

# กระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอต่อการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตำบลท่าซิ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช

เรวดี เพชรศิริวัฒน์<sup>1\*</sup> นัยนา หนูนิล<sup>1</sup> สายฝน เอกวางกูร<sup>1</sup> ราตรี ฤทธิรัตน์<sup>2</sup>  
 พิธาน สิทธิพงศ์<sup>1</sup> และ ทวีพล แสนภักดี<sup>2</sup>

<sup>1</sup>สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

<sup>2</sup>โรงพยาบาลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

\*ผู้เขียนหลัก อีเมล: prewwade@gmail.com

วันที่รับบทความ: 30 มิถุนายน 2561; วันแก้ไขบทความ: 11 กันยายน 2561; วันตอบรับบทความ: 5 ตุลาคม 2561



## บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและกระบวนการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้กระบวนการ ดังนี้ 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ กลุ่มแกนนำหลัก 10 คน และใช้แบบประเมินสมรรถนะการทำงานก่อนและหลังการอบรม และ 2) กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดำเนินการโดยภาคีเครือข่าย 45 คน ตามระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับผู้สูงอายุ 1,984 คน ในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2558 มี 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะวางแผน ระยะ

ดำเนินการ และระยะประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปประเด็นสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และสถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ผลวิจัยพบว่า 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วย แต่งตั้งคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ ขยายแกนนำผ่านกระบวนการถ่ายทอดความรู้ของแกนนำหลัก และมีระบบการสื่อสารในเครือข่าย โดยผลการประเมินค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะการทำงานของแกนนำของภาคีเครือข่าย เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินการ และ 2) กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนมุมมองในเชิงบวกของภาคีเครือข่าย กระบวนการทำงานมีการมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบไปสู่ภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างชัดเจน และมีการปรับแผนการดำเนินงานให้ครอบคลุมผู้สูงอายุในทุกมิติ ผลการดูแลผู้สูงอายุของภาคีเครือข่ายเป็นไปตามเกณฑ์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ 1) เกิดทีมภาคีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพระดับอำเภอ 2) มีการสื่อสารของภาคีเครือข่ายที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน และ 3) ชุมชนเข้าใจบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุให้มีความผาสุก

**คำสำคัญ:** จังหวัดนครศรีธรรมราช ตำบลท่าซิ่น การดูแลผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ผู้สูงอายุ

# The Potential Development Process of District Health Network for Elderly Care System, Takheun Subdistrict, Nakhon Si Thammarat Province

Rewwadee Petsirasan<sup>1,\*</sup>, Naiyana Noonil<sup>1</sup>, Saifon Aekwarangkoon<sup>1</sup>, Ratreerithirat<sup>2</sup>,  
Phitan Sittipong<sup>2</sup> and Thaweepon Sanpakdee<sup>2</sup>

<sup>1</sup>School of Nursing, Walailak University, Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand 80160

<sup>2</sup>Thasala Hospital, Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand 80160

\*Corresponding author's E-mail: [prewwade@gmail.com](mailto:prewwade@gmail.com)

Received: 30 June 2018; Revised: 11 September 2018; Accepted: 5 October 2018



## Abstract

This action research aimed to examine the capacity development process of district health system (DHS) and long-term care (LTC) system for the elderly at Takheun subdistrict, Thasala district, Nakhon Si Thammarat province. The capacity development process is in two-fold: 1) DHS network partner was carried out in 10 community leaders. They have attended the District Health Management Learning course. The working potential is administered before and after taking the course. 2) The development of long-term care for elderly process is carried out with 45 trained networked participants. They have redesigned LTC system for elderly and implemented in 1,984 elderly

between June 2014 and May 2015. The process includes preparation, planning, operation, and evaluation phases. The content analysis, thematic conclusion, and descriptive analysis are used for data analysis. The results are as the following: 1) the capacity development process of DHS network revealed i) established DHS-Cup Board; ii) transferring the core knowledge of the network partners; and iii) communication within the network, which helps improve the performance when compared to the pre-operation. 2) The development of LTC for elderly process comprised modification of positive perspective towards networking, clear role assignment for local networking members, and adjustment of plans to cover all dimensions required by the elderly. The evaluation phase showed that the provided care for elderly by DHS network has met LTC criteria. The impacts of current study include 1) effective network partner: district health network formulation, 2) interpersonal and organizational communication facilitating action, and 3) community awareness in caring for the elderly and well-being.

