

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง

The Relationship Between Health Literacy and Health Promotion Behaviors for Hypertension Risk Groups in Elderly, Mongkolthamnimit Subdistrict, Samko District, Angthong Province.

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ ถึง ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

๑. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
๒. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
๓. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

- ๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

๑. ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

จากคำนิยามตามรายงานฉบับที่ ๗ ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการป้องกัน การค้นหา การประเมินผลและการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JNC VII) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้จำแนกระดับของความดันโลหิต ออกเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว หรือ ความดันซิสโตลิก (Systolic Pressure) อยู่ระหว่าง ๑๒๐-๑๓๙ มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิต ในขณะที่หัวใจคลายตัว หรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Pressure) อยู่ระหว่าง ๘๐-๘๙ มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงระยะที่ ๑ ค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง ๑๔๐-๑๕๙ มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง ๙๐-๙๙ มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตสูงระยะ ที่ ๒ ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๖๐ มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า ๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท โดยการจัดนิยามโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุนั้น ใช้ค่าความดันโลหิต เหมือนในวัยผู้ใหญ่ กล่าวคือ ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท และค่า ความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ มิลลิเมตรปรอท แต่ค่าเป้าหมายของความดันโลหิตในการรักษานั้นจะแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๖) โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้กำหนดค่าเป้าหมายของระดับ ความดันโลหิตดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง ๖๐-๗๙ ปี ค่าเป้าหมายคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไป ค่าเป้าหมายคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๕๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

๒. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac Output) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที ได้แก่ ปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น และการบีบตัว

ของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้น (พีระ บุรณะกิจเจริญ, ๒๕๖๓) ซึ่งการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากความสูงวัย คือ จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีไขมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นผนัง หลอดเลือดแดงจะหนาตัวขึ้น ทำให้ความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลงและการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น ประกอบกับผนังหลอดเลือดมีการตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก (Sympathetic And Parasympathetic Nervous System) ลดลง ทำให้ความสามารถในการหดตัวและคลายตัวลดลง และสูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจ หลอดเลือดทั้งนี้ ปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้คือ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารเค็มมากเกินไป การได้รับสารไขมันมากโดยเฉพาะโคเลสเตอรอล การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีน้ำหนักเกิน และความเครียด โดยปัจจัยร่วมเหล่านี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือด ส่งออกจากหัวใจต่อนาทีทั้งสิ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ โรคความดันโลหิตสูงยังอาจเกิดจากการมีโรคเรื้อรังหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจาง รุนแรง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมักมีความผิดปกติของค่าความดันซิสโตลิกเพียงอย่างเดียว

๓. ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ

เมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม โดยเฉพาะผลกระทบด้านร่างกาย ซึ่งมีหลายประการ ดังนี้

๓.๑ ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atheroma) ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้มีการแข็งตัว (Atheromatous Plaque) ในหลอดเลือดแดง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน อายุที่มากขึ้น การสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัวของ การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ทำให้ช่องภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ทำให้เกิดลิ่มเลือด (Thrombosis) ทั้งที่หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง

๓.๒ ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจ คือ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ของผนังหลอดเลือดจากการที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือด ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น ส่งผลให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Angina Pectoris) หลังการออกกำลังกายหรืออาจมีอาการปวดขาหลังจากเดินนาน ๆ และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกคล้ายกับมีของทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวไหล่ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ (Orthopnea) หรือเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (Heart Attack)

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงใน ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายอาจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ และความดันโลหิตสูง โดยอาการที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับว่าหัวใจซีกใดล้มเหลวหาก หัวใจซีกขวาล้มเหลว ก็จะทำให้เลือดไม่สามารถไหลเข้าหัวใจซีกขวาได้ อาจเกิดภาวะคั่งน้ำตามอวัยวะ ต่าง ๆ ส่งผลให้ตับโต บวม น้ำ ทำให้เกิดอาการแน่นท้อง ปวดท้อง เบื่ออาหาร ขาบวม ท้องบวม หากหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวจะมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง อาจมีเลือดคั่งในปอด ทำให้เกิดอาการ เหนื่อย หอบ ไอเป็นเลือด นอนราบแล้วหายใจไม่สะดวก หรือนอนแล้วต้องตื่นขึ้นมากลางดึก (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea: PND)

ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aneurysm) คือ การที่มีแรงดันเลือดที่สูงมากระทบหลอดเลือดเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นมีการขยายและโป่งออกเกิดภาวะ หลอดเลือดแดงโป่งพอง ซึ่งตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและในช่องอก อาจมีอาการจากการกดเบียดของหลอดเลือดต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น การกดเบียดหลอดลม ทำให้มีอาการหายใจลำบาก การกดเบียดหลอดอาหาร ทำให้มีอาการกลืนลำบาก การกดเบียดเส้นประสาท ที่มาเลี้ยงกล่องเสียง ทำให้มีอาการเสียงแหบ

๓.๓ ภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาท โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของ โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งชนิดสมองขาดเลือดและชนิดเลือดออกในสมองโดยความดันซิสโตลิกมีผลร้าย ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าความดันไดแอสโตลิก การที่ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นตามอายุ ที่มากขึ้นร่วมกับการพบตะกรันที่ทำให้มีการ แข็งตัวในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงทำให้โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นมากในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Kaplan & Victor, ๒๐๑๐)

๓.๔ ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา โรคความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดง ที่จอประสาทตา (Retinal Artery) หนาตัวขึ้น เมื่อหลอดเลือดนี้ทอดผ่านหลอดเลือดดำก็จะกดเบียด หลอดเลือดดำที่จุดตัดและเมื่อ เป็นมากขึ้น จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น ซึ่งอาการแสดงจะสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรคนานกว่า ระดับความดันโลหิต ส่วนอาการที่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต ได้แก่ การมีจุดเลือดออก จอประสาทตาขาด เลือดเนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือด

๓.๕ ภาวะแทรกซ้อนที่ไต โรคความดันโลหิตสูง ทำให้ไตเสื่อมสภาพ มักพบบ่อยใน ผู้สูงอายุ โดยความดัน โลหิตที่สูงผิดปกติจะทำลายหลอดเลือดภายในไต ทำให้การทำงานของหน่วยไต (Glomerulus) เสื่อมลง (ผ่อง พรรณ อรุณแสง, ๒๕๖๔) ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอส่งผลให้ไตเสื่อมสภาพถึงขั้นไตวายเรื้อรัง

๔. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นการรักษาร่วมกันระหว่างการรักษาโดยไม่ใช้ยากับการรักษาโดยใช้ยา ซึ่งเป้าหมายของการรักษา คือ เพื่อลดการทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ สมอง จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ คณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการป้องกัน การค้นหาการประเมินผล และการ รักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JNC) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ กำหนดให้การปรับเปลี่ยนวิถีการ ดำเนินชีวิตเป็นการรักษาเบื้องต้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงภายในระยะเวลา ๖-๑๒ เดือนแรก ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

๑. การลดน้ำหนัก (Weight Reduction) การเพิ่มของน้ำหนักประเมินได้จากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) โดยพบว่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๒๗ ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิตและ ระดับไขมันสะสมในร่างกาย ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

๒. การจำกัดปริมาณโซเดียม (Sodium Restriction) ปริมาณร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงมีความไวต่อโซเดียม การควบคุมการนำเข้าของปริมาณโซเดียมในระดับปานกลาง คือ ๒.๓๐ กรัมของโซเดียม หรือเกลือ ๖ กรัม การลดการนำเข้าของปริมาณโซเดียมสามารถลดจำนวนการไต่ยาลดความดันโลหิตและยัง สามารถลดการขับโซเดียมออกจากร่างกายจากฤทธิ์ของยาขับปัสสาวะได้

๓. การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารไขมัน (Dietary Fat Modification) โดยการลด การรับประทาน อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว และเพิ่มการ รับประทานอาหารที่มีโปรตีน จำพวกปลา ซึ่งจะส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง ๒.๕๐-๓.๐๐ มิลลิเมตรปรอท

๔. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยง ต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้ต้องเป็นการออกกำลังกายในระดับปานกลาง และต้องมีการออกกำลังกายอย่าง ต่อเนื่อง วันละ ๓๐-๔๕ นาที เป็นเวลา ๓-๔ วัน ใน ๑ สัปดาห์ ซึ่งจะสามารถลดความดันโลหิตได้ ๔-๙ มิลลิเมตร ปรอท

๕. การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ (Alcohol Restriction) การได้รับแอลกอฮอล์มากกว่า ๑ ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น ๑ มิลลิเมตรปรอท จึงควรจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ โดยผู้ชายไม่ควรได้รับเกิน ๒ ดริงค์ต่อวัน ส่วนผู้หญิงและผู้ที่มีน้ำหนักน้อย ไม่ควรได้รับเกิน ๑ ดริงค์ ต่อวัน (๑ ดริงค์ เทียบเท่ากับ ๔๔ มิลลิตร ของสุรา (๔๐ เปอร์เซ็นต์), ๓๕๕ มิลลิตรของเบียร์ (๕ เปอร์เซ็นต์), หรือ ๑๔๘ มิลลิตร ของเหล้าองุ่น (๑๒ เปอร์เซ็นต์)ซึ่งจะสามารถลดความดันโลหิต ได้ ๒-๔ มิลลิเมตรปรอท (Kaplan & Victor, ๒๐๒๐)

๖. การงดสูบบุหรี่ มีความสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยมีสารนิโคติน ในบุหรี่ยังส่งผลให้ผนังหลอดเลือด แข็งมากขึ้น

๗. การลดความเครียด รวมถึงการผ่อนคลายความเครียด และการลดความวิตกกังวล ซึ่งผู้สูงอายุสามารถ บริหารจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึก สมาธิ

การรักษาโดยใช้ยา แนวทางการรักษาโดยทั่วไปแพทย์จะเลือกใช้ยาในกลุ่ม Diuretics หรือ Beta-Blockers ก่อนทุกครั้ง โดยทั่วไปยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ Diuretic ยาขับปัสสาวะที่มีการนำมาใช้เพื่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี ๒ กลุ่ม คือ กลุ่ม Thiazide Diuretic และกลุ่ม Thiazide-like Diuretic ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีภาวะบวม ผลข้างเคียง คือ หัวใจเต้นผิด จังหวะ

กลุ่มที่ ๒ Beta-blockers กลไกการออกฤทธิ์เชื่อว่าอาจเกิดจากการลดปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อ นาทีโดยฤทธิ์ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นช้าระดับ น้ำตาล และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้นและระดับ HDL-C ในเลือดลดลง

กลุ่มที่ ๓ Angiotensin Converting Enzyme inhibitors (ACE inhibitors) ซึ่ง ยา แต่ละ ตัว มี ประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน โดยออกฤทธิ์ขัดขวางการเปลี่ยน Angiotensin Converting Enzyme I ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัว โดยกระตุ้นการหลั่งอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) และกระตุ้นระบบ ประสาทซิมพาเทติก ผลข้างเคียง คือ อาจมีอาการไอและหลอดลมตีบ ซึ่งอาการไอมักพบบ่อยใน ผู้สูงอายุเพศหญิง โดยอาการไอมักหายไปเมื่อหยุดยาได้ประมาณ ๒-๓ สัปดาห์

กลุ่มที่ ๔ Angiotensin-II Receptor Blocker (ARB) มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตและเพิ่มความดันโลหิตได้ใน ผู้ที่มีระดับเรนินต่ำ ซึ่งมีผลต่อการเต้นของหัวใจและปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีน้อยมาก ยากลุ่มนี้มี

