

การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

นางมนัสตรา อัจฉริยะเมธากุล

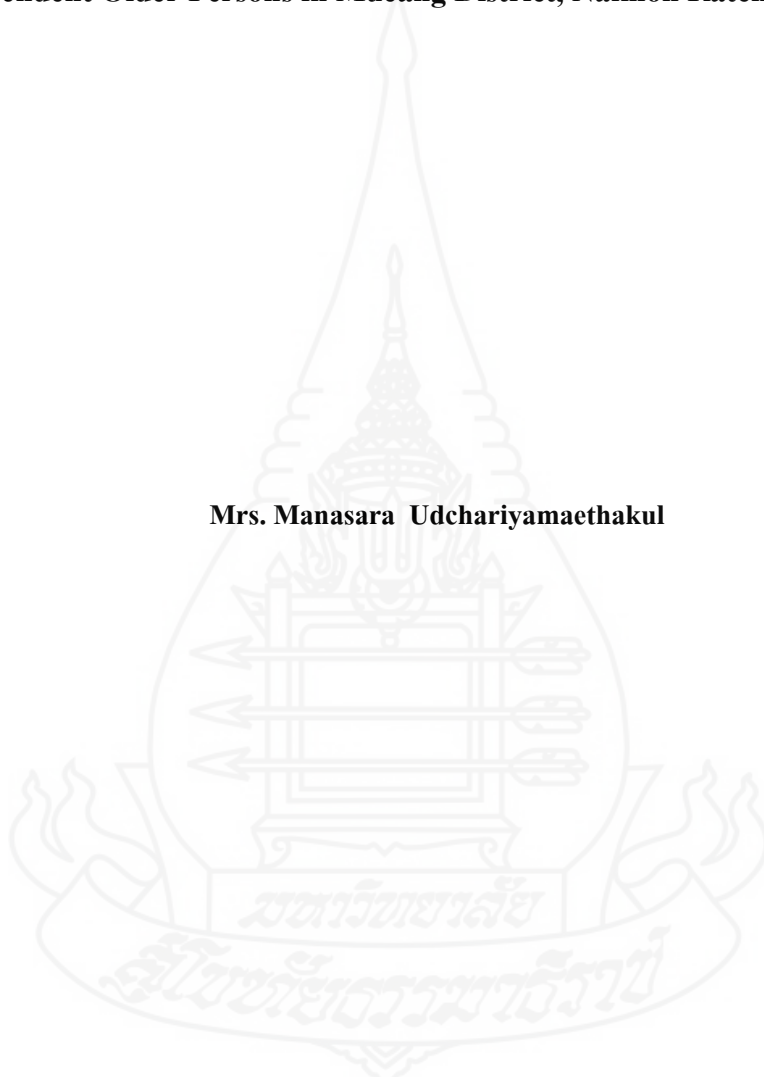


การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

**Evaluation of Long-Term Health Care System Operations
for Dependent Older Persons in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province**

Mrs. Manasara Udchariyamaethakul



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for

the Degree of Master of Public Health

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว
ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง
จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อและนามสกุล นางมนัสตรา อัจฉริยะเมธากุล

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



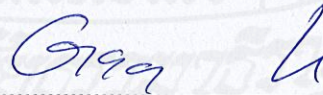
..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์)



..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)



(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลและชะงวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ผู้ศึกษา นางมนัสตรา อัจฉริยะเมธากุล **รหัสนักศึกษ** 2605001615 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรรณรัตน์ **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลในครั้งนี้ใช้แบบจำลองชิปปี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) สภาพแวดล้อม ได้แก่ นโยบายการดำเนินงาน (2) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความเหมาะสมเพียงพอของทรัพยากร บุคลากรงบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์และการจัดการระบบดูแลและชะงวด้านสาธารณสุข (3) กระบวนการ ได้แก่ การวางแผนดูแลรายบุคคลชะงวด้านสาธารณสุข การจัดบริการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข การจัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ การประเมินสภาพผู้สูงอายุการติดตามประเมินผล (4) ผลผลิต ได้แก่ ความครอบคลุมการได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานระบบดูแลและชะงวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ (5) ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะการดำเนินงานระบบการดูแลและชะงวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและชะงวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 25 คนเลือกโดยวิธีเจาะจงตำบลละ 1 คน (2) ผู้จัดการการดูแลและชะงวด้านสาธารณสุขจำนวน 25 คน เลือกโดยวิธีเจาะจง ตำบลละ 1 คน (3) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 คนเลือกโดยวิธีเจาะจง ตำบลละ 1 คน และ (4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จำนวน 170 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น และแบบวัดความพึงพอใจ ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 และ 0.84 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า (1) สภาพแวดล้อมมีนโยบายการดำเนินงานระบบการดูแลและชะงวด้านสาธารณสุขและให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ระดับมาก (2) ปัจจัยนำเข้าพบว่า มีทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ และการบริหารจัดการระบบดูแลและชะงวด้านสาธารณสุขมีความเหมาะสมและเพียงพอมีบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถเื้อต่อการจัดระบบการดูแลและชะงวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง (3) กระบวนการมีการวางแผนดูแลรายบุคคลชะงวด้านสาธารณสุข การจัดบริการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข การจัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์การประเมินสภาพผู้สูงอายุ การติดตามประเมินผลการดำเนินการคัดกรองและประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลรายบุคคลตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยทีมผู้จัดการการดูแลและชะงวด้านสาธารณสุข ทีมหมอบรรอบครัว และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ระดับมาก (4) ผลผลิต พบว่า ความครอบคลุมการได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง และ (5) ปัญหาและอุปสรรค พบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลและชะงวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวนไม่เพียงพอขาดความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงานและมีการะงานมาก ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารควรเพิ่มจำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานตามสัดส่วนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานจัดฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง จัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นทุกพื้นที่เพื่อผลักดันให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์ระดับตำบล/อำเภอ เพื่อรองรับภาวะพึ่งพิงที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ

คำสำคัญ การประเมินผล การดำเนินงาน ระบบการดูแลและชะงวด้านสาธารณสุข ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Independent Study title: Evaluation of Long-Term Health Care System Operations for Dependent Older Persons in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

Author: Mrs. Manasara Udchariyamaethakul; **ID:** 2605001615; **Degree:** Master of Public Health;

Independent Study advisor: Dr. Chawthip Baromtanarat, Associate Professor;

Academic year: 2019

Abstract

This evaluation research used the CIPP model and aimed to identify: (1) contexts such as implementation policy; (2) inputs such as appropriate resources, personnel, budget, tools, equipment and management of long-term health care (LTC) system; (3) processes such as individual LTC plans, services by health personnel, home/community-based care, medical equipment provision, older persons assessment, and monitoring/evaluation; (4) products such as service coverage according to the benefit package and satisfaction with LTC for dependent older persons; and (5) problems/obstacles of and make recommendations for improving the LTC system for dependent older persons.

The study samples involved four groups of respondents, including (1) 25 members, one purposively selected from each of the sub-district committees on LTC for dependent older persons, (2) 25 LTC managers, one purposively selected from each subdistrict, (3) 25 dependent older-person caregivers, one purposively selected from each subdistrict, and (4) all 170 dependent older persons who lived in Mueang Nakhon Ratchasima district. Data were collected using a questionnaire about the opinion and satisfaction with the reliability values of 0.96 and 0.84, respectively; and statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results showed that, concerning LTC for dependent older persons: (1) the contexts, including overall policies on LTC system implementation focusing on dependent older persons, were at the high level; (2) the inputs including suitable and adequate resources, personnel, budget, equipment, and LTC system management as well as knowledgeable and capable personnel for elderly LTC management were at the moderate level; (3) the overall processes, including older persons' individual LTC plans, services by health personnel, home/community-based care provision, medical equipment provision, general conditions' assessment, monitoring/evaluation, daily living activity assessment, individual care plan as per their benefit package by a team of LTC managers, family care team members, and elderly caregivers, were at the high level; (4) the overall products, including service coverage as per their benefit package and satisfaction, were at the moderate level; and (5) major problems/obstacles were inadequate personnel, especially LTC managers and caregivers, insufficient knowledge and working skills among such personnel, high workloads, lack of family and community participation, and inadequate medical equipment/supplies. It is thus suggested that relevant executives should allocate additional staff in proportion to the number of dependent older persons, develop a practical manual, set up a refresher training program on LTC on a continual basis, establish a local older persons fund in all localities to encourage community participation in the LTC system, and set up a sub-district/district prosthetic/orthotic center for dependent older persons who are in need of such devices.

Keywords: Evaluation, Operation, Long-term health care system, Dependent older persons

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความความกรุณาจากคณาจารย์หลายท่าน ที่ได้ถ่ายทอด ความรู้ประสบการณ์ให้คำปรึกษาแนะนำในด้านวิชาการ รวมทั้งให้ความช่วยเหลือ ในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาค้นคว้า อีสาระที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการศึกษาด้วยความเอาใจใส่ เป็นอย่างดียิ่ง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้การศึกษาค้นคว้าอีสาระฉบับนี้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย กรรมการสอบการศึกษา ค้นคว้าอีสาระในครั้งนี้ที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้ศึกษารู้อีกชาวซึ่งใน ความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทองทิพย์ สละวงศ์ลักษณ์ รองคณบดีฝ่ายวิจัย และบริการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา นางสาวนิตยา โชตินอก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และดร.ก้อง เต็มกระโทก หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้พิการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการ ปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา สาธารณสุขอำเภอโชคชัย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เขตอำเภอเมืองนครราชสีมา คณะอนุกรรมการสนับสนุน การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกท่าน ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขทุกท่าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงทุกท่าน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนที่เกี่ยวข้อง

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่สมบัติ กฤษณสุวรรณ ผู้ที่ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความรัก และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดเวลา ขอขอบคุณ คุณวุฒิชัย และเด็กหญิงนัทธชนัน อัจฉริยะเมธากุล ที่เป็นกำลังใจให้มีความพยายามอดทน โดยตลอด

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาค้นคว้าอีสาระฉบับนี้ ผู้ศึกษาขออุทิศเพื่อ สักการบูชา พระคุณบิดา มารดา และครูอาจารย์ด้วยความเคารพยิ่ง

มนัสตรา อัจฉริยะเมธากุล

กุมภาพันธ์ 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
กรอบแนวคิดการศึกษา	6
ขอบเขตการศึกษา	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่ได้รับ	11
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	12
บริบทอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และการดำเนินงานดูแลระยะยาว	
ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ (Long Term Care)	12
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	14
ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	
(Long term care)	36
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมิน การประเมินผล การประเมินผลโครงการ	55
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	80
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	91
ประชากรและตัวอย่าง	91
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	93
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	97
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	98
การเก็บรวบรวมข้อมูล	98

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	99
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	100
ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของประชากร	101
ส่วนที่ 2 ประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา	105
ส่วนที่ 3 การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงาน ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา	129
ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	132
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	135
สรุปผลการศึกษา	135
อภิปรายผล	141
ข้อเสนอแนะ	145
บรรณานุกรม	149
ภาคผนวก	158
ก แบบสอบถาม	159
ข ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	173
ประวัติผู้ศึกษา	175

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL)	23
ตารางที่ 2.2 ปัญหาอุปสรรคในการจัดการระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	35
ตารางที่ 2.3 ชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตาม หลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	47
ตารางที่ 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของการประเมินความก้าวหน้า และการประเมินผลรวมกับประเภทของการประเมิน	76
ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จำแนกตามตำบล ...	92
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำแนกตามคุณลักษณะของประชากร	101
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร ...	103
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม (Context) ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายชื่อ	106
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม (Context) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจำแนกตามภาพรวม และรายชื่อ	107
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม (Context) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวม และรายชื่อ	108
ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายชื่อ	109
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จำแนกตามภาพรวมและรายชื่อ ...	110

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ	111
ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ	113
ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจำแนกตามภาพรวม และรายข้อ	114
ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามภาพรวม และรายข้อ	116
ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านผลผลิต(Product) ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ	117
ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านผลผลิต (Product) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ	118
ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านผลผลิต(Product) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ	120
ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเฉลี่ยของ คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว (LTC) ผู้จัดการ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงาน ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้าน สภาพแวดล้อม จำแนกตามภาพรวมและรายข้อ	121

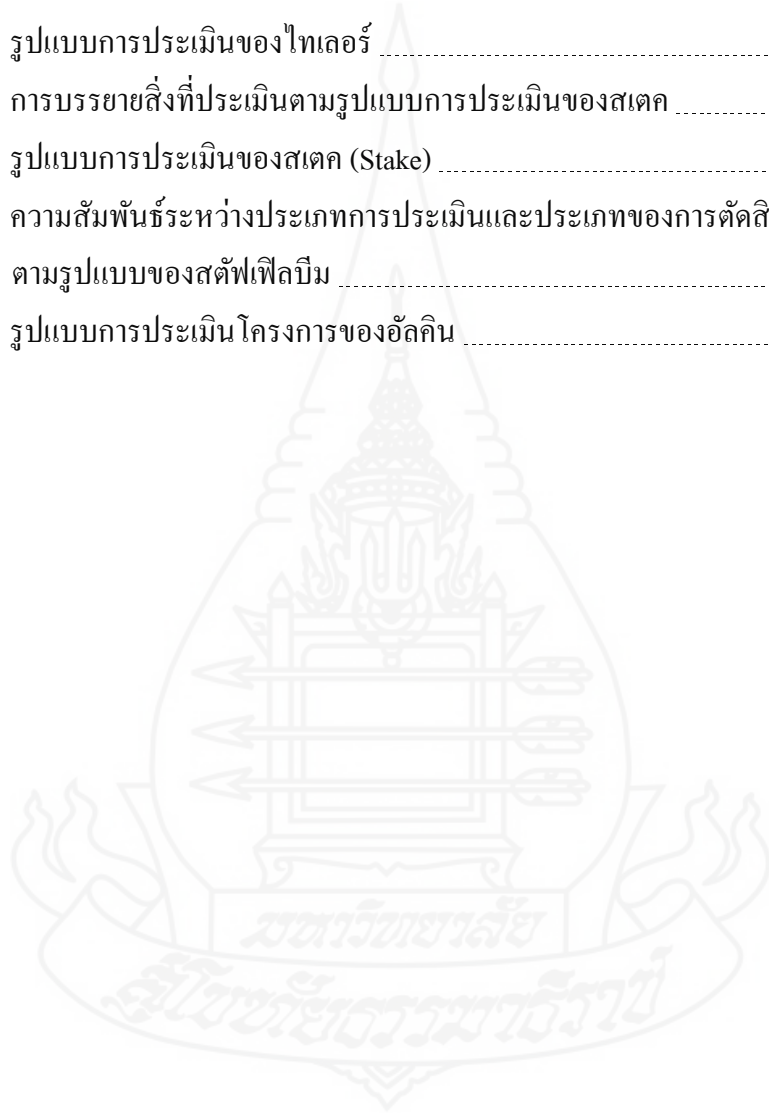
สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.16	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเฉลี่ยของ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว (LTC) ผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุขและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ต่อการดำเนินงานระบบ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านปัจจัยนำเข้า จำแนกตามภาพรวมและรายข้อ	123
ตารางที่ 4.17	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว (LTC) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามภาพรวมและรายข้อ	125
ตารางที่ 4.18	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านผลผลิต (Product) ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (LTC) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ	127
ตารางที่ 4.19	จำนวน ร้อยละ และระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงต่อการ ดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ..	129

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา	6
ภาพที่ 2.1 การประเมิน	56
ภาพที่ 2.2 รูปแบบการประเมินของไทเลอร์	64
ภาพที่ 2.3 การบรรยายสิ่งที่ประเมินตามรูปแบบการประเมินของสแตค	70
ภาพที่ 2.4 รูปแบบการประเมินของสแตค (Stake)	71
ภาพที่ 2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทการประเมินและประเภทของการตัดสินใจ ตามรูปแบบของสตัฟเฟิลบีม	75
ภาพที่ 2.6 รูปแบบการประเมิน โครงการของอัลคิน	79



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนตัวอย่างจำนวน 83,880 ครัวเรือน ทุกจังหวัดทั่วประเทศ ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2560 พบว่า มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด เป็นชาย 5.08 ล้านคน (ร้อยละ 15.4) และหญิง 6.23 ล้านคน (ร้อยละ 18.0) เมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงวัย คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะพบว่า ส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 57 แนวโน้มอัตราของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (จากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 ร้อยละ 12.2 ในปี 2554 ร้อยละ 14.9 ในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ในปี 2560) ตั้งแต่ปี 2548 โครงสร้างด้านประชากรของประเทศไทยเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัย” (Aged society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 และตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อประชากรผู้สูงอายุ มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อประชากรผู้สูงอายุ มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (กฤษพงศ์ โนดไธสง, 2561) และในปี พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุวัยปลายหรือผู้ที่มีอายุ 80 ปี จะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 5 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด หรือร้อยละ 20 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากรวัยผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) นั่นหมายถึงว่าประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

เมื่อถึงวัยผู้สูงอายุร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอย เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง และความพิการตามมา (ปีทมา ว่าพัฒนางศ์ และคณะ, 2552) มีความต้องการพึ่งพิงบุคคลอื่นและอาจมีภาวะทุพพลภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลเหล่านี้ต้องเผชิญปัญหาต่างๆ และมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ยังได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก จึงทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้

มีความต้องการในหลายด้าน ได้แก่ ความต้องการ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกายด้านการดูแลและช่วยเหลือจากครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านจิตใจ (เกรียงไกร ชื่อเต็ม, 2552) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจากผู้ดูแล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจึงได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านระบบการดูแลระยะยาว โดยในปีงบประมาณ 2559 สนับสนุนงบประมาณให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวน 600 ล้านบาท เพื่อจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กว่า 1,000 แห่ง รวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายครอบคลุม 500,000 ราย (ร้อยละ 50) ครอบคลุม 5,000 พื้นที่ และเพิ่มเป็น 1 ล้านราย ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศในปี 2560 และ 2561 ตามลำดับ โดยความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้จัดบริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ตลอดจนครอบครัวอันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

จังหวัดนครราชสีมา แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 32 อำเภอ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 2,642,064 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 368,970 คน คิดเป็นร้อยละ 13.96 ดำเนินการตรวจคัดกรองและประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจำนวน 281,266 คน คิดเป็นร้อยละ 97.91 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุติดสังคม 275,395 คน คิดเป็นร้อยละ 97.91 ผู้สูงอายุติดบ้าน 4,428 คน คิดเป็นร้อยละ 1.57 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1,443 คน คิดเป็นร้อยละ 0.52 และได้มีการดำเนินงานจัดระบบบริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาตั้งแต่ปี 2559 โดยมีตำบลสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 256 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 88.58 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 25 ตำบล มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 395,952 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 60,343 คน คิดเป็นร้อยละ 15.24 นับว่าเป็นอำเภอที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุ ในปี 2559 เริ่มมีการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีตำบลที่สมัครเข้าร่วมการดำเนินงาน จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 37 และในปี 2560 มีตำบลที่สมัครเพิ่มจำนวน 15 แห่งครอบคลุมทุกตำบล (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC, 2561) ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุและประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 31,879 คน พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุติดสังคม 31,221 คน คิดเป็นร้อยละ

97.94 คิดบ้าน 511 คน คิดเป็นร้อยละ 1.60 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 170 คนคิดเป็นร้อยละ 0.53 ได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน ดังนี้ อบรมผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จำนวน 99 คน อบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 205 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ, 2562)

จากการศึกษาของ ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ (2561) พบว่า ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้ดูแลที่เป็นญาติมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น โดย พิชิต สุขสบาย (2560) ศึกษาพบว่า นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยทีมหมอบรรเทา ในด้านบริบทเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เห็นด้วย โดยเห็นว่าทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นนโยบายที่ดีควรดำเนินการต่อไป จากการศึกษารวิวรรณ ศิริสมบูรณ์ และณภัทรกฤษ จันทวงษ์ (2558) พบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ด้านมีส่วนสนับสนุนให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จ ได้แก่ ความสอดคล้องของโครงการกับบริบททางสังคมกับนโยบายขององค์กร การมีปัจจัยเบื้องต้นคือ ความพร้อมด้านทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ มีงบประมาณ ทำให้การดำเนินโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ได้เป็นอย่างดี ถนอมรัตน์ และเพชร ชวนะพันธ์ (2559) ศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับ ครอบครัวและองค์กรชุมชนและมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณในการดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของยศ วัชรคุปต์ และคณะ (2561) ที่ว่าโครงการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เป็นโครงการที่มีประสิทธิผลมากกว่ารูปแบบเดิมแต่ในขณะเดียวกันยังพบว่า การดำเนินงานดังกล่าวมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ พิชิต สุขสบาย (2560) พบว่าปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของทีมหมอบรรเทา ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ จำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย และมีภาระงานมาก เช่นเดียวกับ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561) ศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังมีข้อจำกัดของระเบียบด้านงบประมาณที่ทำให้การทำงานในพื้นที่ไม่คล่องตัวอำนาจในการตัดสินใจยังคงอยู่ในระดับนโยบายหรือขึ้นอยู่กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในหลายประเด็น และใช้เกณฑ์ตามระเบียบข้อบังคับในการกำหนดรูปแบบเดียวกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ทั้งที่บริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน เช่น บริบทความเป็นชุมชนเมืองหรือชุมชนชนบท ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงาน

จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่ได้ประสิทธิผลอย่างเต็มที่

กระบวนการวิจัยนั้น มีรูปแบบการประเมินโครงการที่ใช้กันมาก เช่น รูปแบบการประเมินตามวัตถุประสงค์ของ ราล์ฟ ไทเลอร์ (Ralph W. Tyler) รูปแบบการประเมินเชิงตัดสินคุณค่าของโรเบิร์ตสแตก (Robert E. Stake) รวมทั้งรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจของแดเนียลสตัฟเฟิลบีม (Daniel L. Stufflebeam) เรียกว่า การประเมินรูปแบบซิปป์ (CIPP Model) ซึ่งได้รับความนิยมน้อยกว่าหลาย เนื่องจากการประเมินเชิงระบบตัวอย่าง เช่น การวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนาต้นแบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2555 (ปนัดดา ไชยชมพู และธันวดี ฐีรอบ, 2555) การบริหารโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช(พนมวัลย์ แก้วหืด และคณะ, 2556) การประเมินผลโครงการ การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุในชุมชน (ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุลและเนตรรัชนี ตั้งภาคภูมิ, 2557) โครงการการประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพพระดั่งอำเภอ จังหวัดตาก (ปราโมชย์ เลิศขามป้อมและคณะ, 2557) การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี (รวิวรรณศิริสมบุรณ์, ณภัทรกฤษจันทพงษ์, 2558) การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของทีมหมอครอบครัว อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี (พิชิต สุขสบาย, 2559) การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (ณัฐวรรณ แยมละมัย และสุณี หงส์วิเศษ, 2561) การประเมินการบริหารระบบสวัสดิการผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลร่องกาศ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ เป็นต้น

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าการประเมินรูปแบบซิปป์ (CIPP Model) สามารถนำมาใช้เป็นแนวคิดในการประเมินผลโครงการ การดำเนินงานได้ดี ผู้วิจัยจึงใช้การประเมินซิปป์ (CIPP Model) ของStufflebeam (1971) (พนมวัลย์ แก้วหืด และคณะ, 2557) เป็นกรอบในการศึกษาเพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยทำการประเมินผล 4 ด้าน คือ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิตรวมทั้งข้อปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดคุณภาพบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงาน อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งยังสามารถลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของผู้สูงอายุต่อไป

2. คำถามในการวิจัย

2.1 ปัจจัยสภาพแวดล้อมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา หรือไม่

2.2 ปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสม เพียงพอ ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา หรือไม่

2.3 ปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีความสอดคล้องตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ หรือไม่

2.4 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีความพึงพอใจต่อดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่อย่างไร

2.5 การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา

3.2 วัตถุประสงค์การวิจัยเฉพาะ

3.2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ นโยบายการดำเนินงาน

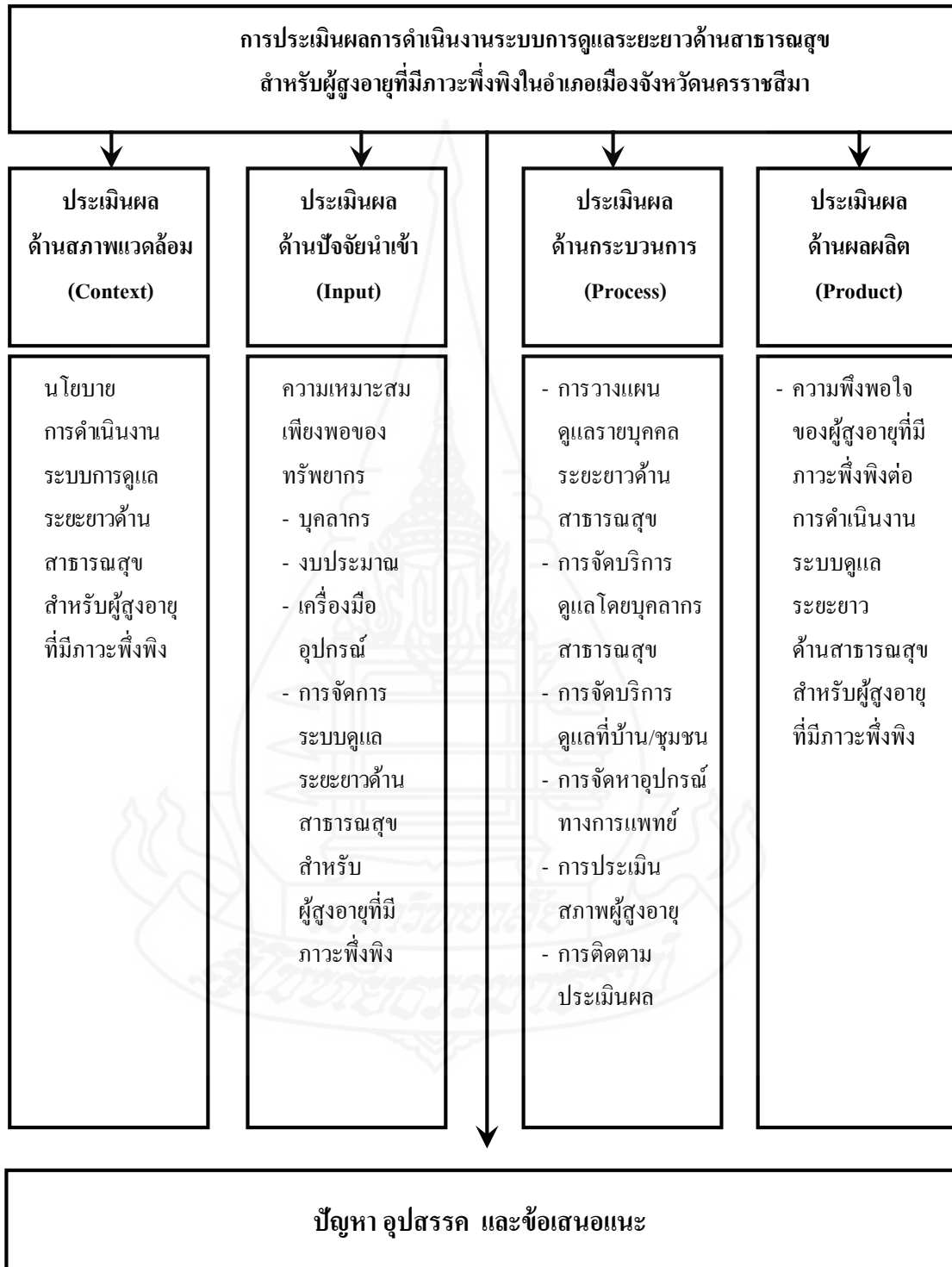
3.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความเหมาะสมเพียงพอของทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์และการบริหารจัดการ

3.2.3 เพื่อศึกษาด้านกระบวนการ ได้แก่ การวางแผนดูแลรายบุคคล การจัดบริการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข การจัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชนการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ การประเมินสภาพผู้สูงอายุการติดตามประเมินผล

3.2.4 เพื่อศึกษาด้านผลผลิต ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.2.5 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

4. กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

5. ขอบเขตการศึกษา

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1.1 คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เลือกลเฉพาะเจาะจง ตำบลละ 1 คน จำนวน 25 คน

5.1.2 ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เลือกลเฉพาะเจาะจง ตำบลละ 1 คน จำนวน 25 คน

5.1.3 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เลือกลเฉพาะเจาะจง ตำบลละ 1 คนจำนวน 25 คน

5.1.4 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 170 คน ศึกษาทุกหน่วยประชากร (Total population)

5.2 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเพื่อทำการประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบจำลอง ชิปปี้ (CIPP Model) เพื่อประเมินปัจจัย 4 ด้าน ดังนี้

5.2.1 ประเมินผลด้านสภาพแวดล้อม (Context evaluation) ได้แก่ นโยบายการดำเนินงาน

5.2.2 ประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) ประเมินผลเกี่ยวกับทรัพยากร ได้แก่ ความเหมาะสมเพียงพอของทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ และการบริหารจัดการ

5.2.3 ประเมินผลด้านกระบวนการ (Process evaluation) ประเมินระบบการดูแลครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ ได้แก่ การวางแผนดูแลรายบุคคล การจัดการบริการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข การจัดการบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ การประเมินสภาพผู้สูงอายุการติดตามประเมินผล

5.2.4 ประเมินผลด้านผลผลิต (Product evaluation) ประเมินผลที่เกิดขึ้นหลังจากการดำเนินงาน ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5.3 ระยะเวลา 9 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 – มีนาคม 2563

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

6.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มที่มีค่าคะแนนระหว่าง 4-11 คะแนน ตามหลักเกณฑ์การประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนทางสมอง และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย และกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง

6.3 ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ บริการการตรวจคัดกรองสุขภาพ, ประเมินความต้องการดูแล, บริการเยี่ยมบ้าน, บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, บริการกายภาพบำบัด, บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์

6.4 คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง คณะทำงานที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

6.4.1 ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธานอนุกรรมการ

6.4.2 ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 2 คนเป็นอนุกรรมการ

6.4.3 หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นหรือผู้แทนจำนวน 1 คนเป็นอนุกรรมการ

6.4.4 สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

6.4.5 หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

6.4.6 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

6.4.7 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

6.4.8 ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ที่ได้รับมอบหมายจำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ โดยมีอำนาจหน้าที่ พิจารณานุมัติโครงการแผนการ

ดูแลรายบุคคล (Care plan) รวมถึงค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการหรือสถานบริการ

6.5 ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด

6.6 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด

6.7 แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แผนการจัดบริการสาธารณสุข รายบุคคลตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย, จิตใจสิ่งแวดล้อมตามระดับความ พึ่งพิง และด้านความจำเป็นในการรับบริการจากรัฐ

6.8 ชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง สิทธิการดูแลของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2561 ได้แก่ การวางแผนการดูแลรายบุคคล การให้บริการดูแล การจัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน การจัดหา อุปกรณ์ทางการแพทย์ช่วยเหลือ การประเมินสภาพผู้สูงอายุ

6.9 การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลการ จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา โดยใช้แบบการประเมิน CIPP Model เป็นรูปแบบในการศึกษา ซึ่งมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมด้าน ปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ซึ่งมีรายละเอียดใน การประเมินดังนี้

6.9.1 ด้านสภาพแวดล้อม (Context) หมายถึง การประเมินผลเพื่อให้ได้ข้อมูล นโยบายการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดทำแนวทางที่กำหนดทิศ ทางการดำเนินงาน โดยประเมินการมีนโยบาย การมีส่วนร่วม และความครอบคลุม ได้แก่ การมี แผนจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการสนับสนุน บุคลากร งบประมาณวัสดุอุปกรณ์

6.9.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึง การประเมินผลเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับ ทรัพยากรและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการดำเนินงาน

1) **บุคลากร** หมายถึง ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)

2) **งบประมาณ** หมายถึง การประเมินค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการจัดบริการ ที่ได้มา จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) *วัสดุอุปกรณ์* หมายถึง เครื่องมือที่มีความจำเป็นตามระดับความพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ กายอุปกรณ์

4) *การบริหารจัดการ* หมายถึง ระบบการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานต่างๆ

6.9.3 ด้านกระบวนการ (Process) หมายถึง การประเมินผลการจัดกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561

1) *การวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)* หมายถึง การประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลตามระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)

2) *การให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข* หมายถึง การจัดบริการโดยบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

3) *การจัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน* หมายถึง กิจกรรม/รูปแบบการให้บริการและความถี่ของการให้บริการตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็นสำคัญ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ตามคำแนะนำและมอบหมายของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)

4) *การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์* หมายถึง การจัดหาอุปกรณ์การแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพปัญหา

5) *การดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล* หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Index) โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุข

6.9.4 ด้านผลผลิต (Product) หมายถึง การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ระดับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อการดำเนินงาน

6.10 ปัญหาอุปสรรค หมายถึง สิ่งที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ในความคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

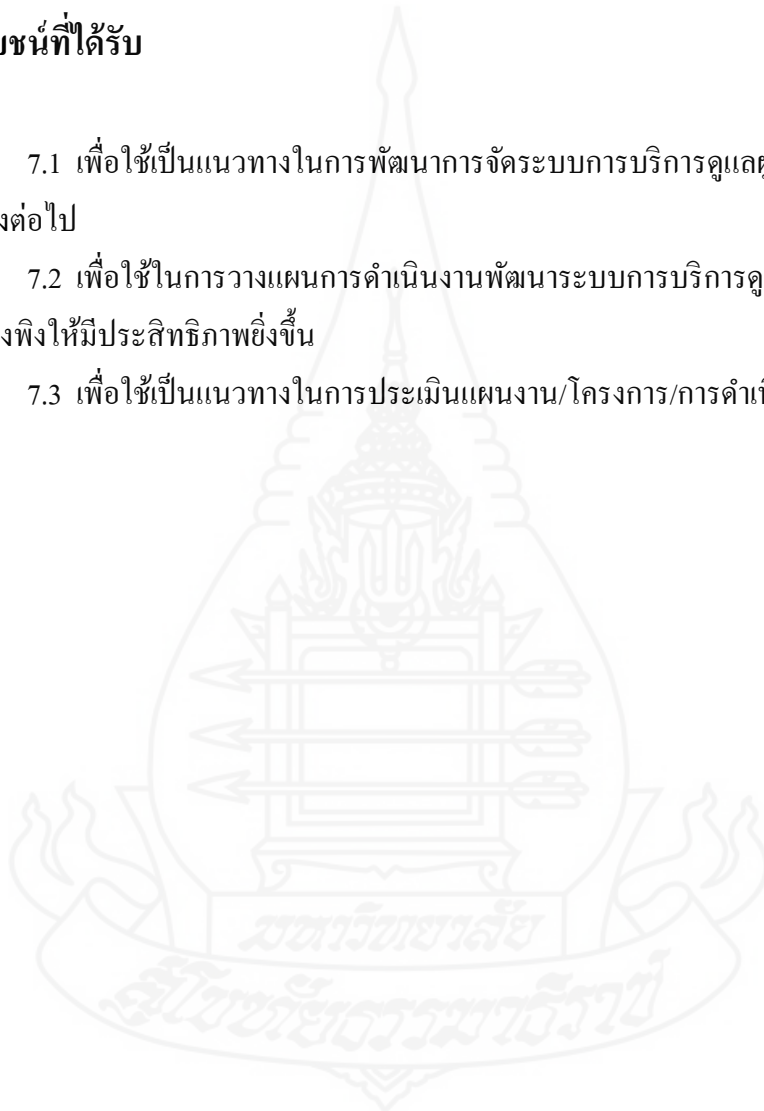
6.11 ข้อเสนอแนะ หมายถึง ข้อคิดเห็นของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาทั้งด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ในการดำเนินงาน

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

7.2 เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

7.3 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินแผนงาน/โครงการ/การดำเนินงานอื่นๆ



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดตัวแปรการวิจัย และสร้างเครื่องมือ เพื่อเป็นแนวทางให้เกิดความชัดเจนของการประเมินผลดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. บริบทอำเภอเมืองนครราชสีมา และการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ (Long Term Care)
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการประเมิน การประเมินผล การประเมิน โครงการ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ (Long Term Care)

อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มีพื้นที่ทั้งสิ้น 478,343 ไร่ 765.35 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางตอนกลางของจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 464,939 คน จำนวนครัวเรือน 229,351 ครัวเรือน (สาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา, 2560) แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 25 ตำบล ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. ในเมือง (Nai Mueang) | 8. หมื่นไวย (Muen Wai) |
| 2. โปธิ์กลาง (Pho Klang) | 9. พลกรัง (Phon Krang) |
| 3. นหนองจะบก (Nong Chabok) | 10. นหนองไผ่ล้อม (Nong Phai Lom) |
| 4. โคนสูง (Khok Sung) | 11. หัวทะเล (Hua Thale) |
| 5. มะเริง (Maroeng) | 12. บ้านเกาะ (Ban Ko) |
| 6. นหนองระเวียง (Nong Rawiang) | 13. บ้านใหม่ (Ban Mai) |