**Keywords:** Nakhon Si Thammarat province, Takheun subdistrict, Long-term care, District health system, Elderly

## สถานการณ์ที่เป็นอยู่เดิม

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากการประมาณประชากร พบว่าผู้สูงอายุไทยจะมีสัดส่วนที่เติบโตขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 38 ในปี พ.ศ. 2573 (Knodel et al., 2016) และยังพบว่าประชาชนไทย ในปี พ.ศ. 2560 ชายไทยมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด คิดเป็น 72.0 ปี และหญิงไทยมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด คิดเป็น 78.8 ปี (Mahidol Population Gazette, 2017) ผลของการที่ผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นและมีอายุยืนขึ้นทำให้มีความต้องการในการดูแลระยะยาวเพิ่มมากขึ้น (Knodel et al., 2016; Chuakhamfoo & Pannarunothai, 2014) และต้องมีการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุเพื่อสร้างเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความต้องการในการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 2.5 ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ร้อยละ 0.7 (มะลิวรรณ พรหมสาขา ณ สกลนคร และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2560) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังรับรู้ว่าตนเองควรได้รับการดูแลที่สัมพันธ์กับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Hu et al., 2012) และรับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Sihapark et al., 2014)

อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดประมาณ 14,254 คน และสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2557 มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ ร้อยละ 12.1 14.2 และ 14.5 ตามลำดับ โดยในเขตพื้นที่ตำบลท่าซำ กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เนื่องด้วยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 95.1) มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง ร้อยละ 3.5 และอยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ร้อยละ 1.4 มีภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 12.7 มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 37.2) เบาหวาน (ร้อยละ 8.7) โรคกระดูกและข้อ (ร้อยละ 8.1) โรคไต (ร้อยละ 4.8) ตามลำดับ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากคู่สมรส (ร้อยละ 48.8) ร้อยละ 1.8 อาศัยเพียงลำพัง จึงทำให้ทีมงานของอำเภอท่าศาลา ต้องระดมศักยภาพของภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุนั้นเป็นระบบที่ประกอบด้วยครอบครัวและชุมชนที่มีการเชื่อมโยงกัน มีความร่วมมือ มีการบูรณาการและมีความต่อเนื่อง โดยอาศัยการจัดการที่สัมพันธ์สอดคล้องกันอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างดี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550; สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์ และคณะ, 2552;

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) ดังนั้นการพัฒนาตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจำเป็นต้องประกอบด้วยความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การวางแผนการพัฒนากำลังคนทั้งด้านสุขภาพ สังคม และพัฒนารูปแบบการจัดบริการระยะยาวโดยชุมชนมีส่วนร่วม (สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553; วัชรินทร์สินธวานนท์, 2552) อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์การบริหารโครงการตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตำบลท่าซำ อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช (พนมวัลย์ แก้วหืด และคณะ, 2559) ปีงบประมาณ 2556 จากผู้ดำเนินโครงการ 73 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องผู้สูงอายุ 344 คน พบว่างบประมาณในหน่วยงานสุขภาพและท้องถิ่นมีความเพียงพอในระดับมาก บุคลากรและแผนงานมีความเพียงพอในระดับปานกลาง วัสดุอุปกรณ์ของหน่วยงานสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) มีความเพียงพอระดับน้อย ภาพรวมกระบวนการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง การสั่งการควบคุมกำกับของหน่วยงานรัฐอยู่ในระดับน้อย ส่งผลให้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อการดูแลจากครอบครัว อสม. หรือ อผส. และเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับมาก แต่พึงพอใจการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ระดับปานกลาง ผลการประเมินโครงการตามเกณฑ์ที่พึงประสงค์คิดเป็นร้อยละ 20.93 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งงานวิจัยนี้สรุปผลว่า ควรพัฒนาโครงการในประเด็นที่มีผลการวิเคราะห์ในระดับน้อยและปานกลาง โดยพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุแก่บุคลากรของ อบต. การจัดการงบประมาณ การวางแผน การควบคุมกำกับ การจัดบุคลากร การเสริมพลังภาคีเครือข่ายให้ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม และส่งเสริมการดูแลแบบครอบครัวและเพื่อนบ้านเป็นฐาน นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสุขภาพอำเภอ (คปสอ.) เป็นการดำเนินการโดยภาคสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายยังไม่บรรลุเกณฑ์ของการบริหารโครงการตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซำ อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความร่วมมือและตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ (District health system) คือ ระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการภาคีเครือข่าย เน้นเป้าหมายผ่านกระบวนการขึ้นชมและจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่ ระบบมีความซับซ้อนและมีการปรับตัว (Complex and adaptive

