

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

The Effect of Self-Care Program with Social Support for Homebound Elderly in Norasing Sub-District Pamok District Anghong Province.

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

แนวคิดการพัฒนาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๓.๒ ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๓.๓ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

๓.๔ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

๓.๕ แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๓.๕.๑ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

๓.๕.๒ แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

คุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาประเทศตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๘ เป็นต้นมา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางที่เสื่อมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง คุณภาพชีวิตลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยอันเนื่องมาจากการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุในสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง ๓-๔ ทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมดและในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๕ และประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยสูงถึงร้อยละ ๒๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔ ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) จากการสำรวจสภาวะสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๘๕ เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ ๑ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง แต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลมีมากถึงร้อยละ ๑๓ ปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุทำให้สูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาจำนวนมาก ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงได้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกส่วนจะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง แต่ระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นการดูแลรักษาตามมาตรฐานการดูแลทั่วไป มากกว่าการส่งเสริม ค้ำครอง และสนับสนุนจึงทำให้ขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ(กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๒)

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง พบว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุอ่างทอง ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จังหวัดอ่างทองมีประชากรทั้งสิ้น ๒๗๔,๗๘๗ คน ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน ๕๗,๘๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๓๙ โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน ๕๒,๑๙๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๖ ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน ๑,๓๘๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๖ ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน ๔๕๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๘ ใน คลังข้อมูลสุขภาพ

สุขภาพจังหวัดอ่างทอง (๒๕๖๖) จากรายงานผลการปฏิบัติงาน ตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนครสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ปี ๒๕๖๖ พบว่า ประชากรรับผิดชอบทั้งสิ้น ๓,๒๗๗ คน จำนวน ๗ หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุ ๖๐๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๕๔ ของประชากรทั้งหมด พบว่า ปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง นอกจากนั้นยังมีผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านจำนวน ๔๕ คน ติดเตียง ๖ คน กระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน และที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ผู้สูงอายุมีปัญหาการช่วยเหลือตัวเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกินยา ไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลา หรือมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น บางครั้งเรื้อนผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง เนื่องจากญาติต้องไปทำงานนอกบ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรคหรือการเจ็บป่วย จากข้อมูลดังกล่าว ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลต่อเนื่อง การให้การดูแลที่บ้านที่ทำได้ส่วนใหญ่ยังพบปัญหา การดูแลที่ไม่ถูกต้อง โดยพบว่าผู้ป่วยติดบ้านที่มาพักฟื้นที่บ้าน ได้รับการดูแลโดยลำพังจากญาติเท่านั้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, ๒๕๖๔) การดูแลที่บ้าน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านจะต้องมีรูปแบบการดูแลที่ต่อเนื่อง จากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน ให้เกิดการเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้มีขีดความสามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ และสอดคล้องกับความต้องการปัญหาสุขภาพของ ชุมชนนั้น (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, ๒๕๖๒) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตำบลนครสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

๔.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก/ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
 ๒. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและ หลังการทดลอง
 ๓. เพื่อเปรียบเทียบดัชนีความสุขของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
- ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๔.๓ ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลัง เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ความพึงพอใจ และดัชนีความสุขในผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนครสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โดยมีการกำหนดขอบเขต ในการศึกษา ดังนี้

ตัวแปรต้น ได้แก่ ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ตำบลนครสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

ตัวแปรตาม ได้แก่

๑. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรชีวิตประจำวัน(ADL)
๒. ความพึงพอใจต่อการรับบริการ
๓. ดัชนีความสุข

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงานระหว่าง เดือน สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง เดือนตุลาคม ๒๕๖๖
ระยะเวลา ๓ เดือน

กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตตำบลนรสิงห์ จำนวน ๔๕ คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตตำบลเอกราช (พื้นที่ใกล้เคียง) จำนวน ๔๕ คน

เกณฑ์คัดเข้าอาสาสมัคร(Inclusion Criteria)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษา ดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกใช้เกณฑ์คัดเลือกแบบเจาะจง
เนื่องจากใช้หลักเกณฑ์ความเสมอภาคในการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลนรสิงห์จำนวน
๔๕ คน เกณฑ์การแยกออกจากงานวิจัย (Exclusion Criteria) เมื่อ ผู้สูงอายุเสียชีวิต

๑) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑.๑ โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตำบลนรสิงห์
อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ใช้เวลา ๑๒ สัปดาห์

๑.๒ แบบสัมภาษณ์ ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่ม
ติดบ้าน ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โดยแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด ๕ ส่วน
ทั้งหมด ๙ หน้าองค์ประกอบของแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ตอนที่ ๑ ลักษณะทางประชากร จำนวน ๑๐ ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
อาชีพ สถานภาพครอบครัว บ้านที่อยู่อาศัยเป็นของใคร รายได้ รายได้แต่ละเดือนต่อการเพียงพอ