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 7. ปรุใหญ่ (Pru Yai) | 14. พุดซา (Phutsa) |
| 15. บ้านโพธิ์ (Ban Pho) | 21. สีมุ่ม (Si Mum) |
| 16. จอหอ (Cho Ho) | 22. ตลาด (Talat) |
| 17. โคกรวด (Khok Kruat) | 23. พะเนา (Phanao) |
| 18. ไชยมงคล (Chai Mongkhon) | 24. หนองกระทุ่ม (Nong Krathum) |
| 19. หนองบัวศาลา (Nong Bua Sala) | 25. หนองไข่น้ำ (Nong Khai Nam) |
| 20. สุรนารี (Suranari) | |

มีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา (สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2560) ดังนี้

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,000 เตียง
โรงพยาบาลจิตเวช	เป็นโรงพยาบาลขนาด 400 เตียง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 26 แห่ง

มีประชากรผู้สูงอายุ 60,343 คน คิดเป็นร้อยละ 12.98 จากประชากรทั้งหมด นับว่าเป็นอำเภอที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุ ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุ และประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 31,221 คน คิดเป็นร้อยละ 97.94 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 511 คน คิดเป็นร้อยละ 1.60 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 0.53 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC, 2561)

การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินงานครั้งแรกในปี 2559 โดยทุกตำบลในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา สัมครเข้าร่วมกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 100 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครบทุกตำบล มีการพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2562)

1.1 ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จำนวน 99 คน

1.2 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ตามหลักสูตรของกรมอนามัย จำนวน 205 คน

1.3 จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan) จำนวน 798 ราย

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้หลายความหมายรายละเอียดดังนี้

การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ ได้นิยามความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations : UN) ยังไม่มีคำนิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไร จึงจะเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ (Older/Elderly person) แต่องค์การสหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไป ในการนำเสนอสถิติข้อมูลตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ให้ความหมายของ ผู้สูงอายุว่าหมายถึงบุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (ปราโมทย์ ปราสาทกุล, 2559)

วินัส วัชวณะ (2550) อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยยึดหลักเกณฑ์ขององค์การระหว่างประเทศ และตามกฎหมายการปกครองของข้าราชการไทย

ชุตินันท์ เกียนคอน (2554) อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 0 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมถอยทางร่างกาย และมีความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ซึ่งในการศึกษารวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ส่วนผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย (ในประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เกณฑ์อายุ 65 ปีขึ้นไป)

องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งเกณฑ์ผู้สูงอายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

ผู้สูงอายุ (Elderly)	มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี
คนชรา (Old)	มีอายุระหว่าง 75 - 90 ปี
คนชรามาก (Very old)	มีอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ ยังได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (ปราโมทย์ ปราสาทกุล, 2559)

1) *สังคมสูงวัย (Aged society)* หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7

2) *สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society)* หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดหรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14

2.1.2 *สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society)* หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 20

2.1.3 *การเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุ* การเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุ เนื่องจากกระบวนการชรา มีความซับซ้อน มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ จนถึงอวัยวะ ซึ่งถือว่าการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุนี้แบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน คือ (วิมล บ้านพวน, 2558)

1) *การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย* (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ซึ่งความจริงแล้วการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้เกิดขึ้นตั้งแต่อายุยังไม่มาก แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเปลี่ยนแปลงจึงเกิดมากขึ้น และสังเกตเห็นชัดเจน ซึ่งได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในระบบดังต่อไปนี้

(1) ระบบผิวหนัง : ผิวหนังแห้งและหยาบกร้าน เนื่องจากต่อมเหงื่อและต่อมไขมันลดการทำงานลง ทำให้ผู้สูงอายุคันตามผิวหนังได้บ่อยๆ ความไวต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของผิวหนังลดลง ทำให้เกิดอันตรายต่อผิวหนังได้ง่าย ควรแนะนำการระวังอุบัติเหตุ เช่น การไม่เดินเท้าเปล่าหรือการหีบจับของร้อน การตอบสนองต่อการบาดเจ็บในลักษณะการอักเสบลดลง ทำให้อาการบวมแดง ร้อนอาจไม่ชัดเจน การวินิจฉัยอาจทำได้ยากขึ้น

(2) ระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ : กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงทำให้หกล้มได้ง่ายเมื่อร่างกายเสียสมดุล มวลกระดูกลดลงทำให้พบภาวะกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักเพิ่มขึ้น กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อจะบางลง ความสามารถรับแรงกระแทกลดลง ทำให้สูญเสียความยืดหยุ่นของกระดูกอ่อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บและโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ได้ง่าย

(3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นหัวใจสูงสุดลดลงทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสวูบหมดสติหรือภาวะหัวใจวายได้ง่าย

ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้างเพิ่มขึ้นตามอายุทำให้พบโรคความดันโลหิตสูงขึ้นตามอายุ และเกิดความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าได้ง่าย

(4) ระบบทางเดินหายใจ : พบว่าผู้สูงอายุต้องออกแรงหายใจในขณะที่พักมากกว่า

(5) ระบบทางเดินอาหาร : การรับรู้รสอาหารเสื่อมลง ผู้สูงอายุจะเสียการรับรสเค็ม และขม ขณะที่รับรสหวานและเปรี้ยวได้ปกติ จึงทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสเค็มส่งเสริมการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การแนะนำให้ลดอาหารเค็มมักไม่ค่อยได้ผล ปริมาตรของตับและการไหลเวียนเลือดไปที่ตับลดลงทำให้ Drug metabolism ลดลง

(6) ระบบไตและทางเดินปัสสาวะ : จำนวนและขนาด Nephron ลดลง ร่วมกับการไหลเวียนเลือดไปไตลดลง ทำให้อัตราการกรองลดลงหลังอายุ 40 ปี

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ได้แก่

(1) ด้านการรับรู้ : ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก เพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัว

(2) การแสดงออกทางอารมณ์ : ลักษณะของความท้อแท้ น้อยใจ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้า

(3) ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง : ผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น

(4) การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง : เพื่อไม่ให้เป็นการก้าวก่ายผู้อื่น พึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง

(5) การยอมรับสภาพของการเข้าสู่วัยสูงอายุ : จะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการศึกษาปฏิบัติตามคำสอนในศาสนา บางคนอยากอยู่ร่วมกับลูกหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมจะลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างไปจากสังคม คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือไม่ให้ความรับผิดชอบ จากบทบาทที่เคยเป็นผู้นำครอบครัว จะกลายเป็นผู้อาศัยหรือผู้ตาม

2.1.4 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2558) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทุกระบบของร่างกายแต่เป็นไปอย่างช้าๆ จะปรากฏชัดเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังนั้นเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและเข้าใจผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จึงมีหลักช่วยจำตามคำย่อ R-A-M-P-S

1) *R-reduce body reserve* ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยา เนื่องจากความชราในทุกระบบของอวัยวะในร่างกาย

2) *A-atypical presentation* แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

(1) อาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรคที่พบในผู้ป่วยทั่วไป อาจไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น คิมน้ำบ่อ บัสสาวะบ่อย ในผู้ป่วยทั่วไปอาจเป็นเบาหวานแต่ในผู้สูงอายุอาจไม่มีอาการดังกล่าว

(2) อาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจนที่เรียกว่า Geriatric giant เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างมาก โดยอาการเหล่านี้จะเกิดจากโรคต่างๆ ได้มากมายหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่

Instability หมายถึง ภาวะหกล้ม

Immobility หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเดิน

Incontinence หมายถึง อาการปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด

Intellectual impairment หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลันจะบ่งถึงภาวะ ซึม สับสนเฉียบพลัน (Delirium) และถ้าเป็นเรื้อรังจะบ่งถึงภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

Atrogenesis หมายถึง โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction)

Inanition หมายถึง ภาวะขาดสารอาหาร

3) *M-multiple pathology* นอกจากผู้สูงอายุจะมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันแล้ว พยาธิสภาพเหล่านั้นยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งจากพยาธิสภาพเองและจากการดูแลรักษา โดยทั่วไปกลุ่มโรคที่พบบ่อยในคลินิกผู้สูงอายุจะมี 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

(1) กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ (Musculoskeletal disorder) เช่น โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) โรคผลึกเกลือสะสมที่ข้อ (Crystal-associated arthritis) โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ภาวะกระดูกหัก เป็นต้น

(2) กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (Atherosclerosis) เช่น โรคความดันสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Peripheral arterial disease) เป็นต้น

(3) กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจเกิดจากโรคชนิดต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ ภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน และกลุ่มโรคทางจิตประสาท เช่นภาวะซึมเศร้า (Depression)

4) *P-polypharmacy* ผู้สูงอายุมักจะได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกัน เนื่องจากมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือระบบการเข้าถึงยาที่ประชาชนสามารถซื้อยาได้เองจากร้านขายยา โดยไม่จำเป็นต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ หรือการได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสม

5) *S-social adversity* ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม หลังจากเกษียณอายุ จากการทำงาน การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น เนื่องจากการย้ายบ้าน ไปใกล้ที่ทำงาน หรือการออกรถยนต์ไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ โทไฮ และเจตท์ (Touhy & Jett, 2010) กล่าวว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการดำรงชีวิตในเรื่องต่างๆ ดังนี้

(1) การพักผ่อนและนอนหลับ (rest and sleep) อย่างเพียงพอ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย โดยการนวด การจัดทำทางในการนอนเพื่อลดความเจ็บปวด หรือความสุขสบาย เป็นต้น และต้องการการดูแลเมื่อมีปัญหาการนอนหลับ โดยการประเมินแบบแผนการนอนหลับ ปัญหาสุขภาพทางกาย ทางจิต ยาและอาหารที่ได้รับ และการมีกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับของผู้สูงอายุ เช่น การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ส่งเสริมการนอนหลับ หลีกเลี่ยงการหลับในช่วงกลางวัน ตื่นนอนให้เป็นเวลา และงดการใช้สาร หรือยากระตุ้นประสาท เช่น กาแฟ เหล้า หรือยากระตุ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรตระหนัก

(2) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการประเมินผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ เปลี่ยนท่านอนหรือตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้วัสดุที่นุ่มรองรับน้ำหนักบริเวณปุ่มกระดูกที่รับน้ำหนักมากที่สุด ดูแลไม่ให้ผิวหนังเปียกชื้น ที่นอนต้องเรียบตึงเพื่อลดแรงเสียดสีและต้องดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

(3) การป้องกันการหกล้ม โดยการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้าน เช่น พื้นบ้านควรเป็นพื้นเรียบและไม่ควรขัดมัน พื้นห้องน้ำต้องเสมอกันไม่มันวาว บันไดต้องมีราวจับและบริเวณบันไดไม่ควรมีพรมปู โถส้วมเป็นแบบนั่งราบและควรมีราวจับ ใกล้โถส้วมและควรมีสัญญาณฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือ เป็นต้น นอกจากนี้ควรดูแลเรื่องการออกกำลังกาย

เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (อรทัย พรหมแก้ว, 2558) และควรเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยาโดยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

(4) เฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการสังเกตอาการและอาการแสดงจัดให้อยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัยและคุ้นเคยส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคัมรวมทั้งการพาผู้สูงอายุไปเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพเมื่อมีอาการรุนแรง

(5) การดูแลอย่างใกล้ชิด การจัดการอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความ ต้องการการรับประทานอาหารร่วมกันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีรู้สึกอบอุ่นที่ได้อยู่ท่ามกลาง บุตรหลาน ส่งผลให้รับประทานอาหารได้ตามปกติและช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นไม่มี ปัญหาการขาดสารอาหารและมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต (ยุภาวรรณ ทองตะนูนาม และศิริวรรณ มินัญ, 2557) รวมถึงการดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

(6) การดูแลแบบทั้งหมดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ข้อต่างๆ ฝึกความคงทนแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อส่งเสริมการทำงานของร่างกายให้กลับสู่สภาพเดิมหรือ ใกล้เคียงมากที่สุด และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากควรได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยการ ป้องกันอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน ดูแลไม่ให้ความพิการเลวลง และฟื้นฟูให้เข้าสู่สภาพปกติ

(7) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถ ปรับตัวและเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

(8) การดูแลสุขภาพฟัน โดยการดูแลทำความสะอาดปากและฟัน สุขวิทยา ในช่องปากและการตรวจฟัน

(9) การดูแลเรื่องการใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.1.5 ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่

1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ผลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าแม่ผู้สูงอายุไทยจำนวนถึงร้อยละ 88 ไม่ต้อง มีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน แต่ผู้สูงอายุจำนวนที่เหลือคือร้อยละ 12 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการ ดำรงชีวิต และถ้าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเกิดความพิการ การดูแลรักษาจะไม่ประสบ ผลสำเร็จถ้าละเลยประเด็นเรื่องผู้ดูแล และต้องดูแลต่อเนืองที่บ้าน และเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผนเพื่อเตรียมก่อนกลับบ้าน

2) เศรษฐฐานะ ถึงแม้จะมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้สูงอายุ โดยไม่คิดมูลค่าโดยรัฐตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุเป็นรายเดือนแล้วก็ตาม แต่ผู้สูงอายุยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นต้องเตรียม

ในกลุ่มวัยแรงงานทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น จัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ การจัดตั้งกองทุนประกันสังคม การรณรงค์ให้จัดหาประกันชีวิตหลังเกษียณ การซื้อกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ

3) **สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ** เช่น ที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อนบ้าน รวมทั้งองค์กรท้องถิ่น เช่น ชมรมผู้สูงอายุ บ้านพัก ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพได้กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา เช่น โรงพยาบาล สถานศึกษา โรงแรม เป็นต้น ต้องจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับนานาชาติ องค์กรอนามัยโลกได้เล็งเห็นความสำคัญของปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมต่อผู้สูงอายุ โดยเริ่มรณรงค์แนวคิดของ Active aging ให้กับประชาคมโลกนำไปปฏิบัติให้เกิดกับผู้สูงอายุของตนเอง โดยให้ความหมายไว้ว่า “Active aging is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of the life as people age”

ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ

2.1.6 หลักการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม

1) **การประเมินด้านร่างกาย** ได้แก่ การซักประวัติต่างๆ เพื่อหาโรคทางกาย ข้อมูลภาวะโภชนาการ

2) **การมองเห็นและการได้ยิน** การควบคุมระบบขับถ่าย ผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3) **การประเมินทางด้านจิตใจ** แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การประเมินสภาพจิตใจเบื้องต้น เช่น การสอบถามเกี่ยวกับสภาพจิตใจ ความรู้สึก อารมณ์ การนอนหลับ รวมถึงทัศนคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การประเมินเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

4) **การประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า** ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยสูงอายุ

5) **การประเมินด้านสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม** คือ ดูแลในด้านผู้ดูแลหลักซึ่งมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้จำกัด ด้านเศรษฐกิจฐานะหากผู้สูงอายุมีความจำกัดในด้านการเงินหรือเศรษฐกิจอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุเป็นการประเมินว่าผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยภายในบ้านได้หรือไม่ โอกาสหกล้ม โดยเฉพาะในสภาพบ้านที่ไม่เอื้ออำนวย

6) การประเมินด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทำให้รับรู้ถึงปัญหาที่แท้จริงและนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด ทำให้ผู้สูงอายุสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อีกครั้ง โดยทั่วไปแบ่งระดับความสามารถออกเป็น 2 ระดับ คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) เช่น การลุกจากที่นอน การล้างหน้า แปรงฟัน การเดิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้สูงอายุ ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อติดตามผลการรักษา และยังใช้เป็นเป้าหมายผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนกลับบ้านด้วย โดยพยายามให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันให้ได้เท่ากับก่อนเกิดการเจ็บป่วยครั้งนี้ และประเมินความสามารถที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental activity of daily living : IADL) เป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปรุงอาหาร การรับประทานอาหาร การไปจ่ายตลาด การใช้จ่ายเงิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผลจากการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วนทั้ง 4 ด้านดังกล่าว ทำให้มีการค้นพบปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่เพียงแต่ปัญหาสุขภาพโดยตรงแต่เพียงอย่างเดียว การแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ และทักษะจากบุคลากรหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงจะประสบผลสำเร็จ ทำให้เกิดแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team approach)

2.1.7 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

1) ระดับที่ 1 การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่อัตรภาพ โดยคงระยะเวลาที่มีสุขภาพะทางกาย (Physical well-being) สุขภาวะทางจิต (Mental well-being) สุขภาวะทางสังคม (Social well-being) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค ซึ่งมี 7 ประการ ดังนี้

- (1) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ
- (2) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- (3) การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม
- (4) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและสังคม
- (5) การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ

(6) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรคที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหกล้ม โรคกระดูกพรุน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น โรคเมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

(7) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ

2) **ระดับที่ 2 การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)** หมายถึง การป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพลุกลามมากขึ้นด้วยการคัดกรองสุขภาพ เป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก

3) **ระดับที่ 3 การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)** หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพ ระยะยาวที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง

2.1.8 การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุและการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1) **การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ** กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคี เครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ ดังนี้ (วิมล บ้านพรวน, 2558)

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เท่ากับ ไม่เป็นการพึ่งพา

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน เท่ากับ ภาวะพึ่งพานกลางถึงรุนแรง

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิจาร หรือ ทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน เท่ากับ ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

2) **การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** แบบประเมิน การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยอาสาสมัครหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557, น. 14-19) ได้จัดทำสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุนำติดตัวเมื่อไปโรงพยาบาล และมีคำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพ สิทธิของผู้สูงอายุ และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมาใช้เพื่อประเมินผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL)

กิจวัตรประจำวัน	คะแนน
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้ต่อหน้า	
0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วย	
1 = ตักอาหารเองได้ ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า	
2 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	
2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา	
0 = ต้องการความช่วยเหลือ	
1 = ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3. ลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	
0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น	
1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือค้ำขึ้นมามีงจะนั่งอยู่ได้	
2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย	
3 = ทำเองได้	
4. ใช้ห้องน้ำ	
0 = ช่วยตัวเองไม่ได้	
1 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	
2 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจาก โถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	
0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	
1 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้	
2 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	
3 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

	กิจกรรมประจำวัน	คะแนน
6.	การสวมใส่เสื้อผ้า	
	0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย	
	1 = ช่วยเหลือตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	
	2 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7.	การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	
	0 = ไม่สามารถทำได้	
	1 = ต้องการคนช่วย	
	2 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	
8.	การอาบน้ำ	
	0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	
	1 = อาบได้เอง	
9.	การกลั้น การถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	
	0 = กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	
	1 = กลั้นไม่ได้ (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	
	2 = กลั้นได้เป็นปกติ	
10.	การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	
	0 = กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้	
	1 = กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)	
	2 = กลั้นได้เป็นปกติ	

หมายเหตุ: ควรประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับสภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ที่มา: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557: 14-19)

สรุปได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเกิดขึ้น ผู้สูงอายุเองต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถปรับตัวให้อยู่ในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข และจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น เช่น การพักผ่อนและนอนหลับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกัน การหกล้ม เฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลแบบ ทั้งหมดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลสุขภาพฟัน

และการดูแลเรื่องการใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นต้น ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นควรเริ่มมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันตั้งแต่วัยระดับปฐมภูมิ ทดดิขภูมิ และตติขภูมิ ควรมีการส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน ครอบคลุม และตรงกับปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มคุณภาพโดยใช้เกณฑ์ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เชล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) สามารถจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทิวพลภาพ(ติดเตียง) ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือมีผลรวมคะแนน ADL ต่ำกว่า 11 คะแนน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2.1 ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิง (Dependency) หมายถึง ภาวะที่บุคคลต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

ภาวะพึ่งพิงโดยทั่วไป หมายถึง การพึ่งพิงทั้งในด้านการเลี้ยงดู ด้านการเงิน การให้การปรึกษาสำหรับเด็ก การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ การพึ่งพิงด้านจิตใจ อาจหมายถึงการให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า และด้านสังคม หมายถึง การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือ การร่วมกิจกรรมต่างๆของสังคม (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2560)

ภาวะพึ่งพิงพิงโดยความหมายทั่วไปอาจหมายถึงการพึ่งพิงทั้งในด้านการเลี้ยงดูด้านการเงิน การให้การศึกษาลงสำหรับเด็ก การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ส่วนในด้านจิตใจกาพึ่งพิงอาจหมายถึง การให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่าด้านสังคม ก็สามารพหมายถึงการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือการร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2552)

บุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอหรือผู้ที่มีความเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ ได้แก่ ทารกเด็กผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย ซึ่งบุคคลเหล่านี้ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการพยาบาลที่ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลผู้ให้การดูแล (Orem, 1995)

สำหรับความหมายของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุมีผู้ให้ความหมายคล้ายคลึงกัน โดย (สุทธิชัย จิตะพรรณกุล, 2544) ได้ให้ความหมายของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ว่าหมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นอิสระ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น

วรรณิ มาศศรี (2552) ให้ความหมายของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ว่าหมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอื่นๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติเองได้ รวมทั้งการต้องการความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลอื่น ส่วนความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก็เช่นกัน มีผู้ให้ความหมายไว้ใกล้เคียงกัน

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ว่าหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (activity of daily living) อยากรเป็นอิสระด้วยตนเอง ได้แก่ความยากลำบากในการดูแลตนเอง ในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ การทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลูก-นึ่ง การเดินและการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ซึ่งรวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเดินทาง การซื้อของ การรับเงิน การทำความสะอาดบ้าน การหุงหาอาหาร เป็นต้น

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน(Activity of daily living) อย่างเป็นอิสระด้วยตนเองอันหมายถึง การดูแลตนเอง ในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลูก-นึ่ง การเดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารซึ่งรวมถึง การทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การรับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การหุงหาอาหาร เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะพึ่งพิง (ที่อาจวัดด้วยเครื่องมือดัชนีบาร์เทิล หรือดัชนี ADL) ที่สูง ถือเป็นผู้ที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน

ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ก็ได้ให้ความหมายของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้เช่นเดียวกันว่าหมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่บกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือความต้องการพื้นฐานในการมีชีวิตอยู่

2.2.2 ประเภทของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้หลายประเภท ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) *ภาวะพึ่งพิงด้านร่างกาย (physical dependency)* คือ ภาวะที่เกิดจากความบกพร่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของการทำงานของร่างกาย ทำให้ต้องพึ่งพิงบุคคล กล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นสมรรถภาพ ความแข็งแรงของร่างกายที่เสื่อมถอยลง และผู้สูงอายุวัยปลายยังเป็นวัยที่มี

ความเปราะบาง (frailty) เสี่ยงต่อการพร่องความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ซึ่งความบกพร่องด้านร่างกาย เช่น การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง และความพิการ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะหกล้มได้ อีกทั้งการมีความยากลำบากในการเดิน ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตลอดจน การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุลดลง นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้นระดับสติปัญญาจะเสื่อมถอยตามวัย ทำให้พลังความสามารถในการควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง การใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญาเพื่อประมวลผลความคิดอย่างมีประสิทธิภาพในการตัดสินใจ ในการดูแลตนเองลดลงตามไปด้วยความสามารถในการเรียนรู้จะเริ่มลดลงทำให้ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงต้องการพึ่งพิงหรือการดูแลและช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันจากบุคคลอื่น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม (Gill, Williams, Richardson, & Tenetti, 1996)

2) ภาวะพึ่งพิงด้านจิตใจ (psychological dependency) เป็นความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสภาวะจิตใจและความคิดเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของสถานการณ์ปกติต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงภายในและภายนอกร่างกาย ทั้งความกดดัน ความเครียด ความโดดเดี่ยว วิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรอบตัวและความกลัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552; สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์, 2557) และการที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ทำให้ความผาสุกทางใจลดลงได้ (Gill, Williams, Butki, & Kim, 1997)

อีกทั้งกิจกรรมทางสังคมที่ลดลงทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าของตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ และการพลัดพลาดจากบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น พ่อ แม่ พี่น้องที่เสียชีวิต ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนทางจิตใจเพิ่มมากขึ้น รู้สึกท้อแท้และหมดหวัง (จักรพันธ์ มัททกุล, 2552; สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์, 2557) ทำให้การต้องการความรัก ความเอาใจใส่ความอบอุ่น ความเคารพนับถือและไม่ถูกทอดทิ้งจากลูกหลาน (พรทิพย์ มาลาธรรม, จิรพร คงเอี่ยม และประคอง อินทรสมบัติ, 2552; โสภา หอยสังข์, 2541)

3) ภาวะพึ่งพิงด้านสังคม เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากสังคม เช่น การดูแลและการให้ความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและสังคมเนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ความเคารพเชื่อถือจากบุคคลรอบข้างลดลง เนื่องจากคนส่วนใหญ่มองว่าความสามารถน้อยลงและอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของสังคมผู้สูงอายุต้องสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) นอกจากนี้การมีข้อจำกัดด้านร่างกายยังทำให้ความคิดการกระทำการสื่อสารและสัมพันธภาพในสังคมลดลงตามมา (บุษเนตร บุญมัน, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์,

นิรัตน์ อิมามิ, และ สุปรียา ดันสกุล, 2554) จึงทำให้ต้องการความรักความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง การเคารพนับถือจากลูกหลานและคนรอบข้าง รวมทั้งการดูแลและช่วยเหลือด้านต่างๆ เพื่อให้รับรู้คุณค่าในตนเองและเพิ่มแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

4) *ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ* คือ การที่บุคคลมีข้อจำกัดหรือความไม่เพียงพอของรายได้การใช้เงินและการซื้อสิ่งของที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์, 2557) ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนมีความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจแตกต่างกัน เช่น ผู้ที่มีรายได้แน่นอนจากเงินบำนาญค่าเช่าดอกเบี้ยเงินฝากย่อมมีอิสระในการใช้จ่ายตามต้องการและความสะดวก แต่ผู้ที่มีรายได้ไม่แน่นอนหรือไม่เพียงพอ บุตรหลานจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ (จตุพร วัชรวงษ์ไพบูลย์, 2552; ศิราณี ศรีมหาภาค และคณะ, 2557) นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุมีความพร่องด้านร่างกายจึงทำให้ไม่สามารถทำงานหาเงินได้ด้วยตนเอง รายได้จึงลดลงและถึงแม้ว่าจะได้เบี้ยยังชีพก็อาจไม่เพียงพอทำให้ต้องการการช่วยเหลือจากบุตรหลานเพื่อใช้ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในด้านต่างๆ เช่น เครื่องนุ่งห่ม อาหารที่มีคุณค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวก

5) *ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ* คือภาวะที่บุคคลมีความบกพร่องด้านร่างกายอันเนื่องมาจากการมีภาวะเจ็บป่วยหรือโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และความพิการทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของแต่ละบุคคล ได้แก่ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ที่มีความพิการทางกาย และการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน อวัยวะต่างๆอาจถูกทำลายหรือสูญเสียหน้าที่ไป เป็นสาเหตุสำคัญของ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังตามมา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การยึดติดของข้อศอก ข้อไหล่ ข้อสะโพก เป็นต้น และความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานาน โดยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ ความลึกและอัตราการหายใจลดลง ทำให้ถุงลมภายในปอดแฟบ (atelectasis) การแลกเปลี่ยนแก๊สไม่ดีเซลล์ต่างๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง จนส่งผลต่อภาวะสมดุลของกรดและด่างในร่างกายรวมถึงความสามารถทางสติปัญญา ความจำความรู้ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์, 2557) ทำให้ต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือทางด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การใช้จ่ายอย่างถูกต้อง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตลอดจนการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสมเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินหรือเมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง

2.2.3 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุมีความต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน (ชมพูนุช พุมพิง, 2559) เช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่นๆตามความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow, Frager, & Cox., 1970) ได้แก่

1) *ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological need or basic need)* เป็นความต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาหาร และน้ำ ซึ่งผู้สูงอายุควรได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ควรลดหรือละเว้นอาหารที่มีปริมาณแคลอรีสูง และอาหารที่มีไขมันสูง ควรเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน วิตามิน เกลือแร่และอาหารที่มีกากใยสูง และควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1,000 ถึง 1,500 ซีซี เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ การดูแลเรื่องการขับถ่าย ซึ่งพบปัญหาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่ในผู้สูงอายุ การดูแลเรื่องการพักผ่อนและการนอนหลับ ซึ่งผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ความเครียด ความวิตกกังวลและจากยาบางชนิดที่ผู้สูงอายุได้รับ ทำให้ต้องการดูแลเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ การดูแลเรื่องการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นให้แก่กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็นและกระดูก ก่อให้เกิดความสมดุลของการทำงาน ของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และนอกจากนี้ยังต้องการการดูแลสุขภาพช่องปากและเหงือก ผู้สูงอายุยังต้องการความสุขสบายต่างๆ ต้องการใช้จ่ายอย่างถูกต้อง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรังต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

2) *ความต้องการด้านความปลอดภัย (Safety and security need)* เป็นความต้องการด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมีพื้นที่ส่วนตัวของผู้สูงอายุ (Personal space) มีพื้นที่ในการเคลื่อนไหวสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและเพื่อความสะดวกสบาย เช่น พื้นบ้านไม่ลื่น มีราวจับ ในห้องน้ำมีแสงสว่างเพียงพอ มีหน้าต่างที่มีลูกกอลอนเพื่อป้องกันโจรกรรม ต้องการความปลอดภัยในทางเศรษฐกิจการเงินและกฎหมายได้รับการจัดการด้านการเงินที่เหมาะสมค่าใช้จ่ายเพียงพอและทรัพย์สินของผู้สูงอายุไม่ถูกนำมาใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต ตลอดจนต้องการความปลอดภัยในการดูแล โดยต้องการการดูแลที่เหมาะสมไม่ถูกละเลยหรือทอดทิ้ง เช่น การไม่ผูกมัดผู้สูงอายุ การรับประทานยาที่ถูกต้อง เป็นต้น

3) *ความต้องการที่จะเป็นเจ้าของและต้องการความรัก (belonging need and love need)* วัยสูงอายุเป็นวัยที่อาจเกิดความรู้สึกว่าขาดความรักเนื่องจากเป็นวัยที่มีการสูญเสียไม่ว่าจะเป็นเพื่อนหรือคู่สมรส การพลัดพลาด การย้ายที่อยู่อาศัย ซึ่งเหตุผลดังกล่าวทำให้มักพบปัญหาการแยกตัว ความเหงาและความรู้สึกโดดเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความรัก การสัมผัสที่อบอุ่น

สัมพันธภาพที่ดี ความใกล้ชิดสนิทสนม การได้รับการยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ถูกทอดทิ้งหรือเป็นบุคคลที่ถูกสังคมลืม

4) *ความต้องการด้านความภูมิใจ/การยอมรับนับถือ (esteem need)* เป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลที่มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่ามีประโยชน์และมีความสามารถ แต่ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักหรือเกษียณจากการทำงานทำให้รู้สึกที่ประโยชน์ในตัวเองลดลง การได้รับการยอมรับจากบุคคลหรือสังคมว่าผู้สูงอายุสามารถแสดงบทบาทที่เป็นประโยชน์ได้ เช่น การเป็นที่ปรึกษาหรือผู้ให้คำแนะนำ แก่คนรุ่นหลังการเป็นบุคคลที่ควรเคารพนับถือหรือเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกภูมิใจ

5) *ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (need or self actualization)* วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมาอย่างยาวนานหากมีความสำเร็จในชีวิตจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายของชีวิต อย่างเรียบง่ายและสงบไม่คาดหวังสิ่งใดนอกจากความสบายใจซึ่งสิ่งที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุได้แก่ การนั่งสมาธิ การสวนมนต์ การไหว้พระ การปฏิบัติ ศาสนกิจต่างๆ เป็นต้น

2.3 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีผู้นิยามคำ และความหมายแตกต่างกัน ดังนี้

องค์การอนามัยโลก : WHO (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2556 อ้างใน จุฬารัตน์ ยังสงบสุข, 2559) ได้ให้ความหมายการดูแลระยะยาว ว่าเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคมซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆที่ผู้ดูแลนอกระบบ ทั้งครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ผู้ที่ต้องการการดูแล รวมถึงผู้ดูแลในระบบ ที่หมายถึงทั้งบุคลากรด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมในสายวิชาชีพและผู้ช่วย ตลอดจนผู้ดูแลดั้งเดิมและอาสาสมัครปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล

The American Institute of medicine (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2556 อ้างใน จุฬารัตน์ ยังสงบสุข, 2559) ให้คำจำกัดความ การดูแลระยะยาว หมายถึง การบริการสุขภาพและสังคม สำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องอันเนื่องมาจากความพิการทางกายหรือทางจิต

Norton (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2556 อ้างใน จุฬารัตน์ ยังสงบสุข, 2559) สรุปว่าการดูแลระยะยาว เป็นการดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือความพิการ ซึ่งการดูแลในโรงพยาบาลอาจจะไม่คุ้มค่าและมักจะเป็นการดูแลโดยไม่ได้จ่ายค่าตอบแทนทดแทนการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพ

ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพสวัสดิการสังคมและอื่นๆหรือประชาชนทั่วไปทั้งครอบครัวเพื่อนและเพื่อนบ้านด้วยการจัดการและการปฏิบัติต่อบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน Activity of Daily Living และอยู่ในสังคมได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยคำนึงถึงความเป็นตัวของตัวเอง ความอิสระและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยตอบสนองกิจกรรมพื้นฐานใน 6 กลุ่ม ประกอบด้วย การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ การซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค การเตรียมอาหารและการดูแลที่พักอาศัย โดยผู้รับบริการเหล่านี้ อาจมีความหวังน้อยที่จะรักษาโรคหรือเปลี่ยนแปลงสภาพที่เป็นสาเหตุของการพึ่งพิงเพียงแต่ต้องการบริการเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตหรือทุเลาสภาพบกร่องที่เกิดขึ้นจากโรคภัยไข้เจ็บอุบัติเหตุหรือการชราภาพ ทั้งนี้การช่วยเหลือในแต่ละเรื่องจะขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ต้องการการดูแล โดยใช้แบบคัดกรองประกอบกิจวัตรประจำวัน ADL แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่มคือ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่นและชุมชนและสังคมได้ 2) ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้บ้างและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง 3) ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ

2.3.1 การดูแลระยะยาว (Long-term care) หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมเพื่อตอบสนอง ความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วย เรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้น ในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561)

2.3.2 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่อง มาจากการเจ็บป่วย เรื้อรัง หรือมีความพิการ ทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากร ด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการ ในครอบครัว ชุมชน หรือ สถานบริการ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ อังใน ตติยา สารธิมา, 2554)

2.3.3 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการดูแลระยะยาวด้านการบริการสุขภาพ และสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนอง ความต้องการ

ได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทน ดังกล่าวอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ โดยตรงหากแต่จะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูบำบัดรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ให้แก่ กลุ่มคนเหล่านี้ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิต เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2.4 เป้าหมายการให้บริการดูแลระยะยาว

เป้าหมายการให้บริการดูแลระยะยาว คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มากที่สุด ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ในขณะนั้น เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม และมีโอกาสเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น

2.4.1 ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living; ADL) เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การเคลื่อนที่ การใช้ส้วมและอากรวมไปถึงการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ ทราบถึง ภาวะพึ่งพิงหรือสุขภาพการทำงานของร่างกาย (Functional health) ของประชากรบ่งบอกถึงความต้องการ การดูแลและการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคม ควรจัดให้มีขึ้นภาวะพึ่งพิงนี้ จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น

2.4.2 ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาในเรื่องของหลักประกันด้านรายได้ ในช่วงสูงอายุที่ไม่สามารถทำงานได้ หากมีเงินออมที่ดีมีเงินบำนาญรองรับก็จะมีปัญหาน้อย แต่ส่วนใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีราย ได้น้อยจะเป็นปัญหาอย่างมากในปี 2550 พบว่าแหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุ ร้อยละ 52 มาจากบุตร และร้อยละ 39 มาจากตนเองซึ่งมาจากทั้งการทำงาน บำนาญ และเงินออมของผู้สูงอายุ

2.4.3 ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ในวัยของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง ด้านสุขภาพอย่างรวดเร็วไม่ว่าจะเป็นสมรรถภาพความแข็งแรงของร่างกายที่เสื่อมถอยลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้มีโอกาสของ การเกิดอัมพาตค่อนข้างสูง

2.4.4 ภาวะพึ่งพิงในทางสังคมและจิตใจ เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงอาศัย ลูกหลาน มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะสังคมปัจจุบัน ซึ่งครอบครัวไทยต่างแยกเป็น ครอบครัวเดี่ยวขนาดเล็กลงมากขึ้น การอยู่เป็นโสดมากขึ้น การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยเพื่อการประกอบ

อาชีพ ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้นหรือการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตให้อยู่ยาวนานขึ้นแต่มีความพิการร่วมด้วยทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูกทอดทิ้งได้ง่าย

2.5 ลักษณะของระบบการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย 2 ระบบหลัก คือ