## กระบวนการที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลง และการยอมรับของชุมชนเป้าหมาย

กระบวนการที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงในงานวิจัยนี้คือการดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เพื่อสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุในพื้นที่ แบ่งเป็น 2 กระบวนการ ได้แก่

### 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ

1.1) **กลุ่มเป้าหมาย** คือ ทีมแกนนำหลัก (นักวิจัยพื้นที่) จำนวน 10 คน ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ จากโรงพยาบาลชุมชน 2 คน สาธารณสุขอำเภอ 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน อสม. 2 คน และแกนนำชุมชน 2 คน

1.2) **วิธีดำเนินการ** จัดอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHML) ซึ่งพัฒนาโดยยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2557) เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ด้วยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context-Based Learning: CBL)” และเน้น แนวคิด “ร่วมคิด – ร่วมทำ – ร่วมเรียนรู้ (PILA)” ดำเนินการอบรมทุก 1-2 เดือน จำนวน 6 ครั้ง โดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมผู้เรียนในพื้นที่เดียวกันและระหว่างพื้นที่ โดยมีการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการปฏิบัติงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ เป็นบทเรียนในการเรียนรู้ครั้งนี้ ดังภาพที่ 1

system) อันเกิดจากพลังของการปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีอยู่ทั้งหมดภายในระบบ (Interconnectedness) โดยมีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ (Management competency) ทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติ มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการมีปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ (Aragon, 2010; Elloker et al., 2012) ทำให้การพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอมีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอให้สำเร็จนั้นจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันในหลายระดับหลายภาคส่วนในอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำภาคประชาชน การบริหารนั้นจะต้องโปร่งใสและได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายและถือเป็นการกิจร่วมกัน ต้องนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภออย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีแนวคิดในการพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Management Learning: DHML) (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) โดยมุ่งเน้นกระบวนการร่วมคิด – ร่วมทำ – ร่วมเรียนรู้ (Participatory Interactive Learning through Action: PILA) ของทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพของอำเภอ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการมีส่วนร่วมของแกนนำของภาคีเครือข่ายในชุมชนในระดับอำเภอ



ภาพที่ 1 ประชุมพัฒนาแกนนำ

1.3) การประเมินผลการอบรมเชิงปฏิบัติ โดยใช้ เครื่องมือแบบประเมินตนเองด้านสมรรถนะการจัดการระบบสุขภาพ อำเภอของแกนนำ/ผู้เรียน พัฒนาจากนายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานา นุภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิโครงการจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะ การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHML) (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557) ประกอบด้วย 10 สมรรถนะ ได้แก่ 1) การควบคุมตนเอง 2) การมีวิสัยทัศน์ 3) การวางแผน 4) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง 5) การทำงานเป็นทีม 6) การใช้เครื่องมือทางการจัดการ 7) การให้คุณค่า 8) ความสัมพันธ์ 9) การสื่อสาร และ 10) อำนาจ รวมทั้งสิ้น 31 ข้อ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ 1) น้อยที่สุด 2) น้อย 3) ปานกลาง 4) มาก และ 5) มากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ ระหว่าง 1-5 คะแนน

2) กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2.1) กลุ่มเป้าหมาย คือ แกนนำหลักที่ผ่านการอบรม

เชิงปฏิบัติการร่วมกับคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอและ ภาควิชาเครือข่าย จำนวน 45 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ และแกนนำจากชุมชน และผู้สูงอายุ จำนวน 1,984 คน โดยดำเนินการในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2558

2.2) วิธีการดำเนินการ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

2.2.1) ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย จัดการประชุม

กลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ ซึ่งแจ้ง สร้างความเข้าใจแก่ภาคีเครือข่าย และดำเนินการ สืบหาความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบล ทำขึ้นและวิเคราะห์ผลการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุของภาคีเครือข่าย

ในพื้นที่ตำบลทำขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (ภาพที่ 2)

2.2.2) ระยะวางแผน ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มภาคีเครือข่าย

ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมวางแผนการดำเนินโครงการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้บริบทของข้อมูลพื้นฐานของตำบลทำขึ้น (ภาพที่ 3)

2.2.3) ระยะดำเนินงาน ผู้วิจัยดำเนินการสร้างความ

เข้าใจแผนงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่ภาคี การ พัฒนาเครือข่าย/ภาคีการดำเนินงาน และ กระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ของภาคี (ภาพที่ 4 - 5)

2.2.4) ระยะประเมินผล ผู้วิจัยและภาคีเครือข่าย

ดำเนินการประเมินผลการดำเนินงานโครงการตามตัวชี้วัดตามเกณฑ์ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายหลังการดำเนินงานครบ 1 ปี ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ ร้อยละ 60 2) มี ทะเบียนผู้สูงอายุทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ 3) ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงปานกลางและภาวะพึ่งพิงทั้งหมดได้รับการดูแล ร้อยละ 95 และ 4) มีแผนงานเชิงปฏิบัติการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาว ตำบลทำขึ้น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.3) การวิเคราะห์ข้อมูลจากกระบวนการพัฒนา

ศักยภาพภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอและ กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แบ่งเป็น 2 วิธี ดังนี้

2.3.1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

(Content analysis) วิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically analysis) สำหรับการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการทวนสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลและการทวนสอบ ความคิดกับผู้ให้ข้อมูลผ่านกระบวนการกลุ่ม



ภาพที่ 2 ประชุมแกนนำภาคีเครือข่าย



ภาพที่ 3 ประชุมระดมสมองแกนนำวางแผนดำเนินงาน



ภาพที่ 4 แกนนำลงพื้นที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ



ภาพที่ 5 กิจกรรมส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ

2.3.2) **ข้อมูลเชิงปริมาณ** นำเสนอค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับการเปรียบเทียบสมรรถนะการทำงานรายด้านของภาคีเครือข่าย ก่อน-หลัง การเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

## ความรู้หรือความเชี่ยวชาญที่ใช้

องค์ความรู้ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ 1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care: LTC) 2) กระบวนการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ และแนวคิดการจัดการความรู้ (Demarest, 1997) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) **ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)** จากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุวาระการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญคือ ให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลักหลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว มีดังนี้

1.1) ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาว ที่ได้รับอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

1.2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาว พื้นที่หรือชุมชนต้องไม่แย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก และระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนให้เข้าไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแล และระดับการพึ่งพิง

1.3) การจัดระบบการดูแลระยะยาว อาศัยบุคลากรที่มีใช้วิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