คุณสมบัติเหมือนยาในกลุ่ม ACEI หลายประการ ดังนั้น ยากลุ่มนี้จึงเป็นยาแทนที่ดีเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการไอจากยาในกลุ่ม ACEI ได้

กลุ่มที่ ๕ Calcium Channel Blocker (CCB) โดยออกฤทธิ์ปิดกั้นที่ช่องทางผ่านแคลเซียม (Voltage Sensitive Calcium Channel) ทำให้แคลเซียมจากภายนอกเข้าสู่เซลล์น้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงคลายตัว อัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจลดลง โดยทั่วไปการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุนั้น แพทย์มีแนวทางในการเลือกกลุ่มยามี ๒ แนวทาง ดังนี้

แนวทางที่ ๑ เลือกยาในกลุ่ม Thiazide เป็นอันดับแรกในการรักษา เพราะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ สมอง โดยเริ่มใช้ในขนาดต่ำเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์

แนวทางที่ ๒ เลือกยาที่มีผลดีต่อพยาธิสภาพอื่นที่พบด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพของหลายๆ ระบบในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ (ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์ และคณะ, ๒๕๖๐)

๕. การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่ยังไม่เป็นโรคและการป้องกันในผู้ที่เป็นโรคแล้ว วัตถุประสงค์ของการป้องกันในแต่ละระดับจะแตกต่างกัน ดังนี้

๕.๑ การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การป้องกันโรค โดยการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตั้งแต่วัยยังไม่เป็นโรคโดยให้คำแนะนำในเรื่องการจำกัดปริมาณโซเดียม การลดน้ำหนัก การส่งเสริมการออกกำลังกาย การงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อยับยั้งโรคความดันโลหิตสูง (DASH) เช่น รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ เมล็ดธัญพืชต่าง ๆ อาหารที่มีเส้นใยสูง และอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว รวมทั้งให้เข้ารับการตรวจวัดความดันโลหิตปีละ ๑ ครั้ง หรืออาจถี่กว่านี้ หากความดันโลหิตมีค่าใกล้เคียง ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

๕.๒ การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึง การป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้วแต่ไม่ลุกลามมาก โดยการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหาและให้การดูแลรักษาโรคแทรกซ้อนตั้งแต่ในระยะแรกโดยทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงในเรื่องพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ประเมินภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ค่าโคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร นอกจากนี้ยังต้องประเมินภาวะอ้วนลงพุง

๕.๓ การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์ของการป้องกันโรคในระดับนี้ครอบคลุมเป้าหมาย ๒ ประการหลัก คือ การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายในระบบหัวใจและหลอดเลือดและการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาาร่วมกันสองตัว

๕.๔ การพิจารณาระดับความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด พิจารณาดังนี้ กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับต่ำแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องและนัดให้มารับการติดตามระดับความดันโลหิตเป็นระยะไม่นานเกิน ๑ เดือน กลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับสูง แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง

และเริ่มการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับสูงมากแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องและให้ยาลดความดันโลหิตทันที

สรุปได้ว่า การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงยังไม่เพียงพอต่อการลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จึงมีการปรับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ไปสู่ภาวะที่ถูกต้องและเหมาะสม นำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีการส่งเสริมสุขภาพเป็นแบบแผนการแสดง พฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

๓.๒ แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

๑. ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (วชิระ เพ็งจันทร์, ๒๕๖๑) กล่าวถึง ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ขีดความสามารถทางปัญญา (การคิด พิจารณา ไตร่ตรอง เลือกด้วยตนเอง) และสังคมในระดับปัจเจกชนที่รอบรู้ แดกฉานด้านสุขภาพ จนสามารถกลั่นกรอง ประเมินและเลือกรับ นำไปสู่การตัดสินใจด้วยความเฉียบคมที่จะเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวเอง

อังคินันท์ อินทรกำแหง (๒๕๖๐) ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพมีความหมายว่าเป็นทักษะ ทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล ข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีเสมอ

ในปัจจุบันมีการใช้คำ “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ในภาษาไทยที่หลากหลาย หลาย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใช้คำว่า “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้คำ ว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” ส่วนกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ใช้คำว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ”

กองสุศึกษา ได้ใช้คำ “Health Literacy” ในคำภาษาไทยว่า “ความรู้ทางสุขภาพ” และได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา, ๒๕๖๑)

สรุป ความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง การที่ประชาชนที่กำลังจะเกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บ จำเป็นต้องเสริมความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรค กล่าวคือ จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการประเมินสภาพโรคภัยไข้เจ็บอันพึงเกิดกับตนเอง และมีความสามารถในการสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศ เพื่อป้องกัน ดูแลรักษาตนเองจากโรคภัย ไข้เจ็บที่จะเกิดกับตนเองได้อย่างเหมาะสม

๒. ความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

๑. ความสำคัญในระดับบุคคล บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่าง ๆ ทำให้สามารถประกอบกิจกรรมในการทำงานได้อย่างเข้มแข็งไม่ถูก

หกลกหรือมีพฤติกรรมที่ผิดพลาดส่งผลต่อสุขภาพตนเอง จนเกิดโรคร้ายไข้เจ็บที่รุนแรงหรือต้องการรักษาตัวเรื้อรัง เกิดความสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้และสามารถช่วยสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีได้ด้วย

๒. ความสำคัญในระดับหน่วยงาน หน่วยงานหรือองค์กรใดมีบุคลากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะเกิดผลเสียต่องานบริการและการสร้างสรรค์ผลงาน และมีพฤติกรรมเสี่ยง ก่อให้เกิดปัญหาแก่หน่วยงานในการจัดการแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นบุคลากรสาธารณสุขจะส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในระบบบริการ การพัฒนาสุขภาพของประชาชน ทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงสะท้อน ถึงศักยภาพในการสร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณภาพ ส่งผลดีต่องานบริการและการผลิตผลงาน ทำให้หน่วยงานมีรายได้ที่ดี มีชื่อเสียงและมีความมั่นคงในระยะยาว

๓. ความสำคัญในระดับสังคมและประเทศชาติ หากประชาชนของประเทศมีการเจ็บป่วย ด้วยโรคร้ายไข้เจ็บพื้นฐานที่สามารถป้องกันได้หรือเป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่อายุยังน้อย จะเป็นการเพิ่มภาระการทำงานแก่แพทย์พยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาลและหน่วยงานด้านสุขภาพอย่างมาก และทำให้ประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ซึ่งมีราคาแพงจากต่างประเทศ รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

๓. องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็น ๖ ระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลเมือง ๔.๐ (Smart Thai People ๔.๐) ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ชักถาม ประเมิน ตัดสินใจ รับปรับใช้ และบอกต่อ (วชิระเพ็งจันทร์, ๒๕๖๐)

คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ สำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีคุณลักษณะพื้นฐาน ๖ ประการ ดังนี้ ๑. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ๒. ความรู้ ความเข้าใจ ๓. ทักษะการสื่อสาร ๔. ทักษะการตัดสินใจ ๕. การรู้เท่าทันสื่อ และ ๖. การจัดการตนเอง

๔. แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เมื่อทราบปัญหาของอุบัติการณ์เกิดโรค และผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และเข้าใจเกี่ยวกับค่านิยม ความสำคัญ และการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และองค์ประกอบ ความรอบรู้ทางสุขภาพแล้ว ดังนั้นจึงต้องหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนมีภูมิคุ้มกันโรคได้อย่างเหมาะสมตามแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. กลุ่มผู้สูงอายุเป็นการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่อาศัยในหมู่บ้าน ชุมชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. โดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรในหมู่บ้าน ชุมชน และภาคประชาชนในการขับเคลื่อนและดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เพื่อบ่มบ่มพัฒนายกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริม

สุขภาพที่เหมาะสมถูกต้องตามเกณฑ์ คือ พฤติกรรมการกินผักและผลไม้สด ลดอาหาร หวาน มัน เค็ม พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรา อันจะส่งผล ต่อการดูแลสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมและเกิดความยั่งยืน

๓.๓ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

๑. ความหมายของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

๑.๑ ความหมายของพฤติกรรม (Behavior) มีความหมาย ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าหมายถึง การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนอง สิ่งเร้า

ธัญญา อธิระกนิษฐ์ (๒๕๖๕) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง อาการที่แสดงออกของมนุษย์ ปฏิบัติการ ได้ตอบสนองสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัว โดยจากการสังเกตหรือการใช้เครื่องมือช่วยวัดพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการทาง ร่างกาย

ธนิดา ผาติเสนะ (๒๕๖๐) ให้ความหมายว่า เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการกระทำของมนุษย์ที่ เกี่ยวข้องกับ บุคคลอื่นในสังคม เพื่อที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพฤติกรรมของมนุษย์ว่ามีสาเหตุที่ ทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ และสามารถทำนายพฤติกรรมมนุษย์ล่วงหน้าได้

จากความหมาย พบว่า พฤติกรรมจะประกอบไปด้วยการกระทำ หรือการแสดงออกที่สามารถสังเกตได้โดยตรง

๑.๒ ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ได้ให้นิยามคำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถในการควบคุมดูแลให้สุขภาพตนเองดีขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ กิจกรรมหรือการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ตัวกำหนดสุขภาพจะไม่เพียงแต่เฉพาะแต่ละบุคคล เช่น สุขภาพและการดำเนินชีวิต แต่ยังรวมถึงด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและการทำงาน กิจกรรมป้องกันโรคเป็นงานที่ต้องทำควบคู่กับงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ จะเห็นตรงกันว่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นเน้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่วนกิจกรรมป้องกันโรคนั้น เน้นที่ความพยายามไม่ให้เกิดโรค

๑.๓ ความหมายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การ รับประทานอาหาร การพักผ่อน ฯลฯ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมดูแล สุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม นั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี ซึ่ง การจะมีสุขภาพที่ดีได้ทุกคนต้องปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมด้านสุขภาพ เช่น มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ. ๒ ส.

กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด เพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญโดยการส่งเสริมให้ใช้ หลัก ๓ อ. ๒ ส. ในการ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

อ. อาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ มีคุณค่าต่อร่างกายโดยให้ได้รับสารอาหาร ๖ ชนิด ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุและน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คือการรับประทานอาหารครบ ๕ หมู่

อ. ออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การออกแรงหรือเคลื่อนไหวอวัยวะ ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างต่อเนื่อง กำลังกายที่เหมาะสมกับวัย โดยการออกแรงหรือเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อย่างต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอวันละ ๓๐ นาที สัปดาห์ละ ๕ วัน เป็นอย่างน้อย

อ. อารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการจัดการอารมณ์ การปรับตัวและป้องกันแก้ไข ความเครียดที่เกิดขึ้นโดยมีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดการตื่นตัวตลอดเวลาในการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์อย่างหนึ่ง ซึ่งไม่น่าพอใจและเป็นเรื่องที่เราคิดว่าหนักเกินกำลัง และความสามารถที่จะแก้ไขได้ จึงทำให้รู้สึกหนักใจและเกิดอาการผิดปกติทางร่างกาย

ส.สุบบุหรื พฤติกรรมการสุบบุหรื หมายถึง การสุบบุหรืซึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพ ของผู้ไม่สุบบุหรื พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้ให้ความหมายของบุหรืไว้ว่า บุหรื หมายถึง บุหรืซิกาเลต บุหรืซิการ์ บุหรืยาเส้น หรือยาปรุงตามกฎหมายว่าด้วย โดยลักษณะของการสุบที่ขึ้นอยู่กับปริมาณการสุบบุหรื และความบ่อยครั้งของการสุบบุหรื

ส.สุรา พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol) ผสมอยู่ไม่เกิน ๖๐ ดีกรี เช่น วิสกี้ บรัันดี เบียร์ สุรา เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๐) โดยลักษณะการดื่มเครื่องดื่มมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มต่อวันและความถี่การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๒. ประเภทของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ซึ่งในทางสุขภาพได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู ตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วยจนกระทั่งเกิดการเจ็บป่วยไว้ ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมเมื่อบุคคล กระทำในภาวะปกติ เพื่อป้องกันตนเองจากโรคร้ายไข้เจ็บ ด้วยการกระทำที่แสดงว่าป้องกัน หรือเตือน ตนเองก่อนการเกิดโรค เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การสวมหมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอันตราย จากการขับซึรถ เป็นต้น

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล เมื่อรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติของร่างกาย เช่น ปวดหัว ตัวร้อน ปวดท้อง เป็นต้น ซึ่งบุคคลที่มี อาการดังกล่าวจะแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกว่าเกิดความผิดปกติกับร่างกาย เช่น ร้องโอดโอย ดิ้นทุรน ทุราย หรือบางรายอ่อนเปลี้ยเพลียแรง ซึ่งพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจะแบ่งออกเป็น ๒ ระยะ คือ ๑. ระยะแรกเป็นขั้นตอนของการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ๒. ระยะที่สองเป็นระยะที่มีพฤติกรรม ตอบสนองกับความผิดปกตินั้น ๆ

๓. องค์ประกอบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบของ พฤติกรรมแบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ พฤติกรรมด้านพุททพิสัย (ความรู้) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ ได้แบ่งระดับความสามารถนี้ไว้ ๖ ระดับ ดังนี้

ระดับที่ ๑ ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในระดับต้น ซึ่งเป็นลักษณะของความสามารถในการจดจำ และการระลึกได้ เช่น สามารถจดจำสูตรการปรุงอาหาร สูตรการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย หรือแม้กระทั่งจดจำข้อมูลอื่นเป็นความรู้อื่น ๆ ได้

ระดับที่ ๒ ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมสืบเนื่องจากการมีความรู้ สามารถระลึกได้ แล้วแสดงพฤติกรรมอันเกิดจากการจดจำสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกมา เช่น สามารถ ทำอาหารได้ เพราะจำวิธีการปรุงได้อย่างถูกต้อง หรือการแสดงพฤติกรรมอื่น ๆ ในการดำเนินชีวิต อันเกิดจากการมีความรู้ ระลึกได้ กระทั่งนำมาสู่การแสดงทักษะดังกล่าวออกมาในรูปของพฤติกรรม ต่าง ๆ เช่น สามารถอธิบาย บรรยาย เขียน หรือคาดการณ์เหตุที่จะเกิดขึ้นอีกได้ เป็นต้น

ระดับที่ ๓ การนำไปใช้ (Application) พฤติกรรมที่จะแสดงออกเมื่อมีความรู้ ความเข้าใจ วิธีการ กระบวนการเป็นอย่างดีแล้ว มาลองใช้กับเหตุการณ์อื่นที่ไม่ใช่เหตุการณ์เดิมตามความ เหมาะสมของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น คิดสูตรอาหารใหม่ที่หลากหลายขึ้นเกิดจากการมีความรู้ จำกระบวนการประกอบอาหารนั้นได้ และสามารถทำอาหารได้แล้วนำวิธีการเดิมใช้กับอาหาร ชนิดใหม่ เพื่อให้เกิดความหลากหลายหรืออาจสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการเล็กน้อยเพื่อความเหมาะสม เป็นต้น

ระดับที่ ๔ การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นลักษณะพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับการนำไปใช้ แต่พฤติกรรมนั้นจะปรากฏชัดเจน และเป็นรูปแบบมากขึ้น กล่าวเกิดจากประสบการณ์จากความรู้เดิม ที่เคยเกิดขึ้นผสมกับความรู้ใหม่ได้อย่างเหมาะสมและเกิดการนำพฤติกรรมไปใช้ได้อย่างเป็นขั้นเป็น ตอนมากขึ้น ซึ่งบุคคลแต่ละคนสามารถแสดงพฤติกรรมการวิเคราะห์ได้หลายระดับ คือ สามารถแยกแยะปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ออกจากกันเป็นส่วนได้ สามารถเล็งเห็นความสัมพันธ์ของ ส่วนประกอบนั้นได้อย่างครบถ้วน และสามารถเข้าใจส่วนประกอบต่าง ๆ เมื่อเกิดการผสมผสานเข้าด้วยกันตามสภาพการณ์ที่ต่างกัน

ระดับที่ ๕ การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถนำส่วนประกอบต่างจากวิเคราะห์ แยกแยะออกจากกัน แล้วผสมผสานการรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน โดยมีลักษณะโครงสร้างเป็นแบบใหม่ หรือมีคุณภาพดีกว่าเดิม

ระดับที่ ๖ การประเมินค่า (Evaluation) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถประเมินคุณภาพของงานหรือสิ่งต่าง ๆ โดยมีมาตรฐานที่ชัดเจนในการประเมินนั้น ๆ

ส่วนที่ ๒ พฤติกรรมด้านเจตพิสัย (ความชอบ ความสนใจ) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึง ความสนใจ ความชอบหรือไม่ชอบ บางครั้งเรียกว่า เจตคติ นั้นเอง ซึ่งพฤติกรรมด้านเจตพิสัย ประกอบด้วยหลายขั้นตอนจึงแสดงออกเป็นพฤติกรรม ดังนี้

ขั้นที่ ๑ ขั้นความสนใจ เป็นขั้นที่เกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น ให้รางวัล ชื่นชม เห็นตัวแบบต่าง ๆ เป็นต้น

ขั้นที่ ๒ ขั้นตอบสนอง เป็นขั้นตอนต่อจากความสนใจ เมื่อบุคคลสนใจในสิ่งกระตุ้นนั้น ๆ มักเกิดแรงบันดาลใจและพยายามดึงดูดสิ่งเร้านั้น ๆ

ขั้นที่ ๓ ขั้นยอมรับ เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองสิ่งเร้านั้น ๆ จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง และบอกว่าชอบและเห็นคุณค่าของการกระทำหรือกระบวนการที่สนใจหรือที่เรียกว่า ค่านิยม

ขั้นที่ ๔ ขั้นจัดกลุ่ม เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถจัดกลุ่มค่านิยมความชอบ โดยสามารถ พิจารณาจากความสัมพันธ์ของค่านิยมเหล่านั้น

ขั้นที่ ๕ ขั้นแสดงพฤติกรรม ขั้นนี้เป็นขั้นที่บอกว่าบุคคลมีความชอบความสนใจให้ความสำคัญและมีค่านิยม โดยการแสดงออกเป็นพฤติกรรมและสามารถควบคุมตนเองให้เป็นไปตามค่านิยมของตน

ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (การประพฤติดิปฏิบัติ) เป็นการแสดงออกของบุคคลที่เรียกว่า พฤติกรรม โดยบุคคลจะแสดงออกและยังไม่แสดงออกโดยพิจารณาจากพุทธิพิสัยและเจตพิสัยร่วมด้วย เพื่อคาดการณ์การแสดงออกของพฤติกรรมที่เรียกว่าทักษะพิสัย ซึ่งกระบวนการเกิดพฤติกรรมเกิดจากหลายขั้นตอน ดังนี้ ๑. การเลียนแบบ ๒. การทำตามแบบ ๓. การทำให้ความถูกต้อง ๔. การทำอย่างต่อเนื่อง ๕. การกระทำโดยธรรมชาติ

การเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้น เกิดจากองค์ประกอบทั้ง ๓ ส่วนตามแนวคิดของ Bloom (๑๙๗๕) ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ส่วนการเกิดพฤติกรรมสุขภาพก็เช่นเดียวกันหากบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ แยกแยะสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมแล้ว ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. ได้อย่างเหมาะสม

๔. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การปรับพฤติกรรม หมายถึง การประยุกต์หลักการแห่งพฤติกรรมหรือหลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้หรือวัดได้เป็นสำคัญ เน้นวัดจากพฤติกรรมสุขภาพ ๓ ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมตนเอง (Self-Efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-Regulation) และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในอัตราร้อยละ ๒๐ ของจำนวนประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี ๒๕๗๖ จะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๖.๘ ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๒ แสนคน ส่วนในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน ๕๐๗,๑๐๔ คน สำหรับเขตสุขภาพที่ ๔ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๙๒๕, ๖๘๗ คน ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ๔๒๗,๓๑๗ คน จังหวัดอ่างทอง มีจำนวนผู้สูงอายุ ๕๖,๙๖๗ คน ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ๓๑,๗๔๔ คน ส่วนอำเภอสามโก้ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๓,๘๘๘ คน ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ๒,๑๓๗ คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง, ๒๕๖๖) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

จากสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภัยคุกคามจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีสาเหตุสำคัญจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงร่วม ๓ อ. ๒ ส. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สูบบุหรี่ และสุรา) ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่

เสี่ยงต่อสุขภาพ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๖๑) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และการจัดการตนเอง รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี เพราะบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำจะมีความลำบากในการทำ ความเข้าใจ จดจำข้อมูลทางสุขภาพ (กองสุศึกษา, ๒๕๖๑) รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพทำให้มีทางเลือกทางสุขภาพที่จำกัดก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ เกิดโรคได้ง่ายไม่สามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา, ๒๕๖๑) การพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของประชาชน โดยเพิ่มความสามารถที่จะเข้าถึงข้อมูลสุขภาพให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะในการจัดการตนเอง จนสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สามารถนำมาเสนอ เพื่อใช้เป็นเหตุผลประกอบการประกอบในการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลมงคลธรรมนิมิตเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ดำเนินงานตรวจคัดกรองค้นหาโรคความดันโลหิตสูงประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗ พบว่า ในการตรวจคัดกรองประชากรช่วงอายุ ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๗๖๙ ราย พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๓๖๓ คน ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ส่วนมากจะให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพ การหารายได้ มากกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ประกอบกับการบริโภคอาหารที่นิยมอาหารรสจัดทั้งหวาน มัน เค็ม ซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการจัดบริการเชิงรุกยังไม่ทั่วถึง การพัฒนาสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพยังไม่หลากหลายและไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุ อีกทั้งยังไม่มีแผนพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไว้ในข้อบัญญัติของตำบล และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาในส่วนของ การส่งเสริมสุขภาพนั้นได้ให้ความรู้ สุขศึกษา เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงดูแลสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งยังไม่มีความรู้ในด้านพฤติกรรมสุขภาพและยังไม่ครอบคลุมประเด็นความรู้ด้านสุขภาพของการมีสุขภาพที่ดีตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำข้อมูลเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมและออกแบบพัฒนาการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๔.๒.๑ เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง

๔.๒.๒ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง

๔.๒.๓ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง

๔.๓ ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทองที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๒๑๔ คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๗ ถึง เดือนมกราคม ๒๕๖๘

๔.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วยส่วนต่างๆ ทั้งหมด ๓ ส่วน (จำนวน ๖๕ ข้อ)

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การมีญาติสายตรง เป็นโรคความดันโลหิตสูง และบทบาทหน้าที่ในชุมชน (จำนวน ๑๔ ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นแบบให้ เลือกตอบ (Checklist) และเติมข้อความ (Fill in the blank)

ส่วนที่ ๒. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. แบ่งออกเป็น ๖ ตอน (จำนวน ๓๑ ข้อ) ได้แก่

