรด้านนโยบายทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะหน่วยงานระดับท้องถิ่นซึ่งมีหน้าที่หลัก และมีทรัพยากรต่างๆ ที่จะป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนและมีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4
The 4th STOU Graduate Research Conference

2. **ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)** ประกอบด้วยบุคลากร งบประมาณ สิ่งสนับสนุน/เทคโนโลยี แผนงาน/โครงการและภาวะผู้นำของท้องถิ่น รัฐ/ผู้นำชุมชน ผลการศึกษาพบว่า

งบประมาณได้รับสนับสนุนอย่างเพียงพอและบริหารงบประมาณตามแผนงานอย่างคุ้มค่า โดยแหล่งงบประมาณที่สำคัญ คือกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสข.) ซึ่งมีการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสัมฤทธิ์ศรีธำรงค์สวัสดิ์และคณะ (2552) ที่พบว่า การเข้าถึงแหล่งทุนเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีนโยบายการกระจายอำนาจและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เอื้อต่อการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สาครอินโทโล (2551) ที่พบว่าองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญด้านการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดสรรงบประมาณพบว่าได้รับการจัดสรรตามแผนงาน แต่มีความล่าช้า เนื่องจากการบริหารจัดการของกองทุนฯ ในเรื่องการเบิก-จ่าย แตกต่างจากกลุ่มผู้นำชุมชน อผส./และอสม. ที่พบว่าได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มนี้ยังไม่มีความรู้ในการจัดทำแผนงาน ที่จะขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ถึงแม้จะเขียนกองทุนฯ จะเอื้อให้ภาคประชาชนจัดทำแผนงานได้ก็ตาม

ด้านสิ่งสนับสนุนและสารสนเทศเทคโนโลยี ผลการศึกษาพบว่า มีฐานข้อมูลตามกลุ่มของผู้สูงอายุซึ่งเป็นข้อๆได้เปรียบในการพัฒนาโครงการ ทั้งนี้จะเป็นจากการสำรวจของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ โดยถือว่าปัจจัยด้านฐานข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นขั้นแรกที่จะนำไปสู่การวางแผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ถูกต้องสอดคล้องตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามสำหรับปัจจัยนำเข้าด้านสิ่งสนับสนุน เช่น เอกสารวิชาการ วัสดุอุปกรณ์ ภายอุปกรณ์ต่างๆ ที่ทันสมัยและเพียงพอพบว่ามีน้อยซึ่งไม่เป็นไปตามหลักการบริหารที่ว่า ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการพิจารณาปัจจัยและทรัพยากรต่างๆ ขององค์กรซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สนับสนุนในการกำหนดทิศทางและกลยุทธ์ของโครงการที่มีประสิทธิภาพ (ณัฐพันธ์ เจริญนันท และนิตยาพร เสมอใจ, 2547, น. 90)

ด้านบุคลากร พบว่าปัจจัยด้านบุคลากรมีความเหมาะสมและเพียงพอระดับปานกลาง บุคลากรที่ดูแลมีส่วนที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ขาดบุคลากรเฉพาะทางที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ และขาดการพัฒนาสมรรถนะองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการของ (ทองหล่อ เดชไทย, 2545) ที่กล่าวว่าโครงการจะประสบผลสำเร็จลุล่วงด้วยดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหากมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอและเหมาะสมกับงานที่ทำ และหากบุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดี และการปฏิบัติที่ดีตามมา (สมเดช ศรีทัด, 2545) ผู้นำ จากการศึกษาพบว่าผู้นำภาครัฐมีความเหมาะสมระดับปานกลาง สำหรับผู้นำชุมชนมีความเหมาะสมระดับมาก โดยเฉพาะกิจกรรม สนับสนุนการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยร่วมกับ อผส./อสม. ส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนจะสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในวันที่มีการประชุมประจำเดือนหมู่บ้าน และวันจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุร่วมกับท้องถิ่นอีกด้วย ซึ่งเป็นตามหลักการที่ว่า ผู้นำที่แสดงความเชื่อในคุณค่าของภารกิจขององค์กรและจัดกระบวนการให้เกิด “ความมุ่งมั่นร่วม” (Shared Purpose) ภายในองค์กร เป็นสิ่งมีค่าสูงสุดที่ผู้นำจะพึงให้แก่องค์กร (วิจารณ์ พานิช, 2546)