1.4) ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2) **กระบวนการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHML)** เป็นการพัฒนาระบบการเรียนรู้โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้ วัตถุประสงค์ทั่วไป 3 ประการ คือ 1) เสริมสร้างแนวคิดหลักการและวิธีการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ 2) ส่งเสริมการพัฒนาารูปแบบ (Model development) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ นักวิชาการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการ DHML และวัตถุประสงค์เฉพาะ 3 ประการ คือ 1) เพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอของทีมผู้เรียนและผู้เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้อื่นๆ 2) สนับสนุนการดำเนินงานที่ใช้สำหรับการเรียนรู้โดยมีกระบวนการบริหารจัดการและการวิจัยเพื่อรองรับตามความจำเป็นของการดำเนินโครงการอย่างเป็นระบบ และ 3) ส่งเสริมให้บทเรียนจากประสบการณ์ของกระบวนการเรียนรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านการบริหารจัดการของทีมผู้เรียนและกระบวนการบริหารจัดการในการดำเนินโครงการกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งในโครงการมีองค์ประกอบหลัก ดังนี้

2.1) แนวคิดหลักเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา งานวิจัยนี้ เน้นแนวคิด “ร่วมคิด – ร่วมทำ – ร่วมเรียนรู้ (PILA)” ทั้งนี้เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงด้วยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (CBL)” โดยมีจุดมุ่งหมายหลัก คือ เสริมสมรรถนะหลักในการบริหารจัดการ 6 ด้าน ได้แก่ การควบคุมตนเอง วิสัยทัศน์ การวางแผน การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม และการใช้เครื่องมือทางการจัดการ และสมรรถนะ 4 ด้าน คือ คุณค่า ความสัมพันธ์ การสื่อสาร และ อำนาจ ซึ่งเป็นการเสริมสมรรถนะให้สามารถทำโครงการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพของทีมงานระดับอำเภอ และเพื่อให้เครือข่ายได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติในพื้นที่กับนักวิชาการ ในสถาบันการศึกษา ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้มแข็งทางวิชาการ ในขณะที่นักวิชาการเกิดภูมิปัญญาจากการปฏิบัติจริงในพื้นที่

2.2) การกำหนดทีมผู้เรียน (Learning Team: LT) จากการศึกษาพบว่าทีมผู้เรียนควรเป็นแกนนำหลักในระดับอำเภอที่ทำงานจริง อันประกอบด้วยแกนนำหลัก 3 ภาควิชา ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (เช่น รพ.สต.) และภาคประชาชน ซึ่งมีการทำงานร่วมกันตามยุทธศาสตร์ “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ”

2.3) ศูนย์ประสานงาน (Learning and Coordination Center : LCC) มีหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ/จังหวัดเป็นผู้จัดการการเรียนรู้ โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้แก่ทีมผู้เรียน 4 อำเภอ ได้มาพบปะ ทุกประมาณ 1-2 เดือน เป็นเวลา 1 ปี เพื่อทบทวนสรุปบทเรียน

2.4) ทีมวิชาการ (Academic Institution: AI) สถาบันการศึกษา ร่วมถ่ายทอดความรู้และข้อคิดเห็นเชิงวิชาการตามความจำเป็นกับการใช้งานจริงและช่วยเสริมและสนับสนุนวิชาการให้ทีมงานและช่วยถอดบทเรียนให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลลัพธ์จากการทำโครงการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนให้เกิดการยอมรับจากนักวิชาการและผู้บริหารสาธารณสุข ซึ่งจะเกิดผลกระทบเชิงนโยบายและการพัฒนาองค์ความรู้

3) **แนวคิดการจัดการความรู้** (Demarest, 1997) เพื่อสะท้อนถึงกระบวนการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย กระบวนการและขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สถานการณ์เดิมของระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 ศึกษากระบวนการและการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และระยะที่ 3 การศึกษากระบวนการและการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ผู้ดูแลครอบครัว และชุมชน