2.5.1 ระบบบริการในครอบครัวและชุมชน เป็นสิ่งที่ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น บริการดูแลในชุมชน ประกอบด้วย บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสุขภาพและการสงเคราะห์อื่นๆ ซึ่งหากชุมชนมีการจัดบริการอย่างเป็นระบบตั้งแต่การริเริ่มการจัดบริการ การจัดทีมงาน การจัดสรรทรัพยากร การให้ข้อมูล ข่าวสารและการติดตาม ประเมินผล จะทำให้บริการในชุมชน มีความสอดคล้องกับความต้องการ ของผู้สูงอายุแก้ไขปัญหาและสนับสนุนให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้านดียิ่งขึ้น

2.5.2 ระบบบริการในสถาบันเป็นการให้บริการดูแลในสถานบริการ แบ่งตามระดับ ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในระดับมากถึงมากที่สุดที่จำเป็นต้องใช้ทักษะ ทางการพยาบาล และต้องการดูแลในระยะยาว สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในประเทศไทย จะประกอบไปด้วย บ้านพักคนชรา เป็นสถานที่ให้การ ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่ให้บริการดูแลระยะยาว สถานบริบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของทั้งภาครัฐ และเอกชน (จันทรา วิชชาวุธ และ สถิตพงศ์ ธนะวิริยะกุล, 2552)

2.6 รูปแบบการบริการผู้สูงอายุในประเทศไทย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การบริการด้านสุขภาพ และบริการด้านสังคม (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553, น. 32-35) คือ

2.6.1 การดูแลในสถาบัน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) การบริการสุขภาพในสถาบัน แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

(1) สถานพยาบาลทั้งของภาครัฐและเอกชน เช่น การรักษาพยาบาล แต่ไม่รวมถึงการบริการที่ต้องอยู่เป็นเวลานาน หรือบางแห่ง มีบริการคลินิก ผู้สูงอายุที่ให้บริการ เรือร่งเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้ง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน โรครักษาพยาบาลและบริการข้อมูล ข่าวสาร

(2) สถานบริการผู้สูงอายุ (Nursing care) ดูแลเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะ การพยาบาล หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการ โดย ภาคเอกชน

(3) ศูนย์/สถานบริการสุขภาพมีทั้งเป็นเอกเทศหรือเป็นกิจกรรมหนึ่งของ โรงพยาบาลเอกชน เช่น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไปไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ให้บริการ ที่พัก หรือไม่ มีที่พัก หรือผนวกกับสถานที่ และอุปกรณ์ออกกำลังกายโดยคิดค่าบริการ

2) การบริการสังคมในสถาบัน ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการโดยหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ จัดสวัสดิการผู้สูงอายุหลายด้าน เช่น

- (1) สถานสงเคราะห์คนชราบริการอุปการะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
- (2) การสงเคราะห์เครื่องอุปโภคบริโภคเครื่องช่วยความพิการและอื่นๆ
- (3) การประกันสุขภาพโดยสำนักงานประกันสังคมกระทรวงแรงงาน
- (4) สวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 500 บาท ต่อ คน ต่อ เดือน

2.6.2 การดูแลโดยชุมชนเป็นพื้นฐาน

การให้บริการมุ่งใช้ศักยภาพของชุมชน และทรัพยากรในชุมชนเป็นกลไกสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนดำเนินงานเพื่อชุมชนโดยชุมชนซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนา ศักยภาพคนในชุมชนเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา และพัฒนาบริการต่างๆ โดยชุมชน เพื่อระดมความร่วมมือด้วยการประสานงานระหว่างองค์กรภายนอก ชุมชน และบุคคลภายในชุมชนให้ค้นหาความสำเร็จ ความดี และภูมิปัญญาชุมชน กำหนดเป็นมาตรการสำคัญ และพัฒนาบริการโดยชุมชนสู่เป้าหมายร่วมของชุมชน

1) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ (Daycare center) เป็นการ บริการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุขในชีวิตบั้นปลาย การบริการทางสังคม 2 ประเภทคือ

(1) การบริการภายในศูนย์ เช่น การดูแลด้านสุขภาพอนามัย กายภาพบำบัด สังคมสงเคราะห์ และอื่นๆ

(2) บริการบ้านพักฉุกเฉินเป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนหรือส่งไปรับบริการที่หน่วยงานอื่นๆ

2) บริการหน่วยเคลื่อนที่ เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุให้ข้อมูล ข่าวสาร เผยแพร่การให้บริการ ให้คำแนะนำและการรักษาพยาบาลเจ้าหน้าที่ในหน่วยเคลื่อนที่ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

3) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

4) การบริการช่วยเหลือระหว่างผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เช่น การดำเนินงานกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน

5) สวัสดิการฌาปนกิจประจำหมู่บ้าน

6) การดำเนินงานในรูปแบบอื่นๆ โดยชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม เช่น กองทุนวันละ 1 บาท ทั้งนี้เพื่อให้เห็นภาพการให้บริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มสุขภาพ

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นการบริการสุขภาพ และสังคม ที่จำเป็นต้องอาศัย การบูรณาการ จากองค์กรที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วนจากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) เรื่อง บูรณาการระบบการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ได้สะท้อนให้เห็นทั้งสิ่งที่เป็น ปัญหาอุปสรรคต่อการบูรณาการ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ปัญหาจากหน่วยบริการด้านสุขภาพ ปัญหาจากหน่วยงานรับผิดชอบ ระดับชุมชน และปัญหาจากครอบครัว และผู้ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้งานวิจัยได้นำเสนอ ปัจจัย 5 ประการ ที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบ สรุปได้ตาม ตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ปัญหาอุปสรรคในการจัดการระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ปัญหาอุปสรรค	ลักษณะปัญหา
หน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดบริการแยกส่วน 2. บริการไม่สามารถตอบสนองผู้ใช้บริการ 3. กระจุกอยู่บางพื้นที่ ไม่กระจายทั่วถึง 4. ขาดบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ 5. มีปัญหาคุณภาพบริการ
หน่วยงานรับผิดชอบระดับชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขาดระบบการบริหารจัดการด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ 2. งบประมาณไม่เพียงพอ 3. ข้อจำกัดด้านบุคลากร (คุณภาพและปริมาณ) 4. ขาดฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ 5. มีเครือข่ายความร่วมมือที่จำกัด
ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ดูแลมีปัญหาเศรษฐกิจ 2. ผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพ 3. ขาดแคลนพาหนะสำหรับนำผู้สูงอายุส่งโรงพยาบาลในกรณีจำเป็น 4. ขาดแคลนอุปกรณ์เสริมในการดูแล

ที่มา: ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552)

ปัจจัยความสำเร็จ 5 ประการ ในการจัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

- 1) การบริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงครอบครัวผู้สูงอายุ
- 2) การใช้ทุนสังคมให้ เป็นประโยชน์
- 3) การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ
- 4) การมีระบบสนับสนุนจากภาครัฐที่ให้บริการอย่างเป็นทางการ
- 5) การที่มีผู้นำที่มีจิตสวัสดิการ

สรุปได้ว่า ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะที่บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างปกติ มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจนอกจากนี้ยังต้องการความรักและการดูแล การเอาใจใส่ โดยที่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เป็นการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งจิตใจ สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ทั้งในรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เชื่อมโยงระหว่าง การดูแลในครอบครัว ชุมชน สังคม และสถานบริการ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับผู้สูงอายุเองนั้นมีภาวะพึ่งพิงในหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม การจัดระบบการดูแลที่ดีสามารถรองรับ ความต้องการและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้ ต้องมีความครอบคลุมทุกด้าน เช่น การวางแผนทางการเงิน การดูแลทางด้านจิตใจ การให้ความรักความอบอุ่น รวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพ ครอบคลุมการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการดูแลระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care)

3.1 ความหมายของระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยสังคม ครอบครัว อาสาสมัครเพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้

ทั้งนี้ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแล/บริการที่หลากหลาย เช่น สถานพยาบาล บ้านพักผู้สูงอายุ สถานบริการ การพยาบาล การดูแลระหว่างวัน การดูแลที่บ้าน เป็นต้น โดยการดูแลทางด้านสุขภาพจะเป็นประเภทการดูแลที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กับความจำเป็นทางสุขภาพ ได้แก่ การดูแลระยะเฉียบพลัน (Acute care) เน้นการดูแลโรคที่ทำให้ต้องมานอนโรงพยาบาลจนกระทั่งฟื้นจิตอันตราย การดูแลระยะกลางหรือระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care/Sub-acute care) เป็นการดูแลช่วงพักฟื้นหรือส่งต่อจากระยะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันก่อนกลับไปดูแลที่บ้าน เน้นฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด และป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น

การดูแลระยะยาว (Long term care) เน้นการให้บริการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะทุพพลภาพทางกายหรือทางจิต และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุซึ่งป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต รวมไปถึงครอบครัวในลักษณะองค์รวม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและปัญหาด้านอื่นๆ ซึ่งในการดูแลประเภทนี้ จะรวมถึง (Hospice care/ End of life care) ซึ่งเป็นการดูแลในระยะท้าย ส่วนใหญ่เป็นระยะเวลา 6 เดือน ก่อนเสียชีวิต

3.2 องค์ประกอบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care)

3.2.1 องค์ประกอบด้านบุคลากร ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่นั้น จำเป็นต้องมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการจัดการระบบเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลระยะยาว (Care Manager) ขณะเดียวกันก็ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน นอกเหนือจากบุคลากรที่มีอยู่แล้วในระบบอื่นๆ เช่น บุคลากรสหวิชาชีพทางการแพทย์และ สาธารณสุขและอาสาสมัครต่างๆ ในที่นี้จะเน้นหนักในบุคลากรสองประเภทที่ จำเป็นต้องมี คือ ผู้จัดการการดูแลระยะยาว และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เป็นบุคคลสำคัญที่จำเป็นต้องมีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผนและจัดการให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม โดยทำการประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแล เฉพาะราย รวมถึงติดตามความก้าวหน้าของ

การดำเนินงาน นอกจากนั้นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขยังมีบทบาทในการมอบหมายภารกิจให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการกำกับกรเข้าไปจัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปประเมินผลการดำเนินงานคุณสมบัติของบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาว (Care Manager) ควรต้องจบปริญญาตรีเป็นอย่างน้อย และมีองค์ความรู้และประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาจเป็นบุคลากรทาง การแพทย์ และสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น โดยจำนวนของผู้จัดการการดูแลระยะยาว (Care Manager) ขึ้นกับขนาดของประชากรผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลเป็นหลัก ในสัดส่วน ผู้จัดการระบบ 1 คนต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5-10 คน โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

(1) บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

- ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เชลเดีแอล และประเมินคัดกรอง ด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก
- จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan, Weekly Plan)
- จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหาหารายกรณี (Care Conference)
- เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการฯ อปท. และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตามแผนการดูแล (Care Plan)
- พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม
- บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Care Plan)
- การประเมินและทบทวน care plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและ ผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

(2) คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาว

(Care Manager)

- มีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์
- จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์ หรือ การพยาบาล หรือ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือ การสาธารณสุข หรือ ประสาทศัลยกรรม หรือ การพยาบาลและผดุงครรภ์ และต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือจบปริญญาตรีด้านอื่น หรือจบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพยาบาลเทคนิค และต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี

- ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วย
- มีใบรับรองแพทย์ระบุว่ามีความแข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและไม่เป็น ผู้คิดสารเสพติด

2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) หมายถึง ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยเป็นผู้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการนี้ อาจพัฒนาขึ้นมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมารับการอบรม และได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นทางการ เนื่องจากการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขนั้นเป็น บริการที่จำเป็นต้องมีการจัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุนั้น ประกอบด้วย การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลกรณี ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย (สาย สวนต่างๆ การให้อาหารทางสาย การใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูด เสมหะ) การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น การดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม โดยในปัจจุบันมีหลักสูตร การอบรมที่จัด โดยหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงศึกษา กระทรวงแรงงาน และปัจจุบันมีของ กรมอนามัย ร่วมด้วย ทั้งนี้หลักสูตรมาตรฐานตามที่กรมแรงงานกำหนด คือ 420 ชั่วโมง ซึ่งเมื่อ อบรมหลักสูตรนี้แล้วสามารถมาสอบขึ้นทะเบียนได้ หากสอบได้ จะได้รับประกาศนียบัตรและ ได้รับความคุ้มครองด้านแรงงาน (ค่าตอบแทน) ดังนั้นเพื่อรักษาสิทธิแก่ผู้ช่วยเหลือดูแล จึงควร จัดการอบรมให้ได้ตามมาตรฐานกฎหมายแรงงานกำหนด อย่างไรก็ดีในการอบรมนั้น ควรอบรม เป็นระยะและให้ปฏิบัติงานไปด้วย เช่น อาจจะเริ่มที่ 70 ชั่วโมงและให้ไปทำงาน และฝึกอบรม เฉพาะเพิ่มเติมเมื่อมีผู้สูงอายุในแต่ละลักษณะ เป็นต้น และสะสมให้ได้ครบ 420 ชั่วโมง ผู้ช่วยดูแล ผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 1 คน ควรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5-10 ราย คณะระดับของ การมีภาวะพึ่งพิงโดยมีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย

(1) บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ได้แก่

- ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัย ของผู้สูงอายุ
- สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่อง สุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ ญาติของผู้สูงอายุทราบ

- ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด
- กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุงประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ
- จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกต้อง สุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อ ให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง
- ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่พบว่ามีความผิดปกติ หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อ และวิธีการอย่างถูกต้อง
- จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

(2) คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็น (Care Giver) เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.2.2 องค์ประกอบหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

- 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานส่วนกลาง มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้
 - (1) จัดทำกรอบแนวทาง ประกาศ ระเบียบ พื้นที่เป้าหมายร่วมกับเขต และกระทรวง สาธารณสุข
 - (2) จัดสรรงบประมาณรายเขตที่จะโอนให้กองทุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินงาน
 - (3) สนับสนุนด้านข้อมูลวิชาการ องค์ความรู้ และเครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้
 - (4) กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และเกณฑ์การได้รับการสนับสนุนตามชุดสิทธิประโยชน์
 - (5) พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผน และบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 - (6) สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในส่วนกลาง เขตและพื้นที่

(7) จัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

(8) ติดตามและประเมินผลการศึกษาและพัฒนาขยายผล

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)สาขาเขต และเขตบริการ
สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

(1) ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

(2) บริหารจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การฝึกอบรม Care Manager, Care Giver เป็นต้น

(3) ประสานสนับสนุนการดำเนินงานกลไกคณะกรรมการ ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมจัดกระบวนการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

(4) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาขยายผล

3) หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

(1) จัดบริการ/บริหารการจัดบริการ ตรวจสอบคัดกรอง ตรวจสอบประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึง กิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ

(2) จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับอำเภอ กระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็น ฐานในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม

(3) สนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนวิชาการแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินกิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(4) ปรับระบบการจัดบริการของสถานพยาบาล เพื่อรองรับความจำเป็นด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป (จาก acute care oriented เป็น chronic care oriented) ซึ่งต้องมีการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนโมเดลการให้บริการ แสวงหาความร่วมมือจากหน่วยบริการ หน่วย

บริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงสมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชนร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการ พัฒนาการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในชุมชนที่มีความเชื่อมโยงกับสถานพยาบาล และบูรณาการระหว่างบริการด้านการแพทย์ และบริการด้านสังคม

4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการที่เป็นจุดเชื่อมต่อจากชุมชนเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

(1) จัดบริการเชิงรุกและการบริหารจัดการจัดบริการตรวจคัดกรอง ตรวจประเมินความต้องการดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึง กิจกรรมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุทั้งบริการด้านการแพทย์และบริการด้านสังคม

(2) จัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ร่วมกับศูนย์บริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขในพื้นที่

(3) จัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในระดับตำบล กระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายในระดับตำบลใช้ข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่เป็น ฐานในการจัดบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ทั้งในด้านบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคม

(4) ประสานงานกับผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขควบคุมกำกับ

(5) การดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เพื่อให้ดำเนินงานตามภารกิจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

(6) ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ภาคประชาชน ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(7) ร่วมกับผู้จัดการระบบฯ เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในการทำงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ ทั้งการนิเทศติดตาม การให้ คำปรึกษาทั้งทางด้านการดูแลและการทำงาน เช่นปัญหาด้านสัมพันธภาพ ด้านความเครียด

(8) เสริมพลังแก่ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ

(9) แสวงหา ประสานความร่วมมือจากโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงสมาคม ชมรม เครือข่ายภาคประชาชน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมจัดบริการ ร่วมสนับสนุนการ จัดบริการ สนับสนุนงบประมาณ

(10) ร่วมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทหลักในการดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขโดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม จึงมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนดังนี้

(1) ระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่สวัสดิการ เบี้ยยังชีพการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการ

(2) การสนับสนุนกายอุปกรณ์

(3) การพัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลการสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ เช่น การจัดตั้งศูนย์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ

(4) การสนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/ชมรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

(5) ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่

(6) กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

6) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คณะอนุกรรมการ LTC) คือ คณะทำงานที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

(1) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธานอนุกรรมการ

(2) ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 2 คน เป็นอนุกรรมการ

(3) หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นหรือผู้แทนจำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

(4) สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

(5) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

(6) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

(7) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวน 1 คน เป็นอนุกรรมการ

(8) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ที่ได้รับมอบหมายจำนวน 1 คนเป็นอนุกรรมการ และเลขานุการ

7) คณะอนุกรรมการ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

(1) พิจารณาอนุมัติโครงการ แผนการดูแลรายบุคคล รวมถึงค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ

(2) ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้รับการดูแลครอบคลุมการบริการอย่างทั่วถึง

(3) รายงานผลการอนุมัติโครงการและแผนการดูแลรายบุคคลต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

3.3 องค์ประกอบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

3.3.1 แนวทางการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเฉพาะราย (Case Conference and Care Plan) เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการบริการสาธารณสุขที่หลากหลายและจำเพาะเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละคน และไม่สามารถจัดบริการได้เบ็ดเสร็จในหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง อย่างน้อยก็ต้องการบูรณาการดูแลร่วมกันระหว่างบริการด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคม ซึ่งในการจัดบริการดูแลให้แก่ ครอบครัว จำเป็นต้องระดมภาคีที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมหารือและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนี้

1) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care) จำเป็นต้องมีการสำรวจต้นทุนด้านสังคมของพื้นที่ว่า ในชุมชนมีต้นทุนทางสังคมอะไรอยู่บ้าง เพื่อนำมาใช้ให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสม ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่จะเป็นพื้นฐานในการกำหนดภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Care Plan) โดยทั่วไปภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทในแต่ละพื้นที่ อาจมีการขยายการมี

ส่วนร่วมไปยังวัดและโรงเรียน ตลอดจนขยายบทบาทหน้าที่ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพ ผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงพัฒนาสังคมฯ ได้ริเริ่มไว้ในพื้นที่ให้มาจัดบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีต้นทุนทางสังคมบางประเภทอาจอยู่นอกพื้นที่ อาทิ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพพระคัมภีร์จังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สภาผู้สูงอายุ ฯลฯ ซึ่งจะเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญที่จะสนับสนุนการดำเนินงาน

2) การประชุมร่วมเพื่อวางแผนการดูแล (Case Conference) เมื่อสำรวจ ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ และกำหนดภาคีหลักแล้ว การจัดประชุมเพื่อระดมความเห็นจากภาคี เกี่ยวข้องในการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จัดทำผังการดูแล (Care Map) กำหนดบทบาทของภาคีหลัก และระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อมาบริหารจัดการให้เกิดระบบ การดูแล โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จะเป็นบุคคลสำคัญ ที่มีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผนและบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ ติดเตียง) เข้าถึงบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม

3) การวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) ผู้จัดการระบบบริการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ทำการตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุและศักยภาพ ของครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความต้องการด้านบริการสาธารณสุข จัดลำดับความสำคัญของ ปัญหา เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) อาจจัดทำเป็นแผนงานรายสัปดาห์ (Weekly Plan)/รายเดือน (Monthly Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนด จากนั้นเสนอแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) แก่ภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยจัดการประชุมการจัดการดูแลเฉพาะราย (Case Conference) ร่วมกับภาคีหลัก เพื่อร่วมอภิปราย แผนการดูแลให้มีความเหมาะสม เป็นไปได้ กำหนดตารางการบริการด้านสาธารณสุขให้ชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ นักการแพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน รวมทั้งการมอบหมายภารกิจแก่ผู้ช่วย เหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่จะมีการดำเนินการตามแผนการดูแล และมีการเตรียมการ และอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และยอมรับในแผนการดูแล กล่าวโดยสรุปผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จะมีหน้าที่ประเมินปัญหา จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย ประสานงาน/สนับสนุน/จัดสรร ทรัพยากร ภาคีเกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิด การดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนด

4) การควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล ขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในการตั้งเป้าหมายการดูแลนั้นจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการ

ด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว เมื่อมีการมอบหมายบทบาทภาคีที่เกี่ยวข้องตามแผนการดูแล ผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) มีหน้าที่ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และประเมินซ้ำเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม ประชุมร่วมภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลแผนการดูแล เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแล ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการประเมินผลระบบการดูแลในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาให้ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5) ชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหรือในชุมชน ประกอบด้วย

(1) บริการด้านสาธารณสุข เช่น

- บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล
- บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด บริการด้านการพยาบาล

และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ ตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

(2) บริการด้านสังคม เช่น

- บริการช่วยเหลืองานบ้าน
- การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือ ทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ

ตารางที่ 2.3 ชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเภทและกิจกรรม บริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
	กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ระยะสุดท้าย
1. ประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)	ประเมินและวางแผนโดย ผู้จัดการ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และหรือบุคลากร สาธารณสุข 1 ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผนโดยผู้จัดการ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และหรือบุคลากร สาธารณสุข 1 ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผนโดยผู้จัดการ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และหรือบุคลากร สาธารณสุข 1 ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผนโดยผู้จัดการ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และหรือบุคลากร สาธารณสุข 1 ครั้ง/ปี
2. ให้บริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข โดย บุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอบรรเทา) (กิจกรรม)	ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง 2.1 บริการที่บ้าน/ชุมชนเพื่อ ให้บริการแก่ผู้สูงอายุให้คำแนะนำ และฝึกสอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่	ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง 2.1 บริการที่บ้าน/ชุมชนเพื่อ ให้บริการแก่ผู้สูงอายุให้คำแนะนำ และฝึกสอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่	ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง 2.1 บริการที่บ้าน/ชุมชนเพื่อ ให้บริการแก่ผู้สูงอายุให้คำแนะนำ และฝึกสอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่	ความถี่ของการให้บริการอย่าง น้อยเดือนละ 1 ครั้ง 2.1 บริการที่บ้าน/ชุมชนเพื่อ ให้บริการแก่ผู้สูงอายุให้คำแนะนำ และฝึกสอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ประเภทและกิจกรรม บริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
	กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ระยะสุดท้าย
รูปแบบการให้บริการและ ความถี่ในการให้บริการ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ ละรายเป็นสำคัญ)	2.1.1 การดูแลด้านการพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้ เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วย การให้ การรักษา พยาบาลทั่วไป การให้ คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยงต่อ การเจ็บป่วย/หกล้มการป้องกันภาวะ สมองเสื่อม ประเมินและป้องกัน ภาวะซึมเศร้า บริการสร้างเสริม สุขภาพและการออกกำลังกายที่ เหมาะสม เป็นต้น	2.1.1 การดูแลด้านการพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้ เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วย การให้ การรักษา พยาบาลทั่วไป การให้ คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยงต่อ การเจ็บป่วย/หกล้มการป้องกันภาวะ สมองเสื่อม ประเมินและป้องกัน ภาวะซึมเศร้า บริการสร้างเสริม สุขภาพ การกระตุ้นให้ความรู้ ความคิดความเข้าใจ (cognitive)	2.1.1 การดูแลด้านการพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ ความรู้เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วย การให้การรักษา พยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะ เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยการป้องกัน ภาวะสมองเสื่อม ประเมินและ ป้องกันภาวะซึมเศร้า บริการสร้าง เสริมสุขภาพ การให้บริการพยาบาล เฉพาะราย เช่น การป้องกัน เฝ้ารวัง ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันดูแล	2.1.1 การดูแลด้านการพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ ความรู้เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วย การให้การรักษา พยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกัน ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยการ ป้องกันภาวะสมองเสื่อม ประเมิน และป้องกันภาวะซึมเศร้า บริการ สร้างเสริมสุขภาพ การให้บริการ พยาบาลเฉพาะราย เช่น การ ป้องกัน เฝ้ารวังภาวะแทรกซ้อน การป้องกันดูแลแผลกดทับ

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ประเภทและกิจกรรม บริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
	เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง	เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ระยะสุดท้าย
			แผลกดทับ การดูแลสายสวนต่างๆ เป็นต้น	การดูแลสายสวนต่างๆ การให้ ออกซิเจนการดูดเสมหะ การ ประคบและดูแลเพื่อลดความ ทรมานจากความเจ็บปวด เป็นต้น
2.1.2 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำ กิจกรรมบำบัด การให้บริการ การแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการหกล้ม การป้องกันข้อ ติดขัด/ข้อขัด การฝึกผู้ดูแลในการ ช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น	2.1.2 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำ กิจกรรมบำบัด การให้บริการ การแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการหกล้ม การป้องกัน ข้อติดขัด/ข้อขัด การฝึกผู้ดูแลใน การช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น	2.1.2 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำ กิจกรรมบำบัด การให้บริการ การแพทย์แผนไทย/แพทย์ ทางเลือก การป้องกันการตกเตียง การป้องกันข้อติดขัด/ข้อขัด การ ฝึกผู้ดูแลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น	2.1.2 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำ กิจกรรมบำบัด การให้บริการ การแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการตกเตียง การป้องกัน ข้อติดขัด/ข้อขัด การฝึกผู้ดูแลใน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น	

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ประเภทและกิจกรรม บริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
	กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ระยะสุดท้าย
2.1.3 การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมินความสามารถการบด เคี้ยว การกลืนและภาวะ โภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริมและแก้ไขภาวะ โภชนาการ ที่เหมาะสมรายบุคคล การแนะนำวางแผนและฝึกสอนการ เตรียมอาหารทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล	2.1.3 การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมินความสามารถ การบด เคี้ยว การกลืนและภาวะ โภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริมและแก้ไขภาวะ โภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำวางแผนและฝึกสอนการ เตรียมอาหารทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล	2.1.3 การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมินความสามารถการบด เคี้ยว การกลืนและภาวะ โภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะ โภชนาการ ที่ เหมาะสมรายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอนการเตรียม อาหารทั่วไป/อาหารเสริม/อาหาร พิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล	2.1.3 การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมินความสามารถ การบดเคี้ยว การกลืนและภาวะ โภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะ โภชนาการที่ เหมาะสมรายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอนการเตรียม อาหารทั่วไป/อาหาร เสริม/อาหาร พิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล เช่น การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น	

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ประเภทและกิจกรรม บริการ (คุณลักษณะประโยชน์)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
	เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง	เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ระยะสุดท้าย
2.1.4 การดูแลด้านเภสัชกรรม เช่น การประเมินความจำเป็นและการใช้ ยาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การป้องกัน การใช้ยาผิดหรือเกินความจำเป็น การ ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรีกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์และผลิตภัณฑ์ เสริมอาหาร ที่เหมาะสมรายบุคคล	2.1.4 การดูแลด้านเภสัชกรรม เช่น การประเมินความจำเป็นและการใช้ ยาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การ ป้องกันการใช้ยาผิดหรือเกินความ จำเป็น การป้องกันและเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ให้ คำแนะนำ ปรีกษาเรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ที่ เหมาะสมรายบุคคล	2.1.4 การดูแลด้านเภสัชกรรม เช่น การประเมินความจำเป็นและการ ใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การ ป้องกันการใช้ยาผิดหรือเกินความ จำเป็น การป้องกันและเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ให้ คำแนะนำ ปรีกษาเรื่องยา เวชภัณฑ์ และ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ที่ เหมาะสมรายบุคคล แนะนำญาติ/ ผู้ดูแลในการจัดเตรียมและการให้ ยาอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะ ราย	2.1.4 การดูแลด้านเภสัชกรรม เช่น การประเมินความจำเป็นและ การใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การป้องกันการใช้ยาผิดหรือเกิน ความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ ยา ให้คำแนะนำ ปรีกษาเรื่องยา เวชภัณฑ์และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสมรายบุคคล แนะนำญาติ/ผู้ดูแลในการ จัดเตรียมและการให้ยาอย่าง เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย	

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ประเภทและกิจกรรม บริการ (คุณลักษณะประโยชน์)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
	กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ระยะสุดท้าย
				การบริหารจัดการเพื่อเข้าถึงยาแก้ ปวดอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วย
	2.1.5 การดูแลสุขภาพด้านอื่นๆตาม ความจำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพ ช่องปาก การดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นต้น	2.1.5 การดูแลสุขภาพด้านอื่นๆตาม ความจำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพ ช่องปาก การดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นต้น	2.1.5 การดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ตามความจำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การดูแลด้าน สุขภาพจิต เป็นต้น	2.1.5 การดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ตามความจำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การดูแลด้าน สุขภาพจิต เป็นต้น
3.บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน และให้คำแนะนำแก่ญาติ และผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือ สูงอายุ (care giver) หรือ เครือข่ายสุขภาพอื่นๆหรือ อาสาสมัคร จิตอาสา	ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อย เดือนละ 2 ครั้ง 3.1 การบริการสาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการรักษาพยาบาลการฟื้นฟู สภาพ การทำกายภาพบำบัด การ ดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ	ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง 3.1 การบริการสาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านรักษาพยาบาล การฟื้นฟู สภาพ การทำกายภาพบำบัด การ ดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ	ความถี่ของการให้บริการอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง 3.1 การบริการสาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านรักษาพยาบาล การฟื้นฟู สภาพ การทำกายภาพบำบัด การ ดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ	ความถี่ของการให้บริการอย่าง น้อยเดือนละ 2 ครั้ง 3.1 การบริการสาธารณสุข เบื้องต้นทั้งด้านรักษาพยาบาล การ ฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแล

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ประเภทและกิจกรรม บริการ (คุณลักษณะประโยชน์)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
	กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ระยะสุดท้าย
กิจกรรม รูปแบบการ ให้บริการและความถี่ใน การให้บริการขึ้นอยู่กับ สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็น สำคัญ ตามคำแนะนำ/ มอบหมายของบุคลากร สหวิชาชีพ	อาจรวมถึงการวัดสัญญาณชีพและ ตรวจคัดกรองสุขภาพ ตรวจน้ำตาล ในเลือด การปฐมพยาบาล การช่วย ฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นต้น	อาจรวมถึงการวัดสัญญาณชีพและ ตรวจคัดกรองสุขภาพ ตรวจน้ำตาล ในเลือด การปฐมพยาบาล การช่วย ฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นต้น	อาจรวมถึงการวัดสัญญาณชีพ การทำแผล การดูแลสายสวน การตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐม พยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐาน เป็นต้น	โภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การทำแผล การดูแล สายสวน การตรวจน้ำตาลในเลือด การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืน ชีพขั้นพื้นฐาน เป็นต้น
	3.2 การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การ ดูแลเรื่องการกินยา การดูแลเรื่อง การกินอาหาร เป็นต้น	3.2 การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาด ร่างกาย การ ดูแลเรื่อง การกินยา การดูแลเรื่อง การกินอาหาร เป็นต้น	3.2 การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น	3.2 การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น
	3.3 การจัดสภาพแวดล้อม/บ้านเพื่อ การฟื้นฟูสภาพป้องกันอุบัติเหตุและ	3.3 การจัดสภาพแวดล้อม/บ้านเพื่อ การฟื้นฟูสภาพป้องกันอุบัติเหตุและ	3.3 การจัดสภาพแวดล้อม/บ้านเพื่อ การฟื้นฟูสภาพป้องกันอุบัติเหตุ	3.3 การจัดสภาพแวดล้อม/บ้าน เพื่อการฟื้นฟูสภาพป้องกัน

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ประเภทและกิจกรรม บริการ (ชุดสิทธิประโยชน์)	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
	กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ระยะสุดท้าย
	การดูแลระยะยาว	การดูแลระยะยาว/ผู้ป่วยสมองเสื่อม	และการดูแลระยะยาว/ผู้ป่วยนอน ติดเตียง	อุบัติเหตุและการดูแลระยะยาว/ ระยะสุดท้าย
4. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ (อาจได้รับจากสิทธิบริการอื่นๆเช่น อปท.สถานบริการสาธารณสุข ภาคเอกชน)	จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และ อุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตาม สภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และ อุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตาม สภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามสภาพ ผู้ที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียงปรับระดับ เป็นต้น	จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามสภาพ ผู้ที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียงปรับระดับ ชุดดูดเสมหะ/ ของเหลว เป็นต้น
5. ประเมินผลการดูแล และปรับแผนการดูแล รายบุคคล	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขหรือนุเคราะห์ สาธารณสุขอย่างน้อย 6 เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขหรือนุเคราะห์ สาธารณสุขอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขหรือนุเคราะห์ สาธารณสุขอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขหรือนุเคราะห์ สาธารณสุขอย่างน้อย 1 เดือน/ครั้ง

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559: 26-30)

สรุปได้ว่า การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ มีการทำงานร่วมกัน ทั้งภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ กระบวนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุดระยะยาวบรรลุผล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) เครือข่ายที่มีความเชื่อมโยงประสานกันระหว่างองค์กรกับองค์กร บุคคลกับบุคคล หรือองค์กรกับบุคคลซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อกันในหลายๆด้าน ดังนั้นการได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายจึงเป็นปัจจัยช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุดระยะยาวประสบความสำเร็จ ได้แก่ เครือข่ายหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ ทีมสุขภาพ นักวิชาชีพต่างๆ เช่น นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และเครือข่ายจากญาติ เครือข่ายเพื่อนและเพื่อนบ้านกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการประเมิน การประเมินผล การประเมินผลโครงการ

4.1 ความหมายของการการประเมิน

ชอทิพย์ บรมชนรัตน์ (2556) ได้ให้ความหมายของ การประเมิน (Assessment) ว่าหมายถึง กระบวนการรวบรวมข้อมูลให้อยู่ในรูปที่สามารถตีความได้ เพื่อใช้เป็นหลักฐานสำหรับนำไปสู่การตัดสินใจในขั้นการประเมินผลต่อไป การประเมินเป็นเพียงกระบวนการส่วนหนึ่งของการประเมินผล (Evaluation) เท่านั้น โดยนักการศึกษาและนักจิตวิทยาได้อธิบายว่าการประเมิน หมายถึง กระบวนการต่างๆของการสังเคราะห์ข่าวสารเกี่ยวกับบุคคล ซึ่งนำไปสู่การประเมินคุณค่าตามสภาพการณ์ของบุคคลนั้นๆ ในระยะแรกได้ถูกนำไปใช้ในลักษณะของ "วิธีการประเมินขั้นพื้นฐาน" ประกอบด้วยการใช้เทคนิคต่างๆในการรวบรวมข้อมูลและใช้ข้อมูลหลายๆด้าน เพื่อรวบรวมข่าวสารเกี่ยวกับบุคคล ซึ่งมีลักษณะเป็นการประเมินขั้นต้น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546, น. 664) ได้บัญญัติว่าการประเมิน ว่าหมายถึง การประมาณค่าหรือราคาเท่าที่ควรจะเป็นจริง

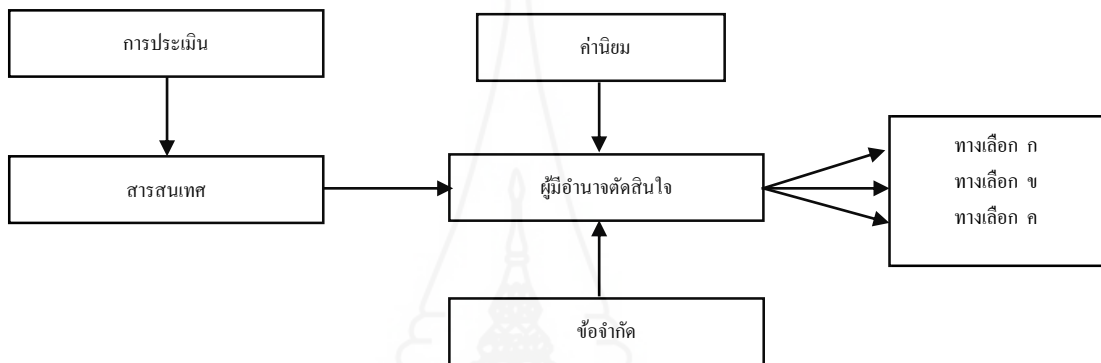
เมรินส์และเลแมนน์ (Mehrens and Lehmann, 1978) ให้นิยามการประเมินว่าเป็นการวางแผน การรวบรวมข้อมูล และการใช้ ข้อมูลสำหรับเป็นทางเลือกในการตัดสินใจ

