

๓. ผลงานที่จะส่งประเมิน

ให้ส่งผลงานวิชาการ/งานวิจัย รวมทั้งผลงานอื่น ๆ เพิ่มเติมตามเกณฑ์ของแต่ละสาขากำหนด (ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว๖๕๐๖ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗)

(ผลงานวิชาการ/งานวิจัย ให้ส่งตามจำนวนตามเกณฑ์ของแต่ละสาขากำหนด โดยให้เรียงตามความดีเด่น หรือความสำคัญ โดยอย่างน้อย ๑ เรื่อง ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

ผลงานเรื่อง รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์

ปี พ.ศ. ที่ดำเนินการ ๒๕๖๗-๒๕๖๘

ที่มาและความสำคัญ

โลกกำลังมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีประชากรที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป คิดเป็น ๑๑% ในปี ๒๐๐๖ (๒๕๔๙) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่าคือ ๒๒% ในปี ๒๐๕๐ (๒๕๙๓) และเมื่อถึงเวลานั้นจะมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรเด็ก (อายุ ๐-๑๔ ปี) ภายใน พ.ศ. ๒๕๙๓ ประชากรผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) จะมีจำนวนเกิน ๒,๐๐๐ ล้านคนทั่วโลก ในประเทศที่กำลังพัฒนาจะพบว่ามีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุมากและเร็วกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วใน ๕ ทศวรรษที่ผ่านมา ๘๐% ของประชากรสูงอายุโลกล้วนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาทั้งสิ้น สังคมไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ มีการคาดประมาณว่า ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด และในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๘๔) ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุมากถึง ๒๐ ล้านคน ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งหากสำรวจข้อมูลที่ลึกลงไปกว่านั้น ประชากรไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ จากฐานข้อมูลประชากรของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่า ประเทศไทยมีประชากร จำนวน ๖๖,๐๕๔,๘๓๐ คน จำนวนผู้สูงอายุสัญชาติไทย จำนวน ๑๒,๘๑๔,๗๗๘ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑๙.๔๐ ของประชากรในประเทศ โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ ๖๐-๖๙ ปี ร้อยละ ๕๖.๖๙ รองลงมา อายุ ๗๐-๗๙ ปี ร้อยละ ๒๙.๓๘^(๓) จังหวัดนครสวรรค์เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีแนวโน้มของจำนวนประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากการศึกษาข้อมูลตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๒.๘ ต่อมา พ.ศ. ๒๕๖๐ เพิ่มเป็นร้อยละ ๑๘.๕ จนถึง พ.ศ. ๒๕๖๒ จังหวัดนครสวรรค์ได้เปลี่ยนผ่านเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (Complete Aged Society) และตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๖ ร้อยละ ๒๐.๐, ๒๐.๙, ๒๑.๑, ๒๑.๙ และ ๒๒.๗ ตามลำดับ^(๔) และคาดว่าประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๑ จังหวัดนครสวรรค์จะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ทั้งนี้มุมมองด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ มีอัตราส่วนพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ร้อยละ ๑๘.๑ ในปี ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๒๒.๓ ในปี ๒๕๕๗ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๕.๓ ในปี ๒๕๖๐ จังหวัดนครสวรรค์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเช่นกันในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ร้อยละ ๑.๙๕, ๑.๙๐ และ ๒.๘๑ ตามลำดับ บ่งบอกถึงความต้องการการดูแลและจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น ได้แก่ ระดับชุมชนคือ เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบันรัฐบาลไทยได้กำหนดให้เรื่อง “สังคมสูงอายุ” เป็นวาระแห่งชาติ โดยมีแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (๒๕-๕๙ ปี) และผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) โดยมี ๖ กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงแรงงาน ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์การรองรับสังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมให้เกิดการเตรียมความพร้อมในทุกมิติ ทั้ง

ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ สำหรับการคุ้มครองสิทธิ รวมทั้งกลไกการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่นการมี พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖, แผนผู้สูงอายุฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) ดังนั้น เพื่อให้ประเทศไทยมีกรอบทิศทางการทำงานด้านผู้สูงอายุที่มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๘๐) จึงถูกจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการบูรณาการและการทำงานเชิงรุกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย และนำไปสู่สัมฤทธิ์ผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดยการผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นองค์กรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ดำเนินการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่สมควรศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์ และคณะ, ๒๕๕๙ ซึ่งสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยส่วนใหญ่เห็นว่าองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าส่วนกลาง เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี ความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง รวมทั้ง เล็งเห็นสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน สามารถหาวิธีป้องกันและช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมกับปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลก^(๙) ได้สร้างกรอบแนวคิด และให้ความหมายในการสร้างเมืองสำหรับผู้สูงวัยไว้ว่า เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัยเป็น การกระตุ้นให้เกิดภาวะพหุผล เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพการมีส่วนร่วม และการรักษาความปลอดภัย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตร่วมกับทุกคนในสังคมได้ อย่างเท่าเทียม สะดวก และปลอดภัย ซึ่งสามารถอธิบาย ได้ ๓ วิธีดังนี้ ๑) ด้านสังคม ๒) ด้านเศรษฐกิจ ๓) ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ปัจจุบันทั่วโลกมีเมืองที่จัดเป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ๕๔๑ เมือง^{๑)} โดย นวัตกรรมกับเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๘ ประเด็นตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ ๑) ที่อยู่อาศัย ๒) การเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม ๓) การได้รับการยอมรับในสังคม ๔) การมีส่วนร่วม ของท้องถิ่นและการจ้างงาน ๕) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร ๖) การสนับสนุนของชุมชน และการบริหารด้านสุขภาพ ๗) สภาพพื้นที่ภายนอกและตัวอาคาร และ ๘) ระบบขนส่ง จากการเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ รวมทั้งข้อบ่งชี้ทางสุขภาพ และแนวโน้มโรคที่ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้น การจะทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขตามความต้องการและสรีระสภาพที่หลากหลาย ดังนั้นการพัฒนาหรือส่งเสริมให้เมืองสามารถรองรับสถานการณ์ดังกล่าว หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly City) จึงเป็นสิ่งจำเป็นและหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์จึงได้เล็งเห็นว่าปัจจุบันจังหวัดนครสวรรค์ควรมีการเตรียมความพร้อมจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุควรเป็นรูปแบบไหนทั้งเรื่องมาตรฐานสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ชุมชนหรือเมือง และโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ โดยอาศัยกลไกการขับเคลื่อนในชุมชนตามแบบองค์การอนามัยโลกที่กำหนด ๘ องค์ประกอบเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุไว้ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อันจะก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ต่อไป

วัตถุประสงค์

๑ ศึกษาความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิด ๘ องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก

๒. เพื่อสร้างรูปแบบการบริหารจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่มีความสอดคล้องและเอื้อต่อชีวิตที่ดีมีคุณภาพของผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) และเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน PAR (Participatory Action Research) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ศึกษาบริบทของพื้นที่

๑. จัดประชุมอธิบายสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การประเมินตามหลักเกณฑ์มาตรฐาน ๘ องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก
๒. ประเมินสถานการณ์ของพื้นที่ ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ในเกณฑ์มาตรฐาน ๘ องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก โดยภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ ๒ ดำเนินการ

๓. คัดเลือกพื้นที่ที่มีความพร้อมในการพัฒนาทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐและเอกชน ภาคีเครือข่ายในชุมชน
๔. จัดกระบวนการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้เกี่ยวข้องสำหรับกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้สูงอายุ ประชาชน ผู้บริหารท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำในพื้นที่จำนวน ๑๐ คน ในพื้นที่คัดเลือก โดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน ๘ องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก ร่วมกัน รับผิดชอบต่อปัญหา และ วางแผนแก้ไขรวมทั้ง กำหนดวิธีการประเมินผล มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ ๓ ประเมินผล

๕. ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน ภายหลังจากดำเนินงาน ๘ เดือน ดังนี้
 - ๕.๑ ประเมินเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ ทั้ง ๘ องค์ประกอบ
 - ๕.๒ สอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของ ผู้สูงอายุที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง ๔ ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้าน สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมตามเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI
๖. ร่วมรับประโยชน์

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
 - ทำให้ทราบและเข้าใจปัญหา อุปสรรค ที่กระทบความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในสังคมไทย
 - สามารถนำไปสู่การสร้างรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่มีความสอดคล้องกับองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลของไทย
๒. ประโยชน์ต่อสังคม

ผู้สูงอายุทั้งในเชิงปัจเจกหรือกลุ่มจะได้รับผลกระทบในเชิงบวกการจัดการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตลอดจนการพัฒนาศักยภาพให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพที่สมบูรณ์มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระพึ่งพิง
๓. ประโยชน์ต่อพื้นที่
 - หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม
 - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ ในการให้การดูแลผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน

สัปดาห์ผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

กรณีที่เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัปดาห์ผลงาน	ระบุรายละเอียดของผลงานเฉพาะส่วนที่ผู้ขอประเมินปฏิบัติ
.....
.....

การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่.....
 วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
 ปีที่ ๔๘ ฉบับที่ ๓ กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๘
 (โปรดแนบสำเนาวารสาร)
- ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่เผยแพร่
- ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

๔. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

เรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์

หลักการและเหตุผล

โลกกำลังมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีประชากรที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป คิดเป็น ๑๑% ในปี ๒๐๐๖ (๒๕๔๙) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่าคือ ๒๒% ในปี ๒๐๕๐ (พ.ศ.๒๕๙๓) และเมื่อถึงเวลานั้นจะมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรเด็ก (อายุ ๐-๑๔ ปี) ภายใน พ.ศ. ๒๕๙๓ ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) จะมีจำนวนเกิน ๒,๐๐๐ ล้านคนทั่วโลก ในประเทศที่กำลังพัฒนาจะพบว่ามีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุมากและเร็วกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วใน ๕ ทศวรรษที่ผ่านมา ๘๐ % ของประชากรสูงอายุโลกล้วนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาทั้งสิ้น สังคมไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ มีการคาดประมาณว่า ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด และในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๘๔) ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุมากถึง ๒๐ ล้านคน

จังหวัดนครสวรรค์มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗ ร้อยละ ๒๐.๙, ๒๑.๑, ๒๑.๙, ๒๒.๗ และ ๒๓.๕ ตามลำดับ ปัจจัยที่ทำให้จังหวัดนครสวรรค์เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ได้แก่ ๑) จำนวนเด็กเกิดลดลง ๒) ประชาชนอายุยืนขึ้น ๓) อัตราเพิ่มประชากรธรรมชาติมีค่าติดลบ (อัตราตายมากกว่าอัตราเกิด) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรภาวะพึ่งพิงทำให้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการแบกรับภาระการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ปัญหาสถานการณ์ด้านสุขภาพและการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ ๖๘.๓๙ โดยผู้สูงอายุมีแนวโน้ม เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิต โรคหลอดเลือดและหัวใจ มากขึ้นซึ่งโรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ แล้วพบความเสี่ยงด้านความคิด ความจำ (สมองเสื่อม) ได้รับการรักษา ร้อยละ ๕๒.๙๘ สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ แต่ถ้าเทียบระดับประเทศ และระดับเขตยังต่ำอยู่ ส่วนความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (พลัดตกหกล้ม) ร้อยละ ๔๙.๓ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ นอกจากนี้ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๘ ด้าน ในผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน ๑๐,๔๐๗ คน (คิดเป็น ร้อยละ ๗.๐ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ครบทั้ง ๘ ด้าน เพียง ร้อยละ ๕๑.๒ โดยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านกิจกรรมทางกายต่ำที่สุดอยู่ที่ ร้อยละ ๕๙.๒ ซึ่งถือเป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่จะต้องดำเนินการส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว สภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ด้านความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ในอนาคต ยืนยันวันที่ขนาดของปัญหาจะเพิ่มขึ้น หากปล่อยไว้เช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว รวมทั้งภาครัฐที่จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมหาศาล ดังนั้นจังหวัดนครสวรรค์ ควรมีการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต และเห็นวาระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ หรือ

เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชีวิตชุมชนมากที่สุด เป็นระบบสุขภาพขนาดใหญ่ที่จะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทุกด้านได้สะดวก รวดเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่ายได้

บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ การได้รับการดูแล และการเข้าถึงบริการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ การดำเนินงานขับเคลื่อนการบูรณาการการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่าย การให้การบริการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ PCU ผู้ศึกษาได้เห็นความสำคัญของการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงเห็นควรที่จะดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ ขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งต่อ การดูแลสุขภาพ และการรักษาอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเหมาะสม มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในครอบครัว และชุมชนอย่างมีความสุขที่ดี ที่เชื่อมโยงในบริการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อการดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ต่อไป

วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ ของจังหวัดนครสวรรค์ตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก