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4
The 4th STOU Graduate Research Conference

3. ด้านกระบวนการ (Process) ประกอบด้วยการวางแผน/กำหนดกิจกรรม การจัดองค์กร การจัดบุคลากร การสั่งการ/การมอบหมาย การควบคุม ติดตามผล จากผลการศึกษาพบว่า

กระบวนการวางแผน พบว่าทุกกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินกระบวนการวางแผน/กำหนดกิจกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากการวางแผนเปรียบเสมือนผู้นำทางไปสู่ความสำเร็จ เพราะการวางแผนจะทำให้ทราบว่าการดูแลผู้สูงอายุมีแนวทางปฏิบัติอย่างไร มีหน่วยงานใดบ้างเป็นเครือข่ายในการทำงาน และสุดท้ายคือผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ การวางแผนจึงเป็นหลักการบริหารขั้นตอนที่ทุกองค์การจะลงมือปฏิบัติ (สมยศ นาวิการ, 2545) โดยพิจารณารายละเอียดกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการคัดกรอง/ตรวจสอบสุขภาพ การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการจัดทำแผนได้มาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการประสานความร่วมมือเป็นอย่างดีสอดคล้องกับการศึกษาของ นิชนันท์สุวรรณภู (2554) ที่พบว่าปัจจัยที่เอื้อต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุคือ การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมทำให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็น

การจัดบุคลากร ผลการศึกษาพบว่าทุกกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินการจัดบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง พิจารณารายละเอียดพบว่า บุคลากรได้รับการชี้แจงแนวทางปฏิบัติชัดเจน มีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานสอดคล้องกับการศึกษา ศรีสุนทรวินิช และคณะ (2555) ที่พบว่ากำหนดยุติรับผิดชอบโครงการของหน่วยงานและ สสจ.มีความเหมาะสม มีการกำหนดบทบาทชัดเจน

การจัดองค์กร การมอบหมายงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง กระบวนการที่ควรพัฒนาคือคำสั่งของคณะกรรมการแต่ละภาคส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุและด้านการวิเคราะห์แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างเครือข่ายยังมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชรเล็ก สมบัติ ปรียานุช โขชนวนิชย์ และธนิกานต์ สักดาพร (2552) ที่พบว่า ชุมชนมีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยตัวชี้วัดได้แก่การมีการมีทีมงาน คณะกรรมการที่เข้มแข็ง การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์

การควบคุม ติดตามผล พบว่า กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ มีระบบการส่งต่อและรายงานข้อมูลอยู่ในระดับน้อยแตกต่างกับกลุ่มบุคลากรท้องถิ่นที่มีการรายงานผลการปฏิบัติงานระดับปานกลาง การติดตามเยี่ยมระดับอำเภอและการจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านผลงานยังมีน้อย ไม่มีแผนการควบคุม กำกับ ติดตาม จึงไม่สามารถนำไปสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่เข้มแข็งได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่เป็นตามหลักการควบคุมของผู้บริหารที่ต้องมีการตรวจสอบการปฏิบัติงานว่าเป็นตามแผนที่วางไว้และได้มาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่แล้วแนะนำปรับปรุงการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน (สมคิด บางโม, 2553)

4. ด้านผลผลิต(Product)

4.1 ด้านผลที่เกิดขึ้น (Output)

ด้านการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาพรวมทุกกลุ่มประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษากลุ่มบุคลากรสุขภาพและกลุ่มบุคลากรท้องถิ่นพบว่ามีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย แผนงานดูแลผู้สูงอายุ และพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ค้นหาปัญหา จัดทำประชาคม พบในกลุ่ม ผู้นำชุมชน อสม./อสม.มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญรัตน์ หงส์คง (2551) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนคือชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ โดยการทำประชาคมเพื่อค้นหาปัญหา แตกต่างกับ