ตอนที่ ๒ แบบประเมินผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูล ๓ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน BarthelAdl
(ADL)การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ดัชนีบาร์เทล (Barthel's index) จำนวน ๑๐ ข้อ ในการดูแลตนเองในกิจวัตรส่วนตัว
เช่น การรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า ลุกจากเตียงเดินไปมาในบ้าน เดินขึ้นลงบันได เข้า
ห้องน้ำได้ด้วยตนเอง และกลืนอุจจาระปัสสาวะได้ โดยประเมินว่าผู้สูงอายุทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง หรือทำ
ได้โดยต้องมีผู้ช่วยหรือทำไม่ได้เลย

ส่วนที่ ๒ แบบวัดความพึงพอใจต่อการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน

พัฒนามาจากงานวิจัยของนริรัตน์ ตะภา ที่วิจัยเรื่องการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๕ ข้อ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความพึงพอใจ ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล
กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงต่อทีมสุขภาพ ผู้สูงอายุหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นแล้ว ว่ามีความพึงพอใจต่อการเยี่ยม
บ้าน อยู่ในระดับไหน เพื่อการนำข้อมูลและทราบปัญหามาปรับปรุงการทำงานต่อไป จำนวน ๑๕ ข้อ มีการ
วัดผลโดยการใช้เกณฑ์ระดับความพึงพอใจดังนี้

ระดับ ๓ หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ระดับ ๒ หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับ ๑ หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ ๓ แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุข เป็นแบบทดสอบดัชนีความสุขของคนไทย (ฉบับย่อ)
๑๕ ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต คำถามจะถามถึงประสบการณ์ในช่วง ๑ เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจ
ตัวเอง และประเมินเหตุการณ์ อากาาร ความคิดเห็น และความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่
เป็นจริง มากที่สุด โดยคำตอบมี ๔ ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ๔ ระดับ ผู้ตอบเลือก

ได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายถึงทั้งทางบวกและทางลบ โดยเกณฑ์ให้คะแนน ข้อความทางบวก ไม่เลย เท่ากับ ๐ คะแนน, เล็กน้อย เท่ากับ ๑ คะแนน, มาก เท่ากับ ๒ คะแนน, มากที่สุด เท่ากับ ๓ คะแนน ส่วนข้อความทางลบจะให้คะแนนกลับกันกับข้อความทางบวก คะแนนเต็มทั้งหมด ๔๕ คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ โดยแบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

คะแนน ๓๕-๔๕ คะแนน หมายถึง มีดัชนีความสุขมากกว่าคนทั่วไป

คะแนน ๒๘-๓๔ คะแนน หมายถึง มีดัชนีความสุขเท่ากับ คนทั่วไป

คะแนนตั้งแต่ ๒๗ คะแนนลงมา หมายถึง มีดัชนีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป

ขั้นตอนการสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การทดสอบความตรง(Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความคลอบคลุ้มของเนื้อหา(Content Validity) ทำการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือทั้งเนื้อหาและโครงสร้าง โดยมีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ ๑ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๙ โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์ของอัลฟา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. ระยะก่อนการทดลอง

๑.๑ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองพร้อมทั้งผู้ช่วยวิจัยอีก ๒ คนซึ่งได้ผ่านการแนะนำจากผู้วิจัยจนมีความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

๑.๒ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและผู้จัดการผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนรสิงห์ (ร่วมดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง)

๑.๓ เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการสัมภาษณ์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน BarthelAdl (ADL) ทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง เมื่อเก็บแบบสัมภาษณ์แล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ นำมาวิเคราะห์จำนวน ๔๕ ฉบับ

๒. ระยะก่อนการทดลอง

ดำเนินการตามกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง จำนวน ๑๒ สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑ ผู้วิจัยเยี่ยม/วิเคราะห์สถานการณ์และประเมินสภาพปัญหา ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อวางแผนการดูแลรายบุคคล (Individual care plan)และสรุปภาพรวมของปัญหาโดยรวบรวมข้อมูลแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment) ด้านกายและใจ จัดตั้งกลุ่มไลน์ (หากผู้สูงอายุไม่ได้ใช้โทรศัพท์ให้ญาติดำเนินการแทน) เพื่อเพิ่มช่องทางการติดต่อ