อีเบลและไฟรส์ไบย์ (Ebel and Frisbie, 1986) ให้นิยามการประเมินว่า เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณภาพหรือคุณค่าของสิ่งที่ต้องการประเมิน

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2553) ให้ความหมายว่า การประเมิน หมายถึง กระบวนการใช้ดุลยพินิจ (Judgment) และหรือค่านิยมและข้อจำกัดต่าง ๆ ในการพิจารณาตัดสินคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยการเปรียบเทียบผลที่วัดได้กับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ซึ่งสรุปเป็นสมการได้ดังนี้

$$\text{การประเมิน} = \text{การวัด} + \text{ดุลยพินิจ}$$

การประเมินจึงเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดสารสนเทศ (เชิงคุณค่า) เพื่อช่วยให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจได้ตัดสินใจเลือกทางเลือกซึ่งมีประสิทธิภาพสูงสุด



ภาพที่ 2.1 การประเมิน

ที่มา: สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2553: 20-21)

4.2 ความหมายของการประเมินผล

ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ (2556) ได้ให้ความหมายของ การประเมินผล (Evaluation) ว่าหมายถึงกระบวนการรวบรวมและเตรียมข้อมูลที่เป็นประโยชน์ซึ่งจะช่วยในการตัดสินใจที่ดีสำหรับทางเลือกที่เป็นไปได้หลายๆทาง ดังนั้น การประเมินผลจึงเป็นคำที่ใช้ในการอธิบายและตัดสินคุณสมบัติบางอย่างของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล รวมทั้งกระบวนการและโครงการต่างๆซึ่งในปัจจุบัน การประเมินผลได้ครอบคลุม ความหมายกว้างขวางขึ้น ในด้านการสาธารณสุขได้นำมาใช้ในการประเมินโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้องรวมทั้งโครงการที่เกี่ยวข้องกับสังคม

ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ (2542, อ้างถึงใน สุริวงศ์ รัตนชูศรี, 2556) ได้กล่าวถึง การประเมินผล ว่าหมายถึง กระบวนการที่มุ่งแสดงคำตอบที่ว่าโครงการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้แต่ต้นหรือไม่ระดับใด จัดเป็นการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบส่วนการมุ่งตอบคำถามที่ว่า การดำเนินงานในโครงการเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่และมีอุปสรรคประการใดจัดเป็นการประเมินกระบวนการ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546, น. 664) ได้บัญญัติว่าการประเมินผล หมายถึง การพิจารณาและวัดค่าของกิจการใด ๆ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น ประเมินผลการสัมมนา ประเมินผลการปฏิบัติงานในรอบปีของบริษัท เป็นต้น

พิไลวรรณ อินทรักษา (2550) ให้คำนิยามการประเมินผลไว้ว่าเป็นกระบวนการศึกษา พิจารณาเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาและไม่พึงปรารถนา ซึ่งเกิดจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อกำหนดคุณค่าหรือปริมาณของความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ 1) การกำหนดจุดมุ่งหมายในการประเมิน 2) การกำหนดกฎเกณฑ์เพื่อตรวจสอบความสำเร็จ 3) รายงานและเสนอในการดำเนินงานต่อไป

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การประเมินและการประเมินผลมีความหมายแตกต่างกัน การประเมินเป็นกระบวนการในการรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นฐานในการตัดสินใจ ส่วนการประเมินผลเป็นกระบวนการในการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจากการประเมินเป็นหลัก ซึ่งการประเมินเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นก่อน ส่วนการประเมินผล เป็นกระบวนการที่เกิดตามมาภายหลัง

4.3 ความหมายของการประเมินโครงการ

การประเมินโครงการ มีคำสำคัญ คือ โครงการ (Project) การประเมิน (Evaluation) การประเมินโครงการ (Project Evaluation) ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

ไพศาล หวังพานิช (2533, อ้างใน พิชิต ฤทธิ์จรูญ, 2557, น. 11-12) ให้ความหมายว่า การประเมินโครงการ การประเมิน สารสนเทศ ข้อจำกัด ผู้มีอำนาจ ในการตัดสินใจ คำนิยม ทางเลือก ก ทางเลือก ข ทางเลือก ค เป็นกระบวนการในการกำหนดคุณค่าของโครงการหรือกิจกรรมที่กำหนดขึ้นภายใต้แผนงาน เพื่อนำไปสู่ การตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการนั้น ๆ ว่าดีมีประสิทธิภาพ ได้ผลเพียงใด

สตัฟเฟิลบีมและซิงค์ฟิลด์ (Stufflebeam and Shinkfield, 1990, pp. 159) ให้ความหมายว่า การประเมินโครงการเป็นกระบวนการของการแสวงหา การพรรณนา การได้มาซึ่งข้อมูลตลอดจน การเตรียมข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ และแสวงหาทางเลือกที่เหมาะสม ในการดำเนินโครงการ

รอสซีและฟรีแมน (Rossi and Freeman, 2004, pp. 16) ให้ความหมายโดยอิงกับแนวคิดของการวิจัยทางสังคมศาสตร์ว่า การประเมินโครงการเป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ที่มีการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยทางสังคมศาสตร์ อย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโครงการสาธารณะที่จัดทำขึ้นเพื่อนำไปสู่การ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมขององค์กร และการ ให้บริการสังคม

ฟิทซ์แพทริกแซนเดอร์ และวอร์ ธน (Fitzpatrick, Sanders, and Worthen, 2004, pp. 5) ให้ความหมายของการประเมินโครงการ ว่าเป็นวิธีการสืบหาข้อมูลและพิจารณาตัดสินเกี่ยวกับโครงการ 3 ประเด็น คือ 1) การกำหนดมาตรฐานเพื่อใช้ตัดสินคุณภาพโดยเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด 2) การรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ และการเปรียบเทียบข้อมูลสารสนเทศที่ได้กับมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อตัดสินคุณค่า คุณภาพ คุณประโยชน์ ประสิทธิภาพ หรือความสำคัญของโครงการ ซึ่งจะช่วยให้ได้ ข้อเสนอแนะที่จะทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ หรือช่วยให้ผู้เกี่ยวข้อง ตัดสินใจได้ว่า ควรปรับปรุงดำเนินการต่อไปหรือขยายโครงการ

สมคิด พรหมจ้อย (2550, น. 37) ให้ความหมายที่สะท้อนถึงทั้งวัตถุประสงค์และประเภทของการประเมินว่า การประเมินโครงการเป็นการ ตรวจสอบความก้าวหน้าของโครงการหรือแผนงาน ตลอดจนการพิจารณาผลสัมฤทธิ์ของโครงการหรือ แผนงานนั้นๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด การประเมินผลเป็นกระบวนการบ่งชี้ถึงคุณค่าของโครงการ กล่าวคือ โครงการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ได้ผลตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่เพียงใด สามารถทำได้ทั้ง ประเมินก่อนเริ่มโครงการ การประเมินขณะที่โครงการกำลังดำเนินการอยู่ และการประเมินผลโครงการหลังจากการดำเนินงาน ได้สิ้นสุดแล้ว

4.4 ความหมายของการประเมินผลโครงการ

การประเมินผลโครงการ หมายถึง กระบวนการที่มุ่งแสวงหาคำตอบว่านโยบาย/แผนงาน/โครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เพียงใด โดยมีมาตรฐานและ เครื่องมือในการวัดที่เชื่อถือได้ เพื่อจะทราบได้ว่ามีข้อบกพร่องอะไรบ้างที่จะได้ปรับปรุงแก้ไข (พิชิต ฤทธิ์จรูญ, 2557, น. 70-96)

วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ (2554) กล่าวว่า การประเมินผลโครงการเป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Post- Project evaluation) เน้นการวิเคราะห์ประสิทธิผล (Effectiveness) หรือผลลัพธ์ (Outcome) โดยศึกษาว่าการดำเนินงานสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้หรือไม่เพียงใดและเกิดจากผลผลิตใดบ้างมากน้อยเพียงใด

จุดมุ่งหมายของการประเมินผลโครงการ ในการประเมินโครงการมักจะมีคำถามอยู่ตลอดเวลาว่า “ประเมินผลเพื่ออะไร” หรือ “ประเมินผลไปทำไม” การบริหารแนวใหม่หรือการบริหารในระบบเปิด(Open System) นั่นคือว่า การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากซึ่งจุดมุ่งหมายของการประเมินผลโครงการมีดังนี้

4.4.1 เพื่อสนับสนุนหรือยกเลิก การประเมินผลจะเป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจว่าควรจะยกเลิกโครงการหรือสนับสนุนให้มีการขยายผลต่อไป โดยเฉพาะการมีโครงการใหม่ๆ ยังมีได้จัดทำในรูปของโครงการทดลอง (Experimental) ซึ่งมีโอกาสจะผิดพลาดหรือล้มเหลวได้ง่าย

ความล้มเหลวของโครงการจึงมิใช่ความล้มเหลวของผู้บริหารเสมอไป ดังนั้นถ้าเราประเมินผลแล้วโครงการนั้นสำเร็จ ตามที่กำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมายไว้ก็ควรดำเนินการต่อไป แต่ถ้าประเมินผลแล้วโครงการนั้น มีปัญหาหรือมีผลกระทบเชิงลบ เราก็ควรยกเลิกไป

4.4.2 เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามโครงการ ว่าเป็นไปตามที่กำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมาย หรือกฎเกณฑ์ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้เพียงใด

4.4.3 เพื่อปรับปรุงงาน ถ้าเรานำโครงการไปปฏิบัติแล้ว พบว่าบางโครงการไม่ได้เสียทั้งหมดแต่ก็ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ เราควรนำโครงการนั้นมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น โดยพิจารณาว่าโครงการนั้นบกพร่องในเรื่องใด เช่น ขาดความร่วมมือของประชาชน ขัดต่อค่านิยมของประชาชนขาดการประชาสัมพันธ์ หรือสมรรถนะขององค์กรที่รับผิดชอบต่อเมื่อเราทราบผลของการประเมินผล เราก็จะได้ปรับปรุงแก้ไขให้ตรงประเด็น

4.4.4 เพื่อศึกษาทางเลือก (Alternative) โดยปกติในการนำโครงการไปปฏิบัตินั้นผู้บริหารโครงการจะ พยายามแสวงหาทางเลือกที่ดีที่สุด จากทางเลือกอย่างน้อย 2 ทางเลือก ดังนั้นการประเมินผลจะเป็นการ เปรียบเทียบทางเลือกก่อนที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือกใดไปปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงให้น้อยลง

4.4.5 เพื่อขยายผลในการนำโครงการไปปฏิบัติ ถ้าเราไม่มีการติดตามและประเมินผลอย่าง ต่อเนื่องเราอาจจะไม่ทราบถึงความสำเร็จของโครงการ แต่ถ้าเราประเมินผลโครงการเป็นระยะ สม่าเสมอผลปรากฏว่า โครงการนั้นบรรลุผลสำเร็จตามที่กำหนดวัตถุประสงค์ เราก็ควรจะขยายผล โครงการนั้นต่อไป แต่การขยายผลนั้นมีได้หมายความว่า จะขยายไปได้ทุกพื้นที่ การขยายผลต้องคำนึงถึงมิติของประชากร เวลา สถานที่ สถานการณ์ต่างๆ เช่น โครงการปลูกพืชเมืองหนาวจะประสบความสำเร็จดี ในพื้นที่ภาคเหนือ แต่ถ้าขยายผลไปยังภูมิภาคอื่นอาจจะไม่ได้ผลดีเสมอไป เพราะต้องคำนึงถึงลักษณะภูมิประเทศภูมิอากาศ เชื้อชาติ ค่านิยม ฯลฯ ดังนั้นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ สิ่งที่น่าไปในพื้นที่หนึ่งอาจได้ผลดี แต่นำไปขยายผลในพื้นที่หนึ่งอาจไม่ได้ผลหรือสิ่งที่เคยทำได้ผลดีในช่วงเวลาหนึ่ง อาจจะไม่ได้อีกในอีกช่วงเวลาหนึ่ง

4.5 รูปแบบการประเมินโครงการ

4.5.1 ความหมายของรูปแบบการประเมิน

คำว่า “รูปแบบ แบบจำลอง ตัวแบบหรือ โมเดล” มาจากภาษาอังกฤษว่า Model (พิชิต ฤทธิจรูญ, 2557) หมายถึง วิธีการถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจตลอดทั้งจินตนาการ ที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏโดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ เป็นต้น เพื่อให้สามารถเข้าใจ

ได้ง่าย และสามารถนำเสนอเรื่องราวหรือประเด็นต่างๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างเป็นระบบ ดังนั้นรูปแบบจึงสามารถนำไปใช้ในลักษณะต่างๆ กัน คือ

- 1) เป็นแบบจำลองในลักษณะเลียนแบบ
- 2) เป็นตัวแบบที่ใช้เป็นแบบอย่าง
- 3) เป็นแผนภาพที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัญลักษณ์และหลักการของระบบ
- 4) เป็นแบบแผนหรือแผนผังของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้วยความสัมพันธ์เชิงระบบ

จากความหมายของรูปแบบดังกล่าวจะเห็นว่า รูปแบบมีลักษณะที่สำคัญคือเป็นตัวแบบแทนกรอบความคิด ซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบภายในอย่างมีระบบสามารถถ่ายทอดให้เห็นแบบแผนตัวอย่างในการดำเนินงานได้ ซึ่งนำเสนอในรูปการบรรยายเป็นรูปภาพหรือเป็นฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์

รูปแบบการประเมิน (evaluation model) เกิดขึ้นเนื่องจากความพยายามของนักประเมินที่มุ่งนำเสนอ แนวคิด แนวทางในการประเมิน โครงการ โดยหมายถึง กรอบแนวคิด วิธีการหรือแนวทางที่เป็นแบบแผนในการประเมินอย่างเป็นระบบ ซึ่งแสดงให้เห็นสิ่งที่ควรประเมิน ขั้นตอนหรือกระบวนการของการประเมินสิ่งที่มุ่งประเมิน (object) เช่น นโยบาย แผนงาน โครงการหรือหลักสูตรว่าควรพิจารณาประเมินเรื่องอะไรบ้าง (what) ในขณะเดียวกันบางรูปแบบอาจมีการเสนอแนะด้วยว่าในการประเมินแต่ละรายการหรือแต่ละเรื่องควรพิจารณาหรือตรวจสอบอย่างไร ซึ่งเป็นลักษณะของการเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางในการประเมินรูปแบบการประเมินจึงเปรียบเสมือนไฟส่องเท้าหรือตัวช่วยชี้ให้นักประเมินได้แนวคิด และมองเห็นแนวทางในการดำเนินการประเมินโครงการที่ครอบคลุมชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ

4.5.2 ประเภทของรูปแบบการประเมินโครงการ ดังนี้

1) รูปแบบการประเมินที่เน้นวัตถุประสงค์ (objective-based model) เป็นรูปแบบการประเมินที่เน้นการตรวจสอบว่าผลที่เกิดขึ้นจากโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการนั้นหรือไม่ ได้แก่ รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ (Ralph W. Tyler, 1943 อ้างใน พิชิต ฤทธิจรรยา, 2557) ครอนบาค (Cronbach, 1963) และเคิร์กแพทริก (Kirkpatrick, 1985) ตามแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินของรูปแบบที่เน้นวัตถุประสงค์การประเมิน เป็นกระบวนการตรวจสอบที่เกิดขึ้นเทียบกับวัตถุประสงค์ของโครงการ ดังนั้นนักประเมินจึงมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจคุณค่าของโครงการที่มุ่งประเมินโดยยึดวัตถุประสงค์ของโครงการเป็นหลัก

2) *รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินคุณค่า (judgment evaluation)* เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมสารสนเทศสำหรับกำหนดและวินิจฉัยคุณค่าของโครงการที่มุ่งประเมิน ได้แก่ รูปแบบการประเมินของสแตค (Stake, 1967) สคริฟเวน (Scriven, 1967) และ โพรวัส (Provus, 1971) ตามแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินของรูปแบบที่เน้นการตัดสินคุณค่าการประเมิน เป็นกระบวนการที่ นักประเมินต้องตัดสินคุณค่าของโครงการที่มุ่งประเมิน บทบาทที่สำคัญที่สุดของนักประเมิน ก็คือการตัดสินคุณค่า ถ้านักประเมินไม่ได้มีส่วนในกระบวนการตัดสินคุณค่าของโครงการที่มุ่งประเมินถือว่ายังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่อย่างสมบูรณ์ (Scriven, 1967 อ้างใน ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552, น. 108)

3) *รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจ (decision-oriented evaluation model)* เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดหาสารสนเทศเกี่ยวกับโครงการเพื่อช่วยให้ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ เลือกทางเลือกต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง และมีเหตุผล ได้แก่ รูปแบบการประเมินของเวลช์ (Welch, 1967 อ้างใน พิชิต ฤทธิจรรณู, 2557) รูปแบบการประเมินชิป (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 1968 อ้างใน พิชิต ฤทธิจรรณู, 2557) และรูปแบบประเมินของอัลกิน (Alkin, 1967 อ้างใน พิชิต ฤทธิจรรณู, 2557) รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ ภาคขยายและรูปแบบการประเมินเชิงระบบ ตามแนวคิดการประเมินของรูปแบบที่เน้นการตัดสินใจ การประเมินเป็นกระบวนการจัดหาสารสนเทศสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการที่มุ่งประเมินนักประเมินจึงมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการสารสนเทศของผู้บริหาร ที่จะใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการที่มุ่งประเมิน โดยผู้บริหารเป็นผู้กำหนดบริบทของการตัดสินใจ และเกณฑ์การตัดสินความสำเร็จของโครงการ นักประเมินจึงไม่ควรเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจของผู้บริหารเพราะจะทำให้เกิดความลำเอียงในการประเมิน นักประเมินจึงควรมีบทบาทเฉพาะการแสวงหาและเสนอสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับโครงการที่มุ่งประเมินเพื่อการตัดสินใจของผู้บริหาร

4.5.3 แนวทางการเลือกใช้รูปแบบการประเมินโครงการ เกณฑ์หรือแนวทางการเลือกใช้รูปแบบการประเมินอาจพิจารณาได้จากความสอดคล้องระหว่างแนวคิดของรูปแบบการประเมินกับประเด็นที่ต้องการประเมินของโครงการ และวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของการประเมินว่าต้องการประเมินเพื่ออะไรเป็นการประเมินเพื่อตัดสินคุณค่าของโครงการ หรือประเมินเพื่อสรุปผลเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของโครงการหรือประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ โดยมีสมมุติฐานในการเลือกรูปแบบ ดังนี้

1) *รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจ* น่าจะสนับสนุนหลักการนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ได้ดีกว่ารูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินคุณค่า และน่าจะ

เหมาะสมสำหรับผู้บริหารหรือผู้ใช้ผลการประเมินที่มีความสามารถในเชิงวิชาการสูง เนื่องจากผู้ใช้ผลการประเมินจะต้องเป็นผู้วินิจฉัยคุณค่าด้วยตนเองอย่างถูกต้องเสียก่อนจึงจะนำผลการประเมินไปใช้อย่างถูกต้อง

2) รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินคุณค่า จะเหมาะสำหรับใช้กับนักประเมินที่มีความสามารถในเชิงวิชาการสูง และเป็นผู้เชี่ยวชาญเพราะสามารถวินิจฉัยคุณค่าได้อย่างถูกต้องกว่าผู้ใช้ผลการประเมินแต่อาจมีปัญหาเรื่องการยอมรับและการนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์จากผู้ใช้ผลการประเมินหรือผู้บริหาร

3) สถานการณ์ของการประเมินจะเป็นตัวกำหนดรูปแบบการประเมินที่เหมาะสม โดยจะต้องพิจารณาองค์ประกอบด้านผู้ใช้ผลการประเมิน ผู้ประเมินสิ่งที่ต้องการประเมินและสิ่งแวดล้อม

การตัดสินใจว่ารูปแบบการประเมินที่เลือกเหมาะสมหรือไม่เพียงใด ควรพิจารณาจากความต้องการสารสนเทศของผู้ประเมิน วัตถุประสงค์ของการประเมิน ชนิดของการตัดสินใจ ข้อจำกัดของรูปแบบข้อจำกัดของการประเมิน ข้อจำกัดของเวลาและเงินทุนในการประเมิน ผู้ประเมินอาจเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับสิ่งที่จะประเมินนั้นเพียงรูปแบบเดียว หรืออาจผสมผสานวิธีต่างๆเข้าด้วยกันกำหนดเป็นแนวทางเฉพาะสำหรับโครงการนั้นนั่นเอง เปรียบเสมือนช่างตัดเสื้อที่ต้องเข้าใจรูปแบบพื้นฐานของเสื้อผ้าเมื่อจะตัดเสื้อผ้าชุดหนึ่งอาจเลือกแบบมาตรฐานหนึ่งว่าต่างหรือสามารถดัดแปลงรูปแบบพื้นฐานนั้นเป็นเสื้อชุดใหม่ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวได้มากมายตามสถานการณ์ที่จะใช้เสื้อผ้าชุดนั้นนั้น

4.5.4 รูปแบบการประเมินที่ควรใช้ในการประเมินโครงการ

ในการประเมินโครงการ นักประเมินสามารถเลือกหรือประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินได้หลากหลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีรายละเอียดและแนวทางการประเมินดังนี้

1) รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ (Tyler)

ไทเลอร์เป็นนักประเมินที่ให้ความสนใจและพัฒนาารูปแบบการประเมินโครงการทางการศึกษาก่อนคนอื่นๆ นอกจากเค้าจะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญทางด้านการประเมินแล้วยังเป็นผู้ที่ให้แนวคิดสำคัญในการพัฒนาหลักสูตรอีกด้วย โดยไทเลอร์ได้ให้ความหมายของการประเมิน ว่าเป็นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ (Outcome) ที่คาดหวังกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงกับจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ล่วงหน้าจากนิยามนี้ ซึ่งให้เห็นว่าไทเลอร์ได้ยึดเอาจุดมุ่งหมายของหลักสูตรเป็นหลักในการประเมินเพื่อตรวจสอบว่าหลักสูตรที่จัดทำนั้น สามารถบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด บางครั้ง

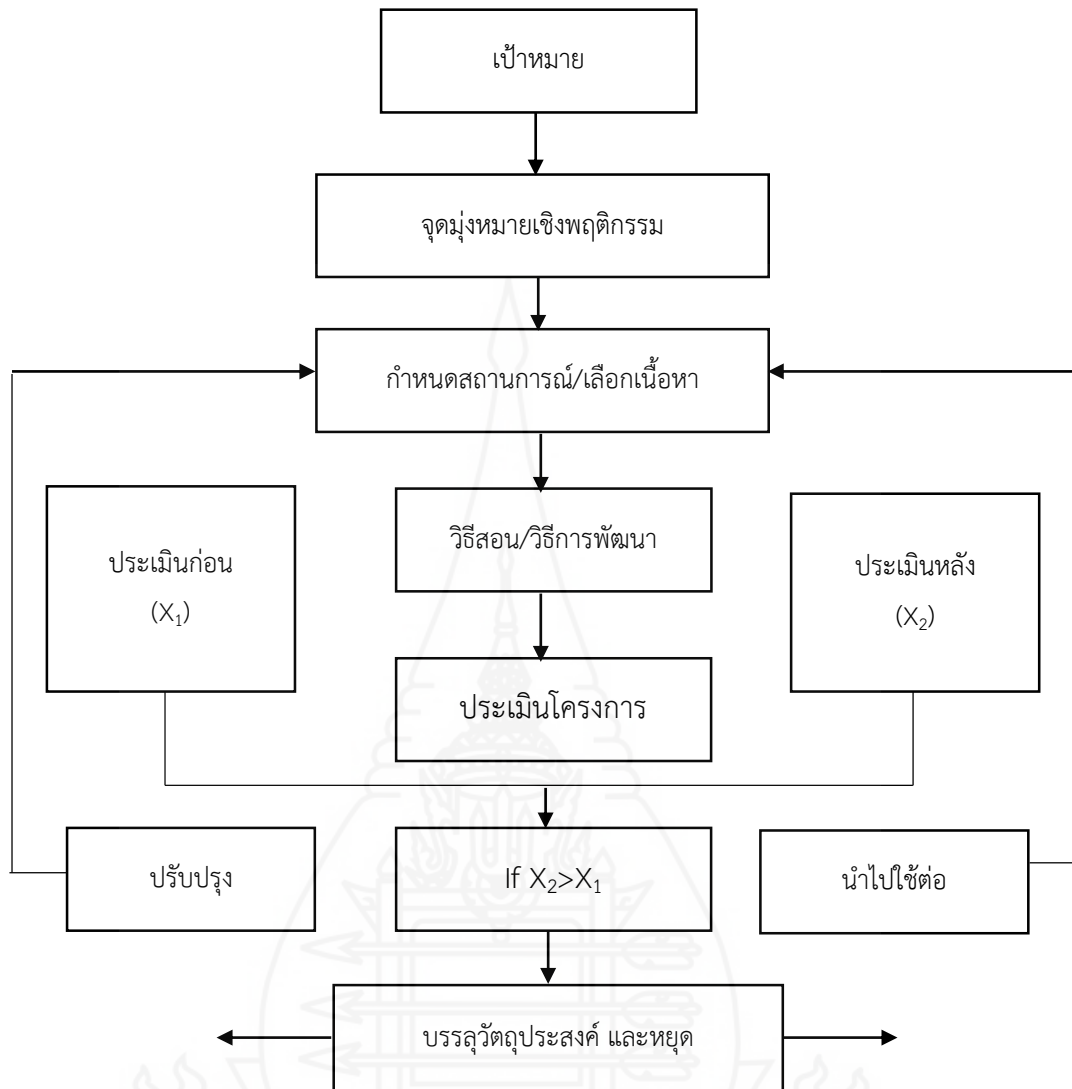
จึงเรียกรูปแบบการประเมินนี้ว่ารูปแบบการประเมินที่ยึดวัตถุประสงค์หรือความสำเร็จของเป้าหมายเป็นหลัก (goal attainment or objective-based model)

(1) ขั้นตอนการประเมินตามรูปแบบการประเมินของไทเลอร์

การประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมินของไทเลอร์ ฟิทซ์ แพทริก เซนต์เดอร์และวอร์เธน(Fitzpatrick,Sanders and Worthen, 2004: 72) ได้สรุปไว้ 7 ขั้นตอน ดังนี้

- กำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของโครงการทางการศึกษาไว้กว้างๆ
- จำแนกประเภทของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของโครงการทางการศึกษาไว้ให้ชัดเจน
- กำหนดจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมให้ชัดเจนว่าเมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วผู้เข้าร่วมโครงการจะต้องเกิดพฤติกรรมอะไรบ้าง อาจจะเป็นพฤติกรรมรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้
- กำหนดสถานการณ์ กำหนดและเลือกเนื้อหาสำคัญ รวมทั้งวิธีการต่างๆที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้แสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ได้กำหนดไว้
- ประเมินโครงการโดยเลือกและสร้างเครื่องมือที่จะใช้ในการวัดพฤติกรรมตามที่ได้ระบุไว้ในจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ระบุว่าได้มีการบรรลุจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมเพียงใด
- เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมตามจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการ
- วิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่ได้กำหนดไว้ตามจุดประสงค์เพื่อพิจารณาการบรรลุจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมและวัตถุประสงค์ของโครงการ

ที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 รูปแบบการประเมินของไทเลอร์

ที่มา: ปรับจาก ส.วาสนา ประवालพฤษย์ (2544) อ้างใน พิชิต ฤทธิ์จรูญ (2557)

(2) การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินของไทเลอร์มาเพื่อการประเมินโครงการ

รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ เป็นรูปแบบที่มุ่งตรวจสอบหรือเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่คาดหวังกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงจากการจัดการเรียนรู้ตามหลักสูตร หรือการดำเนินงานโครงการ การประเมินตามแบบนี้จะช่วยให้ได้สารสนเทศซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ รูปแบบการประเมินของไทเลอร์จึงเหมาะสำหรับการประเมินผลสรุปรวมหลังการดำเนินโครงการสิ้นสุดลงแล้ว ว่าได้ผลการดำเนินโครงการเป็นไปตาม

วัตถุประสงค์หรือไม่ ดังนั้นก่อนการประเมินผลสรุปรวมดังกล่าวจึงควรตรวจสอบความเป็นไปได้ของวัตถุประสงค์ของโครงการ ความน่าเชื่อถือของวัตถุประสงค์ และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของโครงการกับวัตถุประสงค์ของแผนงาน วัตถุประสงค์ของแผนงานกับเป้าหมายของนโยบาย ทั้งนี้เพื่อให้วัตถุประสงค์ของโครงการซึ่งจะใช้เป็นเกณฑ์หรือสิ่งเปรียบเทียบการบรรลุวัตถุประสงค์มีความถูกต้องสมบูรณ์ครบถ้วนและมีคุณค่ามากที่สุด โดยทั่วไปในการประเมินเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

- ตรวจสอบคุณค่าของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของโครงการแต่ละข้อ โดยให้ผู้เกี่ยวข้องกับโครงการที่มุ่งประเมินและหรือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ให้ความคิดเห็นหรือวิพากษ์เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของโครงการ ว่ามีคุณค่าและสามารถวัดผลสำเร็จได้หรือไม่

- ศึกษาวิเคราะห์เนื้อหาสาระของเอกสารหรือบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น คำบรรยาย รายงานการประชุม จดหมายข่าวต่างๆ แทนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน หรือพัฒนา เป็นต้น ผลการศึกษาดังกล่าวนี้ จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความขัดแย้งหรือสนับสนุนคุณค่าของเป้าหมาย บางข้อเพื่อให้เกิดความมั่นใจและทราบถึงวิธีการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ จึงควรตรวจสอบความเป็นไปได้ของการบรรลุวัตถุประสงค์ ของโครงการ โดยการศึกษาสำรองของโครงการก่อน

2) รูปแบบการประเมินของครอนบาค

ครอนบาค (Cronbach, 1963) ได้เสนอแนวคิดการประเมินซึ่งเรียกว่า การประเมินยุทธศาสตร์ของการตัดสินใจ การประเมินตามแนวคิดของครอนบาค คือการรวบรวมข้อมูลและใช้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการทางการศึกษา โดยที่โครงการทางการศึกษามีขอบเขตครอบคลุมถึงกิจกรรมต่างๆทางการศึกษา ซึ่งอาจจะเป็นสื่อการเรียนการสอน กิจกรรมการเรียนการสอน หลักสูตรหรือประสพ การณ์เรียน ที่สถานศึกษาจัดให้กับผู้เรียน การประเมินจะเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจหลายเรื่องด้วยกัน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลหลายหลายด้าน การประเมินจึงประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆหลายขั้นตอนและใช้เทคนิควิธีที่แตกต่างกันไม่มีการประเมินแบบใดแบบหนึ่งที่จะนำไปใช้ได้ในทุกสถานการณ์หรือทุกเหตุการณ์ เช่น กรณีการประเมินหลักสูตรหรือการประเมินโครงการใดโครงการหนึ่งจึงไม่ควรใช้การสอบวัดผลการเรียนของผู้เรียนหรือผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่เพียงอย่างเดียวแต่ควรจะใช้เทคนิควิธีและเครื่องมือวัดหลายชนิด

(1) จุดมุ่งหมายของการประเมิน ครอนบาคได้กำหนดจุดมุ่งหมายของการประเมินไว้ 3 ประการคือ

- เพื่อการปรับปรุงรายวิชา (course improvement) โดยการตัดสินใจว่าสื่อการเรียนการสอนอะไรหรือวิธีการสอนใดที่ให้ผลเป็นที่น่าพอใจและมีสิ่งใดที่จะต้องปรับปรุงแก้ไข

- เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับตัวบุคคล (decision about individual) โดยการสำรวจความต้องการของผู้เรียนเพื่อการวางแผนการสอนพิจารณาคุณลักษณะของผู้เรียนเพื่อการคัดเลือกและการจัด โครงและการหาข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าและข้อบกพร่องเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้เรียน

- เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับระบบและวิธีการบริหาร (administrative regulation) โดยการพิจารณาว่าระบบการบริหารของสถานศึกษาที่เป็นอยู่นั้นดีหรือไม่อย่างไร ครูแต่ละคนมีคุณภาพหรือประสิทธิภาพเพียงใด

สำหรับการประเมินโครงการเกี่ยวกับการเรียนการสอนนั้น ครอนบาคเห็นว่า ควรทำการทดสอบทั้งวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และผลกระทบอื่นๆของโครงการนั้น จึงเรียกรูปแบบการประเมินของครอนบาค ว่า รูปแบบการประเมินวัตถุประสงค์และผลกระทบด้วย (Goal and side effects attainment model)

(2) วิธีการประเมิน ครอนบาคได้เสนอให้ทำการประเมิน 4 ด้าน คือ (Worthen and Sanders, 1973, pp. 43-49; ส.วาสนา ประवालพฤกษ์, 2544 อ้างใน พิชิต ฤทธิจรรย์, 2557)

- การศึกษากระบวนการ (process studies) เป็นการศึกษา หรือประเมินเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการเรียนการสอนในชั้นเรียน เพื่อปรับปรุงหลักสูตรและพัฒนาโปรแกรมการเรียนการสอน วิธีการดำเนินการโดยการเก็บข้อมูลจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชั้นเรียน ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินความก้าวหน้าของการใช้หลักสูตร หรือความก้าวหน้าของโครงการขณะที่กำลังดำเนินการอยู่

- การวัดความสามารถทั่วไป (proficiency measures) เป็นการประเมินความสามารถของนักเรียน โดยใช้แบบทดสอบมาตรฐาน ครอนบาคให้ความสำคัญกับคะแนนรายข้อมากกว่าคะแนนรวม เพราะคะแนนรวมจะบอกถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของหลักสูตรหรือโครงการ แต่ไม่ให้สารสนเทศที่จะนำไปใช้ในการปรับปรุงหลักสูตรหรือโครงการ การวัดความสามารถควรวัดทุกด้าน ไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะวัตถุประสงค์เท่านั้น แต่อาจจะวัดสิ่งอื่นที่อยู่ นอกเหนือจากหลักสูตรหรือโครงการได้ถ้าหากประสงค์ที่จะวัด

- การวัดเจตคติ (attitude measures) เป็นผลส่วนหนึ่งของการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนหรือกิจกรรมของโครงการ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ นักเรียนหรือผู้เข้าร่วม

โครงการที่มีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใดก็จะมีความสนใจและอยากทำสิ่งนั้นๆ การวัดเจตคติสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ และการใช้แบบสอบถาม ผลของแบบสอบถามควรดูรายละเอียดของกลุ่มที่ตอบแทนที่จะดูรายละเอียดของแต่ละบุคคล

- การติดตามผล (follow-up studies) เป็นการประเมินคุณภาพของหลักสูตรหรือโครงการ โดยดูผลที่เกิดขึ้นในภาพรวมว่าผู้สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรหรือโครงการไปแล้วนั้นสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้เพียงใด ซึ่งต้องใช้เวลาในการติดตามและรอคอยผลการศึกษาดูตามผลนี้มีประโยชน์ต่อการปรับปรุงหลักสูตรและรายวิชาที่เรียนหรือโครงการได้น้อย เพราะมัก ไม่ทันการณ์และไม่ทราบว่าต้องปรับปรุงหลักสูตรหรือรายวิชาหรือโครงการในส่วนใดบ้างแต่จะมีประโยชน์ต่อการวางแผนหลักสูตรหรือโครงการใหม่ต่อไป

(3) การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินของครอนบาคเพื่อการประเมินโครงการ รูปแบบการประเมินของครอนบาคมาประยุกต์ใช้ในการประเมินโครงการจะช่วยให้ได้สารสนเทศเพื่อใช้ในการปรับปรุงการดำเนินโครงการว่า กิจกรรมส่วนใดจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข สารสนเทศจะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้เกี่ยวข้องกับโครงการ รวมทั้งได้สารสนเทศเกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการ โครงการและองค์การด้วย ซึ่งมีแนวทางดำเนินการดังนี้

- การประเมินจะช่วยให้ได้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการทางการศึกษาที่มีขอบเขตได้หลายเรื่องจึงสามารถประยุกต์ใช้ในการประเมินเพื่อปรับปรุงพัฒนาทั้งหลักสูตรการเรียนการสอน โครงการฝึกอบรมและโครงการทางการศึกษาต่างๆ

- จุดมุ่งหมายของการประเมินอาจเลือกกำหนดได้ว่า เพื่อมุ่งปรับปรุงรายวิชาโครงการฝึกอบรม การวางแผนส่งเสริมและพัฒนาผู้เรียน หรือผู้เข้ารับการฝึกอบรม รวมทั้งการปรับระบบการบริหารจัดการ โครงการและองค์การ

- ดำเนินการประเมินโครงการในขณะที่โครงการกำลังดำเนินการอยู่ โดยศึกษาความก้าวหน้าของโครงการและศึกษาปัญหาอุปสรรคของการดำเนินโครงการ แล้วใช้สารสนเทศจากผลการประเมินเพื่อการตัดสินใจปรับปรุงแก้ไขปัญหาในการดำเนินโครงการ

- ให้ความสำคัญกับเจตคติของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโครงการ จึงควรประเมินเจตคติของผู้ที่รับผลโดยตรงจากโครงการและผู้เกี่ยวข้องกับโครงการนั้นๆ เพราะเจตคติที่ดีของบุคคลจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทั้งในเรื่องความสนใจ ความตั้งใจ ความเต็มใจที่จะปฏิบัติหรือให้ความร่วมมือต่อการดำเนินงานต่างๆ

- ควรดำเนินการประเมินทั้งตามวัตถุประสงค์ของโครงการและผลกระทบอื่นที่เกิดนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ของโครงการ

3) รูปแบบการประเมินของสคริพเวน

สคริพเวน (Scriven, 1967 อ้างใน พิษิต ฤทธิจรูญ, 2557) เป็นนักคิด นักปรัชญาที่สำคัญคนหนึ่งของวงการประเมินที่ให้ความสำคัญกับการตัดสินคุณค่า (value judgment) ซึ่งได้เสนอแนวความคิดว่า สิ่งที่นักประเมินต้องทำคือ ให้ข้อสรุปเชิงประเมิน (evaluation conclusion) และนักประเมินต้องมีบทบาท 3 ประการ คือ การเป็นผู้ตัดสินคุณค่า การเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการทำการประเมิน และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงการ

(1) จุดเน้นของการประเมิน

สคริพเวน ให้ความสำคัญของการประเมินว่า การประเมิน คือ กระบวนการตัดสินคุณค่า หรือคุณภาพประโยชน์ของสิ่งที่มุ่งประเมิน โดยมีจุดเน้นการประเมิน 4 ลักษณะ คือ

- การประเมินความก้าวหน้า (formative evaluation) เป็นการประเมิน ที่อยู่ระหว่างการดำเนินโครงการ จะมีบทบาทของการตัดสินคุณค่าของกระบวนการดำเนินงานโครงการ เพื่อเสนอสารสนเทศเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการและเพื่อเป็นแนวทางไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดำเนินโครงการให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

- การประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) เป็นการประเมิน สรุปผลของโครงการซึ่งจะประเมินเมื่อสิ้นสุดการดำเนินโครงการ จะมีบทบาทของการตัดสินคุณค่าของผลที่ได้รับจากโครงการเพื่อเสนอสารสนเทศเกี่ยวกับคุณค่าของโครงการ และหาจุดเด่นหรือจุดบกพร่องของโครงการเพื่อเป็นแนวทาง ผู้การตัดสินใจการดำเนินโครงการในรอบต่อไป หรือยุติ ปรับเปลี่ยน หรือพัฒนาโครงการให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

- การประเมินคุณค่าภายใน (intrinsic evaluation) เป็นการประเมินคุณค่าของสิ่งต่างๆภายในตัวโครงการ ยกเว้นผลผลิตหรือผลกระทบของโครงการ เช่น การประเมินจุดมุ่งหมาย เป้าหมาย เนื้อหากระบวนการและกิจกรรมของโครงการ คุณภาพของเครื่องมือ ตลอดจนเจตคติของบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการประเมินเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการ เป็นต้น

- การประเมินผลสำเร็จ (pay-off evaluation) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับผลจากโครงการ หลังจาการดำเนินโครงการแล้ว เป็นการตัดสินคุณค่าของโครงการ โดยอิงเกณฑ์ภายนอก เช่น การประเมินผลที่เกิดจากการสอนของครูที่มีต่อนักเรียน หรือผลที่เกิดขึ้นกับครูผลที่เกิดขึ้นกับสถานศึกษาผลที่เกิดขึ้นกับผู้ปกครอง เป็นต้น

นอกจากนี้สคริพเวน ยังได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลที่เกิดขึ้นทั้งหมดอันเนื่องมาจากโครงการ (all relevant effect) ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นทั้งที่ได้คาดหวัง จะให้เกิดและผลที่ไม่ได้คาดหวังไว้ ทั้งนี้เป็นผลที่เกิดขึ้นจริงๆ จากการดำเนินโครงการซึ่งอาจเป็นผล

ในทางที่ดีพึงปรารถนาและไม่ดีที่ไม่พึงปรารถนา ก็ได้ การประเมินโครงการในลักษณะดังกล่าวนี้ เรียกว่า การประเมินที่ไม่อิงเฉพาะวัตถุประสงค์ (goal-free evaluation) ดังนั้นในการประเมินโครงการตามแนวคิดของสคิปเวน นอกจากจะต้องประเมินผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์แล้ว จะต้องประเมินผลที่เกิดขึ้นที่ไม่ได้กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ของโครงการอีกด้วย

การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินของสคิปเวนเพื่อการประเมินโครงการ เป็นการประเมินเพื่อตัดสินคุณค่าของสิ่งที่มุ่งประเมิน มีจุดเด่นที่แตกต่างจากรูปแบบการประเมินอื่น คือ เน้นการประเมินความก้าวหน้าและการประเมินผลสรุปรวมนอกจากนั้นยังเสนอให้พิจารณาว่าประสิทธิผลของโครงการไม่ควรพิจารณาเฉพาะผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ของโครงการเท่านั้น แต่ควรพิจารณาผลที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยผลตามที่คาดหมายและผลข้างเคียง ทั้งผลทางบวกและผลทางลบ ดังนั้นการประเมินโครงการตามรูปแบบของสคิปเวน จึงเป็นการประเมินเพื่อตัดสินคุณค่าของโครงการจึงควรมีการหาความต้องการจำเป็นของผู้ที่ได้รับผลของโครงการเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินคุณค่าของโครงการควรมีการประเมินความก้าวหน้าในระหว่างดำเนินโครงการเพื่อปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดและการประเมินผลสรุปรวมโดยพิจารณาประสิทธิผลทั้งหมดของโครงการทั้งประสิทธิผลตามที่คาดหมายและผลข้างเคียง

4) รูปแบบการประเมินของสเตค

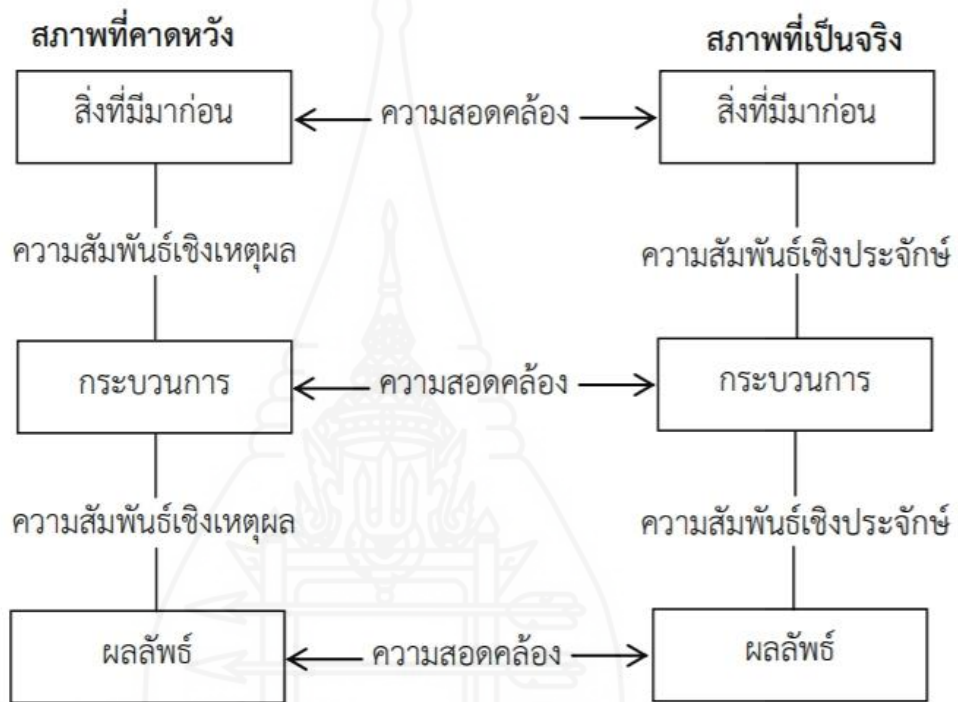
สเตค (Stake, 1976; cite in Popham, 1975 : 31) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินหลักสูตรหรือโครงการในรูปแบบการประเมินความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง โดยให้ความหมายของการประเมินไว้ว่า เป็นการบรรยาย และตัดสินคุณค่าของหลักสูตรหรือโครงการทางการศึกษา ซึ่งจำเป็นต้องมีข้อมูล 2 ประเภท คือ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบรรยาย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสิน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบรรยาย ประกอบด้วยข้อมูล 2 ประเภทคือ

- ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่คาดหวังหรือเป้าหมาย เป็นส่วนที่กล่าวถึงความคาดหวังหรือความต้องการของโครงการว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้นบ้างโดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การคาดหวังเกี่ยวกับสิ่งที่มีมาก่อน เป็นการประเมินสิ่งที่มีอยู่ก่อนที่จะมีการดำเนินโครงการ ใช้หลักสูตรหรือก่อนการเรียนการสอน เช่น ลักษณะของผู้เรียน ลักษณะของผู้สอน ลักษณะเนื้อหา อุปกรณ์ อาคารสถานที่ การจัดระบบบริหาร เป็นต้น 2) การคาดหวังเกี่ยวกับกระบวนการหรือการปฏิบัติ เป็นการประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนผู้เรียนกับผู้เรียน เป็นต้น 3) การคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เป็นการประเมินความสามารถต่างๆของผู้เรียนเช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเจตคติผลที่มีต่อผู้บริหารครูและสถาบัน เป็นต้น

- ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่เป็นจริง การเก็บรวบรวมข้อมูลก็ต้องเก็บรวม 3 ด้าน เช่นเดียวกับสภาพที่คาดหวัง คือ สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในด้านที่ดีมาก่อน ด้านกระบวนการหรือการปฏิบัติและด้านผลลัพธ์

การบรรยายข้อมูลสิ่งที่ประเมินระหว่างสภาพที่คาดหวังและสภาพที่เป็นจริง สรุปความสัมพันธ์ได้ ดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 การบรรยายสิ่งที่ประเมินตามรูปแบบการประเมินของสแตค

ที่มา: Worthen B.R. and Sadlers, J.R. (1973). *Educational evaluation: Theory and Practice CA: Wadsworth*: 118 อ้างใน พิชิต ฤทธิจักรูญ (2557)

(2) ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจ

เนื่องจากการวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างสภาพที่คาดหวังกับสภาพที่เป็นจริงนั้นไม่ได้บ่งบอกถึงความน่าเชื่อถือและความตรง เพียงแต่ทำให้เราทราบว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่เท่านั้น จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจมาช่วยในการตัดสินใจว่าโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใดโดยอาศัยเกณฑ์ 2 ชนิด คือ

- เกณฑ์สัมบูรณ์ เป็นเกณฑ์ที่นักประเมินตั้งไว้โดยอาจกำหนดมาจากทฤษฎีหลักการหรือการวิจัยและเอกสารอ้างอิง

คุณภาพหรือบรรลุเป้าหมายหรือไม่ โดยอาศัยมาตรฐานที่กำหนดไว้ อาจจะเป็นมาตรฐานสัมบูรณ์ หรือมาตรฐานสัมพัทธ์ก็ได้ 2) การตัดสินใจ (judgement) เป็นขั้นตอนที่พิจารณาว่าโครงการนั้นมีคุณภาพเพียงใดมีจุดเด่นจุดด้อยอย่างไรบ้าง โดยอาศัยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้กับมาตรฐาน การเปรียบเทียบอาจจะใช้การเปรียบเทียบกับเกณฑ์สัมบูรณ์หรือการเปรียบเทียบเกณฑ์สัมพัทธ์ก็ได้

(4) การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินของสเตคเพื่อการประเมินโครงการ การประเมินตามรูปแบบของสเตคประกอบด้วยการบรรยายและการตัดสินใจคุณค่าของโครงการ โดยพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล ความสัมพันธ์เชิงประจักษ์และความสอดคล้องขององค์ประกอบใหญ่ 3 ส่วน คือ สิ่งที่มีมาก่อนการปฏิบัติและผลลัพธ์ระหว่างภาพที่คาดหวังกับสภาพที่เป็นจริงเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานแล้วจึงตัดสินใจคุณค่าของโครงการ สเตคเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลตามสภาพธรรมชาติโดยใช้การสังเกต การทดสอบ การสัมภาษณ์ โดยใช้ข้อมูลจากหลายฝ่าย เพื่อให้ได้ในการตัดสินใจคุณค่าโครงการมีความถูกต้องเชื่อถือได้

การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินของสเตคเพื่อประเมินโครงการ มีข้อควรพิจารณาดังนี้

- การประเมินมุ่งที่จะศึกษาในเรื่องการบรรยายและตัดสินใจคุณค่าของโครงการ

- การประเมินให้ความสำคัญกับสิ่งที่มีมาก่อนการปฏิบัติและผลลัพธ์จึงเป็นรูปแบบการประเมิน ที่เน้นการประเมินก่อน ระหว่างและหลังการดำเนินโครงการ โดยพิจารณาความเป็นเหตุเป็นผลของสิ่งที่มีมาก่อนต่อผลของการปฏิบัติระหว่างการดำเนินโครงการและผลของสิ่งที่มีมาก่อนและการปฏิบัติต่อผลลัพธ์ของโครงการ พร้อมทั้งพิจารณาความสอดคล้องของสภาพที่เป็นจริงกับสภาพที่คาดหวังทำให้สามารถระบุสาเหตุของความสำเร็จและความไม่สำเร็จของโครงการได้

- การประเมินมีการตัดสินใจคุณค่าเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งเป็นได้ทั้งเกณฑ์สัมบูรณ์และเกณฑ์สัมพัทธ์ทำให้ได้สารสนเทศเพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกโครงการที่มีอยู่

5) รูปแบบการประเมินของสตฟเฟิลบีม

ดาเนียล แอล สตฟเฟิลบีม (Danial L. Stufflebeam) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินที่เรียกว่าชิปโมเดล (CIPP Model) ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย เป็นรูปแบบการประเมินที่มีระบบแผนอย่างชัดเจนและสามารถนำไปใช้ในการประเมินโครงการต่างๆ ได้อย่างกว้างขวาง

คำว่า CIPP ย่อมาจากคำว่า Context (บริบทหรือสภาวะแวดล้อม) Input (ปัจจัยเบื้องต้น) Process (กระบวนการ) Product (ผลผลิต) ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ว่าแนวคิดการประเมิน

ของสตฟเฟิลบีมนี่ได้ยึดหลักของ การวิเคราะห์ระบบ (system analysis) หรือวิธีการเชิงระบบ (systems approach)

(1) ความหมายของการประเมิน สตฟเฟิลบีมนี่ได้ให้ความหมายของการประเมินว่าเป็นวิธีการศึกษาหรือสืบค้นหาคุณค่าของสิ่งที่มุ่งประเมินอย่างเป็นระบบ การประเมินจึงเป็นกระบวนการที่จัดหา นำเสนอสารสนเทศและนำไปประยุกต์ใช้ในการอธิบาย และการตัดสินใจคุณค่าและคุณประโยชน์ในการตัดสินใจหาทางเลือกที่เหมาะสมในการดำเนินงาน โครงการ (Stufflebeam and Shinkfield, 2007, pp. 326)

(2) วิธีการประเมินโดยใช้รูปแบบการประเมินซิป จะเกี่ยวข้องกับลักษณะของการตัดสินใจ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาช่วยในการตัดสินใจ 4 ลักษณะ คือ การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผน (planning decisions) การตัดสินใจเกี่ยวกับโครงสร้าง (structure decisions) การตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน (implementing decisions) และการตัดสินใจเกี่ยวกับการทบทวนการดำเนินโครงการเมื่อสิ้นสุดโครงการ (recycling decisions) มโนทัศน์เบื้องต้นของรูปแบบ CIPP ก็คือประเภทของการตัดสินใจที่แตกต่างกัน จำเป็นต้องใช้สารสนเทศในการตัดสินใจที่แตกต่างกันด้วยซึ่งสตฟเฟิลบีมและคณะ ได้จำแนกการตัดสินใจและการประเมินเพื่อการบริหาร และการวางแผนไว้ 4 ประเภท ดังนี้ (Fitpatrick, Sanders and Worthen, 2004, pp. 89)

- การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context evaluation) เป็นการประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศสำหรับการตัดสินใจในการวางแผนกำหนดเป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังของโครงการหรือวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการ การประเมินบริบทเป็นการประเมินเกี่ยวกับนโยบาย ปรัชญา เป้าหมาย แรงกดดันทางเศรษฐกิจและสังคม ความต้องการของบุคคล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนแรงกดดันทางการเมือง สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2553, น. 69) อธิบายว่า การประเมินบริบทของโครงการเป็นการประเมินความต้องการจำเป็น เพื่อกำหนดโครงการ เป็นการประเมินสภาพเศรษฐกิจสังคมการเมือง ตลอดจนปัญหา อุปสรรคต่างๆ อันนำไปสู่ทิศทาง และวัตถุประสงค์ของโครงการ

- การประเมินปัจจัยหรือทรัพยากร (Input evaluation) เป็นการประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการและกลวิธีดำเนินโครงการ เป็นการตรวจสอบความพร้อมของปัจจัยเบื้องต้นต่างๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ เป็นต้น เป็นการประเมินเพื่อมุ่งเน้นว่า มีปัจจัยพร้อมมูลที่จะดำเนินการหรือไม่ แผนหรือโครงการที่เสนอเหมาะสมหรือไม่ ควรปรับปรุงส่วนใด สารสนเทศที่ได้ใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงสร้าง เพื่อเลือกแผนการจัดโครงการหรือแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมที่สุด เพื่อให้ได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งสมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2553, น. 169) กล่าวว่า การประเมินปัจจัยหรือทรัพยากรเป็นการ

ตรวจสอบความพร้อมด้านทรัพยากร ทั้งปริมาณและคุณภาพ ตลอดจนระบบการบริหารจัดการ เพื่อวิเคราะห์และกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด

- การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมิน เพื่อให้ได้สารสนเทศสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการนำโครงการ ไปปฏิบัติเพื่อให้บังเกิดผลสำเร็จ เป็นการประเมินขณะดำเนินงาน หรือประเมินในเชิงความก้าวหน้า เพื่อปรับปรุงกระบวนการบริหาร หรือการดำเนิน โครงการรวมทั้งศึกษาปัญหาและอุปสรรค จุดเด่น จุดด้อย สมหวัง พิธยานุวัฒน์ (2553, น. 169-170) ให้แนวคิดว่าการประเมินกระบวนการ เป็นการประเมินการดำเนินงานเมื่อนำโครงการที่วางแผนไว้ไปสู่การปฏิบัติเพื่อศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน ตลอดจนปัญหาอุปสรรคของการ ดำเนินโครงการ จึงเป็นการประเมินเพื่อปรับปรุงการดำเนินโครงการได้อย่างทันที่ทางที่ สารสนเทศ ที่ได้จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้การควบคุมหรือปรับปรุงแก้ไขวิธีการต่างๆ ให้เหมาะสมทันที่ในขณะที่กำลังดำเนินโครงการอยู่

- การประเมินผลผลิต (Product evaluation) เป็นการประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับอนาคตของโครงการ ซึ่งเป็นการประเมินผลหลังจาก การดำเนินงานโครงการสิ้นสุดลงเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพประสิทธิผลของโครงการซึ่งใน ทัศนะของสมหวัง พิธยานุวัฒน์ (2553, น. 170) เห็นว่า เป็นการประเมินที่มุ่งตอบคำถามว่าโครงการ ประสบความสำเร็จตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ผลผลิตของโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ผลการดำเนินงานคุ้มค่าเพียงใด ประกอบด้วยการประเมินผลผลิต โดยพิจารณาจากปริมาณและ คุณภาพของผลผลิตเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของโครงการตลอดจนการนำเอาความรู้ไปใช้ในการ ปฏิบัติงานอีกส่วนหนึ่งคือผลกระทบ (Impact) สารสนเทศที่ได้จะนำมาใช้ในการตัดสินใจคุณค่า ผลผลิตของโครงการทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพเพื่อที่จะตัดสินใจว่าควรจะทำต่อไปหรือยุติ ล้มเลิกหรือยกฐานะเป็นงานประจำ

มโนทัศน์สำคัญของรูปแบบการประเมินชิปก็คือ จะต้องเป็นการ ประเมินเพื่อให้ได้สารสนเทศสำหรับการตัดสินใจตามช่วงระยะเวลาของการบริหารโครงการ กล่าวคือ การประเมินสถานะแวดล้อมเพื่อการตัดสินใจก่อนริเริ่มจัดทำโครงการ การประเมินปัจจัย เบื้องต้น เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินโครงการ การประเมินกระบวนการ เป็นการ ประเมินเพื่อตัดสินใจปรับปรุงกิจกรรมและวิธีดำเนินโครงการ และเมื่อโครงการสิ้นสุดลง จึงประเมินผลผลิตของโครงการเพื่อตัดสินใจคุณค่าและอนาคตของโครงการว่าจะดำเนินงานต่อไป หรือยุติโครงการ ดังนั้นในการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินชิปผู้บริหารหรือผู้ประเมินจึงควรทำ การประเมินใช้สารสนเทศประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการหรือสิ่งที่มุ่งประเมินเป็นระยะๆ ตามช่วงระยะเวลาของการบริหารจัดการโครงการ มิใช่ไปประเมินรวบยอดเมื่อสิ้นสุดโครงการแล้ว

จากแนวคิดในการประเมินองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านดังกล่าว จึงเรียกแนวคิดในการประเมินนี้ไว้ว่า รูปแบบการประเมินชิป ซึ่งมีกรอบแนวคิดในการประเมินเขียนแสดงความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการประเมินและประเภทของการตัดสินใจได้ดังภาพที่ 2.5



ภาพที่ 2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทการประเมินและประเภทของการตัดสินใจตามรูปแบบของสตฟเฟิลบีม

ที่มา: สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2553) อ้างใน พิเชิต ฤทธิจรูญ (2557)

สตฟเฟิลบีมและซิงค์ฟิลด์ (Stufflebeam and Shinkfield, 2007, pp. 329) ได้อธิบายวิธีการใช้รูปแบบการประเมินชิปที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของการประเมินกับประเภทของการประเมินสรุปได้ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของการประเมินความก้าวหน้าและการประเมินผลรวม
กับประเภทของการประเมิน

บทบาทของการประเมิน	สถานะแวดล้อม	ปัจจัยหรือทรัพยากร	กระบวนการ	ผลผลิต
การประเมินความก้าวหน้าโดยใช้สารสนเทศเพื่อตัดสินใจปรับปรุงและประกันคุณภาพโครงการ	เป็นแนวทางในการตัดสินใจ กำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการและจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายของโครงการ	เป็นแนวทางในการตัดสินใจ กำหนดยุทธวิธี/วิธีการ และแนวทางการปฏิบัติงานตามโครงการ	เป็นแนวทางในการตัดสินใจ ปฏิบัติงานโครงการ กำกับและปรับกิจกรรมของโครงการให้มีประสิทธิภาพ	เป็นแนวทางในการตัดสินใจ ดำเนินโครงการปรับปรุงขยายโครงการโดยพิจารณาจากผลลัพธ์และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากโครงการ
การประเมินผลสรุปรวมตัดสินใจคุณค่าประโยชน์และความสำคัญของโครงการ	เปรียบเทียบวัตถุประสงค์เป้าหมายและจัดลำดับความสำคัญและตามรายการความต้องการ ปัญหา และโอกาส	เปรียบเทียบยุทธวิธีที่เลือก การออกแบบและงบประมาณ เหตุผลที่เลือกมาจากทางเลือก อื่นๆ	พรรณนากระบวนการ ปฏิบัติงานและค่าใช้จ่าย รวมทั้งเปรียบเทียบการออกแบบกระบวนการ ปฏิบัติและค่าใช้จ่าย	เปรียบเทียบผลลัพธ์และผลข้างเคียงกับเป้าหมายที่ต้องการ ความเป็นไปได้ ความสำเร็จ และการตัดสินใจในรอบใหม่อีกครั้ง

ที่มา: Stufflebeam, D.L. and Shinkfield, A.J. (2007) *Evaluation theory, model, and Applications* San Francisco: Jossey-Bass: 329 อ้างใน พิชิต ฤทธิจรูญ, (2557)

(3) การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินชิปเพื่อการประเมินโครงการ การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินชิปมาใช้ในการประเมินโครงการ ผู้ประเมินหรือผู้รับผิดชอบ

โครงการจะต้องดำเนินการประเมินโครงการอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบเพื่อนำสารสนเทศที่ได้จากการประเมินเสนอต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจหรือนำมาใช้ในการตัดสินใจปรับปรุงและพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยดำเนินการดังนี้

- ประเมินก่อนเริ่มโครงการ ผู้ประเมินหรือผู้ปฏิบัติงานควรทำการประเมินสภาวะแวดล้อมและปัจจัยเบื้องต้น ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อตัดสินใจเลือกวัตถุประสงค์ของโครงการ ตรวจสอบความเหมาะสม ความสมเหตุสมผลของการวางแผนดำเนินงาน โครงการความเป็นไปได้ของโครงการที่จะนำไปปฏิบัติคุณภาพของโครงการ รวมทั้งตรวจสอบโอกาสที่โครงการนั้นจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์การประเมินเพื่อตัดสินใจหรือหาข้อสรุปสำหรับการตัดสินใจเลือกโครงการ บางครั้งเรียกว่า “การวิเคราะห์โครงการ” ในขั้นนี้เน้นพิจารณาใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ความเหมาะสมของโครงการที่จะดำเนินการ โดยวิเคราะห์ปัญหาและความจำเป็นของโครงการศึกษาความเป็นไปได้ในการ ดำเนินโครงการความพร้อมในการบริหารจัดการโครงการความพร้อมในการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร โดยเฉพาะความเป็นไปได้ทางการเงิน กำลังคน วัสดุและการจัดการ 2) การวิเคราะห์ผลตอบแทนจากการดำเนินโครงการ 3) การศึกษาและคาดหวังถึงผลประโยชน์หรือสิ่งนี้อาจตามมาจากการดำเนินโครงการ นั้นทั้งในระยะเริ่มโครงการและในขณะที่ดำเนินโครงการ

- การประเมินระหว่างการดำเนินโครงการ โดยประเมินขณะที่กำลังดำเนินโครงการ โดยผู้ประเมินหรือผู้รับผิดชอบโครงการควรประเมินจุดเด่นจุดด้อยของการดำเนินโครงการ ตรวจสอบว่าการดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง มีสาเหตุมาจากอะไร มีวิธีการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร และใช้สารสนเทศที่ได้จากการประเมินสำหรับตัดสินใจดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ให้ทัน่วงที

- การประเมินหลังการดำเนินโครงการ โดยผู้ประเมินหรือผู้รับผิดชอบโครงการมุ่งตอบคำถามว่าโครงการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์หรือไม่เพียงใด ซึ่งเป็นการตรวจสอบการบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ผลการดำเนินงานคุ้มค่าหรือไม่ เกิดผลกระทบอะไรบ้าง สารสนเทศที่ได้จากการประเมินนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับอนาคตของโครงการ ว่าควรดำเนินโครงการนั้นต่อไปหรือปรับปรุงขยายหรือล้มเลิกโครงการ

6) รูปแบบการประเมินของอัลคิน

ขณะที่มาร์วิน อัลคิน (Marvin Alkin, 1969 อ้างใน พิชิต ฤทธิ์จรูญ, 2557) เป็นผู้อำนวยการประเมินผลการศึกษามหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย วิทยาเขตลอสแอนเจลิส (UCLA) ได้พัฒนากรอบการประเมินที่มีลักษณะใกล้เคียงกับรูปแบบการประเมินซิป เรียกว่า

รูปแบบการประเมิน UCLA ซึ่งมีจุดเน้นเป็นการประเมินเพื่อการตัดสินใจ อัลคินได้ให้ความหมายของการประเมินว่าเป็นกระบวนการกำหนดขอบเขตของสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจการเลือกข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การจัดทำรายงานสรุปให้กับผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับการดำเนินโครงการ

(1) ขอบข่ายของการประเมิน จากความหมายของการประเมินตามแนวคิดของอัลคินนั้น การประเมินจะประกอบด้วยการจัดหา และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อที่จะนำไปใช้ในการตัดสินใจ ดังนั้นในการประเมินจำเป็นจะต้องประเมินในเรื่องต่างๆ 5 ด้านดังนี้

- การประเมินระบบ (system assessment) เป็นการอธิบายหรือพรรณนาสภาพของระบบเพื่อเปรียบเทียบสภาพที่เป็นจริงกับสภาพที่คาดหวังที่จะเกิดขึ้น การประเมินระบบจะช่วยให้เราสามารถกำหนดขอบเขตและวัตถุประสงค์ที่เหมาะสม สิ่งที่จะต้องศึกษา ได้แก่ ความต้องการของประชาชนชุมชนและสังคมที่มีต่อสภาพการปัจจุบัน สำหรับการประเมินระบบแต่ละส่วนจำเป็นต้องใช้เทคนิควิธีการต่างๆกัน

- การประเมินการวางแผนโครงการ (program planning) เป็นการประเมินก่อนที่จะมีการดำเนินโครงการเพื่อหาสารสนเทศมาใช้ในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมของโครงการ นักประเมินต้องหาสารสนเทศที่แสดงความหวังที่จะบรรลุเป้าหมายพร้อมกับประเมินผลที่ได้รับจากการใช้วิธีการดำเนินงานต่างๆด้วย เพื่อให้สามารถเห็นข้อเปรียบเทียบในการหาทางเลือกที่เหมาะสมโดยใช้วิธีการที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะของปัญหา โดยทั่วไปจะใช้การประเมินจากเกณฑ์ภายนอกและจากเกณฑ์ภายใน

- การประเมินการนำไปใช้เพื่อการดำเนินโครงการ (program implementation) เป็นการประเมินขณะที่โครงการกำลังดำเนินงาน เพื่อตรวจสอบดูว่าการดำเนินโครงการนั้นเป็นไปตามขั้นตอนต่างๆที่ได้วางแผนไว้หรือไม่ ผลที่เกิดขึ้นมีความสอดคล้องกับสิ่งที่วางแผนไว้หรือคาดหวังไว้เพียงไร

- การประเมินเพื่อปรับปรุงโครงการ (program improvement) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อมูลที่น่ามาใช้ในการดำเนินโครงการให้บรรลุจุดมุ่งหมาย และมีผลที่ไม่คาดคิดมาก่อนเกิดขึ้นบ้างหรือไม่ดังนั้นนักประเมินจึงมีบทบาทสำคัญในการที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับความสำเร็จหรือความล้มเหลวในทุกๆด้านของโครงการตลอดจนผลกระทบของโครงการที่มีต่อโครงการอื่นเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงโครงการต่อไป

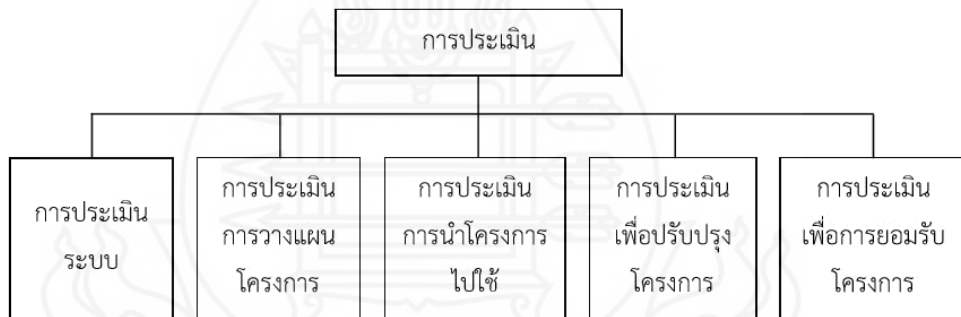
- การประเมินเพื่อการยอมรับโครงการ (program certification) ขั้นตอนนี้นักประเมินต้องหาข้อมูลสารสนเทศรายงานต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจเพื่อใช้ข้อมูลในการพิจารณาตัดสินคุณค่าของโครงการและศักยภาพในการสรุปอ้างอิงไปสู่สถานการณ์อื่นๆหรือ

นำไปใช้ กลับโครงการในสถานการณ์อื่นๆ ได้กว้างขวางเพียงใดในขั้นนี้ข้อมูลที่ได้จากนักประเมิน จะทำให้ผู้บริหารได้ตัดสินใจว่าควรจะดำเนินกับโครงการในลักษณะใดอาจจะยกเลิกปรับปรุงใหม่ หรืออาจจะขยายโครงการต่อไปอีกเป็นต้น

(2) ข้อตกลงเบื้องต้นตามรูปแบบการประเมินดังกล่าว อัลคินกล่าวว่า มีการประเมิน 4 ประการคือ

- การประเมินเป็นกระบวนการรวบรวมสารสนเทศ
- สารสนเทศที่รวบรวมได้ในการประเมินส่วนใหญ่จะถูกนำมาใช้เพื่อการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการปฏิบัติการ
- สารสนเทศที่ได้จากการประเมินควรจะนำเสนอให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจด้วยรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพผล โดยออกแบบการนำเสนอที่ทำให้เข้าใจได้ง่าย กระชับชัดเจน ไม่ทำให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจสับสนหรือเข้าใจผิดได้
- ประเภทของการตัดสินใจที่ต่างกันย่อมต้องใช้กระบวนการประเมินที่ต่างกัน

รูปแบบการประเมินของอัลคินสรุป ได้ดังภาพที่ 2.6



ภาพที่ 2.6 รูปแบบการประเมินโครงการของอัลคิน

ที่มา: ส.วาสนา ประवालพฤกษ์ (2544): 138 อ้างใน พิชิต ฤทธิ์จรูญ (2557)

(3) การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินของอัลคินเพื่อการประเมินโครงการ โดยที่รูปแบบการประเมินของอัลคินมีลักษณะใกล้เคียงกับรูปแบบการประเมินชิปค่อนข้างมาก ดังนั้นแนวทางการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินของอัลคินในการประเมินโครงการจึงยึดแนวทางเดียวกันกับรูปแบบการประเมินชิป

จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการประเมิน การประเมินผล และการประเมินโครงการดังกล่าวสรุปได้ว่าการประเมิน การประเมินผล และการประเมินโครงการมีส่วน

เกี่ยวข้องกับ การ ดำเนินการ โครงการ ทุกขั้นตอน ทั้งก่อนเริ่มโครงการดำเนินงานและหลังขณะดำเนินการ โดยแนวคิด และรูปแบบการประเมิน โครงการ จะมีหลายรูปแบบให้นำไปใช้ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีข้อแตกต่างและข้อจำกัดในการนำมาใช้แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการประเมิน ข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการประเมิน เสนอต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจหรือนำมาใช้ในการตัดสินใจปรับปรุงและพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับอนาคตของโครงการ ว่าควรดำเนินโครงการนั้นต่อไปหรือปรับปรุง ขยายหรือล้มเลิกโครงการ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในประเทศไทย

5.1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ครุณี ทายะติ (2549) ศึกษา นโยบายและการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุ ของประเทศออสเตรเลียและประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ประเทศออสเตรเลียมีการพัฒนาปรับปรุงนโยบาย ด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ศึกษา รูปแบบและทดลองปฏิบัติการให้บริการต่างๆ ได้อย่างสอดคล้องกับ สถานการณ์ปัจจุบัน กล่าวคือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพังอย่างปลอดภัย ในบ้านตัวเองได้นานที่สุด โดยความร่วมมือจากองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นอย่างดีและ ประการสำคัญคือการสนับสนุนงบประมาณ อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข

สำหรับประเทศไทย ซึ่งถือว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่าต่อสังคม รัฐบาลจึงได้ กำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) (กรมกิจการสตรี กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงมนุษย์, 2552) ที่มีลักษณะบูรณาการเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่อำนาจรัฐจัดสวัสดิการเสริม ส่วนภาคเอกชนที่มีทั้งให้บริการแบบแสวงหา กำไร และแบบไม่แสวงหากำไร สามารถจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้เพียงบางกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม แต่เนื่องจากการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงานเป็นลักษณะ ต่างฝ่ายต่างทำ ขาดองค์กรกลางที่จะช่วยประสานความร่วมมือระหว่างกันอย่างชัดเจน เพื่อก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรตลอดจนบุคลากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าการพยายามให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมบริการดูแลผู้สูงอายุต้องมีการสนับสนุนการ สร้างชุมชนให้เข้มแข็ง พัฒนาแกนนำที่มีความรู้ความสามารถและรัฐจัดสรรงบประมาณได้