ตอนที่ ๑ การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จำนวน ๕ ข้อ ๆ ละ ๔ คะแนน (คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี ๕ ตัวเลือก ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยเป็นลักษณะคำถามทั้ง ด้านบวกและด้านลบ

ตอนที่ ๒ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ จำนวน ๖ ข้อๆ ละ ๑ คะแนน (คะแนนเต็ม ๖ คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี ๔ ตัวเลือก ได้แก่ ก, ข, ค, ง โดยลักษณะคำถามมีคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ตอบถูกได้ ๑ คะแนน ตอบผิด ได้ ๐ คะแนน

ตอนที่ ๓ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ จำนวน ๕ ข้อๆ ละ ๔ คะแนน (คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบ เดียว มี ๕ ตัวเลือก ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยเป็นลักษณะ คำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ

ตอนที่ ๔ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ จำนวน ๕ ข้อๆ ละ ๔ คะแนน (คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบ เดียว มี ๕ ตัวเลือก ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยเป็นลักษณะ คำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ

ตอนที่ ๕ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน ๕ ข้อๆ ละ ๑ คะแนน (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี ๔ ตัวเลือก ได้แก่ ก, ข, ค, ง โดยลักษณะคำถามมีคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ตอบถูกได้ ๑ คะแนน ตอบผิด ได้ ๐ คะแนน

ตอนที่ ๖ การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ๕ ข้อๆ ละ ๔ คะแนน (คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบ เดียว มี ๕ ตัวเลือก ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยเป็นลักษณะ คำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ

ส่วนที่ ๓. แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. จำนวน ๒๐ ข้อ โดยลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ตามแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามแนวการสร้างของลิเกอร์ท

๔.๕ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑. การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๑) โดยยึดตามแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องตามองค์ประกอบที่ต้องการ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่านประกอบไปด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยพิจารณาความถูกต้องสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม ที่สร้างขึ้นกับเนื้อหาตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมทางแนวคิด ทฤษฎี แล้วแก้ไขตามคำแนะนำวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Consistency) โดยได้ค่า IOC เท่ากับ ๐.๘๔

๒. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลราษฎรพัฒนา อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง จำนวน ๓๐ คน ซึ่งเป็นตำบลที่มีบริบทคล้ายคลึงกับตำบลมงคลธรรมนิมิต แล้วนำข้อมูลจากการทดลองมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ โดยใช้ค่า KR-๒๐ ดังนี้

๒.๑ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ เท่ากับ ๐.๗๔

๒.๒ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เท่ากับ ๐.๘๒

ส่วนค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ได้ค่า ดังนี้

๑. การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ เท่ากับ ๐.๘๗

๒. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ เท่ากับ ๐.๗๙

๓. การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เท่ากับ ๐.๘๙

๔. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เท่ากับ ๐.๗๒

๕. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. เท่ากับ ๐.๘๙

๔.๖ การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

๑. หลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง รหัสโครงการ : ATGEC ๙๐/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ ผู้วิจัยเข้าพบกำนันและผู้ใหญ่บ้านจำนวน ๘ หมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัย

๒. เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำการประชุมรูปแบบการเก็บข้อมูลและวางแผนทางในการเก็บข้อมูลให้ไปในแนวทางเดียวกัน

๓. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ศาลาประชาคมแต่ละหมู่บ้านทั้ง ๘ หมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงดำเนินการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งอธิบาย

ลักษณะของแบบสอบถาม รวมถึงวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

๔. ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและจำนวนของแบบสอบถามให้ครบถ้วนก่อนนำไปวิเคราะห์

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง จำนวน ๑ เรื่อง

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑) ทำให้ทราบถึงความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง

๒) ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง ได้อย่างเหมาะสม

๒. บุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ เป็นแนวทางในการวางแผนโครงการหรือกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุหรือประชาชนในชุมชน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายในการตอบแบบสอบถาม คือ ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงต้องเข้าไปสอบถามด้วยตนเองและอธิบายแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพยังเป็นเรื่องที่ใหม่สำหรับผู้สูงอายุทำให้ต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูล

๘. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้สูงอายุยังไม่เข้าใจในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพทำให้ต้องใช้เวลาานเพื่อชี้แจงแบบสอบถาม จากปัญหาและความยุ่งยากดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้ศึกษาจึงต้องใช้ความรู้และความสามารถในการดำเนินการและใช้ความพยายามอย่างสูงเพื่อให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

๙. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในทุกรูปแบบเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน กำลังดำเนินการเผยแพร่เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

(<http://atg-h.moph.go.th/node/๙๔>)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นายนิวัต ครองบุญ เป็นผู้ดำเนินการ ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน - ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายนิวัต ครองบุญ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๘ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายนิวัต ครองบุญ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายคำณูน พงษ์ชุบ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการแทน

สาธารณสุขอำเภอสามโก้

วันที่ ๑๕ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายแพทย์โชค...โรจนอารัมภ์กุล.)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

วันที่ ๑๕ ต.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไปหนึ่งระดับ

เว้นแต่ในกรณีผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบการมีส่วนร่วม ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง

๒. หลักการและเหตุผล

ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่ให้ความสำคัญการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดินในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ สามารถพึ่งตนเอง และทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ โดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ได้พระราชทานพระราชดำริหลักการ “บวร” ให้นำบ้าน วัด โรงเรียน/ราชการ ซึ่งเป็นสถาบันหลักของสังคมไทยที่เป็นสายใยยึดเหนี่ยวชุมชนมาแต่อดีต ที่ก่อให้เกิดการเกื้อกูลสนับสนุนซึ่งกันและกัน ช่วยให้สังคมไทยดำรงอยู่อย่างสันติสุขมาช้านาน มาใช้ในการพัฒนาและแก้ปัญหาในระดับชุมชน ในลักษณะ ๓ ประสาน เพื่อร่วมมือบำเพ็ญประโยชน์แก่ชุมชนอย่างเกื้อกูลกัน

ปัจจุบัน พบว่าสังคมไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ โดยในปี ๒๕๖๓ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุรวมกว่า ๑๑.๖ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๗.๕๗ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและในปี ๒๕๖๖ ซึ่งเป็นปีเริ่มต้นของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ ไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ที่มีประชากรอายุมากกว่า ๖๐ สูงถึงร้อยละ ๑๙.๓๑ ของประชากรทั้งหมด การเข้าสู่สังคมสูงวัยอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาความเหลื่อมล้ำในประเทศทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น รวมถึงความต้องการงบประมาณเพื่อเป็นสวัสดิการรองรับวัยเกษียณ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เพิ่มขึ้น สะท้อนภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุจำนวนมากมีรายได้ไม่พอกับการยังชีพ และจะส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อีกทั้งการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากขึ้น เป็นผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น แต่คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีเพิ่มขึ้น แนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังก็เพิ่มสูงขึ้น และในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง รับผิดชอบดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน ๗๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓๖ ของประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย กลุ่มติดสังคมจำนวน ๖๘๒ คน กลุ่มติดบ้านและติดเตียง จำนวน ๓๕ คน และกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๕๘๗ คน พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และภาคีเครือข่าย วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ ในการสนับสนุนและดูแลไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่รับผิดชอบและภาคีเครือข่ายยังไม่ประสานเชื่อมโยงและสอดคล้องกัน จึงเป็นประเด็นสำคัญที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมงคลธรรมนิมิต

ต้องเร่งพิจารณาดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความเชื่อมโยงและไปสู่เป้าหมายเดียวกัน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลการดำเนินงาน และการปรับปรุง แก้ไขการดำเนินงาน จึงเสนอแนวคิดและวิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุง เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง ซึ่งเป็นการนำสถาบันหลักในชุมชนมาเป็นกลไกในการพัฒนาและสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง ทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการพัฒนา ตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเองและชุมชน กำหนดแผนชุมชนด้วยการร่วมกันคิด ร่วมทำ และบริหารจัดการชุมชนของคนในท้องถิ่นที่ร่วมกันเป็นเจ้าของ เพื่อให้ผู้สูงอายุ อยู่ดี กินดี และมีความสุข

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การวิเคราะห์ปัจจัยการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบการมีส่วนร่วม ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง อย่างรอบด้านเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาการทำงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดฟื้นฟู ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทำให้มีสุขภาพอนามัยแข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การวิเคราะห์ สถานการณ์การดำเนินงานโดยใช้ SWOT Analysis พิจารณาสี่แวดลอมภายในองค์กร (Internal Environments Analysis) โดยใช้ McKinsey's ๗s Model และสี่แวดลอมภายนอกองค์กร (External Environments Analysis) โดยใช้ PEST Analysis ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

๑.การวิเคราะห์สภาพแวดลอมภายในองค์กร (Internal Environments Analysis)

การวิเคราะห์สภาพแวดลอมภายใน (Internal Environments Analysis) จะมองถึงปัจจัยแวดลอมภายในที่เกี่ยวกับหน่วยงาน โดยใช้ McKinsey's ๗s Model โดยประเมินจุดแข็ง (Strengths) และจุดอ่อน (Weakness) ของปัจจัยจำนวน ๗ ข้อ ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environment Analysis)

ปัจจัย	จุดแข็ง : Strength	จุดอ่อน : Weakness
๑.กลยุทธ์ของ หน่วยงาน(Strategic)	S ๑ การกำหนดนโยบายและ กลยุทธ์ การดำเนินงานชัดเจนสอดคล้องกับแผน สุขภาพจังหวัดอ่างทอง S ๒ มีการถ่ายทอดนโยบายและกลยุทธ์สู่ การปฏิบัติ	W ๑ ผู้รับผิดชอบงานและภาคี เครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน W ๒ การนำแผนไปปฏิบัติขาดการ ติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
๒.โครงสร้างหน่วยงาน (Structure)	S ๓ มีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุมอบหมาย เป็นลายลักษณ์อักษร ขอบเขตชัดเจน S ๔ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล(พชต)แต่งตั้งจากทุกภาคส่วน ร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพ S ๕ มีชมรม อสม.แบ่งเขตรับผิดชอบ พื้นที่อย่างเหมาะสม S ๖ มีชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่	W ๓ การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ขาดการเชื่อมประสานและบูรณาการ งานร่วมกันอย่างเป็นระบบ
๓.ระบบการปฏิบัติการ (System)	S ๗ มีระบบปฏิบัติการเป็นเครือข่าย รายงานผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ S ๘ มีการใช้ระบบอินเทอร์เน็ต ในการ ดำเนินงาน	W ๔ ขาดการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย อื่น ๆ
๔.รูปแบบการบริหาร จัดการ (Style)	S ๙ มีผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ ให้ความสำคัญ ในการดำเนินงานตลอดจน มีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ S ๑๐ มีการทำงานร่วมกับหน่วยงาน ภายนอก	W ๕ ขาดการบูรณาการงานร่วมกัน ระหว่างภาคประชาชน ภาคสังคมและ ภาครัฐ W ๖ ขาดการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของบุคลากรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตารางที่ ๑ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environment Analysis) (ต่อ)