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4

The 4th STOU Graduate Research Conference

กลุ่มผู้สูงอายุที่พบว่า การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุยังพบน้อยที่สุด และประเด็นในการพัฒนาของการมีส่วนร่วมคือ การประเมินและติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันยังพบน้อย โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรท้องถิ่นและกลุ่มผู้นำชุมชน ,อผส.อสมจึงทำให้ขาดข้อมูลที่จะนำมาพัฒนาโครงการอย่างต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

ด้านความพึงพอใจพบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ระดับปานกลาง สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน อผส./อสมพึงพอใจมากที่สุดต่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนและทำให้มีความรู้ มีทักษะสามารถนำไปพัฒนาตนเอง ครอบคลุมได้ เนื่องจากกลุ่มนี้คือบุคคลที่ทำงานด้วยจิตอาสาและเสียสละต่อชุมชนทำงานในรูปของอาสาสมัคร สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพและการช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติ/ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของสมุทรศรีรังสวัศและคณะ (2552) ที่พบว่าครอบครัวยังมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.2 ด้านผลลัพธ์ ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพที่พึงประสงค์ค่อนข้างน้อย ร้อยละ 20.90 ซึ่งผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพกายคือข้อเสื่อมมากที่สุด ร้อยละ 24.70 ดัชนีมวลกายปกติเพียงร้อยละ 36.9 สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 25.0 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.4 จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาทั้งด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตสอดคล้องกับหลักการของ (มนูวาทิสุนทร, 2552) ที่พบว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่พบปัญหาทางด้านสุขภาพได้ง่าย ทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. หน่วยงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอควรมีกิจกรรมในการถ่ายทอดและชี้แจงนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน
2. ควรมีกองทุนสนับสนุนทั้งส่วนของจังหวัด อำเภอและระดับท้องถิ่น เพื่อร่วมกันจัดทำแผนงาน ระบบสนับสนุนทรัพยากร และระบบติดตามประเมินผล การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น
3. ควรศึกษาประสิทธิผลของอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน หรือพัฒนา/ออกแบบหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน ให้มีศักยภาพดียิ่งขึ้น
4. ควรพัฒนาบทบาทและศักยภาพของครอบครัว ซึ่งหน่วยงานภาครัฐควรมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้และเป็นตัวแทนกำกับคุณภาพบริการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่ไม่สามารถดูแลได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ควรศึกษาผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการดำเนินงานดำเนินแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4
The 4th STOU Graduate Research Conference

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ชัยรัตน์ หงส์คง. (2551). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชชัย วงพวงสร. (2540). หลักการวิจัยทางศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ทองหล่อ เดชไทย. (2554). หลักการบริหารงานสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ. ลาโท(กรุงเทพ).
- มนู วาทีสุนทร. (2545). *คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนัก ส่งเสริมสุขภาพอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2554). *ประชากรสูงอายุ*. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจารณ์ พาณิช. (2546). *การบริหารงานวิจัย:แนวคิดจากประสบการณ์*. กรุงเทพฯ:สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550). *ศูนย์เฝ้าระวังผลกระทบสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน: กลไกการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด.
- สาครอิน โทโล. (2551). การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก.
- สมเดช ศรีทัด. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำสถานีอนามัยในจังหวัดอุดรธานี. *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต*, สาขาบริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมคิด บางโม. (2553). *องค์การและการจัดการ*. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดีการพิมพ์.
- สมยศ นาวิก. (2545). *การบริหาร* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.(2553) *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว*. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. สรุปผลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยเขต11 จังหวัดนครศรีธรรมราช , 2555.
- สัมฤทธิ์ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐาบุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์สาส์ตย์, และขวัญใจอำนาจสัตย์เชื้อ. (2550). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชนนนทบุรี: มุลินีเพื่อการพัฒนานโยบาย สุขภาพระหว่างประเทศ.
- สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านประดู่หอม ตำบลท่าจีน อำเภอท่าเสา จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2556.
- Likert, Rensis. (1903). *The Human Organization: Its management and value*. New York: McGraw – Hill.
- Stufflebeam, D. et al. (1971) *Educational Evaluation and Decision Making*. Itasca, Ill: Peacock. Weekly
- Epidemiological Surveillance Report. Vol. 41 No. 20; May , 2010.