เหมาะสม จึงทำให้การปฏิบัติตามแผน บรรลุวัตถุประสงค์ได้ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2551) การศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบ บริการการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ จำนวน 10 ประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลเสนอแนะต่อการพัฒนาและวางนโยบายการบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าพัฒนาการและแนวคิดในการจัดระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ นั้น ภาครัฐมีบทบาทในระดับต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางสังคมของแต่ละประเทศ การจัดบริการ มีความครอบคลุมทั้งความต้องการการดูแลส่วนบุคคลและความเป็นอยู่ทั้งในสถานบริการและในชุมชน สิทธิประโยชน์อาจอยู่ในรูปแบบของเงินอุดหนุน รวมทั้งการให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในด้านการเงิน แหล่งที่มาของการเงินการคลังของระบบประกอบด้วยภาษีทั่วไป การจ่ายเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย และจากกระเป๋าผู้ใช้บริการ การควบคุมค่าใช้จ่ายที่พบบ่อย คือ การจ่ายร่วม ด้านการบริหารจัดการมีการกำหนดการได้รับสิทธิจากการประเมินภาวะพึ่งพิงร่วมกับระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดูแล ด้านการช่วยเหลือครอบครัวและเครือข่ายนอกระบบมีหลายรูปแบบ เช่น การจัดบริการสนับสนุน การให้เงินช่วยเหลือครอบครัว การลดหย่อนภาษีให้กับครอบครัวที่ให้การดูแลสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพิง การให้สิทธิทดแทนการออกจากงานและสิทธิในการรับบำนาญขั้นพื้นฐาน ข้อเสนอแนะในการ จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทย คือ การพัฒนาระบบควรต้องมีความเหมาะสมกับ วัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ขณะที่รัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุน ให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแล โดยระบบรองรับสำหรับผู้ที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2552) ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว โดยชุมชนพบว่า ครอบครัวยังมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุทุกพื้นที่ที่มีการจัดบริการ สุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคมแต่ความครอบคลุมของบริการและความเข้มข้นต่างกัน บริบทของชุมชน ศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชนรวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนมีบทบาท สำคัญในการพัฒนา ขณะเดียวกันนโยบายการกระจายอำนาจและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอื้อต่อการดำเนินงานของ ชุมชนในการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงค่อนข้างครอบคลุม แต่ยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ ส่วนบริการด้านสังคมยังมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์ เป็นหลัก ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นั้นบริการที่เป็นรูปธรรม ทั้งด้านสุขภาพและสังคมยังมีข้อจำกัดมาก

ยศ วัชรคุปต์ และคณะ (2559) ศึกษาประสิทธิผลของการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ประสิทธิผล

ของการให้บริการดูแลระยะยาวภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจังหวัดอุดรธานี โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 405 คน จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับบริการแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 261 คนและภายใต้โครงการ LTC (กลุ่มทดลอง) จำนวน 144 คน ซึ่งได้รับบริการการดูแลระยะยาวภายใต้แผนการดูแล (Care Plan) เช่น การตรวจวัด Vital Sign การดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัด ทั้งนี้การวิเคราะห์ประสิทธิผลของโครงการ LTC ว่าคะแนนเฉลี่ยดัชนีบาร์เซลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel actives of daily living : Barthel ADL) ของผู้เข้าร่วมโครงการหลังจากที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาวเป็นเวลาประมาณ 4 เดือน การศึกษาพบว่า การให้บริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการภายใต้โครงการ LTC มีคะแนน Barthel ADL เฉลี่ยดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ประมาณ 1 คะแนน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโครงการ LTC มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น และสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลงได้ถึง 5.7 ล้านบาทด้วยต้นทุนการให้บริการ 7.2 แสนบาท ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมใน ระบบการดูแลระยะยาวของภาคส่วนต่างๆ ตั้งแต่ระดับครอบครัวระดับชุมชนระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยแยกเป็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของต่างประเทศโดยสรุปพบว่า ลักษณะการจัดการบริการที่เป็นทางการ ทั้งในบริการ และในชุมชน มีการจัดบริการหลากหลายรูปแบบทั้งการบริการด้านสังคม เช่น บริการส่งอาหาร บริการช่วยเหลืองานบ้าน ปรับปรุงบ้านเรือน และบริการทางการแพทย์ เช่น การเยี่ยมบ้าน รวมทั้งระบบ สนับสนุนและพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ดูแลและครอบครัวร่วมด้วย แต่ไม่เป็นที่ยอมรับ ของบางประเทศที่เป็นรัฐสวัสดิการ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยพบว่า บทบาทจะอยู่ที่ภาครัฐเป็นหลัก ซึ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวจะครอบคลุมผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนกลุ่มภาวะพึ่งพิงยังขาดการจัดบริการด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมและขาดระบบสนับสนุนต่างๆแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีเพียงมาตรการลดหย่อนภาษีให้บุตรที่อุปการะพ่อแม่ ส่วนใหญ่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุยังขาดการบูรณาการจากภาคีเครือข่ายจากรัฐ ครอบครัวและชุมชน แต่ในขณะเดียวกันภาครัฐควรมีการสนับสนุนการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป เพราะเป็นโครงการที่มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวได้

5.1.2 งานวิจัยการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

สาคร อินโทโล (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคี เช่น เครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการด้านสุขภาพในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อื่นๆ และชมรมผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและเกิดแผนงานที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม และนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้ โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญ ด้านการสนับสนุนงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้อง หน่วยบริการด้านสุขภาพและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในด้านการส่งเสริมและสนับสนุนงานด้านผู้สูงอายุในชุมชนชมรมผู้สูงอายุทุกชมรมมีบทบาท ในการเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อตนเอง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โขครนวมิษฐ์ และธนิกันต์ ศักดาพร (2552) ศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย ผลการศึกษาผู้สูงอายุเพศหญิง 6 ราย ชาย 2 ราย อายุต่ำสุด 66 ปี อายุสูงสุด 90 ปี อายุเฉลี่ย 82.87 ปี นับถือศาสนาพุทธ 7 ราย อิสลาม 1 ราย สถานภาพสมรส เป็นหม้าย 7 ราย และยังอยู่กับคู่สมรส 1 ราย ทุกรายมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และพึ่งตนเองได้ในระดับน้อยไปจนถึงพึ่งพาตนเองไม่ได้เลย โดยมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก วิธีการและเทคนิคการดูแลที่ดีประกอบด้วยตัวชี้วัด 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพจิต ส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ส่วนชุมชนมีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ดี ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ประการ ได้แก่ การมีระบบดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีทีมงานที่เข้มแข็ง การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ การแก้ไขปัญหาโดยสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ และ การมีระบบการประเมินบริการ

นิชนันท์ สุวรรณคุณ (2554) ศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ด้านผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการได้แก่ ปัญหาด้านร่างกายจิตใจอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ด้านผู้ดูแล ปัญหาและความต้องการคือ การที่ต้องทำบทบาทหน้าที่เชิงซ้อนทั้งเป็นผู้หารายได้ และเป็นผู้ดูแล ขณะที่ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งระบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรี มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1)ญาติและเพื่อน ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้การสนับสนุนด้านการเงินด้านอาหารเครื่องนุ่งห่ม และด้านจิตใจ

2) เพื่อนบ้านให้การสนับสนุนด้านการเงิน การอำนวยความสะดวก ในการพาไปโรงพยาบาล และด้านจิตใจ 3) องค์กรด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมบนคลินิกและในชุมชน มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ 4) หน่วยงานองค์กรในชุมชน เช่น เทศบาลตำบลเมืองศรีไค องค์กรท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้การสนับสนุนด้านสวัสดิการเสริมสร้างศักยภาพ และรายได้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล 5) หน่วยงานองค์กรนอกชุมชน ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนจังหวัด อุบลราชธานี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดอุบลราชธานี และสถาบันการศึกษาให้การสนับสนุนด้านวิชาการ งบประมาณ และการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุปัจจัยที่เอื้อต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุ

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ, ปนัดดา ปรียทฤณ และ ญาณิสสา โชติกะคาม (2555) ศึกษา กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค ผลการวิจัย พบกระบวนการ สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นกระบวนการ พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจาก กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้นๆ กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 4 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การสร้างทีมแกนนำซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน เริ่ม ตั้งแต่การค้นหาแกนนำ การเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบจิตอาสา การสร้างข้อตกลงร่วมกันในการ กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพ การดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม และการประชุมร่วมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน วางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง และ 4) กระบวนการพัฒนา ข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ เริ่มต้นจากการเปิดช่องทางการ สื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้ และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล และระดับกลุ่ม รวมทั้งผลักดัน โครงการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชน ที่มีความสอดคล้องกับนโยบายบริหารงานในระดับ ท้องถิ่น ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจาก กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม พบว่า 1) เกิดการ รวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการ ร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง 2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการ สร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัด กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานใน โครงการดูแลผู้สูงอายุมีผลให้ผู้สูงอายุ เข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์ (2560) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0 พบว่า ยุคประเทศไทย 4.0 มีการปฏิรูปโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เน้นการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีเข้ามาช่วยพัฒนา กอปรกับแนวโน้มสังคมสังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆทั่วโลกนั้น ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 โดยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องมีคนอื่นช่วยดูแลมากกว่า 1 ล้านคน แนวคิดสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศ 4.0 นั้นคือ PIOEH 1) P= Policy การมีนโยบายสาธารณะที่จริงจังและต่อเนื่อง 2) I=Innovation & Technology เน้นการคิดค้นนวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ 3) O=Green Organization การจัดองค์กรที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ 4) E=Elderly มีชมรมผู้สูงอายุครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และ 5) H=Human Resource Development มีการพัฒนาศักยภาพบุคคลถึงระดับครอบครัว เป็นการมุ่งเน้นให้มียุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เอื้อต่อการกระตุ้นให้นำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาใช้จัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0 สรุปหลักการ (PIOEH) มุ่งเน้นให้มียุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมเอื้อต่อการกระตุ้นให้นำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาใช้จัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง มีการจัดองค์กรที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อม มีการรวมกลุ่มหรือมีชมรมที่ครอบคลุมทุกชุมชน มีกิจกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ บุคลากรภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นสรุปได้ว่าการศึกษาวิจัยโดยภาพรวม เพื่อศึกษาลักษณะ และบทบาทการมีส่วนร่วม ผลของการจัดการแบบมีส่วนร่วม และใช้แนวคิด กระบวนการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การมีส่วนร่วมเป็นการประเมินผลด้านกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การร่วมค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาการร่วมตัดสินใจ การร่วมประเมินผลและร่วมเป็นทีมงานในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อผลลัพธ์ คือการรวมกลุ่มในการบริหาร จัดการดูแลผู้สูงอายุดูแลเชิงรุกและเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคี เช่น เครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการด้านสุขภาพในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆและชมรมผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการพัฒนาแบบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและเกิดแผนงานที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ และนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคคล ตั้งแต่ระดับบุคคลถึงระดับครอบครัว จำเป็นต้องมี

การพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งสนับสนุนให้มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาใช้จัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง

5.1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผล

พนมวัฒน์ แก้วหืด และคณะ (2557) ศึกษาประเมินผล โครงการต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้แบบจำลอง CIPP Model ด้วยการประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ดำเนินการ และผลผลิต ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านบริบทโดยรวมมีความเหมาะสม มาก สารนโยบายระดับชาติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความชัดเจนสอดคล้องกับสภาพการณ์ ปัจจุบันของผู้สูงอายุในชุมชน การถ่ายทอดและชี้แจงนโยบาย ระดับจังหวัด อำเภอ ของหน่วยงานสาธารณสุขและท้องถิ่นยังไม่ชัดเจนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีการกำหนดนโยบาย 2) ปัจจัยนำเข้าด้านงบประมาณมีความเหมาะสมระดับปานกลาง แต่ขาดการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ คู่มือการดำเนินงาน บุคลากรมีความเหมาะสมระดับปานกลาง และขาดบุคลากรเฉพาะทาง อัตราส่วน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) กับผู้สูงอายุไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ มีการจัดทำแผนงานโครงการโดยการมีส่วนร่วมแต่ขาดความต่อเนื่อง ของวิธีการดำเนินงาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้นำองค์กรแต่ละภาคส่วนมีการกระตุ้นและการสนับสนุน 3) ด้านกระบวนการการวางแผน และดำเนินงานสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้สูงอายุในระดับมาก มีการจัดทำฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันแต่ขาดการออกแบบระบบบริการตามระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างเครือข่าย ชุมชน การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมจากทุกภาคส่วนและยังไม่มีการจัดทำแผนการควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล 4) ด้านผลผลิตการมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วนอยู่ในระดับปานกลาง ภาพรวม ความพึงพอใจของโครงการอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุพึงพอใจการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว และ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) /อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในระดับมาก ผู้สูงอายุผ่านมาตรฐานสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 20.91 และไม่ผ่านเกณฑ์ตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ข้อเสนอแนะ หน่วยงานสาธารณสุข ภาครัฐควรมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนด้านความรู้ วางแผนอัตรากำลัง ติดตามควบคุมกำกับคุณภาพ และการบริหารโครงการให้ผ่านเกณฑ์ สำหรับหน่วยงานท้องถิ่นควรมี นโยบายและระบบบริหารทรัพยากรบูรณาการภาคีเครือข่ายและ เชื่อมโยงระบบบริการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับสภาพปัญหาและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุตามบริบทชุมชน

รวิวรรณ ศิริสมบุญ,ณภัทร กฤษจันทวงษ์ (2558) ศึกษาเรื่อง การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านลำ อำเภอ

วิหารแดง จังหวัดสระบุรี การวิจัยใช้รูปแบบการประเมินผลของสเตค (Stakes Evaluation Model) ร่วมกับรูปแบบการประเมินผลของชิปปี้โมเดล (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความเห็นว่า ภาพรวมทั้ง 4 ด้านของโครงการ ได้แก่ (1) บริบท (2) ปัจจัยเบื้องต้น (3) กระบวนการดำเนินงานและ (4) ผลผลิตของโครงการมีความเหมาะสมในระดับมาก มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ ในปัจจุบัน สามารถสนับสนุนการดำเนินงานให้ได้รับผลผลิตตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ตรงตามความคาดหวังของผู้บริหารและคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงปัจจัยเบื้องต้นของโครงการ ได้แก่ (1) โครงการควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง (2) ผู้จัดการระบบควรมีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน (3) ควรเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ (4) ควรมีเวทีเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน (5) นักบริหารควรได้รับการคัดเลือกจากผู้ที่มิจิตอาสาด้วยใจจริงและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงด้านกระบวนการ ได้แก่ (1) ควรมีค่าตอบแทนให้แก่นักบริหารอย่างต่อเนื่องเพียงพอและเหมาะสมกับภาระงาน (2) ควรมีช่องทางติดต่อสื่อสารอย่างเป็นทางการเพื่อการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างราบรื่น (3) ควรมีงบประมาณเพื่อจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (4) ควรปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการสอนโดยยกตัวอย่างจากปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้เข้ารับอบรมและเน้นการฝึกภาคปฏิบัติโดยมีคู่มือการปฏิบัติงานให้ชัดเจน และ (5) ควรควบคุมเวลาที่ใช้ในการอบรมโดยไม่ควรใช้เวลาเต็มวันเพื่อความสะดวกในการแบ่งเวลากับภารกิจประจำวันของผู้เข้ารับการอบรม

สรุปได้ว่า การประเมินผลตามรูปแบบชิปปี้ เป็นการศึกษาคำถามโครงการที่มีการดำเนินงานมาได้ระยะหนึ่งเพื่อศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงานให้เหมาะสมมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นโดยศึกษา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท พบว่าเป็นการประเมินด้านนโยบายการทำงานที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ของสภาพปัญหาโดยนโยบายที่มีสาระชัดเจน การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ ด้านปัจจัยนำเข้า จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเป็นการประเมินด้านการบริหารจัดการของผู้บริหาร การกำหนด แผนงาน และนโยบาย ความเหมาะสมของงบประมาณ และทรัพยากรต่างๆ ในการดำเนินโครงการ คณะทำงาน ทีมงาน และประสิทธิภาพการทำงานของโครงการ รวมทั้งการจัดทำแผนแบบบูรณาการ ด้านกระบวนการ พบว่าเป็นการประเมินรูปแบบการดำเนินโครงการ การชี้แจงแผนการดำเนินงานและปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน กระบวนการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ และการขับเคลื่อน การดำเนินงาน ด้วยภาคีเครือข่าย รวมทั้งการประเมินด้านการติดตามและประเมินการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สำหรับด้านผลผลิต จากผลการศึกษาส่วนใหญ่ประเมินการมีส่วนร่วม ระบบข้อมูลเชื่อมโยงของ

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การประเมินตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของหน่วยงาน และความครอบคลุม ในการดูแล และประเมินความรู้ทักษะและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน โครงการ

5.2 งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

เบย วู และคณะ (Bei Wu, Da Zong-FuMao, Renyao Zhong, 2009, pp. 472-477) ได้ทำการทบทวนบทความ โดยกล่าวถึงประเทศจีนได้เตรียมการดูแลระยะยาวในพื้นที่ชนบท โดยให้การพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นประเด็นนโยบายเร่งด่วน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ภาพรวมในปัจจุบัน และโอกาสพัฒนาในอนาคตของการสถาบันดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและนโยบายระบบการดูแลระยะยาวอย่างเป็นทางการที่กำลังเกิดขึ้น ซึ่งยังคงอยู่ในขั้นเริ่มต้นของการพัฒนา การพิจารณา นโยบายและผลกระทบเชิงปฏิบัติหลายอย่างควรได้รับความสนใจเพิ่มเติม ทั้งนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ เพิ่มเงินทุนในการบูรณาการการดูแลระยะยาวกับระบบการดูแลสุขภาพแบบเร่งด่วนในระดับภูมิภาคและระดับชาติ และการเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลระยะยาว (LTC) หลายระดับและหลากหลายมากขึ้น

ซิว ฮังแวง และชานเฟิงเซ (Hsiu-HungWang, Shwn-FengTsay, 2012, pp. 465-469) ได้ทำการทบทวนบทความ และอธิบายถึงแนวโน้ม นโยบายการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาวในประเทศไต้หวัน โดยเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ การบริการดูแลระยะยาวและการประกันคุณภาพการบริการ โดยมุ่งเน้นไปที่สถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลระยะยาว ภายใต้ความท้าทาย คือ จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราการเกิดต่ำ การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง และการยึดอายุขัยเฉลี่ย การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว สตรีวัยแรงงาน ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว มีความเกี่ยวข้องกับกำลังคน การบริการและการปฏิรูปการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวสำหรับสังคมในอนาคต และการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และการทำงานเป็นทีม รวมถึงการขยายบทบาทและการพัฒนางานของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ รวมไปถึงการพัฒนาความร่วมมืออุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลระยะยาว ภายใต้สถานการณ์เหล่านี้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพมีส่วนสำคัญในด้านการศึกษาและการวิจัยเกี่ยวกับการบริการดูแลระยะยาว เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้สูงอายุและผู้พิการสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เดวิด แจนสัน, เวสเลย์ จอนเคน, ปีเตอร์ สกอร์เตอร์ (2016, pp. 92–104) ได้ศึกษาผลกระทบของการปฏิรูปนโยบายต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศเบลเยียม และเนเธอร์แลนด์ โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสวัสดิการการดูแลระยะยาว ผลลัพธ์ชี้ว่าหลังเกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจและการปฏิรูปนโยบาย ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งในเบลเยียม

และเนเธอร์แลนด์เสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีราคาสูง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในขณะที่รัฐบาลหรือหน่วยงานได้มีการวางกรอบและกลไกด้านการเงินแล้ว แต่ในความเป็นจริงแล้วคุณภาพสวัสดิการต่างๆขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่ให้บริการรักษา ภาควิชาการและผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยที่ความความยั่งยืนของระบบการดูแลระยะยาวในเบลเยียม และเนเธอร์แลนด์ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญ และรัฐต้องกำหนด มาตรการ เพื่อสนับสนุนและปกป้องผู้ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังได้กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีวัตถุประสงค์เพื่อการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนให้ครอบคลุมด้านสุขภาพ จิตวิทยา สังคม การดูแลช่วยเหลือในการ ดำรงชีวิตและกิจวัตรประจำวัน การดูแลอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละ กลุ่ม โดยที่ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นั้นมีหลักสำคัญ ของการดำเนินงาน คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงบริการ ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ ตามหลักเกณฑ์ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ สถานพยาบาล ชุมชนและครอบครัว ครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับ การพึ่งพิงมีบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล และให้ทุกพื้นที่ที่มี การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร สาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งกระบวนการ การดำเนินงานที่กล่าวมานั้นล้วนเป็นส่วนสำคัญในการ จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะทำการประเมินผลการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบซิปปี้ (CIPP Model) ของ Stufflecamb (1971) เป็นกรอบในการวิจัย โดยประเมินผล 4 ด้าน ได้แก่ 1) ประเมินผล ด้านสภาพแวดล้อม (Context evaluation) ได้แก่ นโยบายการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) ประเมินผลเกี่ยวกับ ทรัพยากร ได้แก่ ด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และการบริหารจัดการ 3) ประเมินผลด้าน กระบวนการดำเนินงาน (Process evaluation) ประเมินระบบการดูแลครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุข

ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ ได้แก่ การจัดการบริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข การให้บริการดูแล การจัดการบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ช่วยเหลือ การประเมินสภาพผู้สูงอายุ 4) ประเมินผลด้านผลผลิต (Product evaluation) ประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ได้แก่ ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการจัดการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

รวมทั้งค้นหาปัญหา ข้อเสนอแนะ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดคุณภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งยังสามารถลดผลกระทบ ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของผู้สูงอายุต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluative research) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมาโดยใช้แบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) เป็นกรอบการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมด้านปัจจัยนำเข้าด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต โดยมีระเบียบวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ประชากรและตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 4 กลุ่มดังนี้

1.1.1 คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลละ 1 คน เลือกตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง จำนวน 25 คน

1.1.2 ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ตำบลละ 1 คน เลือกตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง จำนวน 25 คน

1.1.3 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ตำบลละ 1 คน เลือกตัวอย่างโดยวิธีเจาะจงจำนวน 25 คน

1.1.4 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เซล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ที่มีค่าคะแนนระหว่าง 4-11 คะแนน จำนวน 170 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร (Total Population) มีรายละเอียดตาม ตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จำแนกตามตำบล

ที่	ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
1	ในเมือง	12
2	โพธิ์กลาง	6
3	หนองจะบก	7
4	โคกสูง	5
5	มะเรียง	0
6	หนองระเวียง	5
7	ปรุใหญ่	9
8	หมื่นไวย	9
9	พลกรัง	5
10	หนองไผ่ล้อม	0
11	หัวทะเล	6
12	บ้านเกาะ	6
13	บ้านใหม่	17
14	พุดซา	2
15	บ้านโพธิ์	8
16	จอหอ	13
17	โคกกรวด	16
18	ไชยมงคล	7
19	หนองบัวศาลา	9
20	สุรนารี	5
21	สีมม	8
22	ตลาด	3
23	พะเนา	2
24	หนองกระทุ่ม	10
25	หนองไข่น้ำ	0
รวม		170

1.2 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1.2.1 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่จำกัดเพศ อายุ และยินยอมสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

1.2.2 ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ไม่จำกัด เพศ อายุ และยินยอมสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

1.2.3 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ไม่จำกัด เพศ อายุ และยินยอมสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

1.2.4 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา คือ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL)(คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี2559)ที่มีค่าคะแนนระหว่าง4-11 คะแนนตามหลักเกณฑ์การประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจไม่จำกัดเพศ และยินยอมสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

1.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.3.1 ผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

1.3.2 ผู้ที่ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยให้เข้าใจได้

1.3.3 ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล รวมถึงไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย คือ แบบสอบถาม ได้ดำเนินการตามขั้นตอนจากกรอบแนวคิด ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1.1 วิเคราะห์นโยบายการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1.2 ศึกษาคู่มือสนับสนุนบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1.3 ศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการประเมิน โครงการเพื่อเป็นแนวในการสร้างแบบสอบถาม

2.1.4 ศึกษาหนังสือ บทความและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับการประเมินโครงการตามรูปแบบของซีบีพี (CIPP Model) และแบบอื่นๆ

2.1.5 ศึกษาลักษณะเครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามวิธีของลิเคอร์ท

2.1.6 กำหนดกรอบการประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาในเครื่องมือแต่ละชุด

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วยชุดที่ 1 แบบสอบถามคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและมีข้อคำถามครอบคลุมการประเมินผล 4 ด้าน โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้ (ดังภาคผนวก ก)

2.2.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้ดำเนินการในปีงบประมาณ 2559– 2561 ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา บทบาทในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 4 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ และปัจจัยด้านผลผลิต จำนวน 24 ข้อ ได้แก่

(1) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Context) ประเด็นคำถามเกี่ยวกับความสอดคล้องของระบบการดูแลระยะยาวต่อนโยบายในแต่ละระดับ

(2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ประเด็นคำถามเกี่ยวกับ ความเหมาะสมและเพียงพอของทรัพยากร บุคลากร วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ การบริหารจัดการ

(3) ด้านกระบวนการ (Process) ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์^๑ ได้แก่ การบริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข การจัดบริการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข การจัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ช่วยเหลือ การประเมินสภาพผู้สูงอายุ การควบคุมติดตามความครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์

(4) ด้านผลผลิต (Product) ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)

ลักษณะคำถามใช้เกณฑ์มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ของลิเคอร์ท แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีการให้คะแนนดังนี้

ระดับมากที่สุด	5 คะแนน
ระดับมาก	4 คะแนน
ระดับปานกลาง	3 คะแนน
ระดับน้อย	2 คะแนน
ระดับน้อยที่สุด	1 คะแนน

ในการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 ด้านโดยภาพรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W, 1977)

คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด	$5 - 1 = 1.33$
จำนวนระดับ	3
ระดับมาก	ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00
ระดับปานกลาง	ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67
ระดับน้อย	ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33

3) ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ และปัจจัยด้านผลผลิต

2.2.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในปีงบประมาณ 2559-2561 แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับความพึงพิง กำหนดให้เลือกตอบจำนวน 8 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ข้อ คำถามใช้เกณฑ์มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ของลิเคอร์ท แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีการให้คะแนนดังนี้

ระดับมากที่สุด	5 คะแนน
ระดับมาก	4 คะแนน
ระดับปานกลาง	3 คะแนน
ระดับน้อย	2 คะแนน
ระดับน้อยที่สุด	1 คะแนน

การวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาโดยใช้ผลรวมจากจำนวนข้อที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด มีจำนวนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป แล้วจึงใช้เกณฑ์การแปลผลตามร้อยละของคะแนนประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังนี้

คะแนนความพึงพอใจ	แปลผล
81 คะแนนขึ้นไป	ระดับมาก
71-80 คะแนน	ระดับปานกลาง
60 -70 คะแนน	ระดับน้อย

การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจภาพรวม โดยนำข้อคำถามที่มีระดับคะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดสรุปตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด เพื่อแปลผลภาพรวมตามรายละเอียด ดังนี้

จำนวนข้อที่มีระดับความพึงพอใจมาก	เกณฑ์แปลผล
7 – 10 ข้อ	ดี
4 - 6 ข้อ	พอใช้
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อ	ควรปรับปรุง

3) ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านติดตามการดูแลด้านสาธารณสุข

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบ โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

3.1 นำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ทั้ง 2 ชุด เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

3.2 แสดงคำร้อง เพื่อให้มหาวิทยาลัยทำหนังสือแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

3.3 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ข) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ภาษาที่ใช้ และความถูกต้องเหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

3.4 นำแบบสอบถามประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่แก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความเหมาะสมของภาษาและความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence หรือ IOC) โดยที่

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นวัดในเนื้อหานั้น (มีความสอดคล้อง)

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นวัดในเนื้อหานั้นหรือไม่ (ไม่แน่ใจ)

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นไม่วัดในเนื้อหานั้น (ไม่สอดคล้อง)

ค่า $IOC = \frac{\sum R}{N}$ (ข้อความที่มีค่า $IOC \geq 0.5$ คือข้อความที่มีคุณภาพ)

R = ผลรวมของคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญทุกคน

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

3.5 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความคิดเห็นและแบบสอบถามความพึงพอใจที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2 กลุ่มๆละ 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ และปัจจัยด้านผลผลิต พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นระดับดี มีค่าครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.96

ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในปีงบประมาณ 2559–2561 พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นระดับดี มีค่า Cronbach Alpha เท่ากับ 0.84

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนที่จะให้ตอบสอบถามเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและข้อมูลทุกอย่างที่อยู่ในแบบสอบถาม ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ และมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ดังนี้

4.1 คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับตำบล

4.2 ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ระดับตำบล

4.3 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ระดับตำบล

4.4 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 170 คน

โดยแจ้งให้ทราบถึงสิทธิที่จะได้รับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการโดยไม่มีผลแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับจะนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยนี้เท่านั้น

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมตามขั้นตอนดังนี้

5.1 ขอนหนังสือจากสำนักบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม ให้กับกลุ่มคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

(Care Manager) กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

5.2 **ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน** รายละเอียดการเก็บข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมศึกษาและเปิดโอกาสให้ซักถาม จนเป็นที่เข้าใจและขอความร่วมมือการดำเนินการศึกษา

5.3 **ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 – 31 ตุลาคม 2562** โดยนำแบบสอบถามให้คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 25 คนผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จำนวน 25 คนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 25 คนและแบบสอบถามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 170 คน กรอกข้อมูลในแบบสอบถาม

5.4 **ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมแบบสอบถาม** ด้วยตนเองแล้วจึงตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

5.5 **ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมSPSS และแปลผล**

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

6.1 **วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป และข้อมูลเชิงปริมาณ** ในด้านสภาพแวดล้อม (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลผลิต (Product) ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Means) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

6.2 **วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว** ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluative research) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมาในปีงบประมาณ 2559 – 2561 เก็บข้อมูลจากประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 คน 2) กลุ่มผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จำนวน 25 คน 3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 25 คน และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 170 คน โดยใช้แบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการประเมินผล ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้าด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผู้วิจัยได้เสนอผลการศึกษาออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของประชากร

ส่วนที่ 2 การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา โดยประเมินรายด้านและภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมด้านปัจจัยนำเข้าด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

ส่วนที่ 3 การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา

1. ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของประชากร

คุณลักษณะของประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามี 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) กลุ่มผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) 3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) โดยศึกษา เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยศึกษา เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลช่วยเหลือสุขภาพ โรคประจำตัว และระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติพรรณนาแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1- 4.2

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำแนกตามคุณลักษณะของประชากร

(n = 25)

คุณลักษณะ	คณะอนุกรรมการ		Care Manager		Care Giver	
	LTC.					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	12	48	2	8	-	-
หญิง	13	52	23	92	25	100
2. อายุ (ปี)						
31-40 ปี	1	4	3	12	3	12
41-50 ปี	10	40	14	56	5	20
51-60 ปี	13	52	8	32	17	68
60 ปี ขึ้นไป	1	4	-	-	-	-
	Min. =31, Max. = 66 \bar{x} =44.36, S.D.=3.64		Min. = 31, Max. =55 \bar{x} =47.20, S.D.=6.34		Min.= 31, Max. = 59 \bar{x} =51.24, S.D. = 6.57	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะ	คณะอนุกรรมการ		Care Manager		Care Giver	
	LTC.					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	-	-	-	-	6	24
มัธยมต้น/ปวช.	-	-	-	-	4	16
มัธยมปลาย/ปวส.	-	-	-	-	11	44
ระดับอนุปริญญา	-	-	-	-	2	8
ปริญญาตรี	14	56	19	76	2	8
ปริญญาโท	11	44	6	24	-	-
ปริญญาเอก	-	-	-	-	-	-
4. ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน						
พยาบาลวิชาชีพ	-	-	22	88	-	-
นักวิชาการสาธารณสุข	-	-	3	12	-	-
5. ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่						
2 ปี	9	36	16	64	10	40
3 ปี	16	64	9	36	15	60

ตารางที่ 4.1 พบว่า คุณลักษณะของประชากรของกลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียดดังนี้

1.1 คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 52 อายุเฉลี่ย 44.36 ปี มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบทบาทคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีประสบการณ์ 3 ปี ร้อยละ 64

1.2 ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 48 อายุเฉลี่ย 49.64 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 76 ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานมากที่สุดคือ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 88 และมีระยะเวลาในการ

ปฏิบัติหน้าที่ในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบทบาทผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข มีประสบการณ์ 2 ปี ร้อยละ 64

1.3 ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 68 อายุเฉลี่ย 51.24 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 44 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบทบาทผู้ดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีประสบการณ์ 3 ปี ร้อยละ 60

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

(N = 170)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	62	36.47
หญิง	108	63.53
2. อายุ		
61-70 ปี	63	37.06
71-80 ปี	62	36.47
81-90 ปี	41	24.12
91 ปีขึ้นไป	4	2.35
$\bar{x} = 74.32$, S.D. = 8.71, Min. = 61, Max. = 94		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	13	7.65
คู่	82	48.24
หม้าย	60	35.29
แยก	15	8.82
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	2.95
ประถมศึกษา	112	65.88
มัธยมศึกษา	44	25.88
อนุปริญญาตรี	9	5.29
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,001 บาท	166	97.64
5,001-10,000	4	2.36
$\bar{x} = 1914.71$, S.D. = 1019.61, Min. = 600, Max. = 9,000		
6. ผู้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ		
ดูแลตนเอง	6	3.52
คู่สมรส	78	45.88
บุตรหลาน	64	37.65
ญาติพี่น้อง	22	12.95
เพื่อนบ้าน/อสม.	-	-
7. โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	99	58.2
โรคเบาหวาน	11	6.5
โรคหัวใจ	15	8.8
โรคหลอดเลือดสมอง	-	-
โรคสมองเสื่อม	-	-
โรคข้อเสื่อมกระดูกหัก กระดูกพรุน	-	-
โรคมะเร็ง	-	-
โรคอื่นๆ ได้แก่		
-โรคเกาต์	4	2.36
-โรคไทรอยด์	4	2.36
-โรคแพ้ภูมิตัวเอง	2	1.18
-โรคไต	5	2.94
-โรคต่อมลูกหมากโต	5	2.94
ไม่มีโรคประจำตัว	25	14.7

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
8. ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง		
1-5 ปี	117	68.82
6-10 ปี	37	21.77
มากกว่า 10 ปี	16	9.41
$\bar{x} = 5.09$, S.D. = 4.76, Min. = 1, Max. = 22		

ตารางที่ 4.2 พบว่า คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.53 อายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 37.06 อายุเฉลี่ย 74.34 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 48.24 ระดับการศึกษาจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.88 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,001 บาท ร้อยละ 97.64 ผู้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพเป็นคู่สมรส ร้อยละ 45.88 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.2 และระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง 1-5 ปี ร้อยละ 68.82

2. ส่วนที่ 2 ประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ในการประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมด้านปัจจัยนำเข้าด้านกระบวนการและด้านผลผลิต มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การประเมินผลด้านสภาพแวดล้อม (Context) ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

การประเมินผลด้านสภาพแวดล้อม (Context) ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาใน 4 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 25 คน 2) กลุ่มผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จำนวน 25 คน และ 3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 25 คน จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม ดังแสดงราย ในตารางที่ 4.3-4.5

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม (Context) ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

(n = 25)			
ด้านสภาพแวดล้อม	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. พื้นที่ตำบลให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.88	0.93	มาก
2. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ	4.12	0.53	มาก
3. ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.68	0.85	มาก
4. พื้นที่ตำบลมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.28	0.61	มาก
5. การติดตาม/ประเมินผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.56	0.77	ปานกลาง
ภาพรวม	3.90	0.59	มาก

จากตารางที่ 4.3 ระดับความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม (Context) ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.90$, S.D. = 0.60) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ พื้นที่ตำบลมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.61) รองลงมาได้แก่ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.53) พื้นที่ตำบลให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.98$, S.D. = 0.93) ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = 0.85) และการติดตาม/ประเมินผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = 0.77) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม (Context) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

(n = 25)

ด้านสภาพแวดล้อม	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. พื้นที่ตำบลให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.88	0.78	มาก
2. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ	4.12	0.60	มาก
3. ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.76	0.88	มาก
4. พื้นที่ตำบลมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.36	0.64	มาก
5. การติดตาม/ประเมินผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.44	0.71	มาก
ภาพรวม	3.91	0.48	มาก

จากตารางที่ 4.4 ระดับความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม (Context) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.9$, S.D. = 0.48) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พื้นที่ตำบลมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 4.36$, S.D. = 0.64) รองลงมาได้แก่ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.60) พื้นที่ตำบลให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.78) ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.76$, S.D. = 0.88) และการติดตาม/ประเมินผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.71) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม (Context) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

(n = 25)

ด้านสภาพแวดล้อม	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. พื้นที่ตำบลให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.20	0.76	มาก
2. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ	4.24	0.52	มาก
3. ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.88	0.93	มาก
4. พื้นที่ตำบลท่าน มีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.16	0.85	มาก
5. การติดตาม/ประเมินผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.84	0.85	มาก
ภาพรวม	4.06	0.70	มาก

จากตารางที่ 4.5 ระดับความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม (Context) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.06$, S.D. = 0.70) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ($\bar{x} = 4.24$, S.D. = 0.52) รองลงมาได้แก่พื้นที่ตำบลให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.60) พื้นที่ตำบลมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 4.16$, S.D. = 0.85) ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.93) และการติดตาม/ประเมินผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.84$, S.D. = 0.85) ตามลำดับ

2.2 การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาใน 4 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่ม

คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 25 คน 2) กลุ่มผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จำนวน 25 คน และ 3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 25 คน จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม ดังรายชื่อในตารางที่ 4.6-4.8

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายชื่อ

(n = 25)

ปัจจัยนำเข้า	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. คณะกรรมการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความเข้าใจและให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.60	0.71	ปานกลาง
2. ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.04	0.35	มาก
3. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.60	0.58	ปานกลาง
4. พื้นที่ตำบลมีการจัดสรร/สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง	3.68	0.95	มาก
5. พื้นที่ตำบลมีการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง	3.24	0.72	ปานกลาง
6. ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.00	0.58	ปานกลาง
ภาพรวม	3.53	0.47	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 ระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.53$, S.D = 0.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 4.04$, S.D.=0.35) รองลงมา ได้แก่ พื้นที่ตำบล มีการจัดสรร/สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง ($\bar{x} = 3.68$, S.D.=0.95) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.60$, S.D.=0.58) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความเข้าใจและให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.60$, S.D.=0.71) พื้นที่ตำบลมีการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง ($\bar{x} = 3.24$, S.D.=0.72) และภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.00$, S.D.=0.58) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จำแนกตามภาพรวมและรายชื่อ

(n = 25)

ปัจจัยนำเข้า	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. คณะอนุกรรมการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความเข้าใจและให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.88	0.88	ปานกลาง
2. ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.84	0.62	มาก
3. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.36	0.57	ปานกลาง
4. พื้นที่ตำบลมีการจัดสรร/สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง	2.88	0.33	ปานกลาง
5. พื้นที่ตำบลมีการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง	3.32	0.75	ปานกลาง
6. ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.76	0.66	ปานกลาง
ภาพรวม	3.17	0.35	ปานกลาง

ตารางที่ 4.7 ระดับความคิดเห็น ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.17, S.D = 0.35$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.64, S.D.=0.82$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.36, S.D.=0.57$) พื้นที่ตำบลมีการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง ($\bar{x} = 3.32, S.D.=0.75$) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความเข้าใจและให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 2.88, S.D.= 0.88$) พื้นที่ตำบลมีการจัดสรร/สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง ($\bar{x} = 2.88, S.D.=0.33$) และภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 2.76, S.D.=0.66$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

(n = 25)			
ปัจจัยนำเข้า	\bar{x}	S.D	แปลผล
1. คณะอนุกรรมการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความเข้าใจและให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.44	0.92	ปานกลาง
2. ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.96	0.73	มาก
3. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.44	0.58	ปานกลาง
4. พื้นที่ตำบลมีการจัดสรร/สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง	2.72	0.68	ปานกลาง
5. พื้นที่ตำบลมีการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง	3.20	0.71	ปานกลาง

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ปัจจัยนำเข้า	\bar{x}	S.D	แปลผล
6. ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	2.84	0.55	ปานกลาง
ภาพรวม	3.23	0.37	ปานกลาง

ตารางที่ 4.8 ระดับความคิดเห็น ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.23, S.D = 0.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.96$, S.D.=0.73) รองลงมาได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.44$, S.D.=0.58) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความเข้าใจและให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 3.44$, S.D.=0.92) พื้นที่ตำบลมีการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง ($\bar{x} = 3.20$, S.D.=0.71) ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x} = 2.84$, S.D.=0.55) และพื้นที่ตำบลการจัดสรร/สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง ($\bar{x} = 2.72$, S.D.=0.68) ตามลำดับ

2.3 การประเมินผลด้านกระบวนการ (Process) ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

การประเมินผลด้านกระบวนการ(Process)ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาใน 4 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 25 คน 2) กลุ่มผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จำนวน 25 คน และ 3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 25 คน จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวมดังแสดงรายในตารางที่ 4.9-4.11

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

(n = 25)

ด้านกระบวนการ	\bar{x}	S.D	แปลผล
1. ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อนให้บริการ	3.96	0.61	มาก
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL)	3.88	0.73	มาก
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการวางแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์	3.72	0.79	มาก
4. การประชุมจัดการดูแลเฉพาะรายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Conference) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	3.40	0.96	ปานกลาง
5. ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และยอมรับแผนการดูแล	3.84	0.90	มาก
6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว	3.72	0.61	มาก
7. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดบริการดูแลที่บ้านหรือในชุมชนตามสภาพปัญหา	3.64	0.64	ปานกลาง
8. ภายหลังการประเมินผลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการปรับแผนการดูแลรายบุคคล ตามสภาพปัญหาสุขภาพ	3.72	0.68	มาก
ภาพรวม	3.74	0.57	มาก

จากตารางที่ 4.9 ระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.75$, S.D. = 0.58) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL)

ก่อนให้บริการ ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.61) รองลงได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.73) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และยอมรับแผนการดูแล ($\bar{x} = 3.84$, S.D. = 0.90) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์ ($\bar{x} = 3.72$, S.D. = 0.79) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอบรรอบครัว ($\bar{x} = 3.72$, S.D. = 0.61) ภายหลังการประเมินผลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการปรับแผนการดูแลรายบุคคล ตามสภาพปัญหาสุขภาพ ($\bar{x} = 3.72$, S.D. = 0.78) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดบริการดูแลที่บ้านหรือในชุมชนตามสภาพปัญหา ($\bar{x} = 3.64$, S.D. = 0.64) และการประชุมจัดการดูแลเฉพาะรายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Conference) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ($\bar{x} = 3.40$, S.D. = 0.96) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

(n = 25)			
ด้านกระบวนการ	\bar{x}	S.D	แปลผล
1. ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อนให้บริการ	4.08	0.86	มาก
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL)	4.28	0.68	มาก
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์	4.12	0.73	มาก
4. การประชุมจัดการดูแลเฉพาะรายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Conference) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	3.68	0.95	มาก
5. ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน และยอมรับแผนการดูแล	3.88	0.78	มาก
6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอบรรอบครัว	3.88	0.53	มาก

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ด้านกระบวนการ	\bar{x}	S.D	แปลผล
7. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดบริการดูแลที่บ้านหรือ ในชุมชนตามสภาพปัญหา	3.96	0.68	มาก
8. ภายหลังการประเมินผลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการปรับ แผนการดูแลรายบุคคล ตามสภาพปัญหาสุขภาพ	3.80	0.65	มาก
ภาพรวม	3.96	0.59	มาก

จากตารางที่ 4.10 ระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.97$, S.D = 0.60)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ($\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.68) รองลงได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์ ($\bar{x} = 4.12$, S.D. = 0.73) ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อนให้บริการ ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.86) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดบริการดูแลที่บ้านหรือในชุมชนตามสภาพปัญหา ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.68) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน และยอมรับแผนการดูแล ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.78) ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.53) ภายหลังการประเมินผลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการปรับแผนการดูแลรายบุคคล ตามสภาพปัญหาสุขภาพ ($\bar{x} = 3.80$, S.D. = 0.65) และการประชุมจัดการดูแลเฉพาะรายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Conference) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = 0.95) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

(n =25)

ด้านกระบวนการ	\bar{x}	S.D	แปลผล
1. ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อนให้บริการ	4.04	0.89	มาก
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL)	4.08	0.70	มาก
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการวางแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์	4.04	0.73	มาก
4. การประชุมจัดการดูแลเฉพาะรายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Conference) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	3.72	0.98	มาก
5. ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันและยอมรับแผนการดูแล	4.00	0.87	มาก
6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอบรรอบครัว	4.24	0.52	มาก
7. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดบริการดูแลที่บ้านหรือในชุมชนตามสภาพปัญหา	3.92	0.64	มาก
8. ภายหลังการประเมินผลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการปรับแผนการดูแลรายบุคคล ตามสภาพปัญหาสุขภาพ	3.84	0.62	มาก
ภาพรวม	3.99	0.60	มาก

จากตารางที่ 4.11 ระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.99$, S.D = 0.60)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอบรรอบครัว ($\bar{x} = 4.24$, S.D. = 0.52) รองลง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ฟุ้งฟิงได้รับการแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.70) ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อนให้บริการ ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = 0.89) ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงได้รับการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์ ($\bar{x} = 4.04$, S.D. = 0.73) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันและยอมรับแผนการดูแล ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = 0.87) ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงได้รับการจัดบริการดูแลที่บ้านหรือในชุมชนตามสภาพปัญหา ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.64) ภายหลังจากประเมินผลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง มีการปรับเปลี่ยนการดูแลรายบุคคล ตามสภาพปัญหาสุขภาพ ($\bar{x} = 3.84$, S.D. = 0.62) และการประชุมจัดการดูแลเฉพาะรายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (Care Conference) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ($\bar{x} = 3.72$, S.D. = 0.98) ตามลำดับ

2.4 การประเมินผลด้านผลผลิต(Product)ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา

การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาใน 4 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงจำนวน 25 คน 2) กลุ่มผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จำนวน 25 คน และ 3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (Care Giver) จำนวน 25 คน จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม ดังแสดงรายในตารางที่ 4.12-4.14

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านผลผลิต(Product) ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง จำแนกตามภาพรวมและรายชื่อ

(n=25)

ด้านผลผลิต	\bar{x}	S.D	แปลผล
1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) อย่างครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์	3.56	0.77	ปานกลาง
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงมีสุขภาพดีขึ้นภายหลังจากได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan)	3.52	0.77	ปานกลาง

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ด้านผลผลิต	\bar{x}	S.D	แปลผล
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามกำหนดด้วย ความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา	3.52	0.65	ปานกลาง
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเสมอภาคเท่า เทียมกัน	3.56	0.65	ปานกลาง
5. ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้มากกว่าไปโรงพยาบาล	3.64	0.64	ปานกลาง
ภาพรวม	3.61	0.53	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.12 ระดับความคิดเห็นด้านผลผลิต (Product) ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.61$, S.D = 0.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้มากกว่าไปโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.64$, S.D = 0.64) รองลงมาได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) อย่างครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ ($\bar{x} = 3.56$, S.D = 0.77) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน ($\bar{x} = 3.56$, S.D = 0.65) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามกำหนดระยะเวลาดูแลด้วยความสะดวก รวดเร็วทันเวลา ($\bar{x} = 3.52$, S.D = 0.77) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ($\bar{x} = 3.52$, S.D = 0.65) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านผลผลิต (Product) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

(n = 25)

ด้านผลผลิต	\bar{x}	S.D	แปลผล
1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตาม แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) อย่างครอบคลุมตาม ชุดสิทธิประโยชน์	3.76	0.60	มาก

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ด้านผลผลิต	\bar{x}	S.D	แปลผล
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan)	3.72	0.68	มาก
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามกำหนด ด้วยความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา	3.56	0.58	ปานกลาง
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน	3.52	0.87	ปานกลาง
5. ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้มากกว่าไปโรงพยาบาล	3.80	0.71	ปานกลาง
ภาพรวม	3.64	0.51	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.13 ระดับความคิดเห็น ด้านผลผลิต (Product) ของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.64, SD = 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้มากกว่าไปโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.80$, S.D = 0.71) รองลงมาได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) อย่างครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ ($\bar{x} = 3.76$, S.D = 0.60) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ($\bar{x} = 3.72$, S.D = 0.68) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามกำหนดด้วยความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา ($\bar{x} = 3.56$, S.D = 0.58) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน ($\bar{x} = 3.52$, S.D = 0.87) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านผลผลิต(Product) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

(n =25)

ด้านผลผลิต	\bar{x}	S.D	แปลผล
1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) อย่างครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์	3.72	0.68	มาก
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan)	3.56	0.51	ปานกลาง
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามกำหนด ด้วยความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา	3.88	0.67	มาก
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน	3.56	0.51	ปานกลาง
5. ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้มากกว่าไปโรงพยาบาล	3.52	0.82	ปานกลาง
ภาพรวม	3.65	0.44	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.14 ระดับความคิดเห็น ด้านผลผลิต (Product) ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.65, S.D. = 0.44)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามกำหนดด้วยความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา (\bar{x} =3.88,S.D. = 0.67) รองลงมาได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) อย่างครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ (\bar{x} = 3.72, S.D. = 0.68)ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) (\bar{x} =3.56, S.D. = 0.51) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน (\bar{x} =3.56, S.D. = 0.51) และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้มากกว่าไปโรงพยาบาลในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.52, S.D. = 0.82) ตามลำดับ

2.5 การประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ด้านสภาพแวดล้อมด้านปัจจัยนำเข้าด้านกระบวนการด้านผลผลิต

การประเมินผลระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Output) มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.15-4.18

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเฉลี่ยของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว (LTC) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสภาพแวดล้อม จำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

สภาพแวดล้อม (Context)	ความคิดเห็น(เฉลี่ย)			\bar{X}	S.D.	ระดับ
	คณะ	ผู้จัดการ	ผู้ช่วยเหลือ			
	อนุกรรมการ การ LTC	การดูแล ผู้สูงอายุ	ดูแล ผู้สูงอายุ			
1. พื้นที่ตำบลของท่านให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.88	3.88	4.20	3.99	0.83	มาก
2. นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ	4.12	4.12	4.24	4.27	0.70	มาก
3. ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.68	3.76	3.88	3.77	0.88	มาก
4. พื้นที่ตำบลของท่านมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.28	4.36	4.16	4.16	0.55	มาก

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

สภาพแวดล้อม (Context)	ความคิดเห็น(เฉลี่ย)			\bar{X}	S.D.	ระดับ
	คณะ	ผู้จัดการ	ผู้ช่วยเหลือ			
	อนุกรรมการ การ LTC	การดูแล ผู้สูงอายุ	ดูแล ผู้สูงอายุ			
5. มีการติดตาม/ประเมินผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.56	3.44	3.84	3.61	0.79	ปานกลาง
ภาพรวม				3.96	0.27	มาก

ตารางที่ 4.15 ระดับความคิดเห็น ด้านสภาพแวดล้อม (Context) ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.13) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้แก่ มีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.27$, S.D. = 0.70) นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.16$, S.D. = 0.55) ความสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.99$, S.D. = 0.83) ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.77$, S.D. = 0.88) และการติดตาม/ประเมินผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.61$, S.D. = 0.79) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นเฉลี่ยของคณะอนุกรรมการ สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว (LTC) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านปัจจัยนำเข้า จำแนกตามภาพรวมและรายชื่อ

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	ความคิดเห็น(เฉลี่ย)			\bar{X}	S.D.	ระดับ
	คณะ อนุกรรม การ LTC	ผู้จัดการ การดูแล ผู้สูงอายุ	ผู้ช่วยเหลือ ดูแล ผู้สูงอายุ			
1. คณะอนุกรรมการจัดบริการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความ เข้าใจและให้การสนับสนุน การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิง	3.60	2.88	3.44	3.31	0.88	ปานกลาง
2. ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข มีความรู้ความ เข้าใจในการวางแผนการดูแล รายบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.04	3.84	3.96	3.95	0.59	มาก
3. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความ เข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	3.60	3.36	3.44	3.47	0.58	ปานกลาง
4. พื้นที่ตำบลมีการจัดสรร/ สนับสนุนงบประมาณในการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างพอเพียง	3.68	2.88	2.72	3.09	0.81	ปานกลาง
5. พื้นที่ตำบลมีการสนับสนุนวัสดุ/ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงอย่างพอเพียง	3.24	3.32	3.20	3.25	0.72	ปานกลาง
6. ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และ เอกชนมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.00	2.76	2.84	2.87	0.60	ปานกลาง

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	ความคิดเห็น(เฉลี่ย)			\bar{x}	S.D.	ระดับ
	คณะ	ผู้จัดการ	ผู้ช่วยเหลือ			
	อนุกรม การ LTC	การดูแล ผู้สูงอายุ	ดูแล ผู้สูงอายุ			
ภาพรวม				3.33	0.37	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.16 ระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager), ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.33, S.D. = 0.37$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้แก่ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.95, S.D. = 0.59$) ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.47, S.D. = 0.58$) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความเข้าใจและให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.31, S.D. = 0.88$) พื้นที่ของท่านการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.25, S.D. = 0.72$) พื้นที่ของท่านมีการจัดสรร/สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.09, S.D. = 0.81$) และภาครัฐชุมชนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.87, S.D. = 0.60$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว (LTC) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

ด้านกระบวนการ (Process)	ระดับคะแนนความคิดเห็น(เฉลี่ย)			\bar{X}	S.D.	ระดับ
	คณะ อนุกรรม การ LTC	ผู้จัดการ การดูแล ผู้สูงอายุ	ผู้ช่วยเหลือ ดูแล ผู้สูงอายุ			
1. ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันก่อนให้บริการ	3.96	4.08	4.04	4.03	0.79	มาก
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน	3.88	4.28	4.08	4.08	0.71	มาก
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการวางแผนการดูแลรายบุคคล ตามชุดสิทธิประโยชน์	3.72	4.12	4.04	3.96	0.76	มาก
4. มีการประชุมจัดการดูแลเฉพาะ รายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	3.48	3.76	3.72	3.65	0.96	ปานกลาง
5. ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข มีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และยอมรับแผนการดูแล	3.84	3.88	4.00	3.91	0.84	มาก

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

ด้านกระบวนการ (Process)	ระดับคะแนนความคิดเห็น(เฉลี่ย)			\bar{x}	S.D.	ระดับ
	คณะ	ผู้จัดการ	ผู้ช่วยเหลือ			
	อนุกรรมการ การ LTC	การดูแล ผู้สูงอายุ	ดูแล ผู้สูงอายุ			
6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว	3.72	3.88	4.24	3.95	0.59	มาก
7. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดบริการดูแลที่บ้านหรือในชุมชนตามสภาพปัญหา	3.64	3.96	3.92	3.84	0.66	มาก
8. ภายหลังการประเมินผล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการปรับแผนการดูแลรายบุคคลตามสภาพปัญหาสุขภาพ	3.72	3.80	3.84	3.79	0.64	มาก
ภาพรวม				3.82	0.15	มาก

จากตารางที่ 4.17 ระดับความคิดเห็นด้านกระบวนการ (Process) ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager), ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ต่อการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.82$, S.D. = 0.15) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.71) ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อนให้บริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.03$, S.D. = 0.79) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.76) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.95$, S.D. = 0.59) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขมีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและยอมรับแผนการดูแลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.91$, S.D. = 0.84) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดบริการดูแลที่บ้านหรือในชุมชนตามสภาพปัญหาอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.84$, S.D. =

0.66) ภายหลังการประเมินผลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการปรับแผนการดูแลรายบุคคล ตามสภาพปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.79$, S.D = 0.64) และการประชุมจัดการดูแลเฉพาะรายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Conference) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.65$, S.D. = 0.96) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.18 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นด้านผลผลิต (Product) ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (LTC) ผู้จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามภาพรวมและรายข้อ

ด้านผลผลิต (Output)	ระดับคะแนนความคิดเห็น(เฉลี่ย)			\bar{X}	S.D.	ระดับ
	คณะ อนุกรรม การ LTC	ผู้จัดการ การดูแล ผู้สูงอายุ	ผู้ช่วยเหลือ ดูแล ผู้สูงอายุ			
	1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคลอย่างครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์	3.56	3.76			
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล	3.52	3.72	3.56	3.60	0.66	ปานกลาง
3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามกำหนดด้วยความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา	3.52	3.56	3.88	3.65	0.65	ปานกลาง
4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน	3.56	3.52	3.56	3.55	0.68	ปานกลาง
5. ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้มากกว่าไปโรงพยาบาล	3.64	3.80	3.52	3.65	0.73	ปานกลาง
ภาพรวม				3.63	0.05	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.18 ระดับความคิดเห็น ด้านผลผลิต (Product) ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager), ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.63$, S.D. = 0.05) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = 0.68) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้ มากกว่าไปโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.73) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามกำหนดระยะเวลาดูแล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.65) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.60$, S.D. = 0.66) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมสอดคล้องกันอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.55$, S.D. = 0.68)



3. ส่วนที่ 3 การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา

3.1 ผลการประเมินคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แสดงดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 จำนวน ร้อยละ และระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N=170)

ความพึงพอใจ ของผู้สูงอายุ	ระดับ (จำนวน/ ร้อยละ)					ภาพรวม (ร้อยละ)	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	5	4	3	2	1		
1. ได้รับการตรวจคัดกรองและประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันก่อนให้บริการโดยผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข	49 (28.82)	68 (45.88)	25 (14.71)	28 (16.47)	-	74.71	ปานกลาง
2. ได้รับคำชี้แจงแผนการดูแลอย่างชัดเจนโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ร่วมกับผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)	68 (40.00)	70 (41.18)	20 (11.76)	12 (7.06)	-	81.76	มาก
3. ได้รับการเยี่ยมบ้านติดตามดูแลโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับทีมหมอครอบครัว	78 (45.88)	63 (37.06)	26 (15.29)	3 (1.76)	-	82.94	มาก

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ความพึงพอใจ ของผู้สูงอายุ	ระดับ (จำนวน/ ร้อยละ)					ภาพรวม (ร้อยละ)	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	5	4	3	2	1		
4. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงให้การดูแลด้วย คำพูดที่สุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส นุ่มนวล และไม่แสดงท่าทาง รังเกียจ	101 (59.41)	47 (27.65)	10 (5.88)	12 (7.06)	-	87.06	มาก
5. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงให้บริการท่าน ด้วยความเอาใจใส่ กระตือรือร้น และมีความ พร้อมในการให้บริการ	94 (55.29)	54 (31.76)	10 (5.88)	12 (7.06)	-	87.06	มาก
6. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงมีความรู้ ความสามารถในการดูแล เช่น สามารถตอบคำถาม ข้อสงสัยช่วยแก้ปัญหา และ มีข้อเสนอแนะเรื่องต่างๆ	57 (33.53)	85 (50.00)	10 (5.88)	6 (3.53)	12 (7.06)	83.53	มาก
7. ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน ทางด้านวัสดุอุปกรณ์ทาง การแพทย์ เช่น แพนเพวีส์ ที่นอนลม เป็นต้น	59 (34.71)	5 (2.94)	14 (8.24)	12 (7.06)	80 (47.06)	37.65	น้อย
8. ระยะเวลาการดูแลท่านจาก ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง เหมาะสม	82 (48.24)	66 (38.82)	10 (5.88)	-	12 (7.06)	87.06	มาก
9. ได้รับความช่วยเหลือ ดูแล จากชุมชน ด้านสวัสดิการ ต่างๆ เช่น ชุมนิยม การ จัดบริการรถฉุกเฉินการส่ง ต่อไปรับบริการ	48 (28.24)	23 (13.53)	28 (16.47)	-	71 (41.76)	41.76	น้อย

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ความพึงพอใจ ของผู้สูงอายุ	ระดับ (จำนวน/ ร้อยละ)					ภาพรวม (ร้อยละ)	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	5	4	3	2	1		
10. ได้รับการดูแลที่ดีตรงตาม ความต้องการ และสภาพ ปัญหาของท่าน	54 (31.76)	76 (44.71)	15 (8.82)	25 (14.71)	-	76.47	ปานกลาง
ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในภาพรวม	690 (40.59)	567 (32.76)	170 (9.88)	110 (6.47)	175 (10.29)	73.35	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.19 ระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุในภาพรวมร้อยละ 73.35 อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ข้อที่มีความพึงพอใจระดับมาก ได้แก่

- 1) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ให้การดูแลท่านด้วยคำพูดที่สุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส นุ่มนวล และไม่แสดงท่าทางรังเกียจ ร้อยละ 87.06
- 2) ระยะเวลาการดูแลท่านจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) เหมาะสม ร้อยละ 87.06
- 3) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) มีความรู้ ความสามารถในการดูแลท่าน เช่น สามารถตอบคำถาม ข้อเสนอแนะช่วยแก้ปัญหา และมีข้อแนะนำเรื่องต่างๆ ร้อยละ 83.53
- 4) ได้รับการเยี่ยมบ้าน ติดตาม ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ร่วมกับทีมหมอครอบครัว ร้อยละ 82.94
- 5) ได้รับคำชี้แจงแผนการดูแลอย่างชัดเจน โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ร่วมกับผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ร้อยละ 81.71

3.1.2 ข้อที่มีความพึงพอใจระดับคะแนนปานกลาง ได้แก่

- 1) ได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการ และสภาพปัญหาของท่าน ร้อยละ 76.47
- 2) ได้รับการตรวจคัดกรองและประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อนให้บริการโดยผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ร้อยละ 74.71

3.1.3 ข้อที่มีความพึงพอใจระดับคะแนนน้อย ได้แก่

- 1) ได้รับความช่วยเหลือ ดูแลจากชุมชน ด้านสวัสดิการต่างๆ เช่น ชุมชนเชื่อม การจับบริการรถฉุกเฉินการส่งต่อไปรับบริการ ร้อยละ 41.76
- 2) ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนทางด้านวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น แพลมเพิร์ส ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียงปรับระดับ เป็นต้น ร้อยละ 37.65

4. ตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

4.1 ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ระบุปัญหาและอุปสรรคดังนี้

4.1.1 ด้านสภาพแวดล้อม พบว่า คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง

4.1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุมีภาระงานมาก ปฏิบัติงานหลายหน้าที่ เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุมีน้อย ทำให้ดูแลไม่ครอบคลุมและไม่ทั่วถึงบางครั้งขาดความรู้ ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน ผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุน วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ตามสภาพความจำเป็น เช่น แพลมเพิร์ส วิลแชร์เตียงนอนลมและงบนประมาน โอนถ่ายซ้ำ ขั้นตอนการเบิกจ่ายยุ่งยาก เอกสารขออนุมัติดำเนินงานมากทำให้เสียเวลา

4.1.3 ด้านกระบวนการ พบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์/ชุดสิทธิประโยชน์ มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ทำให้บางครั้งไม่เป็นไปตามแผนการดูแลผู้สูงอายุยังขาดความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ทั้งระดับบุคคลครอบครัว และชุมชน

4.1.4 ด้านผลผลิต พบว่า ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบางครอบครัวขอให้ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) มาดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังพบปัญหาว่ากลุ่มผู้สูงอายุยังไม่ทราบรายละเอียดในชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างสูง ไม่มีรายได้ และเบี้ยผู้สูงอายุไม่พอใช้

4.2 ข้อเสนอแนะ

4.2.1 ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขโดยแบ่งตามรูปแบบการประเมิน เป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) **ด้านสภาพแวดล้อม** ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างเป็นทางการ ลงนามโดยนายอำเภอ และประชุมชี้แจงให้ทราบบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบและมีการกำกับ ติดตามการดำเนินงานในทุกระดับ ตั้งแต่ท้องถิ่น/อำเภอ/จังหวัด

2) **ด้านปัจจัยนำเข้า** ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะความเข้าใจ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานให้กับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีสัดส่วนที่เหมาะสม เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อประสิทธิภาพที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุและควรมีมีหน่วยงานระดับพื้นที่/ตำบล ทำหน้าที่ให้บริการเยี่ยม ดูแล ซ่อมแซม อุปกรณ์ทางการแพทย์

3) **ด้านกระบวนการ** ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ควรออกเยี่ยมบ้านและให้การดูแลครบทุกด้าน ควรมีโปรแกรมรองรับการเบิกจ่ายเงินที่ง่ายต่อการดำเนินงาน ควรนำเครื่องมือ เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้ในการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่ทันสมัย นำไปใช้ได้จริง

4) **ด้านผลผลิต** ผู้สูงอายุที่มีกำลังใจ ทำให้สุขภาพดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้

4.2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสาธารณสุขต่อด้านบุคลากร ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และด้านติดตามการดูแล มีข้อเสนอแนะดังนี้

- 1) ทีมหมอบรรอบครัวและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ควรให้การดูแลผู้สูงอายุ เป็นอย่างดีเพื่อทำให้ผู้สูงอายุที่มีกำลังใจ ทำให้สุขภาพดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้และไม่เป็นภาระให้ ลูกหลาน
- 2) ควรเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด หรือแพทย์แผนไทย เพื่อให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น
- 3) ควรให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีเวลาดูแลและอยู่พูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงค้ำคายนานๆ
- 4) ควรให้มีหน่วยงานช่วยจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง
- 5) ขั้นตอนการขอยืมอุปกรณ์ยุ่งยากมาก ควรให้มีหน่วยงานที่สนับสนุน ให้ยืม ดูแล ซ่อมแซม อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 6) ควรจัดให้มีกองทุนหมู่บ้านหรือตำบล อำเภอ จังหวัด ดูแลค่าใช้จ่ายใน ด้านปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันที่ดี
- 7) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรพยายามช่วยเหลือตัวเองเท่าที่ทำได้ให้เต็มที่ ก่อนจะได้ไม่เป็นภาระให้ครอบครัว เพื่อนบ้าน
- 8) ชุมชนควรมีรถรับ-ส่งผู้สูงอายุ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุเมื่อ ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจตามนัดเพื่อได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผลโดยใช้แบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้ดำเนินการในปีงบประมาณ 2559–2561 โดยศึกษาใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต รวมถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 25 คน 2) กลุ่มผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จำนวน 25 คน 3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 25 คน และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 170 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นและแบบสอบถามความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อวันที่ 1-31 ตุลาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Means) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 คุณลักษณะของประชากรของกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1.1 คุณลักษณะของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 50-59 ปี อายุเฉลี่ย 44.36 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีบทบาทในการดำเนินงานจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำแหน่งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีประสบการณ์ในการทำงานที่ 3 ปี

1.1.2 คุณลักษณะของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 41-50 ปี อายุเฉลี่ย 49.64 ปี จบการศึกษาระดับ

ปริญญาตรี ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำแหน่งผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเป็นเวลา 2 ปี

1.1.3 คุณลักษณะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุระหว่าง 51-60 ปี อายุเฉลี่ย 51.24 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีบทบาทในการดำเนินงานจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำแหน่งผู้ช่วยเหลือดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นเวลา 3 ปี

1.1.4 คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพศหญิง ร้อยละ 63.53 อายุระหว่าง 61-70 ปี อายุเฉลี่ย 74.34 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,001 บาท ผู้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพเป็นคู่สมรสมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง 1-5 ปี

1.2 การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มประกอบด้วย 1) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และ 3) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) โดยแบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินผลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product)

1.2.1 ความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าด้านสภาพแวดล้อม (Context) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.90$, S.D. = 0.60) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.53$, S.D. = 0.47) ด้านกระบวนการ (Process) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.75$, S.D. = 0.58) และด้านผลผลิต (Product) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.61$, S.D. = 0.53)

1.2.2 ความคิดเห็นของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าด้านสภาพแวดล้อม (Context) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.91$, S.D. = 0.48) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ผลการศึกษาพบว่า ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)

อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.17$, S.D. = 0.35) ด้านกระบวนการ (Process) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.97$, S.D. = 0.60) และด้านผลผลิต(Product)อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.64$, S.D. = 0.51)

1.2.3 ความคิดเห็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) มีต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ด้านสภาพแวดล้อม (Context) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.06$, S.D. = 0.70) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.23$, S.D. = 0.37) ด้านกระบวนการ (Process) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.99$, S.D. = 0.60) และด้านผลผลิต (Product) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.44)

1.3 การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมจำแนกตามรายข้อในแต่ละด้าน

1.3.1 ด้านสภาพแวดล้อม (Context) พบว่า ความคิดเห็นเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.27) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเฉลี่ยระดับมาก ได้แก่ หัวข้อ การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ใน นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ความสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับมาก และภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางในหัวข้อการติดตาม/ประเมินผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.3.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า ความคิดเห็นเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.32$, S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่โดยมีความคิดเห็นเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความเข้าใจและให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพื้นที่ที่มีการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง และภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีความคิดเห็นเฉลี่ยระดับมาก คือ หัวข้อผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

1.3.3 ด้านกระบวนการ (Process) พบว่า ความคิดเห็นเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.90$, S.D. = 0.14) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับมาก ได้แก่ หัวข้อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ก่อนให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) มีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและยอมรับแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดบริการดูแลที่บ้านหรือในชุมชนตามสภาพปัญหาและภายหลังการประเมินผลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการปรับแผนการดูแลรายบุคคล ตามสภาพปัญหาสุขภาพตามลำดับโดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลางในหัวข้อการประชุมจัดการดูแลเฉพาะรายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Conference) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1.3.4 ด้านผลผลิต (Product) พบว่าความคิดเห็นเฉลี่ย ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.63$, S.D. = 0.05) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ หัวข้อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้มากกว่าไปโรงพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามกำหนดระยะเวลาดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ตามลำดับโดยมีความคิดเห็นเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ หัวข้อ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์

1.4 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า

1.4.1 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ระดับมาก ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้การดูแลท่านด้วยคำพูดที่สุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส นุ่มนวล และไม่แสดงท่าทางรังเกียจ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้บริการท่านด้วยความเอาใจใส่ กระตือรือร้น และมีความพร้อมในการให้บริการ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความสามารถในการดูแลท่าน เช่น สามารถตอบคำถาม ข้อเสนอแนะช่วยแก้ปัญหา และมีข้อเสนอแนะเรื่องต่างๆ ได้รับการเยี่ยมบ้าน ติดตามดูแลโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัว ได้รับคำชี้แจงแผนการดูแลอย่างชัดเจน โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุร่วมกับผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ตามลำดับ

1.4.2 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ ได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการและสภาพปัญหา และได้รับการตรวจคัดกรองและประเมิน

ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ก่อนให้บริการโดยผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข ตามลำดับ

1.4.3 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ระดับน้อย ได้แก่ ระยะเวลาการดูแลจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเหมาะสม ได้รับความช่วยเหลือ ดูแลจากชุมชน ด้านสวัสดิการต่างๆ เช่น ชุคเยี่ยม การจัดบริการรถฉุกเฉินการส่งต่อไปรับบริการ และได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนทางด้านวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น แพนเพิร์ส ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียงปรับระดับ เป็นต้น ตามลำดับ

1.5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1.5.1 ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ระบุปัญหาและอุปสรรคดังนี้

1) **ด้านสภาพแวดล้อม** พบว่า คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง

2) **ด้านปัจจัยนำเข้า** พบว่า บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุมีภาระงานมาก ปฏิบัติงานหลายหน้าที่ มีจำนวนน้อย ทำให้ดูแลไม่ครอบคลุมและไม่ทั่วถึงบางครั้งขาดความรู้ ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน ผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุน วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามสภาพความจำเป็น เช่น แพนเพิร์สวีลแชร์เตียงนอนลมและงบประมาณ โอนล่าช้า ขั้นตอนการเบิกจ่ายยุ่งยาก เอกสารขออนุมัติดำเนินงานมากทำให้เสียเวลา

3) **ด้านกระบวนการ** ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์/ชุดสิทธิประโยชน์ มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ทำให้บางครั้งไม่เป็นไปตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ ยังขาดความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ทั้งระดับบุคคลครอบครัว และชุมชน

4) **ด้านผลผลิต** ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบางครอบครัวขอให้ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) มาดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังพบปัญหาว่ากลุ่มผู้สูงอายุยังไม่ทราบรายละเอียดในชุดสิทธิประโยชน์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างสูง ไม่มีรายได้ และเบี้ยผู้สูงอายุไม่พอใช้

1.5.2 ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขโดยแบ่งตามรูปแบบการประเมิน เป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต มีข้อเสนอแนะดังนี้

(1) ด้านสภาพแวดล้อมควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างเป็นทางการ ลงนามโดยนายอำเภอ และประชุมชี้แจงให้ทราบบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบและมีการกำกับ ติดตามการดำเนินงานในทุกระดับ ตั้งแต่ท้องถิ่น/อำเภอ/จังหวัด

(2) ด้านปัจจัยนำเข้าควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะ ความเข้าใจ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานให้กับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุได้แก่ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีสัดส่วนที่เหมาะสม เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อประสิทธิภาพที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุและควรให้มีหน่วยงานระดับพื้นที่/ตำบล ทำหน้าที่ให้บริการเยี่ยมดูแล ซ่อมแซม อุปกรณ์ทางการแพทย์

(3) ด้านกระบวนการ ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ควรออกเยี่ยมบ้านและให้การดูแลครบทุกด้าน ควรมีโปรแกรมรองรับการเบิกจ่ายเงินที่ง่ายต่อการดำเนินงาน ควรนำเครื่องมือ เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้ในการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่ทันสมัยและนำไปใช้ได้จริง

(4) ด้านผลผลิต ผู้สูงอายุที่มีกำลังใจ ทำให้สุขภาพดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้

2) ข้อเสนอแนะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านติดตามการดูแล มีข้อเสนอแนะดังนี้

(1) ทีมหมอครอบครัวและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ควรให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีกำลังใจ ทำให้สุขภาพดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้และไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน

(2) ควรเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด หรือแพทย์แผนไทยเพื่อให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