ปัจจัย	จุดแข็ง : Strength	จุดอ่อน : Weakness
๕.บุคลากร (Staff)	S ๑๑ บุคลากรมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน S ๑๒ บุคลากรมีการทำงานเป็นทีม มีความสามัคคี ความรัก และผูกพันกัน ในองค์กรและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน	W ๗ บุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้การดำเนินงานได้ไม่เต็มศักยภาพ
๖. ทักษะ ความรู้ ความสามารถของบุคลากร (Skill)	S ๑๓ บุคลากรมีความรู้ มีทักษะด้านวิชาการที่ดี และมีความชำนาญเหมาะสมกับงานที่ได้รับมอบหมาย	W ๘ บุคลากรมีอายุมากขาดทักษะในการใช้ระบบสารสนเทศ
๗. ค่านิยมร่วม (Share Values)	S ๑๔ มีค่านิยมและการพัฒนางาน กำหนดเป้าหมายแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน โดยยึดพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง	W ๙ ไม่มีการติดตามการนำค่านิยมองค์กรมาปฏิบัติในหน่วยงาน W ๑๐ การนำค่านิยมใช้ยังไม่เป็นรูปธรรม

๒.การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environment Analysis)

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environment Analysis) จะพิจารณา สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร โดยการประเมิน โอกาส (Opportunity และ ภาวะคุกคามหรืออุปสรรค (Threaten) โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ PEST Analysis)

ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environment Analysis)

ปัจจัย	โอกาส (Opportunity)	ภัยคุกคาม (Threaten)
๑.ด้านการเมือง กฎหมาย/กฎระเบียบ (Political and legal Factor)	○ ๑ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ○ ๒ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวง สาธารณสุขและแผนสุขภาพจังหวัด อ่างทองที่ให้ความสำคัญต่อการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ	T ๑ มีนโยบายเร่งด่วนไม่ได้อยู่ในแผน ยุทธศาสตร์ที่ต้องดำเนินงาน T ๒ มีกฎหมายและ พ.ร.บ.ใหม่ๆส่งผล ต่อการดำเนินการขององค์กรที่ต้อง ทบทวน/บริหารจัดการให้ทันกับการ เปลี่ยนแปลง
๒.ด้านเศรษฐกิจ (Econoic Factor)	○ ๓ งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น งบจากกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น จากพัฒนาชุมชน เป็นต้น ○ ๔ มีเครือข่ายความร่วมมือจากภาค ประชาชน เอกชนในการสนับสนุน ทรัพยากรในการดำเนินงาน	T ๓ งบประมาณล่าช้า T ๔ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา T ๕ เศรษฐกิจตกต่ำมีผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ซึ่งให้ ความสำคัญกับ การประกอบอาชีพมากกว่า การดูแลสุขภาพ
๓.ด้านสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม (Socio Culture Factor & Environment)	○ ๕ สังคมมีสัมพันธภาพที่ดี มีภาคี เครือข่ายหลากหลาย ภาครัฐ ภาคสังคม ภาคประชาชน เช่น บ้าน วัด โรงเรียน/ ราชการ หรือ “บวร” อปท./อสม./ผู้นำ ชุมชน/จิตอาสา ที่เข้มแข็งและเข้ามามี ส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ○ ๖ อาศัยอยู่ในสังคมชนบทแบบเครือ ญาติ มีวัฒนธรรม ความเชื่อ รูปแบบการ ดำเนินชีวิตแบบเดียวกัน	T ๖ เป็นสังคมผู้สูงอายุ เด็กเกิดน้อย T ๗ คนวัยทำงานมุ่งหารายได้ไม่มีเวลา ดูแลครอบครัว T ๘ เป็นครอบครัวเดี่ยวใช้ชีวิตแบบไม่ พึ่งพาอาศัยกันมากขึ้น

ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environment Analysis)(ต่อ)

ปัจจัย	โอกาส (Opportunity)	ภัยคุกคาม (Threaten)
๔.ด้านเทคโนโลยี (Technology/Factor)	○ ๗ มีระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย เข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ ○ ๘ มีช่องทางการสื่อสาร หลากหลาย สัญญาณครอบคลุม การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การรับ ส่งข้อมูลรวดเร็ว ประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้	T ๙ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่รวดเร็ว บางครั้งขาดการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม T ๑๐ ขาดการตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพก่อนนำเสนอในช่องทางโซเชียล

๓. การวิเคราะห์ปัจจัยและการให้คะแนนเพื่อทำกลยุทธ์

การวิเคราะห์ปัจจัย และการให้คะแนนเพื่อทำกลยุทธ์ กำหนดให้น้ำหนักความสำคัญแต่ละปัจจัย มีคะแนนรวมแต่ละปัจจัยเท่ากับ ๑ และให้คะแนนประเมินการตอบสนองขององค์กร ตั้งแต่ ๑-๕ คะแนน เป็นรายปัจจัยย่อย นำผลการวิเคราะห์ให้น้ำหนักความสำคัญคูณกับคะแนนประเมินผลการตอบสนองขององค์กรจะได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ดังตารางที่ ๓ - ตารางที่ ๖

ตารางที่ ๓ การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน (จุดแข็ง) และการให้คะแนนเพื่อจัดทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายใน จุดแข็ง (Strength)	น้ำหนัก ความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
S ๑ การกำหนดนโยบายและกลยุทธ์การดำเนินงานชัดเจน สอดคล้องกับแผนสุขภาพจังหวัดอ่างทอง	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S ๒ มีการถ่ายทอดนโยบายและกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
S ๓ มีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร ขอบเขตชัดเจน	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
S ๔ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) แต่งตั้งจากทุกภาคส่วนร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพ	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S ๕ มีชมรม อสม.แบ่งเขตรับผิดชอบพื้นที่อย่างเหมาะสม	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S ๖ มีชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่	๐.๐๕	๕	๐.๒๕
S ๗ มีระบบปฏิบัติการเป็นเครือข่าย รายงานผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
S ๘ มีการใช้ระบบอินเทอร์เน็ต ในการดำเนินงาน	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S ๙ มีผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ให้ความสำคัญ ในการดำเนินงานตลอดจนมีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S ๑๐ มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอก	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
S ๑๑ บุคลากรมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
S ๑๒ บุคลากรมีการทำงานเป็นทีม มีความสามัคคี ความรัก และผูกพันกันในองค์กรและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
S ๑๓ บุคลากรมีความรู้ มีทักษะด้านวิชาการที่ดี และมีความชำนาญเหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
S ๑๔ มีค่านิยมและการพัฒนางาน กำหนดเป้าหมายแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน โดยยึดพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
รวม	๑.๐๐		๔.๕๕

ตารางที่ ๔ การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน (จุดอ่อน) และการให้คะแนนเพื่อจัดทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายใน จุดอ่อน (Weakness)	น้ำหนัก ความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
W ๑ ผู้รับผิดชอบงานและภาคี เครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน	๐.๑๕	๔	๐.๖๐
W ๒ การนำแผนไปปฏิบัติขาดการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	๐.๑๐	๓	๐.๓๐
W ๓ การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องขาดการเชื่อมประสานและบูรณาการงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
W ๔ ขาดการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย อื่น ๆ	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
W ๕ ขาดการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างภาคประชาชน ภาคสังคมและภาครัฐ	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
W ๖ ขาดการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	๐.๑๐	๓	๐.๓๐
W ๗ บุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้การดำเนินได้ไม่เต็มศักยภาพ	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
W ๘ บุคลากรมีอายุมากขาดทักษะในการใช้ระบบสารสนเทศ	๐.๐๕	๓	๐.๑๕
W ๙ ไม่มีการติดตามการนำค่านิยมองค์กรมาปฏิบัติในหน่วยงาน	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
W ๑๐ การนำค่านิยมใช้ยังไม่เป็นรูปธรรม	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
รวม	๑.๐๐		๓.๙๐

ตารางที่ ๕ การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (โอกาส) และการให้คะแนนเพื่อจัดทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายนอก โอกาส (Opportunities)	น้ำหนัก ความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
○ ๑ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
○ ๒ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและแผนสุขภาพ จังหวัดอ่างทองที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
○ ๓ งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเช่น งบจากกองทุน สุขภาพระดับท้องถิ่น จากพัฒนาชุมชน เป็นต้น	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
○ ๔ มีเครือข่ายความร่วมมือจากภาคประชาชน เอกชนในการ สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
○ ๕ สังคมมีสัมพันธภาพที่ดี มีภาคีเครือข่ายหลากหลาย ภาครัฐ ภาคสังคม ภาคประชาชน เช่น บ้าน วัด โรงเรียน/ราชการ หรือ “บวร”อปท./อสม./ผู้นำชุมชน/จิตอาสา ที่เข้มแข็งและเข้ามามี ส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	๐.๑๕	๕	๐.๗๕
○ ๖ อาศัยอยู่ในสังคมชนบทแบบเครือญาติ มีวัฒนธรรม ความ เชื่อ รูปแบบการดำเนินชีวิตแบบเดียวกัน	๐.๑๕	๔	๐.๖๐
○ ๗ มีระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย เข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
○ ๘ มีช่องทางการสื่อสาร หลากหลาย สัญญาณครอบคลุม การ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การรับ ส่งข้อมูลรวดเร็ว ประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
รวม	๑.๐๐		๔.๕๕

ตารางที่ ๖ การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (ภาวะคุกคาม) และการให้คะแนนเพื่อจัดทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายนอก ภาวะคุกคาม (Threats)	น้ำหนัก ความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
T ๑ มีนโยบายเร่งด่วนไม่ได้อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ที่ต้องดำเนินงาน	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
T ๒ มีกฎหมายและ พ.ร.บ.ใหม่ๆส่งผลต่อการดำเนินการขององค์กรที่ต้องทบทวน/บริหารจัดการให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง	๐.๑๐	๓	๐.๓๐
T ๓ งบประมาณล่าช้า	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T ๔ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T ๕ เศรษฐกิจตกต่ำมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ซึ่งให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T ๖ เป็นสังคมผู้สูงอายุ เด็กเกิดน้อย	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T ๗ คนวัยทำงานมุ่งหารายได้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพครอบครัว	๐.๑๐	๓	๐.๓๐
T ๘ เป็นครอบครัวเดี่ยวใช้ชีวิตแบบไม่พึ่งพาอาศัยกันมากขึ้น	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T ๙ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่รวดเร็วบางครั้งขาดการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T ๑๐ ขาดการตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพก่อนนำเสนอในช่องทางสื่อโซเชียล	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
รวม	๑.๐๐		๓.๙๐

จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอก โดยการให้น้ำหนักความสำคัญและให้คะแนน ประเมินผลการตอบสนองขององค์กร เพื่อจัดทำกลยุทธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบการมีส่วนร่วม ตำบลมงคลธรรมนิมิต อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทองได้คะแนนถ่วงน้ำหนักดังนี้

จุดแข็ง (Strength)	เท่ากับ	๔.๕๕
จุดอ่อน (Weakness)	เท่ากับ	๓.๙๐
โอกาส (Opportunities)	เท่ากับ	๔.๕๕
ภาวะคุกคาม (Threats)	เท่ากับ	๓.๙๐

๔. การวิเคราะห์องค์กรและการกำหนดกลยุทธ์

จากการวิเคราะห์ SWOT Analysis พบว่าปัจจัยภายในมีจุดแข็งมากกว่าจุดอ่อน ปัจจัยภายนอกมีโอกาสมากกว่าภัยคุกคาม จึงนำข้อมูลมาใส่ในTOWS MATRIX เพื่อกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน ดังตารางที่ ๗