สัปดาห์ที่ ๒ ผู้วิจัยเยี่ยม/ฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) โดยการเจาะลึกเฉพาะปัญหารายบุคคลโดยดูจากปัญหาที่พบ (ตามแบบประเมินADL) เช่น ปัญหาการเคลื่อนไหวที่ภายในบ้าน ขึ้น-ลงบันได เป็นปัญหาเรื่องการทรงตัวหรือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ /ปัญหาข้อเข่า แก้ไขฝึกกายภาพ ปัญหาการขับถ่ายสภาวะ แก้ไขฝึกการบริหารกล้ามเนื้อหูรูด ปัญหาการนอน ให้คำแนะนำ,ฝึกสมาธิ ประเมินจิตใจใช้ ๒ Q กิจกรรมการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัย /ทีมสหวิชาชีพ ออกเยี่ยมบ้าน สนับสนุนให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ทักษะการดูแลตนเอง ได้แก่

๒.๑ สร้างความเข้าใจโรค/อาการที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่

๒.๒ เตรียมญาติและผู้ดูแล เพื่อจัดการภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันในบางเรื่อง

สัปดาห์ที่ ๓ ผู้วิจัยเยี่ยม โดยติดตามว่าผู้สูงอายุ ได้ฝึกปฏิบัติตามตารางที่วางไว้หรือไม่/อย่างไร เน้นเสริมพลังเพื่อให้มีทักษะและความสามารถ เพื่อที่จะลด ผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง พร้อมทั้งให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ ๔ ผู้วิจัย/ทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้จัดการผู้สูงอายุดำเนินการตามแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ๑. ด้านข้อมูลเป็นให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ให้ความรู้การดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุ ๒. ด้านเครื่องมือเป็นการจัดหาเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุต้องการใช้ ๓. ด้านการประเมิน เป็นการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ ๔. ด้านอารมณ์ ในที่นี้เป็นการเอาใจใส่ให้ความรัก ฝึกทำสมาธิ

สัปดาห์ที่ ๕ เยี่ยม/ติดตาม

สัปดาห์ที่ ๖-๘ เยี่ยม /ติดตาม ผ่านทางไลน์และสอบถามปัญหาในแต่รายและแก้ไขปัญหาในรายที่ไม่สามารถดำเนินการตามโปรแกรม

สัปดาห์ที่ ๙-๑๑ เยี่ยม/ ติดตาม โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านทางไลน์ เพื่อเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุและได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุยถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา และเป็นการกระตุ้นเตือน โดยใช้กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน

๓. ระยะเวลาหลังการทดลอง

๓.๑ สัปดาห์ที่ ๑๒ เก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยการสัมภาษณ์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

๓.๒ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน BarthelAdL (ADL) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

๓.๓ ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้จัดทำแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

๑. สถิติพรรณนา (Discriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ dependent t-test และ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง (รหัสโครงการวิจัย ATGEC ๒๗/๒๕๖๖)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ ๑ ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ ๖๒.๒) มีอายุระหว่าง ๗๖-๘๐ ปี (ร้อยละ ๔๒.๒) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ ๗๕.๕) การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ ๙๗.๘) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ ๙๑.๑) มีสถานะในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ ๗๑.๑) บ้านที่พักอาศัยอยู่เป็นของตนเอง (ร้อยละ ๔๖.๗) ปัจจุบันมีผู้อยู่อาศัยในครอบครัวเดียวกับท่านจำนวน ๓-๔ คน (ร้อยละ ๖๔.๕) ส่วนใหญ่มีรายได้ ๑,๐๐๑-๕,๐๐๐ บาท (ร้อยละ ๖๐.๐) และรายได้ไม่เพียงพอ(ร้อยละ ๗๗.๘)

กลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ ๗๕.๖) มีอายุระหว่าง ๗๖-๘๐ ปี (ร้อยละ ๔๐.๐) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ ๖๒.๒) การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ ๙๓.๓) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ ๘๖.๖) มีสถานะในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ ๖๒.๒) บ้านที่พักอาศัยอยู่เป็นของตนเอง (ร้อยละ ๔๒.๒) ปัจจุบันมีผู้อยู่อาศัยในครอบครัวเดียวกับท่านจำนวน ๓-๔ คน (ร้อยละ ๕๓.๓) ส่วนใหญ่มีรายได้ ๑,๐๐๑-๕,๐๐๐ บาท (ร้อยละ ๔๖.๗) และรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ ๘๖.๗)