๑. ระบบบริการ (Service Delivery) หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. PCU/NPCU) ผ่านเกณฑ์ ด้ร้อยละ ๕๗.๘๘ ไม่ได้ตามเป้าหมาย การจัดบริการผู้สูงอายุ อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ วัน ซึ่งยังไม่สามารถดำเนินการได้ทุกแห่ง เนื่องจากภาระงานการให้บริการมาก การจัดบริการส่วนใหญ่ปฏิบัติแยกส่วน ไม่ครอบคลุมและบูรณาการทั้งการส่งเสริม ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ไม่มีแพทย์หรือพยาบาลที่มีทักษะความรู้เรื่องผู้สูงอายุ ประจำคลินิกผู้สูงอายุทุกแห่ง ทำให้ผู้รับบริการขาดความเชื่อมั่นในการมารับบริการ มีการคัดกรองประเมินในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความถดถอย ร้อยละ ๖๘.๙๒ ไม่ครอบคลุมจำนวน ผู้สูงอายุทั้งหมด ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า มีแนวโน้ม เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และแนวโน้มมีความเสี่ยงต่อโรค NCD เพิ่มมากขึ้น และพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำ และการเคลื่อนไหวร่างกาย/พลัดตกหกล้ม ได้เข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด
๒. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) การจัดทีมหมอครอบครัว(ทีมสหวิชาชีพ)ได้ เพียงร้อยละ ๒๘.๔๒ ของเป้าหมาย ขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัดซึ่งเป็นกำลังสำคัญของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ มีไม่ครบทุกแห่ง อสม./แกนนำผู้สูงอายุ มีทุกหมู่บ้านแต่บางคนขาดทักษะและความรู้ในการดูแล คัดกรองผู้สูงอายุ Case Manager / Case Giver มีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่และยังไม่มีกรอบรมฟื้นฟู
๓. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information System) มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารการบันทึกข้อมูลระบบ Blue Block Application ของกรมอนามัย ระบบข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ระบบข้อมูลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน Long Term Case (LTC) แต่การบันทึกข้อมูล Geriatric Syndromes ของผู้สูงอายุเฉพาะรายไม่ครบถ้วน การใช้ Telemedicine /Tele consult ยังไม่มีการใช้ต่อเนื่องอย่างจริงจัง

๔. การจัดการระบบเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการจัดเตรียมยารักษาผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ แต่รวมกับการบริการให้บริการอื่นๆ ไม่มีแยกให้เฉพาะผู้สูงอายุ มีการใช้ สมุนไพร/แพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก มีการจัดประกวด นวัตกรรมสุขภาพและสื่อสุขภาพในชุมชน
๕. การจัดงบประมาณ (Financial) มีงบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว งบประมาณ อปท.
๖. ผู้นำนโยบาย (Leadership and Governance) การบูรณาการภาคีเครือข่ายภายในพื้นที่ อปท./อบจ./พมจ. ยังไม่ได้ทุกพื้นที่ การติดตามความก้าวหน้าและพัฒนางาน จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและอำเภอ คณะกรรมการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นไม่สม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนวความคิด

ข้อจำกัด	แนวทางแก้ไข
๑. ความต่อเนื่องของการกำหนดนโยบาย/แนวทางในการดำเนินงานผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องของระดับกระทรวงและจังหวัด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของคณะผู้บริหาร	๑. จังหวัดต้องมีความชัดเจนที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดในแผนยุทธศาสตร์จังหวัดระยะเวลา ๕ ปี ซึ่งมีการปรับแก้ไขทุกปี เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และเป็นแนวปฏิบัติแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๒. อัตรากำลังแพทย์ และทีมสหวิชาชีพมีไม่เพียงพอในการลงปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่าย	๒.๑ จัดทำแผนบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิระยะยาว ๕-๑๐ ปี เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเรื่องบุคลากร ๒.๒ พัฒนาระบบการจัดการกำลังคนของจังหวัด และอำเภอให้มีการปรับเกลี่ยจัดกำลังคนได้ทั้งจังหวัดตามความสำคัญของภาระงานในแต่ละสถานบริการ ๒.๓ วางระบบให้คำปรึกษา ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ PCU/NPCU/รพ.สต. ตามบริบทแต่ละอำเภอ
๓. แพทย์ และทีมสหวิชาชีพขาดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษในระดับสาธารณะ และระดับบุคคล	๓. จัดอบรมแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ให้มีความรู้และทักษะในด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดนครสวรรค์
๔. การติดตาม ประเมินผลงาน และหาแนวทางพัฒนางานอย่างจริงจัง ในแต่ละอำเภอยังมีน้อย	๔. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล ควรจัดตั้งคณะทำงานชุดประเมินผลให้มีการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ การดำเนินงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาอุปสรรค ของหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบ แล้วประชุมร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบลรายงานผลการประเมินพร้อมร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ในแต่ละอำเภอ