ตารางที่ ๗ การวิเคราะห์ TOWS Matrix เพื่อกำหนดกลยุทธ์

จุดแข็ง(Strength)	โอกาส(Opportunity)	กลยุทธ์เชิงรุก(SO)
S ๑ การกำหนดนโยบายและกลยุทธ์การดำเนินงานชัดเจนสอดคล้องกับแผนสุขภาพจังหวัดอ่างทอง S ๒ มีการถ่ายทอดนโยบายและกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ S ๓ มีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร ขอบเขตชัดเจน S ๔ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.)แต่งตั้งจากทุกภาคส่วนร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพ S ๕ มีชมรม อสม.แบ่งเขตรับผิดชอบพื้นที่อย่างเหมาะสม S ๖ มีชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่	O ๑ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี O ๒ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและแผนสุขภาพจังหวัดอ่างทองที่ให้ ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ O ๓ งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเช่น งบจากกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น จากพัฒนาชุมชน เป็นต้น O ๔ มีเครือข่ายความร่วมมือจากภาคประชาชน เอกชนในการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน O ๕ สังคมมีสัมพันธภาพที่ดี มีภาคีเครือข่ายหลากหลาย ภาครัฐ ภาคสังคม ภาคประชาชน เช่น บ้าน วัด โรงเรียน/ราชการ หรือ “บวร” อบต./อสม./ผู้นำชุมชน/จิตอาสา ที่เข้มแข็งและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ O ๖ อาศัยอยู่ในสังคมชนบทแบบเครือญาติ มีวัฒนธรรม ความเชื่อรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบเดียวกัน	S-O Strategies กลยุทธ์เชิงรุก ๑.ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้าง ความเข้มแข็งให้บ้าน วัดโรงเรียน/ราชการ หรือ “บวร” ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม (S๑ S๓ S๔ S๕ S๖ S๗ S๘ S๙ S๑๐ S๑๓ S๑๔ O๑ O๒ O๓ O๔ O๕ O๖ O๗ O๘)

ตารางที่ ๗ การวิเคราะห์ TOWS Matrix เพื่อกำหนดกลยุทธ์ (ต่อ)

จุดแข็ง(Strength)	โอกาส(Opportunity)	กลยุทธ์เชิงรุก(SO)
S ๗ มีระบบปฏิบัติการเป็นเครือข่าย รายงานผลการดำเนินงานอย่างเป็น ระบบ S ๘ มีการใช้ระบบอินเทอร์เน็ต ใน การดำเนินงาน S ๙ มีผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ให้ ความสำคัญ ในการดำเนินงาน ตลอดจนมีการติดตามการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ S ๑๐ มีการทำงานร่วมกับหน่วยงาน ภายนอก S ๑๑ บุคลากรมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ใน การปฏิบัติงาน S ๑๒ บุคลากรมีการทำงานเป็นทีม มีความสามัคคี ความรัก และผูกพัน กันในองค์กรและมีสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างเพื่อนร่วมงาน S ๑๓ บุคลากรมีความรู้ มีทักษะด้าน วิชาการที่ดี และมีความชำนาญ เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ S ๑๔ มีค่านิยมและการพัฒนางาน กำหนดเป้าหมายแนวทางการ ดำเนินงานร่วมกัน โดยยึดพื้นที่เป็น ฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง	O ๗ มีระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย เข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่ O ๘ มีช่องทางการสื่อสาร หลากหลาย สัญญาณครอบคลุม การเผยแพร่ข้อมูล	

ตารางที่ ๗ การวิเคราะห์ TOWS Matrix เพื่อกำหนดกลยุทธ์ (ต่อ)

จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส(Opportunity)	กลยุทธ์เชิงแก้ไข(WO)
W ๑ ผู้รับผิดชอบงานและภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน W ๒ การนำแผนไปปฏิบัติขาดการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง W ๓ การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องขาดการเชื่อมประสานและบูรณาการงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ W ๔ ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อื่น ๆ W ๕ ขาดการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างภาคประชาชน ภาคสังคมและภาครัฐ W ๖ ขาดการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ W ๗ บุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้การดำเนินได้ไม่เต็มศักยภาพ W ๘ บุคลากรมีอายุมากขาดทักษะในการใช้ระบบสารสนเทศ W ๙ ไม่มีการติดตามการนำค่านิยมองค์กรมาปฏิบัติในหน่วยงาน W ๑๐ การนำค่านิยมใช้ยังไม่เป็นรูปธรรม	O ๑ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี O ๒ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและแผนสุขภาพจังหวัดอ่างทองที่ให้สำคัญต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ O ๓ งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเช่น งบจากกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น จากพัฒนาชุมชน เป็นต้น O ๔ มีเครือข่ายความร่วมมือจากภาคประชาชน เอกชนในการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน O ๕ สังคมมีสัมพันธภาพที่ดี มีภาคีเครือข่ายหลากหลาย ภาครัฐ ภาคสังคม ภาคประชาชน เช่น บ้าน วัด โรงเรียน/ราชการ หรือ “บวร”อปท./อสม./ผู้นำชุมชน/จิตอาสา ที่เข้มแข็งและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ O ๖ อาศัยอยู่ในสังคมชนบทแบบเครือญาติ มีวัฒนธรรม	W-O Strategies กลยุทธ์เชิงแก้ไข ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคี เครือข่าย (W๑ W๒ W๓ W๔ W๕ W๖ W๗ O๑ O๒ O๓ O๔ O๕ O๖ O๗ O๘)

ตารางที่ ๗ การวิเคราะห์ TOWS Matrix เพื่อกำหนดกลยุทธ์ (ต่อ)

จุดแข็ง(Strength)	ภัยคุกคาม(Threaten)	กลยุทธ์เชิงป้องกัน(ST)
S ๑ การกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ การดำเนินงานชัดเจนสอดคล้องกับ แผนสุขภาพจังหวัดอ่างทอง S ๒ มีการถ่ายทอดนโยบายและกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ S ๓ มีผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร ขอบเขตชัดเจน S ๔ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) แต่งตั้งจากทุกภาคส่วนร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพ S ๕ มีชมรม อสม.แบ่งเขตรับผิดชอบพื้นที่อย่างเหมาะสม S ๖ มีชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ S ๗ มีระบบปฏิบัติการเป็นเครือข่าย รายงานผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ S ๘ มีการใช้ระบบอินเทอร์เน็ต ในการดำเนินงาน S ๙ มีผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ให้ความสำคัญ ในการดำเนินงาน ตลอดจนมีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ S ๑๐ มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอก S ๑๑ บุคลากรมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	T ๑ มีนโยบายเร่งด่วนไม่ได้อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ที่ต้องดำเนินงาน T ๒ มีกฎหมายและ พ.ร.บ.ใหม่ๆ ส่งผลต่อการดำเนินการขององค์กรที่ต้องทบทวน/บริหารจัดการให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง T ๓ ขาดงบประมาณล่าช้า T ๔ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา T ๕ เศรษฐกิจตกต่ำมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ซึ่งให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ T ๖ เป็นสังคมผู้สูงอายุ เด็กเกิดน้อย T ๗ คนวัยทำงานมุ่งหารายได้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว T ๘ เป็นครอบครัวเดี่ยวใช้ชีวิตแบบไม่พึ่งพาอาศัยกันมากขึ้น T ๙ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่รวดเร็วบางครั้งขาดการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม T ๑๐ ขาดการตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพก่อนนำเสนอในช่องทางสื่อโซเชียล	S-T Strategies กลยุทธ์เชิงป้องกัน ๓. เสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและภาคี เครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (S๑ S๓ S๔ S๕ S๖ S๗ S๙ S๑๐ S๑๑ S๑๓ T๓ T๔ T๕ T๗ T๘ T๙ T๕ T๕ T๙)

ตารางที่ ๗ การวิเคราะห์ TOWS Matrix เพื่อกำหนดกลยุทธ์ (ต่อ)

จุดแข็ง(Strength)	ภัยคุกคาม(Threaten)	กลยุทธ์เชิงป้องกัน(ST)
S ๑๒ บุคลากรมีการทำงานเป็นทีม มีความสามัคคี ความรัก และผูกพันกันในองค์กรและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน S ๑๓ บุคลากรมีความรู้ มีทักษะด้านวิชาการที่ดี และมีความชำนาญเหมาะสมกับงานที่ได้รับผิดชอบ S ๑๔ มีค่านิยมและการพัฒนางาน กำหนดเป้าหมายแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน โดยยึดพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง		

ตารางที่ ๗ การวิเคราะห์ TOWS Matrix เพื่อกำหนดกลยุทธ์ (ต่อ)

จุดอ่อน (Weakness)	ภัยคุกคาม(Threaten)	กลยุทธ์เชิงรับ(WT)
W ๑ ผู้รับผิดชอบงานและภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน W ๒ การนำแผนไปปฏิบัติขาดการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง W ๓ การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องขาดการเชื่อมประสานและบูรณาการงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ W ๔ ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อื่น ๆ W ๕ ขาดการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างภาคประชาชน ภาคสังคมและภาครัฐ W ๖ ขาดการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ W ๗ บุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้การดำเนินได้ไม่เต็มศักยภาพ W ๘ บุคลากรมีอายุมากขาดทักษะในการใช้ระบบสารสนเทศ W ๙ ไม่มีการติดตามการนำค่านิยมองค์กรมาปฏิบัติในหน่วยงาน W ๑๐ การนำค่านิยมใช้ยังไม่เป็นรูปธรรม	T ๑ มีนโยบายเร่งด่วนไม่ได้อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ที่ต้องดำเนินงาน T ๒ มีกฎหมายและ พ.ร.บ.ใหม่ๆ ส่งผลต่อการดำเนินการขององค์กรที่ต้องทบทวน/บริหารจัดการให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง T ๓ งบประมาณล่าช้า T ๔ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา T ๕ เศรษฐกิจตกต่ำมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ซึ่งให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ T ๖ เป็นสังคมผู้สูงอายุ เด็กเกิดน้อย T ๗ คนวัยทำงานมุ่งหารายได้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว T ๘ เป็นครอบครัวเดี่ยวใช้ชีวิตแบบไม่พึ่งพาอาศัยกันมากขึ้น T ๙ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่รวดเร็วบางครั้งขาดการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม T ๑๐ ขาดการตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพก่อนนำเสนอในช่องทางสื่อโซเชียล	W-T Strategies กลยุทธ์เชิงรับ ๔. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ส่งเสริมความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (W๑ W๒ W๓ W๔ W๕ W๖ T๔ T๙ T๑๐)

๕. การจัดลำดับความสำคัญของกลยุทธ์ เพื่อดำเนินการพัฒนาและแก้ไขปัญหา

จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบการมีส่วนร่วม ขับเคลื่อนด้วยพลังบรรดาบมจลคธรรมนมมด อำเภอสามโก้ จงหวดอ่างทองด้วยการทำ SWOT Analysis และการวิเคราะห์ TOWS MATRIX ประเมณสภาพแวดล้อมภายในและประเมณสภาพแวดล้อมภายนอก โดยการนำจุดแข็ง – จุดอ่อน ซึ่งเป็นปัจจัยภายในมาเปรียบเทียบกับโอกาส และอุปสรรค ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกเพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนางาน และเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุแบบการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย ตำบลมจลคธรรมนมมด อำเภอสามโก้ จงหวดอ่างทอง ให้มมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยแบ่งกลยุทธ์ ดังนี้

กลยุทธ์เชิงรุก

๑. ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างวามเข้มแข็งให้บ้าน วัด โรงเรียน/ราชการ หรือ “บวร” ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

(S๑ S๓ S๔ S๕ S๖ S๘ S๙ S๑๐ S๑๓ O๑ O๒ O๓ O๔ O๕ O๖ O๗ O๘)

กลยุทธ์เชิงแก้ไข

๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย

(W๑ W๒ W๓ W๔ W๕ W๖ W๙ O๑ O๒ O๓ O๔ O๕ O๖ O๗ O๘)

กลยุทธ์เชิงป้องกัน

๓. เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและภาคีเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