ส่วนที่ ๒ การเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

| ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มเปรียบเทียบ | | t | p |
|----------------------------------|------------|------|------------------|------|--------|--------|
| | \bar{X} | S.D | \bar{X} | S.D | | |
| ก่อนการทดลอง | ๙.๓๙ | ๐.๙๓ | ๑๐.๔๐ | ๑.๘๙ | ๓.๓๘๓ | ๐.๑ |
| หลังการทดลอง | ๑๔.๑๑ | ๓.๘๕ | ๙.๕๗ | ๑.๑๓ | -๗.๗๕๔ | ๐.๐๐๐* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบ ความแตกต่างของระดับความพึงพอใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

| ระดับความพึงพอใจ | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มเปรียบเทียบ | | t | p |
|------------------|------------|------|------------------|------|-------|--------|
| | \bar{X} | S.D | \bar{X} | S.D | | |
| ก่อนการทดลอง | ๓๑.๘๘ | ๒.๑๕ | ๓๑.๖๘ | ๑.๔๕ | -๕.๑๕ | ๐.๖๘ |
| หลังการทดลอง | ๔๑.๓๕ | ๖.๖๔ | ๓๒.๑๐ | ๑.๔๔ | -๗.๕๔ | ๐.๐๐๐* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบ ความแตกต่างของดัชนีความสุขของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีดัชนีความสุขไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีดัชนีความสุขดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบดัชนีความสุขกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

| ดัชนีความสุข | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มเปรียบเทียบ | | t | p |
|--------------|------------|------|------------------|------|-------|--------|
| | \bar{X} | S.D | \bar{X} | S.D | | |
| ก่อนการทดลอง | ๓๒.๖๘ | ๔.๓๕ | ๓๒.๐๓ | ๔.๐๘ | ๑.๓๗๗ | ๐.๑๗ |
| หลังการทดลอง | ๔๙.๐๖ | ๕.๑๒ | ๓๓.๑๐ | ๔.๓๕ | ๑๙.๖๘ | ๐.๐๐๐* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ เป็นข้อมูลและแนวทางในการทำงาน การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

๕.๒.๒ เป็นแนวปฏิบัติสำหรับพื้นที่อื่นๆที่สนใจศึกษา

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน

๖.๒ นำไปพัฒนาองค์ความรู้ให้กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- การให้ความร่วมมือของกลุ่มเป้าหมายในการตอบแบบสอบถาม

๘. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากในพื้นที่บ้านแต่ละบ้านห่างไกลกัน ทำให้ใช้ระยะเวลานาน

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นการดูแลระยะยาวและต้องต่อเนื่องตลอดไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อลดการพึ่งพิงผู้อื่น ฉะนั้นกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะจัดให้ผู้สูงอายุควรต่อเนื่องไปตลอดอายุขัย

๙.๒ ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีความรู้ความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะเพื่อจะได้ช่วยเหลือและจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลที่มีประสิทธิภาพมีการปรับเปลี่ยนแผนเป็นระยะๆ

๙.๓ การศึกษาเรื่องดูแลผู้สูงอายุควรศึกษาแบบองค์รวม กาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ ควบคู่ไปด้วยและต้องอาศัยภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ร่วมด้วย เนื่องจากปัญหาผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ได้ทั้งหมดด้วยทีมสุขภาพแต่เพียงฝ่ายเดียว

๙.๔ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเนื่องจากมีข้อเข่าเสื่อม ทำให้ประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้น้อย ทีมสุขภาพ ควรจัดหางบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยพยุง เช่น ไม้เท้า Walker รถเข็น และผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน นำเสนอผลงานวิชาการประเภทการนำเสนอด้วยโปสเตอร์ จัดโดยชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๗

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ประเมิน

ผู้ขอประเมิน นางรัตติยา มีสมศักดิ์ เป็นผู้ดำเนินการ ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ไม่มี)

๑) ผู้ขอประเมิน สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

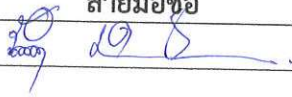
(ลงชื่อ).....
 (นางรัตติยา มีสมศักดิ์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ


(วันที่) ๑๕ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ |
|-----------------------------|--|
| ๑. นางรัตติยา มีสมศักดิ์ |  |
| | |

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....


(นายกิตติภักดิ์ ศรีเตโชภาส)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอป่าโมก

(วันที่) ๑๕ / ตุลาคม พ.ศ ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....


(นายทริโชค ไชยประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

(วันที่) 12.5 ต.ค. 2567 พ.ศ ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไปหนึ่งระดับ
 เว้นแต่ในกรณีผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