- (3) ควรให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีเวลาดูแลและอยู่พูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยนานๆ
- (4) ควรให้มีหน่วยงานช่วยจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- (5) ขั้นตอนการขอเยี่ยมอุปกรณ์ยุ่งยากมาก ควรให้มีหน่วยงานที่สนับสนุนให้เยี่ยม ดูแล ซ่อมแซม อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- (6) ควรจัดให้มีกองทุนหมู่บ้านหรือตำบล อำเภอ จังหวัด ดูแลค่าใช้จ่ายในด้านปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันที่ดี
- (7) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรพยายามช่วยเหลือตัวเองเท่าที่ทำได้ ให้เต็มที่ก่อนจะได้อุปกรณ์ช่วยเหลือครอบครัว เพื่อนบ้าน
- (8) ชุมชนควรมีรถรับ-ส่งผู้สูงอายุเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุเมื่อต้องเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจตามนัดเพื่อได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ประเมินผลโดยใช้แบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต และปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

2.1 ด้านสภาพแวดล้อม

จากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีนโยบายการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.98) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรวิวรรณ ศิริสมบุญ, ฅภัทร กฤษจันทวงษ์ (2558) ศึกษาเรื่อง การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านลำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่าด้านบริบทของโครงการมีความเหมาะสมในระดับมากมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน สามารถสนับสนุนการดำเนินงานให้ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของพนมวัฒน์ แก้วหืด และคณะ (2557) ศึกษาเรื่อง ประเมินผลโครงการต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบท

โดยรวมมีความเหมาะสมมาก สารนโยบายระดับชาติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความชัดเจน สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน และสอดคล้องกับการศึกษาของเดวิด แจนสัน, เวสเลย์ จอนแกน (2016) ได้ศึกษาผลกระทบของการปฏิรูปนโยบายต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศเบลเยียมและเนเธอร์แลนด์พบว่าความยั่งยืนของระบบการดูแลระยะยาวในเบลเยียมและเนเธอร์แลนด์ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญ และรัฐต้องกำหนดมาตรการเพื่อสนับสนุนและดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า

จากการศึกษาพบว่า การจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ และการจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเหมาะสมเพียงพอมีบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถ ื่อต่อการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.32) สอดคล้องกับงานวิจัยของ พนมวัฒน์ แก้วหืด และคณะ (2557) ศึกษาเรื่อง ประเมินผลโครงการต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าเสา จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านงบประมาณมีความเหมาะสมปานกลาง การดำเนินงานขาดการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ คู่มือดำเนินงาน บุคลากรมีความเหมาะสมระดับปานกลาง และขาดบุคลากรเฉพาะทาง อัตราส่วนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ มีการจัดทำแผนงานโครงการ โดยการมีส่วนร่วมแต่ขาดความต่อเนื่อง และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจ และคณะ (2009) พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นประเด็นนโยบายเร่งด่วน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ทั้งนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ เพิ่มเงินทุนในการบูรณาการการดูแลระยะยาวกับระบบการดูแลสุขภาพแบบเร่งด่วนในระดับภูมิภาคและระดับชาติ และการเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลระยะยาว (LTC) หลายระดับและให้มีความหลากหลายมากขึ้น

2.3 ด้านกระบวนการ

จากการศึกษาพบว่าการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีการวางแผนดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข การจัดบริการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข การจัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ การประเมินสภาพผู้สูงอายุ การติดตามประเมินผลการดำเนินการ คัดกรองและประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยทีมผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทีมหมอบครบครัน และผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ อยู่ใน

ระดับมาก (Mean = 3.90) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ ศิริสมบุรณ์, ฌภัทรกฤษจันทพงษ์ (2558) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การวิจัยประเมินผล โครงการระบบการดูแลและชะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านลำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรีผลการศึกษพบว่า ด้านกระบวนการดำเนินงานมีความเหมาะสม ในระดับมากมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ สามารถสนับสนุนการดำเนินงานให้ได้รับผลผลิตตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พนมวัฒน์ แก้วหิด และคณะ (2557) ศึกษาเรื่อง ประเมินผลโครงการต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่าด้านกระบวนการวางแผนและดำเนินงานสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้สูงอายุ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยศ วัชรระคุปต์ และคณะ (2559) ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี โดยผลการศึกษาพบว่า การให้บริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ LTC ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยตนเองมากขึ้น และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลง ภาครัฐควรสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้าน และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของนิชนันท์ สุวรรณภู (2554) ศึกษาเรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนกรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีไค อำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าปัจจัยที่เอื้อต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีไคประกอบด้วย 1) ค่านิยมวัฒนธรรมของคนในชุมชนที่มีความกตัญญูและเอื้ออาทรดูแลกันเสมือนญาติ 2) ผู้นำมีแผนดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุทุกปี 3) ระบบการหนุนเสริมการดูแลผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองท้องถิ่นหน่วยงานองค์กรภาครัฐ ทั้งในและนอกพื้นที่ในรูปของงบประมาณกิจกรรมและ โครงการต่างๆ และ 4) การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมทำให้ทุกฝ่าย ได้มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นและสร้างความ เป็นเจ้าของในการร่วมปฏิบัติการซึ่งเป็นการสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน

2.4 ด้านผลผลิต

จากการศึกษาพบว่า การจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีความครอบคลุมการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.63) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2552) ศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน พบว่าครอบครัวยังมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ทุกพื้นที่ที่มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม แต่ความ

ครอบคลุมของบริการและความเข้มข้นต่างกัน ขณะเดียวกันนโยบายการกระจายอำนาจและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอื้อต่อการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาบริการสุขภาพะ ผู้สูงอายุมีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงก่อนข้างครอบคลุม แต่ยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ ส่วนบริการด้านสังคมยังมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์ เป็นหลักขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น บริการที่เป็นรูปธรรมทั้งด้านสุขภาพและสังคมยังมีข้อจำกัดมาก และยังคงคล้อยกับงานวิจัยของ พนมวัฒน์ แก้วหิ็ด และคณะ (2557) ศึกษาเรื่อง ประเมินผล โครงการต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า ด้านผลผลิตการมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วนอยู่ในระดับปานกลาง ภาพรวมความพึงพอใจของโครงการอยู่ในระดับปานกลาง

2.5 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้จัดการ การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้เสนอข้อคิดเห็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิตสรุปประเด็นดังนี้

2.5.1 ด้านสภาพแวดล้อม

คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง

2.5.2 ด้านปัจจัยนำเข้า

1) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุมีภาระงานมาก ปฏิบัติงานหลายหน้าที่ เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุมีน้อย ทำให้ดูแลไม่ครอบคลุมและไม่ทั่วถึงบางครั้งขาดความรู้ ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน

2) ผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุน วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามสภาพและความจำเป็น เช่น แพนเพร็ส wheel chair เตียงนอนลม

3) งบประมาณ โอนล่าช้า ขั้นตอนการเบิกจ่ายยุ่งยาก เอกสารขออนุมัติดำเนินงานมากทำให้เสียเวลา

2.5.3 ด้านกระบวนการ

1) ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์/ชุดสิทธิประโยชน์

2) มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ทำให้บางครั้งไม่เป็นไปตามแผน

3) การดูแลผู้สูงอายุยังขาดความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2.5.4 ด้านผลผลิต

ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบางครอบครัวขอให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) มาดูแลผู้สูงอายุคิดว่าเป็นหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ต้องมาดูแลผู้สูงอายุเอง

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 การประเมินด้านสภาพแวดล้อม (Context) ผลจากการศึกษาการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยภาพรวมพบว่า มีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับมาก นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ความสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ ภาครัฐ ชุมชน ท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสืบเนื่องมาจากการที่รัฐบาลให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และกำหนดให้เป็นนโยบายสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษายังพบว่า ในข้อของการติดตาม/ประเมินผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2559 เป็นครั้งแรกและยังเป็นการดำเนินงานร่วมกันจากหลายหน่วยงาน ทำให้การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการมีความยุ่งยาก

3.1.2 การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ผลจากการศึกษาการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้แก่ 1. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2. คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้ความเข้าใจและให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3. พื้นที่ที่มีการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง

4. พื้นที่ที่มีการจัดสรร/สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง และ

5. ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทั้งนี้เนื่องจาก 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีภาระงานประจำ และมีค่าปลงละ 1 คนเท่านั้น ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มจำนวนมากขึ้น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) เอง ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งต้องรับผิดชอบงานในหลายบทบาท จึงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเต็มที่ 2) ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความหลากหลายมาจากหลายภาคส่วน ส่วนหนึ่งไม่ได้เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ อาจทำให้ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน

3.1.3 การประเมินด้านกระบวนการ (Process) ผลจากการศึกษาการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยภาพรวมพบว่า ระดับคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยโดยภาพรวมต่อการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านกระบวนการ (Process) อยู่ในระดับมาก แต่หากพิจารณารายข้อจะพบว่า ในข้อการประชุมจัดการดูแลเฉพาะรายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Conference) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบไปด้วยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นบุคลากรจากหลายฝ่าย/งาน ทำให้การกำหนดวันจัดประชุมจัดการดูแลเฉพาะรายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณานุมัติแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ไม่เป็นไปตามกำหนด ดังนั้นควรมีการควบคุม กำกับและติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้มีการรายงานผลการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส เพื่อง่ายต่อการควบคุมกำกับ

3.1.4 การประเมินการประเมินด้านผลผลิต (Product) ผลจากการศึกษาการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยภาพรวม พบว่า ระดับคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยโดยภาพรวมต่อการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านผลผลิต (Product) ได้แก่ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้มากกว่าไปโรงพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามกำหนดระยะเวลาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเท่าเทียมกันในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแล

ผู้สูงอายุ มีจำนวนไม่เพียงพอและรับภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ข้อเสนอแนะคือ ควรเพิ่มอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ให้มีสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.1.5 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลจากการศึกษา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ในรายข้อ พบว่า ระยะเวลาการดูแลท่านจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เหมาะสม, การได้รับความช่วยเหลือ ดูแลจากชุมชน ด้านสวัสดิการต่างๆ เช่น ชุดเยี่ยม การจัดบริการรถฉุกเฉินการส่งต่อไปรับบริการ การได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนทางด้านวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น แพนเพรีส ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียงปรับระดับอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องมาจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care give) มีภาระงาน ภาระครอบครัวมาก หรือมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตรับผิดชอบที่ต้องดูแลมาก รวมทั้งชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการเข้าถึงวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์น้อย ไม่ทราบว่า มีหน่วยงานที่สนับสนุน ให้เบิกวัสดุ/ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้ ข้อเสนอแนะ คือ ผลักดันให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จัดให้มีรถบริการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีความจำเป็นต้องรับการรักษา-ส่งต่อ รักษา เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวของผู้สูงอายุ ผลักดันให้ชุมชนมีส่วนร่วมมีการจัดตั้งกองทุนกายอุปกรณ์ในระดับท้องถิ่น เพื่อรองรับระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.1.6 ข้อเสนอแนะ

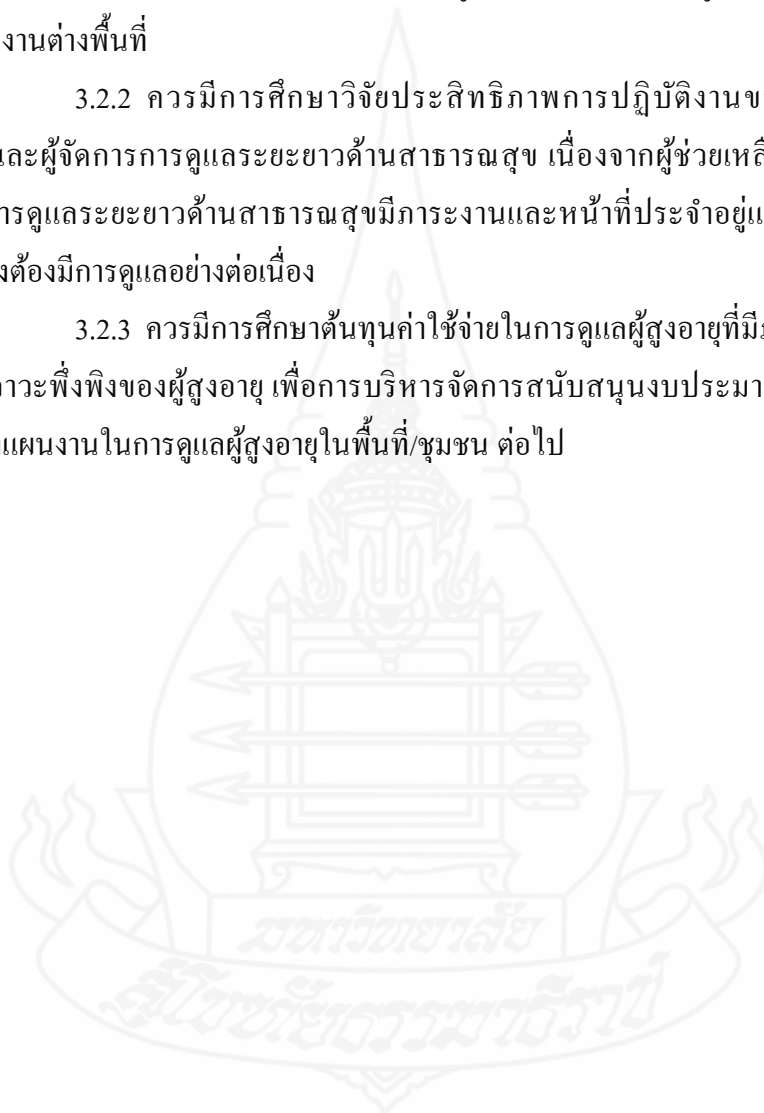
- 1) ควรมีการจัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์ ระดับตำบล/อำเภอหรือมีรูปแบบที่บริหารจัดการที่ชัดเจน ให้บริการครอบคลุมทุกชั้นตอน ได้แก่ ยืม ส่งคืน ดูแลและบำรุงรักษาอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2) ควรเพิ่มให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยคิดตามสัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 3) จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน และการฝึกอบรม ฟื้นฟูความรู้ ทักษะ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 4) นำเทคโนโลยีสารสนเทศ Application เข้ามาประยุกต์ใช้ในงานให้มากขึ้น เพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ สะดวกในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงเป็นช่องทางการสื่อสาร และการประสานงาน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบกับการดำเนินงานระบบการดูแลและชะยวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดำเนินการต่างพื้นที่ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมือง อาจเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานระบบการดูแลและชะยวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกิดจากการดำเนินงานต่างพื้นที่

3.2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และผู้จัดการการดูแลและชะยวด้านสาธารณสุข เนื่องจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและผู้จัดการการดูแลและชะยวด้านสาธารณสุขมีภาระงานและหน้าที่ประจำอยู่แล้ว และการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2.3 ควรมีการศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยแบ่งตามกลุ่มภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ เพื่อการบริหารจัดการสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมต่อไป และใช้วางแผนงานในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่/ชุมชน ต่อไป



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบ เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 14, 385-399.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2560). *ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นจาก <https://www.ryt9.com/s/prg/435817>. (สืบค้นวันที่ 8 มิถุนายน 2561)
- กรมกิจการสตรี กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. (2552). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (วันที่สืบค้น 8 มิถุนายน 2562)
- กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2562). *รายงานการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)*. (อัคราณา). นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
- เกรียงไกร ชื่อเลื่อม. (2552). *บททวนปัญหาของครอบครัวไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จตุพร วัชรวงษ์ไพบูลย์. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จักรพันธ์ มัททกุล. (2552). *การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม, กรุงเทพฯ.
- จุฬารัตน์ ยังสงบสุข. (2559). *การศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมใน โครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำและศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านบางจังหวัดพะเยา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชมพูนุช พุมพิง. (2559). *ความสามารถในการดูแล มุมมองด้านบวกในการดูแล และคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์. (2556). การประเมินผลโครงการสาธารณสุข: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. นนทบุรี: โครงการส่งเสริมการแต่งตำรา. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชื่นตา วิชชาวูช และสถิตพงษ์ ชนวิริยะกุล. (บรรณาธิการ). (2552). ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ชุตินเดช เกียนคอน. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ณัฐวรรณ แยมละมัย และสุณี หงส์วิเศษ. (2560). การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, 8(3) (กันยายน - ธันวาคม 2561).
- ครุณี ทายะติ. (2549). นโยบายและการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลียและประเทศไทย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิญา สารธิมา. (2554). การขับเคลื่อนการดูแลระยะยาวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: แนวทางและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานก้าวเริ่มต้นพัฒนาระบบบูรณาการดูแลผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชร ชวนะพันธ์. (2559). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4. สระบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- นิชนันท์ สุวรรณกัญ. (2554). ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นุชนนตรี บุญมั่น และคณะ. (2554). การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ปนัดดา ไชยชมพู และชานวดี รุ่งอรบ. (2555). การวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนาต้นแบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2555. นครราชสีมา: กลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5.

- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2558). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอชเอ็น.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ปราโมทย์ เลิศขามป้อม และคณะ. (2557). *โครงการการประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ จังหวัดตาก*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปัทมา ว่าพัฒนางศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. (2552). *การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- พนมวัฒน์ แก้วหิ็ด. (2557). *การประเมินผลโครงการตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเยี่ยม, และประคอง อินทรสมบัติ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท. *รามาศิลป์พยาบาลสาร*, 15(3), 431-448.
- พิชิต ฤทธิจรูญ. (2557). การประเมินโครงการ หน่วยที่ 7. ใน *ประมวลสาระชุดวิชา การวิจัยการบริหาร การศึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พิชิต สุขสบาย. (2560). การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของทีมหมอครอบครัว อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(2), 257-269.
- พิไลวรรณ อินทร์รักษา. (2550). *การประเมินบุคคลากร*. สืบค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2561. สืบค้นจาก <http://www.exmba.bun.ac.th>. (วันที่สืบค้น 26 ธันวาคม 2562)
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปนัดดา ปรีชาทถุม และญาณิศา โชติกะคาม. (2555). กระบวนการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแล. *วารสารทหารบก*, 13(2), 8-17.
- ภูษพงศ์ โนโคโธสง. (2561). *แถลงข่าว “สถิติบอกอะไร ผู้สูงอายุปัจจุบัน อนาคต” วันที่ 10 เมษายน 2561*. สืบค้นจาก http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2561/N10-04-61-1.aspx. (วันที่สืบค้น 9 มิถุนายน 2562)
- ยศ วัชรคุปต์ และคณะ. (2561). ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 608-624.
- ยุภาวรรณ ทองตะนูนามและศรีวรรณ มีบุญ. (2557). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือประจำวัน*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.

- รวีวรรณ ศิริสมบูรณ์ และณภัทร กฤษจันทวงษ์. (2558). การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 1076-1085.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุคส์พับลิเคชั่นส์.
- _____. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ. 2554*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นานมีบุคส์พับลิเคชั่นส์.
- วรรณ มาศศรี. (2552). ผลของการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อความพึงพอใจของพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วิมล บ้านพวน. (บรรณาธิการ). (2558). *คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร CARE MANAGER กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาล โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินัส วยวัฒน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์. (2554). *การประเมินผลนโยบายสาธารณะไทย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *โครงการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคชนวนิชย์, และธนิกานต์ สักดาพร. (2552). *ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- _____. (2552). *บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: เจพรีน 2.
- ศิริานี ศรีมหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิต เต็งรัง. (2557). *ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

- ศิริณี ศรีหาคาด และคณะ. (2561). รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริชัย กาญจนวาสิ. (2552). ทฤษฎีการประเมิน. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล และเนตรรัชนี ตั้งภาคภูมิ. (2557). การประเมินผลโครงการ การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 19(2) (กรกฎาคม - ธันวาคม 2556), 31-45.
- สมคิด พรหมจ้อย. (2550). เทคนิคการประเมินโครงการ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จตุพร ดีไซน์.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. (2553). รายงานการศึกษาวิจัยการประเมินสถาบันอุดมศึกษาในต่างประเทศ: แนวทางสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน).
- _____. (2553). วิธีวิทยาการประเมิน: ศาสตร์แห่งคุณค่า. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัดย์, และขวัญใจ อำนางส์ด้อยเชื้อ. (2552). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 1(2), 22-31.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สาคร อินโทโล่. (2551). การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานผลเบื้องต้น สสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา. (2560). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ.2560. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2557). *ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุขปี 2557 ประเด็นแผนพัฒนาศักยภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ*. [สไลด์]. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2557). *สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอมมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สุกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสีภูมิ, และสุกัญญา เลาหรัตนahiran. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(2), 75-84.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชา อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นิสากร กรุงไกรเพชร, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, บดี ชนะมัน. (2544). *ภาวะพึ่งพาและอายุคาดหวังที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ของผู้สูงอายุในเขตภาคกลางของประเทศไทย. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*.
- สุพักตร์ พิบูลย์ และกานดา นาคะเวช. (2544). การประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินโครงการ. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการประเมินและการจัดการ โครงการประเมิน* (หน่วยที่ 8). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุพิชญา หวังปีดิพานิชย์. (2561). การจัดการทรัพยากรเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(2) (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561), 111-125.
- สุริวงษ์ รัตนชูศรี. (2556). *การประเมินผลโครงการบูรณาการขยายผลต้นแบบสร้างเสริมสุขภาพที่ดีโดยพลังเบญจภาคี จังหวัดจันทบุรี*. (ภาคนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี, จันทบุรี.
- โสภา หอยสังข์. (2541). *ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อธิพันธ์ ชี้อริณ. (2560). *การประเมินผลโครงการตามแผนงานการแก้ไขปัญหาดังกล่าวและพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้:กรณีศึกษาสถานกงสุลใหญ่ ณ เมืองการาจี การฝึกอบรมหลักสูตรนัก*

- บริหารการทูต รุ่นที่ 9. กรุงเทพฯ: สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.
- อรทัย พรหมแก้ว. (2558). การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะต่อเนื่อง. *วารสารพุทธชินราชเวชสาร*, 32(2), 180-190.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนยุคประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรศน์*, 17(3), 235 – 243.
- Alkin, Marvin. (1969). *Evaluation Theory Development*. Illinois: F.E Peacock.
- BeiWu , Da Zong-FuMao ,RenyaoZhong. (2009). Long-Term Care Arrangements in Rural China: Review of Recent Developments. *Journal of the American Medical Directors Association*. 10(7) (September), 472-477.
- Best, John W. (1981). *Research in education*. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1968). *Toxonomy of education objective: Handbook I: Cognitive domain*. New York: David MCI.
- Wadsworth, C.A. (1987). *Educational evaluation: alternative approaches and practical guidelines*. New York: Pitman.
- Cronbach L.J. (1963). *Educational Psychology*. New York: Harcourt,Brace&Co. *Course improvement through evaluation. Teachers College Record*, 64, 672-683.
- _____. (1982). *Designing Evaluations of Educational and Social Programs*. SanFrancisco: Jossey - Bass.
- David Janssen, Wesley Jongen. (2016). Exploring the impact of austerity-driven policy reforms on the quality of the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands. *Science Direct Journal of Aging Studies*, 38, 92–104.
- Ebel, R.L. And Frisbie, D.A. (1986). *Essentials of educational measurement*. (4nd ed). New Jersey: Prentice–Hall
- Farley, O. & Battles, B. (2009). Health research and educational. *Trust*, 44(2), 628-645.
- Fitzpatrick, J.L., Sanders, J.R. and Worthen, B.R. (2004). *Program evaluation, alternative approaches and practical guidelines*. New York: Longman.
- Gill TM, Williams CS, Richardson ED, and Tinetti ME (1996). Impairments in physical performance and cognitive. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996, 51, M283–M288.

- Hsiu-Hung Wang, Shwn-FengTsay. (2012). Elderly and long-term care trends and policy in Taiwan: Challenges and opportunities for health care professionals. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 28(9) (September), 465-469
- Jonh, W. (1977). *Research in education*. (3nd ed). New Jersey: Prentice-Hall.
- Maslow, A. H., Frager, R., & Cox, R. (1970). *Motivation and personality*. 2, 1887- 1904. J. Fadiman, & C. McReynolds (Eds.). New York: Harper & Row.
- Mehrens and Lehmann. (1978). *Measurement and evaluation in education and psychology*. (2nd ed.). New York: Holt: Rinehart and Winoton.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. (4nd ed.). St. Louis: Mosby.
- _____. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5nd ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Popham, W. J. (1975). *Educational evaluation*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Provus, M.N. (1971). *Discrepancy Evaluation*. Berkeley, California: McCutcheon.
- Rossi, P.H. Lipsey, M.K. and Freeman, H.E. (2004). *Evaluation: a systematic approach*. (7nd ed.). Newbery Park, CA: Sage.
- Scriven, M.S. (1967). *The Methodology of Evaluation*. In *Perspectives of Curriculum Evaluation (AERA Monograph Series on Curriculum Evaluation, No. 1)*. Chicago: Rand McNally.
- Stufflebeam, D.L. (1971). *Educational Evaluation & Decision Making*. Illinois: F.E. Peacock.
- _____. (2007). *Evaluation theory, models, and applications*. San Francisco.
- Stufflebeam, D.L. and Shinkfield, A.J. (1990). *Systematic evaluation*. Boston: Kluwer-Nijhoff Pub.
- Stake, Robert E. (1967). The Contenance of Education Evaluation. *Teachers College Record*, 68 (April), 523-540.
- Touhy, A. T., & Jett, F. K. (2010). *Ebersole and hess 'gerontological nursing healthy aging*. Missouri: Mosby Elsevier.
- World Health Organization & The Milbank Memmorial Fund. (2000). *Towards an international consensus on policy for long-term care of the ageing*. Geneva: World Health Organization.
- Worthen B.R. and Sanders, J.R. (1973). *Educational evaluation: Theory and practice*.
- W. & Kahn, V. (2003). *Research in education*, (9nd ed). Boston: Pearson Education.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร



ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

ชุดที่ 1

เรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

สำหรับ

- () คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- () ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)
- () ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้น เพื่อประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้ดำเนินการใน ปีงบประมาณ 2559–2561 เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนและพัฒนาการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น โดยผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมคำตอบของท่านเป็นความลับ และวิเคราะห์เป็นภาพรวมเท่านั้น จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามต่อไป

แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุข ใน 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน และปัจจัยด้านผลผลิต

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัย 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้าน-กระบวนการดำเนินงาน และปัจจัยด้านผลผลิต

ขอขอบพระคุณทุกท่าน

ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นางมนัสตรา อัจฉริยะเมธากุล

นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์สาขาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต กลุ่มวิชาบริหารสาธารณสุข

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

- () ประถมศึกษา
- () มัธยมต้น/ปวช.
- () มัธยมปลาย/ปวส.
- () ระดับอนุปริญญา
- () ระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า
- () ระดับปริญญาโท
- () ระดับปริญญาเอก
- () อื่นๆ โปรดระบุ.....

4.บทบาทในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

() คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เป็นมาแล้ว ปี

ตำแหน่งของท่านคือ

- () ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- () ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
- () หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น / ผอ.รพ.สต.
- () สาธารณสุขอำเภอ
- () หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่
- () ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
- () ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- () ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- () อื่นๆ โปรดระบุ.....

() ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)

เป็นมาแล้ว ปี

() ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

เป็นมาแล้ว ปี

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุข ใน 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน และปัจจัยด้านผลผลิต

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายตาม ลงในช่อง ตามระดับความคิดเห็นของท่าน

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านสภาพแวดล้อม						
1	พื้นที่ตำบลของท่านให้ความสำคัญกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
2	นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ					
3	ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
4	พื้นที่ตำบลของท่านมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
5	มีการติดตาม/ประเมินผลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านปัจจัยนำเข้า						
6	คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คณะกรรมการ LTC) มีความรู้ความเข้าใจ และให้การสนับสนุนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
7	ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
8	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(CG) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
9	พื้นที่ตำบลของท่านมีการจัดสรร/สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง					
10	พื้นที่ตำบลของท่านมีการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างพอเพียง					
11	ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านกระบวนการดำเนินงาน						
12	ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน(ADL) ก่อนให้บริการ					
13	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน(ADL)					
14	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามชุดสิทธิประโยชน์					
15	มีการประชุมจัดการดูแลเฉพาะรายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Conference) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง					
16	ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) มีการเตรียมการและอธิบายให้ครอบครัวผู้สูงอายุเข้าใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน และยอมรับแผนการดูแล					
17	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ					
18	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว					
19	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดบริการดูแลที่บ้านหรือในชุมชนตามสภาพปัญหา					
20	ภายหลังการประเมินผลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการปรับแผนการดูแลรายบุคคล ตามสภาพปัญหาสุขภาพ					

ลำดับ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านผลผลิต						
21	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) อย่างครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์					
22	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)					
23	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลด้วยความสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา ตามกำหนด					
24	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน					
25	ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้ มากกว่าไปโรงพยาบาล เช่น การทำแผล ภาวะแทรกซ้อนจากโรค					



ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง กรุณาแสดงความคิดเห็นต่อปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการจัดระบบการดูแล
ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. ด้านสภาพแวดล้อม

(ได้แก่ นโยบายการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)

ไม่มี

มี โปรดระบุปัญหาและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

2. ด้านปัจจัยนำเข้า

(ได้แก่ บุคลากร (คณะกรรมการกองทุน LTC /ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM)

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)) ,งบประมาณ ,วัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์)

ไม่มี

มี โปรดระบุปัญหาและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

3. ด้านกระบวนการดำเนินงาน

(ได้แก่ การประเมินผู้สูงอายุ และการวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan), การให้บริการดูแล
โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทีมหมอครอบครัว, การจัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน, การจัดหาวัสดุ/อุปกรณ์
การแพทย์, การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ)

ไม่มี

มี โปรดระบุปัญหาและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

4. ด้านผลผลิต

(ได้แก่ ความครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุ, ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ)

ไม่มี

มี โปรระบุปัญหาและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ อื่นๆ

.....

.....

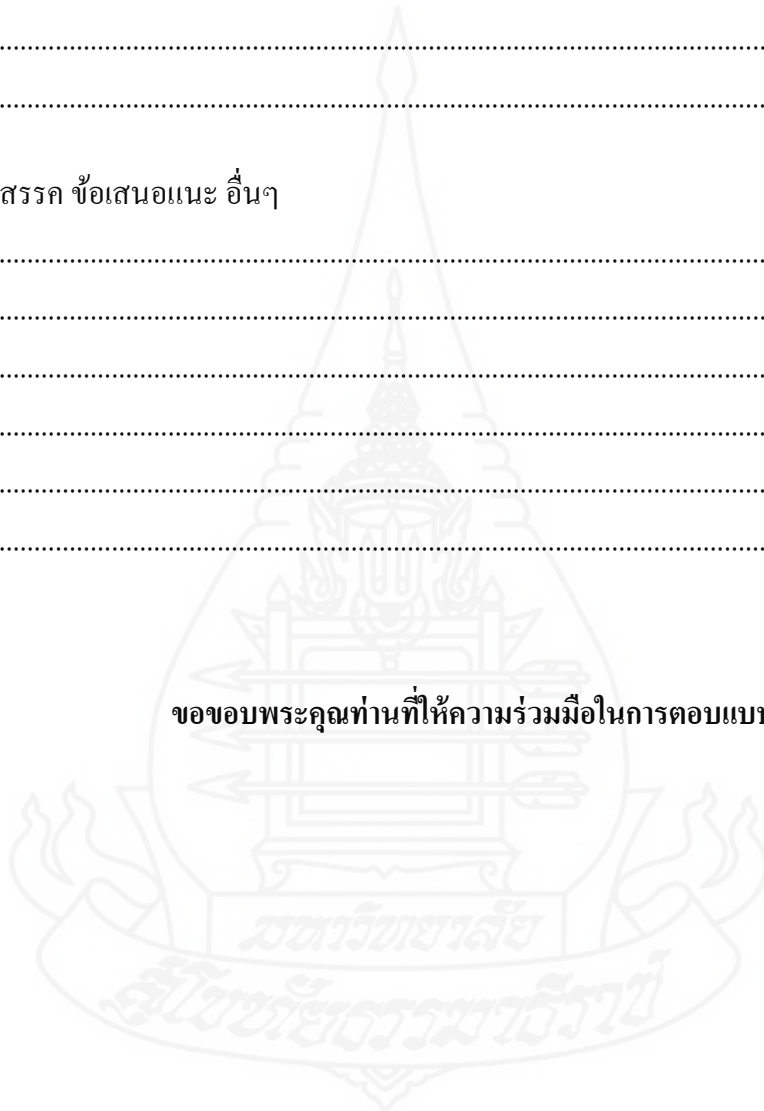
.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้



แบบสอบถาม**ชุดที่ 2**

**แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา**

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้น เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมาที่ได้ดำเนินการในปีงบประมาณ 2559–2561 เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดียิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านเป็นความลับ และวิเคราะห์เป็นภาพรวมเท่านั้น จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามต่อไป

แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางมนัสศรา อัจฉริยะเมธากุล

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

กลุ่มวิชาบริหารสาธารณสุข

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ

() 1.ชาย () 2.หญิง

2. อายุปี

(ถ้ามีเศษเกิน 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี แต่ถ้าเศษน้อยกว่า 6 เดือน ไม่นับเป็น 1 ปี)

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

() 1.ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา () 4. อนุปริญญา
() 5. ระดับปริญญาตรี () 6. ระดับปริญญาโท () 7.ระดับปริญญาเอก

4. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่
() 3. หม้าย () 4. หย่า () 5. แยกกันอยู่

5. ผู้ดูแลสุขภาพท่านเป็นประจำคือใคร

() 1. คุณตนเอง () 2. คู่สมรส () 3. บุตร หลาน
() 4.ญาติ พี่น้อง () 5. เพื่อนบ้าน/ อสม () 6. อื่นๆระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

(จากการประกอบอาชีพหรือได้รับสนับสนุนจากลูก/ญาติ/หน่วยงานต่างๆ ประมาณการตามจริง)

7. ท่านมีโรคประจำตัว ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

() 1. โรคความดันโลหิตสูง () 2. โรคเบาหวาน
() 3. โรคหัวใจ () 4. โรคหลอดเลือดสมอง
() 5. โรคสมองเสื่อม () 6. โรคข้อเสื่อมกระดูกหัก กระดูกพรุน
() 7. โรคมะเร็ง () 8. โรคอื่นๆ ระบุ.....

8. ระยะเวลาที่ท่านนอนติดเตียง.....ปี

ส่วนที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการปฏิบัติงานของผู้จัดการการดูแลและ
 ยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ใน
 การดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงและตรงกับความพึงพอใจของท่าน
 มากที่สุด

ลำดับ	คำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
		น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านได้รับการตรวจคัดกรองและ ประเมินความสามารถในการทำ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน(ADL) ก่อน ให้บริการ โดยผู้จัดการระบบดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุข(Care Manager)					
2	ท่านได้รับคำชี้แจง แผนการดูแลอย่าง ชัดเจน โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (Care giver) ร่วมกับ ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข(Care Manager)					
3	ท่านได้รับการเยี่ยมบ้าน ติดตาม ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง (Care giver) ร่วมกับทีมหมอ ครอบครัว					
4	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ให้การดูแลท่านด้วยคำพูด ที่สุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส นุ่มนวล และ ไม่แสดงท่าทางรังเกียจ					
5	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ให้บริการท่านด้วยความ เอาใจใส่ กระตือรือร้น และมีความ					

ลำดับ	คำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	พร้อมในการให้บริการ					
6	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) มีความรู้ ความสามารถในการดูแลท่าน เช่น สามารถตอบคำถาม ข้อสงสัย ช่วยแก้ปัญหา และมีข้อเสนอแนะเรื่องต่างๆ					
7	ท่านได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน ทางด้านวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น แพนเพิร์สที่นอนลมชุดออกซิเจน เพียงปรับระดับเป็นต้น					
8	ระยะเวลาการดูแลท่านจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) เหมาะสม					
9	ท่านได้รับความช่วยเหลือ ดูแล จากชุมชน ด้านสวัสดิการต่างๆ เช่น ชุดเยี่ยมการจัดบริการรถฉุกเฉินการส่งต่อไปรับบริการ					
10	ท่านได้รับการดูแลที่ดีมีมาตรฐานตรงตามความต้องการ และสภาพปัญหาของท่าน					

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ด้านสาธารณสุข

1. ด้านบุคลากร (ได้แก่ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข(Care Manager) และผู้ช่วยเหลือ
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver))

ไม่มี

มี โปรดระบุ

.....

.....

.....

2. ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ (ได้แก่ ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียงปรับระดับ และอื่นๆ)

ไม่มี

มี โปรดระบุ

.....

.....

.....

3. ด้านติดตามการดูแล (ได้แก่การนัดหมาย การฟื้นฟูสภาพ กายภาพบำบัด)

ไม่มี

มี โปรดระบุ

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้



ภาคผนวก ข

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ผศ. ดร.ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์

ตำแหน่ง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คุณวุฒิ	วิทยาศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล การศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุลนครราชสีมา

2. นางสาวนิตยา โชตินอก

ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
คุณวุฒิ	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ดร.ก้อง เต็มกระโทก

ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้พิการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
คุณวุฒิ	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางมนัสศร่า อัจฉริยะเมธากุล
วัน เดือน ปีเกิด	8 สิงหาคม 2518
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2538 ประกาศนียบัตรชั้นตาภิบาล วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น พ.ศ. 2542 วิทยาศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พ.ศ. 2556 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2562 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
สถานที่ทำงาน	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