(S๑ S๓ S๔ S๕ S๖ S๗ S๙ S๑๐ S๑๑ S๑๓ T๓ T๔ T๕ T๗ T๘ T๔ T๕ T๙)

กลยุทธ์เชิงรับ

๔. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศส่งเสริมความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

(W๑ W๒ W๓ W๔ W๕ W๖ T๔ T๙ T๑๐)

๓.๒ แนวความคิด

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ตำบลมจลคธรรมนมมด อำเภอสามโก้ จงหวดอ่างทอง ใช้แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

๑. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

๒. แนวคิดการมีส่วนร่วม

๓. แนวความคิดการบูรณาการ

๑. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

๑.๑ ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี หรือ มากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน เมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์อายุ ๖๕ ปี

สำหรับประเทศไทยได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปตามเกณฑ์ปลดเกษียณ ซึ่งตรงกับที่ประชุมโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ ได้ตกลงกันให้ใช้อายุ ๖๐ ปี เป็นเกณฑ์มาตรฐานโลกในการที่จะกำหนดผู้ที่ถูกเรียกว่า เป็นผู้สูงอายุ (รศรินทร์ เกรย์, ๒๕๕๖)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์และมีสัญชาติไทยเป็นผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ ๓ กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐-๖๙ ปี), ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ ๗๐-๗๙ ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ๒๕๕๘)

วัยสูงอายุจัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะท้ายสุดของชีวิต ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้จะ ตรงข้ามกับวัยเด็ก คือมีแต่ความเสื่อมโทรมและสึกหรอ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป (รัชฎา พงธนกิจ, ๒๕๕๙)

จากความหมายของผู้สูงอายุสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง มนุษย์ที่มีอายุอยู่ในช่วงปลายของชีวิต ซึ่งนิยามของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไปเมื่อพิจารณาจากมุมมองต่างๆ เช่น ทางชีววิทยา ประชากรศาสตร์ การจ้างงาน และทางสังคมวิทยา เป็นต้น ในทางสถิติถือว่ามนุษย์ที่อยู่ในวัยสูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไป กำหนดโดยใช้อายุตามปีปฏิทินตั้งแต่แรกเกิด วัยผู้สูงอายุ เป็นสภาวะของบุคคลที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจ มีความอ่อนแอ ทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการเจ็บป่วยหรือความพิการเกิดขึ้นร่วมด้วย ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ถ้ามีการเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยนี้มาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะสามารถปรับตัวรับบทบาทวัยสูงอายุได้สมควรแก่ฐานะ

๑.๒ การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, ๒๕๖๐)

๑.๒.๑ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) มีอายุระหว่าง ๖๐-๗๔ ปี นับว่ายังไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังทำงานได้ถ้ามีสุขภาพกายและจิตดี

๑.๒.๒ กลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย (Old old) มีอายุตั้งแต่ ๗๕ ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นวัยชราแท้จริง ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวเป็นผู้ผ่านประสบการณ์ชีวิต และมีภูมิปัญญา เต็มไปด้วย ความรู้ ความคิด ความเชี่ยวชาญ ขณะเดียวกันก็เป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ สุขภาพ และสังคม ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น ๓ กลุ่มดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, ๒๕๖๐)

๑. ผู้สูงอายุระดับต้น มีอายุระหว่าง ๖๐-๗๐ ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพ และ สรีรวิทยายังไม่เปลี่ยนแปลงไปมาก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

๒. ผู้สูงอายุระดับกลาง มีอายุระหว่าง ๗๑-๘๐ ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพ และ สรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไปแล้วโดยส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางครั้ง

๓. ผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุระหว่าง ๘๑ ปีขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้บางอย่าง จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ

๑.๓ สังคมของผู้สูงวัยหรือวัยผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติต่อการสูงอายุ ได้มีผู้ทำการศึกษาทั้งในด้านทัศนคติของบุคคลอื่น ที่มีต่อผู้สูงอายุ และทัศนคติของตัวบุคคลที่มีต่อการสูงอายุของตนเอง โดยในด้านทัศนคติของ บุคคลอื่นต่อผู้สูงอายุ (Kogan, ๑๙๖๑) กล่าวว่า ทัศนคติต่อผู้สูงอายุเป็นความรู้สึกและความเชื่อที่บุคคลมีต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรู้สึกเกี่ยวกับบุคลิกภาพ ความฉลาด ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การอยู่อาศัย และภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุ ส่วน โรเซนครานซ์ และแมคเนวิน (Rosencranz, & McNevin, ๑๙๖๙) กล่าวว่า ทัศนคติของบุคคลอื่นต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๓ ด้าน คือ ด้านการประเมินคุณค่าของผู้สูงอายุ ด้านศักยภาพของผู้สูงอายุ และด้านความสามารถในการทำ กิจกรรม ทัศนคติของบุคคลอื่นต่อผู้สูงอายุสามารถเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยทัศนคติใน ทางบวก ได้แก่ ความเชื่อที่ว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภูมิปัญญา มีความรู้เท่าทันชีวิต มีสุขภาพร่างกาย แข็งแรง มีศักยภาพในการทำประโยชน์ให้กับส่วนรวม มีความภาคภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของตัวเอง หรือไม่เป็นภาระของลูกหลาน (สุชาติ ทวีสิทธิ์, และสวรัย บุญยमानนท์ , ๒๕๕๓) ส่วนทัศนคติในทางลบได้แก่ความเชื่อที่ว่า ผู้สูงอายุไม่มีประโยชน์ ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความเจ็บป่วย อ่อนแอ เฉื่อย หงุดหงิดง่าย ไม่ยืดหยุ่น หลงลืมง่ายและมีความสามารถด้านสติปัญญาลดลง ซึ่งทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีต่อผู้สูงอายุมักได้รับอิทธิพลมาจากมุมมองที่สังคม มีต่อผู้สูงอายุ ส่งผลถึง การปฏิบัติของสังคมต่อผู้สูงอายุ และการมองตนเองของผู้สูงอายุ เช่น ในวัฒนธรรมของคนเอเชีย ผู้สูงอายุจะได้รับการเคารพและนับถือในฐานะเป็นผู้ที่มีภูมิปัญญาและประสบการณ์ โดยผู้สูงอายุจะปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างให้กับคนรุ่นลูกหลาน ในขณะที่ลูกหลานก็ให้ความเคารพ ภูมิปัญญาที่ผู้สูงอายุ มีส่วนในประเทศอุตสาหกรรมที่มีประชากรผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก พบว่า ทัศนคติของบุคคลอื่นต่อ ผู้สูงอายุ มักมีแนวโน้มเป็นเชิงลบมากกว่า

๒. แนวคิดการมีส่วนร่วม

๒.๑ การมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation)

การมีส่วนร่วมมีความหมายที่กว้างและเกี่ยวข้องกับบุคคลในทุกระดับ ทุกส่วน ในที่ประชุมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ณ องค์การสหประชาชาติ เมื่อปี ค.ศ.๑๙๗๕ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นคำที่ไม่อาจกำหนดนิยามความหมายเดียวที่ครอบคลุมได้ เพราะความหมายของการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศหรือแม้แต่ ในประเทศเดียวกันก็ตาม ดังนั้น การนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนควรมีลักษณะจำกัดเฉพาะในระบบเศรษฐกิจสังคม และการเมืองหนึ่ง ๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้ขยายความการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าครอบคลุมในประเด็นดังนี้ (กรมอนามัย, ๒๕๕๐)

ประเด็นที่ ๑ การมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชน และของสังคมได้ร่วมกิจกรรมและมีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาและเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

ประเด็นที่ ๒ การมีส่วนร่วมสะท้อนให้เห็นถึงการเกี่ยวข้องโดยสมัครใจและ เป็นประชาธิปไตยในกรณีของการเอื้อให้เกิดความพยายามในการพัฒนา การแบ่งสรร ผลประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกันการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมาย นโยบายและการวางแผนดำเนินการโครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

ประเด็นที่ ๓ การมีส่วนร่วมเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างประชาชนและทรัพยากร เพื่อพัฒนาประโยชน์ที่ได้รับจากการลงทุน กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นระดับท้องถิ่นภูมิภาค และระดับชาติ จะช่วยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ประชาชนลงทุนลงแรงกับประโยชน์ที่ได้รับ

ประเด็นที่ ๔ การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจแตกต่างกันไปตามสภาพ เศรษฐกิจของประเทศ นโยบายและโครงสร้างการบริหารรวมทั้งลักษณะเศรษฐกิจ สังคมของประชากร การมีส่วนร่วมของประชาชนมิได้เป็นเพียงเทคนิควิธีการ แต่เป็นปัจจัยสำคัญในการประกันให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเอื้อประโยชน์ ต่อประชาชน

นอกจากนี้ เออร์วิน (Erwin, ๑๙๗๖) กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กระบวนการที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้และ ความชำนาญร่วมกับวิทยาการที่เหมาะสม และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงาน ขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ดำเนินอยู่โดยทั่วไป แบ่งได้เป็น ๔ รูปแบบ ได้แก่

๑. การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้ง ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การได้รับแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้ง ก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

๒. การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น

๓. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ให้ ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจ ในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้นได้ใช้เวทีสาธารณะ ในการทำความเข้าใจ และ ค้นหาเหตุผลในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้น ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่

๓.๑ การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) โดยจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่ง ตัวแทนเข้าร่วมเพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึงลักษณะโครงการและผลกระทบ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถาม

๓.๒ การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นจะต้องเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จากภายนอกมาช่วยอธิบายและให้ความเห็นต่อโครงการ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้ รับทราบผลดังกล่าวด้วย

๓.๓ การประชาพิจารณา (Public Hearing) เป็นเวทีในการเสนอข้อมูล อย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบัง ทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากโครงการ ซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์ และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน

๔. การร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจได้เพียงใด นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่ จะเห็นว่าการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมาใช้ในการพัฒนา มักเป็นกระบวนการที่

ช่วยเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และภาคอื่น ๆ นอกจาก ภาครัฐ เช่น ภาคเอกชน ประชาชน ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ให้ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ ร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินการ และร่วมรับประโยชน์จากการพัฒนานั้นนั่นเอง

การมีส่วนร่วมในงานเชิงพัฒนาสามารถกระทำได้ ๔ ลักษณะ (Cohen, ๑๙๙๖) ได้แก่

๑. การมีส่วนร่วมในเชิงการกระทำ โดยที่สมาชิกในชุมชนได้อุทิศร่างกาย ในการดำเนินกิจกรรมของชุมชนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

๒. การมีส่วนร่วมในเชิงงบประมาณ โดยที่สมาชิกในชุมชนได้อุทิศเงิน ในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน

๓. การมีส่วนร่วมในเชิงความรับผิดชอบ โดยมีการกระจายภารกิจและ ความรับผิดชอบให้แก่สมาชิกในชุมชน

๔. การมีส่วนร่วมในเชิงการตัดสินใจ โดยให้สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วม ในการวางแผนและตัดสินใจ ในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างความภาคภูมิใจ ให้กับสมาชิกในชุมชนอีกด้วย กล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริงเป็นการที่ประชาชนหรือ ชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้ทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและ สังคมตามความจำเป็นในฐานะสมาชิกของสังคม และได้พัฒนาภูมิปัญญา ซึ่งแสดงออกในรูปของการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ ตั้งแต่เริ่มแรก จนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนร่วมกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