ระดับชำนาญการพิเศษ

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

๒. หลักการและเหตุผล

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและการพัฒนา ทั้งด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และสาธารณสุข รวมทั้ง เทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป และมีอายุยืนยาวขึ้น และพบข้อมูลการเติบโตของจำนวน ประชากรผู้สูงอายุมีอัตราที่สูงขึ้นมากและเป็นไปในทางเดียวกัน ในทุกประเทศทั่วโลกการมีจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้น จำเป็นต้อง คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยรวมทั้งการเปลี่ยนแปลง ของผู้สูงอายุในวัยชรา นี้เป็นไปในทางเสื่อมลงของร่างกายรวมทั้ง สมรรถนะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเสื่อมถอย ในทุกด้าน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุในสังคมมีทั้งที่เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือทำได้เล็กน้อย และขณะเดียวกันก็มี จำนวนหนึ่งต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วย ดังนั้น การศึกษาคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุไทย นโยบายการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งแนวทาง การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญยิ่งต่อการ ปฏิบัติงานของบุคลากรทีมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพที่มี เป้าหมายการบริการด้านสุขภาพ คือเพื่อให้ผู้สูงอายุในสังคม ผู้สูงอายุของประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น(นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, ๒๕๖๔) “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” โดยประชากรผู้สูงอายุที่มีสถานภาพดีคือสุขภาพดีทั้งกาย และจิตครอบครัวอบอุ่นมีสังคมที่ดีมีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับ สวัสดิการและการบริการที่เหมาะสมอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูล และข่าวสารอย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุที่ทุกข์ยาก ต้องการการเกื้อกูล หากมีการดำเนินการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ ดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุระบบสวัสดิการและบริการ จะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ รัฐจะต้องส่งเสริมและสนับสนุน ให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการ (สำนักส่งเสริมและ พิทักษ์ผู้สูงอายุ, ๒๕๖๕)

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโดยเฉพาะในวัยที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปหรือวัยสูงอายุ ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๖.๘ ในปี ๒๕๔๗ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๙ ใน ปี ๒๕๕๗ คาดว่าปี ๒๕๖๘ ประมาณ ๑.๓ ล้านคน หรือร้อยละ ๒๑ ทำให้สังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตามนิยามของสหประชาชาติในปี ๒๕๖๘ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๔) ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่ต้องดูแลระยะยาว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ภาครัฐต้องมีนโยบายทั้งแบบตั้งรับและดำเนินการเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดวิกฤติทางสังคม (กรมอนามัย, ๒๕๖๔) ปัญหาที่ผ่านมามีพบว่าลักษณะบริการทางการแพทย์และบริการทางสังคม ทำได้ในลักษณะตั้งรับ ขณะเดียวกันศักยภาพของครอบครัวที่จะดูแลก็ลดลงอันเนื่องมาจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง สตรีต้องไปทำงานนอกบ้านและมีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมือง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๒) การปรับระบบรองรับสังคมผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญและเร่งด่วน โดยเฉพาะด้านคุณภาพชีวิตที่ต้องจัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะที่เป็นกลไกสานพลังทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม มาร่วมกันคิดและทำงานตามแนวทางการอภิบาลแบบหุ้นส่วนในยุคสังคมเครือข่าย(Network Society) เป็นสิ่งที่จำเป็นในปัจจุบันนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๔)

สถานการณ์ ผู้สูงอายุอย่างทอง ประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ๕๔,๐๔๑ คน แบ่งเป็นติดสังคม ๕๒,๑๙๖ คน ติดบ้าน ๑๓๘๘ คน ติดเตียง ๔๕๗ คน (HDC ปี ๒๕๖๕)อำเภอป่าโมก ๕,๕๗๐คน ติดสังคม ๕,๑๘๖ คน ติดบ้าน ๙๖ คน ติดเตียง ๖๙ คน (HDC ปี ๒๕๖๕) รพ.สต.นรสิงห์ มีผู้สูงอายุ ๖๐๔ คน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม ๕๕๕ คน ติดบ้าน ๔๐ คน ติดเตียง ๙ คน ในพื้นที่การดำเนินผู้สูงอายุ ยังขาดความร่วมมือของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการบริหารระบบและกลไกการดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องให้มีคุณภาพ พร้อมทั้งนำไปกำหนดยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนแนวทางการทำงานเชิงรุกหรือกลยุทธ์การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ อันจะทำให้การดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่ มีความเข้มแข็ง ความยั่งยืน มีการดำเนินงานที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานผู้สูงอายุในตำบลนรสิงห์
๒. เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินผู้สูงอายุในตำบลนรสิงห์
๓. เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากสภาพปัญหาดังกล่าวการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลนรสิงห์ จึงได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานโดยใช้ SWOT Analysis พิจารณาสีงแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environments Analysis) โดยใช้ McKinsey's ๗s Model และสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environments Analysis) โดยใช้ PEST Analysis

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environments Analysis)

โดยใช้ McKinsey's ๗s Model จะมองถึงปัจจัยภายในที่เกิดขึ้นกับหน่วยงานของ **จุดแข็ง (Strength)** และ **จุดอ่อน (Weakness)** ที่จะได้นำมาวางแผนกลยุทธ์ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยภายในมีรายละเอียดในการนำเสนอแนวคิดสำหรับการนำมาประยุกต์ใช้การพัฒนาการพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (External Environment Analysis) จะมองถึงปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่เกิดขึ้นกับหน่วยงาน โดยประเมินโอกาส (Opportunities) และภาวะคุกคามหรืออุปสรรค (Threats) เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ “PEST Analysis”