ข้อจำกัด	แนวทางแก้ไข
๕. ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการไม่ตรงกับข้อมูลที่มีอยู่จริงในพื้นที่	๕. สํารวจจํานวนผู้สูงอายุ ที่มีอยู่จริง โดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา หรือภาคีเครือข่ายทุก ๖ เดือน เพื่อนํามาขึ้นทะเบียนบันทึกคุณลักษณะ สถานะสุขภาพ และการรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของสถานบริการและมีการปรับให้เป็นปัจจุบัน เพื่อร่วมกันจัดทำแผนแนวทางการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละรายให้เหมาะสม
๖. หน่วยบริการสุขภาพมีสถานที่คับแคบไม่มีงบประมาณในการสถานที่ให้บริการ/จัดคลินิกที่บริการเฉพาะผู้สูงอายุได้	๖. จัดทำแผนพัฒนาปรับปรุงสถานที่เพื่อจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เสนออนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอรับการสนับสนุนงบประมาณและรูปแบบการจัดคลินิกให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
๗. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดความชำนาญในการคัดกรองโรคสมองเสื่อม อาสาสมัครสาธารณสุขขาดทักษะ และความรู้ในการคัดกรองดูแลผู้สูงอายุ	๗. จัดทำแผนอบรมพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขตามประเด็นปัญหาโดยทีมวิทยากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้จากศูนย์อนามัยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๘. ผู้รับผิดชอบในการประสานงานการดำเนินงานหลักระหว่างหน่วยงาน องค์กรภาคีเครือข่ายในระดับตำบล อำเภอไม่มีทำให้เกิดการทำงานต่างคนต่างทำ ซึ่งบางกิจกรรมสามารถทำร่วมกันได้ จะประหยัดทั้งเวลาและงบประมาณ	๘. ควรจัดให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบลเป็นผู้ประสานหลักในระดับอำเภอและตำบลเพื่อช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ปฏิบัติงานเกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อดำเนินการเสร็จจะก่อให้เกิดประโยชน์หรือผลที่คาดว่าจะได้รับดังนี้

๑. หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ของจังหวัดนครสวรรค์ มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันและควบคุมโรค ด้านการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในสถานบริการ และที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นตามบริบทของพื้นที่

๒. ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และมีส่วนร่วมดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชนโดยใช้พื้นที่เป็นฐานบูรณาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และได้รับการดูแลสุขภาพครบทุกมิติได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ อย่างเหมาะสม ครอบคลุมทุกพื้นที่

๔. ในพื้นที่เกิดการบูรณาการทำงานระหว่างบุคลากรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย และชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และเจ็บป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายปฐมภูมิมีการจัดคลินิกผู้สูงอายุ/จัดบริการสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุ ร้อยละ ๘๐

๒. มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติ ได้อย่างมีคุณภาพ อำเภอละ ๑ แห่ง

๓. มีทีมสหวิชาชีพพร้อมให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการแลชุมชน ร้อยละ ๕๐

๔. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ ๘๐

๕. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily: ADL) ร้อยละ ๙๐

๖. ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง Geriatric Syndrome พบโรคสมองเสื่อมและภาวะพลัดตกหกล้ม ต้องได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๘๐

๗. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ ๙๕

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

๑. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีคุณภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

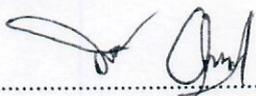
๒. ทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นเครือข่าย มีส่วนดำเนินการจัดการด้านสุขภาพในชุมชนโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราป่วย ทูพพลภาพ ของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๓. เกิดเครือข่าย และทีมงานที่เข้มแข็งในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ//เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๔. มีการประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมา วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบ และกำหนดข้อเสนอแนะการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหมาะสม ปีละ ๒ ครั้ง

๑. คำรับรองของผู้ขอประเมิน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้จัดทำผลงานดังกล่าวข้างต้นจริง

(ลงชื่อ) 

(นางสาวพรทิพย์ อนุตรพงศ์)

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๙ / ๓ / ๒๕๖๕