๓. แนวคิดการบูรณาการ

ความหมายการบูรณาการตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Integration มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Integrate คำว่าบูรณาการในความหมายทั่วไป หมายถึง การทำสิ่งที่บกพร่องให้สมบูรณ์แบบ โดยการเพิ่มเติม บางส่วนที่ขาดอยู่ให้สมบูรณ์ หรือการนำส่วนประกอบย่อยมารวมกันตั้งแต่สองส่วนเพื่อทำให้เป็นส่วนประกอบใหญ่ของทั้งหมด ดังนั้นการบูรณาการเป็นการเชื่อมสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่งเข้ามาเป็นส่วนประกอบกับอีกสิ่งหนึ่ง ให้มีความสมบูรณ์กลายเป็นส่วนหนึ่งของแกนหลักหรือส่วนประกอบที่ใหญ่กว่า การที่หน่วยงานนำหลักการบูรณาการมาใช้ในการดำเนินงานก่อให้เกิดประโยชน์ ดังนี้ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, ๒๕๔๖)

๑. เป็นการเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน เกิดการรวมงานที่ใกล้เคียงกันให้เป็นสิ่งเดียวกัน เกิดผลดีต่อเรื่องใหญ่ โดยดูคุณภาพรวมทั้งหมด และมองปัญหาได้ถูกจุดโดยใช้ความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกับ ระบบหรือปัจจัยต่างๆ ให้มีมุมมองที่กว้าง ครบถ้วน

๒. สามารถใช้ทรัพยากรต่างๆ เช่น บุคลากรร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพลดความซ้ำซ้อน ในการทำงาน การสิ้นเปลืองในการใช้ทรัพยากร ทำให้มีทรัพยากรเหลือใช้อย่างอื่นได้

๓. พนักงานทำงานได้ง่าย สะดวก มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งจะปรับตัวอย่างต่อเนื่อง และช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเบ็ดเสร็จ

๔. ลดความสูญเปล่าของเวลา ความซ้ำซ้อน ในการบริหารช่วยให้การแก้ปัญหาในงานได้อย่างเบ็ดเสร็จ เชื่อมโยงกับระบบต่างๆ ให้มีมุมมองอย่างครบถ้วนและลึกซึ้ง

๕. ลดค่าใช้จ่ายในการตรวจติดตาม และตรวจประเมินผลที่ต้องดำเนินการตรวจติดตามและประเมินผลที่ ละกิจกรรม หากมีการบูรณาการกิจกรรมหรือโครงการทำให้การดำเนินการติดตามและตรวจ ประเมินผลเพียงครั้ง เดียวสามารถตอบได้หลายเป้าหมาย

๖. สร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่องค์กรในการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพภายในองค์กร

๗. เป็นการพัฒนามนุษย์ให้มีความสมบูรณ์ บุคคลที่มีความคิดแบบบูรณาการจะช่วยให้ลดความผิดพลาด จากการตัดสินใจที่ไม่รอบคอบ มีความเข้าใจเรื่องที่มีความซับซ้อนได้อย่างลึกซึ้ง และกว้างขวางยิ่งขึ้น ทำให้การ ตัดสินใจในเรื่องเล็กเกิดผลดีต่อเรื่องใหญ่โดยดูภาพรวมทั้งหมด ก่อนตัดสินใจและมองปัญหาได้ถูกจุด รู้จุดเชื่อมโยง และผลกระทบ

๘. การบูรณาการเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความฉลาดหลักแหลมในการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ด้วยการ ใช้ไหวพริบ ปฏิภาณ สติปัญญาและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งอื่นให้เข้าด้วยกันอย่างสมบูรณ์แบบ

๙. ช่วยขจัดความขัดแย้ง เนื่องจากการบูรณาการทำให้เกิดความเชื่อมโยงแนวคิดต่างๆ เข้ากันได้อย่าง สมบูรณ์

๑๐. รู้จุดเชื่อมโยงของงานและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างชัดเจน เบ็ดเสร็จ เชื่อมโยงงานต่างๆ อย่างลงตัว

สรุปการบูรณาการทำให้องค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานแบบเดิมๆ ทำให้เกิดผลดีแก่องค์กร หลุดพ้นจากปัญหาความขาดแคลน และสามารถสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันอันเกิดจากการบูรณาการงานที่ มีอยู่เข้าด้วยกันสามารถลดความซ้ำซ้อนของงาน ความสูญเปล่าเกี่ยวกับบุคลากร งบประมาณ เวลา ประหยัด ทรัพยากร ลดปัญหาความขัดแย้งภายในองค์กรเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นบุคคลที่ รอบคอบ มองงาน สัมพันธ์อย่างเป็นระบบและทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม

การบูรณาการจะเกิดความสุขสมบูรณ์นั้นประกอบด้วยลักษณะการบูรณาการดังนี้

๑. การมีหน่วยย่อย องค์ประกอบย่อย ระดับ ชั้น ที่นำมาประมวลเข้าด้วยกัน สิ่งที่น่าสนใจ ประมวลเข้า ด้วยกันนั้นเรียกว่าหน่วยย่อย

๒. หน่วยย่อยนั้น ต้องมีความสัมพันธ์ เชื่อมโยง เป็นหนึ่งเดียวกันและมีความยืดหยุ่นในตัว ปรับตัวให้ เคลื่อนไหวได้ตลอดเวลา

๓. เมื่อนำหน่วยย่อยเข้ามามองจะครบถ้วนสมบูรณ์ พอดี อย่างลงตัว มีความผสมกลมกลืนแบบไม่แยกส่วน และดำเนินไปด้วยดีอันเป็นลักษณะของการบูรณาการ

๓.๓ ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาสภาพปัญหาและการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของตำบลมงคลธรรมนิมิต โดย “บวร” มาใช้ในการพัฒนาและ แก้ปัญหาของชุมชน ในลักษณะ ๓ ประสาน เพื่อร่วมมือบำเพ็ญประโยชน์ แก่ชุมชน และมีสถาบันครอบครัว (บ้าน) ประกอบด้วย ชาวบ้าน ชุมชนและกลุ่มบุคคลต่างๆ ในชุมชน สถาบันศาสนา (วัด) ประกอบด้วย เจ้าอาวาส

พระภิกษุ และกลุ่ม หรือชมรมทางศาสนา สถาบันการศึกษา/ราชการ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ คณะครู นักวิชาการ และบุคลากรทางการศึกษา รวมถึงหน่วยงานภาครัฐในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน สมาชิกสภาท้องถิ่น สาธารณสุขตำบล เกษตรตำบล ศก.ตำบล พัฒนาชุมชน สามารถกำหนดแนวทางการจัดการเชิงกลยุทธ์รวม ๔ กลยุทธ์ ดังนี้

กลยุทธ์ที่ ๑ ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งให้บ้าน วัด โรงเรียน/ราชการ หรือ “บวร” ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยมีแนวทาง ดังนี้

๑. จัดตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของตำบลมงคลธรรมนิมิต โดยมีบ้าน วัด โรงเรียน/ราชการ หรือ “บวร” มาเป็นกลไกในการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๒. จัดประชุมคณะทำงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลมงคลธรรมนิมิต เพื่อประกาศข้อตกลงของสมาชิกที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

๓. กำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

๔. จัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมบูรณาการเกี่ยวกับปัญหาที่ยากแก่ และสิ่งที่อยากทำ กำหนดบทบาท ภารกิจ ผู้รับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุ

๕. จัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาและส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ

๖. ติดตามประเมินผลสำเร็จ เพื่อทบทวน ปรับปรุง แผนพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ทุก ๓ เดือน

กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบการมีส่วนร่วมไม่สามารถดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จเกิดความต่อเนื่อง และยังยืนได้โดยบุคลากรสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ภาคีเครือข่ายต่างๆ นับเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อน สนับสนุน ส่งเสริมให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่าย มีแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้

๑. นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแผนงานกิจกรรมการดำเนินงาน ในแต่ละภาคส่วนให้บุคลากรรับทราบ

๒. ภาคีเครือข่าย พัฒนาความรู้ ทักษะ ศักยภาพบุคลากร บุคลากรสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ารับการอบรมและฟื้นฟูหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) อบรมฟื้นฟู ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) อบรม อสม. อบรมนักบริบาลท้องถิ่น

๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมเสริมความรอบรู้ ทักษะ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

๔. จัดหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว(อสม.) ดูแลผู้สูงอายุทุกหลังคาเรือนและอบรมให้ความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๕. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง โดยใช้โอกาสและช่องทางต่างๆ เช่น เวทีประชาคม วิทยุชุมชน เสี่ยงตามสาย หอกระจายข่าว ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน ป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อบุคคล Social Network เพื่อใช้ใน

การสื่อสาร พัฒนาศักยภาพ และเติมเต็มองค์ความรู้ส่วนขาดของภาคี เครือข่าย และมีการส่งข้อมูลความรู้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ ๓ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เป็นกลยุทธ์เชิงป้องกันที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการจัดกิจกรรม ดังนี้

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมณฑลธรรมนิมิต ร่วมกับชมรม อสม.สำรวจและจัดทำข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ คัดกรองภาวะถดถอย ๔ ด้าน เพื่อทราบถึงภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยใช้กลไก ๓ หมอ และจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล

๒. ชมรมผู้สูงอายุ เชิญชวนผู้สูงอายุทุกคนเข้าชมรมและจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการปฏิบัติตัวในวัยสูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง

๓. จัดประกวดผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี ประกาศยกย่องเชิดชูผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดีเพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพของตำบล

๔. จัดประกวดการใช้นวัตกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนใช้นวัตกรรมสุขภาพ

๕. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

๖. ร่วมกันจัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพประจำตำบลเพื่อใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกรณีเจ็บป่วย

๗. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ ผู้นำชุมชน พัฒนาชุมชน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ปรับปรุงที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุให้เหมาะสมในการดำเนินชีวิต

กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและระบบข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบการมีส่วนร่วม มีการวางแผน การวิเคราะห์ การออกแบบ การสร้าง ทดสอบเผยแพร่ การดูแลและการพัฒนาระบบตามขั้นตอนโดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีในการพัฒนาระบบมีการจัดตั้งศูนย์ระดับตำบล

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศระดับตำบล นำเสนอข้อมูลข่าวสารสารสนเทศในด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบันเชื่อถือได้และเผื่อระวังข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง

๒. จัดทำ และผลิตสื่อ เพื่อการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งเชิงบวก และเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และเผยแพร่ผ่านช่องทางเวทีประชาคมในหมู่บ้าน สื่อต่าง ๆ ในชุมชน เช่น เสียงตามสาย หอกระจายข่าวหมู่บ้าน Line Facebook

๓. การจัดตั้งกลุ่มไลน์ แฉ่งข้อมูลข่าวสารผ่านระบบออนไลน์ และการสร้างความรู้ความเข้าใจ ส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. และภาคีเครือข่ายทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสื่อสารถึงการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่

๔. ประเมินผลการรับรู้ข้อมูลการดูแลสุขภาพ ของประชาชนและภาคีเครือข่าย และนำมาปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดำเนินงานต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมงคลธรรมนิมิต มีแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมทำให้การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๔.๒ หน่วยงานภาครัฐ ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้การส่งเสริมและสนับสนุนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ มีแผนงาน / โครงการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย อย่างน้อย ๑ แผน

๕.๒ มีคณะทำงานดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับตำบล จำนวน ๑ คณะ

๕.๓ ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า ร้อยละ ๙๗

๕.๔ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตามแผนดูแลสุขภาพ ร้อยละ ๑๐๐

๕.๕ ผู้สูงอายุได้รับการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ร้อยละ ๙๐

(ลงชื่อ).....

(นายนิวัต ครองบุญ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้ขอประเมิน

วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๗