จากสภาพปัญหาดังกล่าวการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานผู้สูงอายุในรพ.สต.นรสิงห์ จึงได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานโดยใช้ SWOT Analysis พิจารณาสีงแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environments Analysis) โดยใช้ McKinsey's ๗s Model และสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environments Analysis) โดยใช้ PEST Analysis

การพัฒนาารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์ ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนี้

๓.๒ แนวคิด

๓.๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (Participation)

๓.๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่าย

๓.๒.๓ แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, ๑๙๘๑)

การนำแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์ โดยการมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การที่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ องค์กรการบริหารส่วนตำบล หรือชุมชน เริ่มตั้งแต่การเข้ามาร่วมตัดสินใจร่วมในการดำเนินงานร่วมรับประโยชน์และร่วมติดตามประเมินผลงาน ซึ่งโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, ๑๙๘๑) ได้กล่าวไว้ดังนี้

๑. การมีส่วนร่วมตัดสินใจ (Decision-making Participation) ได้แก่ การจัดประชุมระดมความคิดเห็นและวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ ทั้งในระดับตำบล การจัดทำแผนดำเนินการแบบมีส่วนร่วม และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์คุณภาพชีวิตที่ชัดเจน ด้วยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและร่วมกันตัดสินใจต่อการจัดทำแผนงาน/โครงการที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาคอนภาพชีวิตทั้งในระดับตำบล หรือชุมชน/หมู่บ้าน

๒. การมีส่วนร่วมดำเนินงาน (Implemented Participative) ได้แก่ การจัดทีมงานระดับตำบล เฝ้าระวังปัญหาคอนภาพชีวิต ในหมู่บ้าน/ชุมชน การสร้างเครือข่ายทั้งภาคประชาชน ภาคประชาสังคมภาควิชาการ (รพสต.) ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เทศบาล/อบต.) และภาครัฐ (กศน.) มาร่วมทำกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต โดยการสนับสนุนการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาคอนภาพชีวิตในแต่ละตำบล/ชุมชน มีการสำรวจปัญหาและความต้องการของประชาชนในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทในระดับพื้นที่ การให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ภาคส่วนต่าง ๆ มีการประสานงานกับผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำท้องถิ่น กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านในชุมชน การจัดประชุม อบรมและสื่อสารประชาสัมพันธ์ ถ่ายทอดความรู้ อย่างทั่วถึง

๓. การมีส่วนร่วมรับประโยชน์ (Benefits Participative) ได้แก่ การพัฒนาให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้รับความรู้ และได้รับการพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำให้มากขึ้น มีการจัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ ประกวดให้รางวัล หรือมอบใบประกาศนียบัตรกับพื้นที่หรือทีมที่มีผลงานดีเด่น เพื่อการยกย่อง นับถือ ให้เกิดภาคภูมิใจ รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมศึกษาดูงานในต่างพื้นที่ และที่สำคัญต้องมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เช่น กีฬาสัมพันธ์ การเยี่ยมให้กำลังใจทีมงานเมื่อเจ็บป่วย การจัดสวัสดิการด้านต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกทีมเครือข่ายและเข้าร่วมงานกิจกรรมที่แต่ละชุมชนจัดขึ้น รวมถึงงานประเพณี วัฒนธรรมของท้องถิ่นที่จัดขึ้น

๔. การมีส่วนร่วมประเมินผล (Evaluation Participative) ได้แก่ การเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้นำปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานเข้ามาพูดคุย ปรีกษาหารือในที่ประชุม เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกัน มีการนิเทศ ติดตามผลการใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินงานหรือโครงการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมทบทวนบทเรียน รวมถึงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในตำบล ระหว่างตำบลและเรียนรู้กับเครือข่ายต่างอำเภอ มีการรับแจ้งข้อมูลข่าวสารผลการปฏิบัติการ ลงสู่ชุมชนตลอดจนการ

จัดทำและส่งรายงานผลการปฏิบัติงานประจำเดือนไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้รับรู้ถึงผลการดำเนินงานทั้งที่ทำได้สำเร็จ และยังทำได้ไม่ดี

๓.๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่าย (กิตติชัย รัตนะ, ๒๕๖๔)

เครือข่าย หมายถึง การดำเนินการของกลุ่มหลายๆ กลุ่มรวมกัน โดยมีพื้นฐานของความต้องการตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่คล้ายคลึงกัน เครือข่ายเป็นระบบการปฏิสัมพันธ์ที่มีความเหนียวแน่นน้อยกว่ากลุ่ม เนื่องจากเป็นการรวมกลุ่มเพื่อให้เกิดพลังในการต่อรองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นการเฉพาะ อันแตกต่างไปจากการรวมเป็นกลุ่ม เพราะมีความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่มที่ใกล้ชิดและเหนียวแน่นกว่า (กิตติชัย รัตนะ, ๒๕๖๔) ดังนี้

๑. เทคนิคและวิธีการพัฒนาสมาชิกเครือข่าย เพื่อให้เกิดความรู้ทักษะที่จำเป็นเพื่อการปฏิบัติงาน ร่วมกันในการที่จะดำเนินงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของเครือข่ายร่วมกันเทคนิคและเครื่องมือที่เหมาะสม คือ

๑.๑ การฝึกอบรม คือ กระบวนการในอันที่จะทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดความรู้ความเข้าใจ ที่ศรัทธา และความชำนาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่งและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

๑.๒ การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เป็นรูปแบบหนึ่งของการฝึกอบรมที่ช่วยให้ผู้เข้ารับการ ฝึกอบรมได้เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมนั้นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการเสริมสร้าง ให้ผู้เข้ารับการอบรม โดยเน้นการร่วมกันทำงานเพื่อฝึกการแก้ปัญหาโดยผู้เข้าประชุมทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมลงมือ ปฏิบัติ (Hands-on-training)

๑.๓ การปฏิบัติจริง เป็นเครื่องมือการพัฒนาบุคลากรด้วยการฝึกปฏิบัติจริงจากสถานที่จริงเป็นการ ให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติในลักษณะตัวต่อตัว (One-on-one) หรือเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ในพื้นที่การทำงานในช่วงเวลาการทำงานปกติ (On the job training) เพื่อให้บุคลากรหรือสมาชิกเครือข่ายเกิดการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติจริงใน ภาคนามสถานที่จริงเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติงานเน้นทักษะ (Skills) ของการปฏิบัติงานและกำหนด เกณฑ์วัดที่ชัดเจน

๑.๔ การระดมความคิดหรือการระดมสมอง (Brain storming) เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกต่างคน ต่างเสนอความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปแล้วการระดมความคิดมักใช้ในวงการผลิตสร้างสรรค์ (Creative) จำนวนสมาชิกที่ร่วมระดมความคิดถ้าจะให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดควรอยู่ระหว่าง ๔ ถึง ๙ คน จุดเน้น ของการระดมความคิด คือ เน้นให้มีการแสดงความคิดเห็นออกมา (Expressiveness) เน้นการไม่ประเมินความคิด (Non-evaluative) และ เน้นจำนวนเชิงปริมาณของความคิด (Quantity) ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม

๑.๕ การศึกษาดูงาน เป็นการเปิดมุมมองที่จะรับกับการเรียนรู้ สร้างความพร้อมและผลสัมฤทธิ์ให้ ทั้งตัวบุคลากรเองและทีมงาน/หน่วยงาน ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการศึกษาดูงาน ได้แก่ จะมีส่วนในการแก้ปัญหา การทำงานให้กับตนเองอย่างไร จะก่อให้เกิดความคิดใหม่ๆที่จะนำไปใช้กับการทำงานได้อย่างไรและมีประโยชน์ต่อ ทีมงานและหน่วยงานอย่างไร

๒. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) จำเป็นต่อการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเมื่อ องค์การนำแนวคิดวิธีการและการประยุกต์ทฤษฎีต่าง ๆ ไปสู่แผนปฏิบัติการ (Action Plan) รูปแบบการเสริมสร้าง พลังอำนาจการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน (Employer empowerment) (Tracy, ๑๙๙๐, p.๑๒) มีรายละเอียด ๑๐ ขั้นตอน ดังนี้

๑) ให้ความชัดเจนในหน้าที่ความรับผิดชอบ (Clearly define responsibilities) ของผู้ปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่าย ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและภารกิจ หรือหน้าที่ของเครือข่ายที่ชัดเจน

๒) มอบหมายอำนาจหน้าที่ (Delegate authority) ให้กับผู้ปฏิบัติงานตามขอบข่ายการทำงานและ ตามสมรรถนะหรือทักษะของผู้ปฏิบัติงานที่เฉพาะด้านตามความเหมาะสมของงานที่ได้รับมอบหมาย

๓) กำหนดมาตรฐานการทำงาน (Set standard of excellence) หรือเกณฑ์ขั้นต่ำให้ทีมหรือผู้ปฏิบัติงานให้เป็นเป้าหมาย หรือจุดหมายปลายทางที่ต้องการไปให้ถึงมาตรฐานที่ตั้งไว้

๔) การฝึกอบรมและพัฒนา (Training and development) ให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาตนเอง และการทำงานตามความสนใจและความสามารถ ตามที่ตนเองถนัด โดยอิสระทางความคิดสร้างสรรค์

๕) ให้ความรู้และสารสนเทศ (Provide knowledge and information) เกี่ยวกับ องค์การที่จำเป็นของเครือข่ายต่อการตัดสินใจในการใช้ข้อมูลเป็นฐานประกอบการทำงานอย่างถูกต้องชัดเจน

๖) ให้ข้อมูลย้อนกลับ (Give feedback) เกี่ยวกับผลการทำงาน เทียบกับเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ เพื่อให้เห็นว่าผลการทำงานมีความสำเร็จมาก น้อยเพียงใด และต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างไรให้ดีขึ้น

๗) ให้การยกย่องหรือยอมรับ (Recognition) ในผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน อาจเป็นการยกย่องรายบุคคลหรือหลายทีมงานย่อยที่มีการมอบหมายที่ชัดเจนตั้งแต่เบื้องต้น

๘) ให้ความไว้วางใจ (Trust) ในการทำงานโดยให้อิสระในการตัดสินใจ ในการใช้ความคิด ทักษะหรือประสบการณ์ ตลอดจนการใช้ภูมิปัญญาของตนเอง มาประยุกต์ใช้ในงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ

๙) ยอมรับข้อผิดพลาด (Permission to fail) ผู้บริหารพร้อมที่จะยอมรับความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น ร่วมรับผิดชอบและร่วมแก้ไขกับผู้ปฏิบัติงาน อย่างใกล้ชิด ให้คำปรึกษาเมื่อพบปัญหา

๑๐) ให้ความเคารพ (Respect) ต่อการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจให้เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติในการใช้ความรู้ ทักษะ และความสามารถอย่างเต็มกำลัง บนพื้นฐานความมั่นใจในตนเอง

การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การที่เครือข่ายความร่วมมือ ได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องตามภารกิจในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ยั่งยืน ประกอบด้วย (Cohen & Uphoff, ๑๙๘๑) ดังนี้

๑. การมีส่วนร่วมตัดสินใจ (Decision-making Participation) ได้แก่ การจัดประชุมระดมความคิดเห็น และวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ

๒. การมีส่วนร่วมดำเนินงาน (Implemented Participative) ได้แก่ การจัดทีมงานระดับหมู่บ้าน/ชุมชนดูแล การสร้างเครือข่ายทั้งภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ(รพศ./รพท./สสอ./รพสต.) ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.) ในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชนอย่างทั่วถึง

๓. การมีส่วนร่วมรับประโยชน์ (Benefits Participative) ได้แก่ การพัฒนาให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้รับความรู้ และได้รับการพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำให้มากขึ้น มีการจัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ ประกวด หารางวัล

๔. การมีส่วนร่วมประเมินผล (Evaluation Participative) ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ทีมเครือข่ายได้นำปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขร่วมกัน มีการนิเทศ ติดตามผล

๓.๓ ข้อเสนอ

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนางาน

จากผลการศึกษาสภาพปัญหา และวิเคราะห์ ปัจจัยภายในและภายนอก ในการพัฒนารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลนรสิงห์ ควรจะนำแนวทางการจัดการเชิงกลยุทธ์ และกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อให้มีการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ตามยุทธศาสตร์ ได้ดังนี้

กลยุทธ์ที่ ๑ ส่งเสริม สนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างเต็มศักยภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒ ร่วมพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) แบบมีส่วนร่วมในการประสานและบูรณาการการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) และภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็ง พัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง มุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนา/และสนับสนุนการสื่อสารด้านสุขภาพไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ/คณะกรรมการผู้สูงอายุระดับตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม

๓.๔ ข้อจำกัด

๑) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) มาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) หรือเป็นผู้นำชุมชน ทำให้ทำงานยังไม่เต็มที่

๒) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ยังไม่มีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๑) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) อาจจะมีกลุ่มบุคคลอื่นเข้ามา เช่น ประชาชนทั่วไป

๒) กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่ชัดเจน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) และชมรมผู้สูงอายุ มีการบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีระบบ มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพ มีการบูรณาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การประสานงานระบบข้อมูลข่าวสาร การใช้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด การจัดทำแผนงาน โครงการต่าง ๆ ของหน่วยงานและของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดี มีความสุขกาย สุขใจ มีความเอื้อเฟื้อต่อกันอย่างยั่งยืน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ได้รูปแบบเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานผู้สูงอายุในตำบลนรสิงห์

๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

๓. ร้อยละ ๑๐๐ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.)

(ลงชื่อ).....

(นางรัตติยา มีสมศักดิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)

(วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๗)

ผู้ขอประเมิน