## สถานการณ์ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

### 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ

1.1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วยคณะกรรมการ 3 ระดับ คือ คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอท่าศาลา (DHS – CUP BOARD) โดยนายอำเภอท่าศาลา เป็นประธาน มีคณะกรรมการซึ่งเป็นตัวแทนจากทุกภาคีเครือข่ายในอำเภอท่าศาลา และมีสาธารณสุขอำเภอท่าศาลาเป็นกรรมการและเลขานุการ เพื่อกำหนดแนวทาง นโยบายในการดำเนินงานด้านผู้พิการและบริหารจัดการให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้แต่งตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 คณะอนุกรรมการระบบสุขภาพอำเภอท่าศาลา (DHS – CORE TEAM) ซึ่งประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้พิการทุกประเภทและจากทุกหน่วยงาน และมีสาธารณสุขอำเภอเป็นประธาน เพื่อร่วมวางแผน และแนวทางการดำเนินงานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอำเภอท่าศาลา ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ลงนามแต่งตั้งโดยนายอำเภอท่าศาลา ในปี พ.ศ. 2557 คณะกรรมการระบบสุขภาพระดับตำบลแต่ละตำบล (DHS – CARE TEAM) โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกรรมการและเลขานุการ ร่วมกันวิเคราะห์บริบทและวางแผนการดำเนินการในระดับตำบล

1.2) มีการขยายแกนนำผ่านกระบวนการถ่ายทอดความรู้ของแกนนำหลักของภาคีเครือข่าย ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคีเครือข่ายจากทุกหน่วยงาน ในอำเภอท่าศาลา ในด้านสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ปัญหาของผู้สูงอายุ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และเรื่องวัดส่งเสริมสุขภาพ 2) การพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับวัดในด้านสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ปัญหาของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพของพระภิกษุ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และเรื่องวัดส่งเสริมสุขภาพ 3) การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจากทุกตำบล โดยกำหนดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุครอบครัวทุกหมู่บ้านอย่างน้อยหมู่บ้านละ 3 คน และ 4) การประชุมและพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนและภาคีเครือข่ายในตำบลท้าวซัน เพื่อให้ชุมชนได้เรียนรู้การทำงานแบบมีส่วนร่วมและรับรู้ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของตนเองและวางแผนร่วมกัน

1.3) มีระบบการสื่อสารในเครือข่าย 2 รูปแบบ คือแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งส่วนใหญ่เน้นการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ และมีการใช้งานเทคโนโลยี เช่น การใช้สื่อออนไลน์ ได้แก่ Line และ Facebook เป็นต้น ในการประสานงานดูแลช่วยเหลือ

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับสมรรถนะการทำงานรายด้านของภาคีเครือข่ายก่อน-หลังการเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHML) (n=45)

ด้านที่	สมรรถนะการทำงาน	ก่อนดำเนินงาน		หลังดำเนินงาน	
		Mean	SD	Mean	SD
1	ความสัมพันธ์	3.42	0.53	4.42	0.78
2	การสื่อสาร	3.42	0.53	4.42	0.53
3	การทำงานเป็นทีม	3.32	0.42	4.42	0.42
4	การควบคุมตนเอง	3.28	0.33	3.64	0.19
5	คุณค่า	3.14	0.62	4.21	0.39
6	การมีวิสัยทัศน์	3.25	0.25	4.14	0.42
7	การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง	3.17	0.23	4.00	0.38
8	อำนาจ	3.09	0.8	4.04	0.12
9	การใช้เครื่องมือทางการจัดการ	2.82	0.53	4.10	0.51
10	การวางแผน	2.71	0.36	3.85	0.49
<b>รวมทุกด้าน</b>		<b>3.29</b>	<b>3.16</b>	<b>4.12</b>	<b>0.33</b>

ระหว่างภาคีเครือข่ายกับทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน

ผลการประเมินสมรรถนะแกนนำของภาคีเครือข่าย จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อพิจารณาค่าคะแนนก่อนการเข้าร่วมอบรมรายด้าน พบว่า ความสัมพันธ์และการสื่อสารมีค่าสูงสุดเท่ากัน (ค่าเฉลี่ย 3.42) รองลงมาคือ การทำงานเป็นทีม (ค่าเฉลี่ย 3.32) และการควบคุมตนเอง (ค่าเฉลี่ย 3.28) ตามลำดับ ภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.29) สำหรับค่าคะแนนหลังเข้าร่วมอบรมรายด้าน พบว่า ความสัมพันธ์ การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมมีค่าสูงสุดเท่ากัน (ค่าเฉลี่ย 4.42) รองลงมาคือ คุณค่า (ค่าเฉลี่ย 4.21) และการมีวิสัยทัศน์ (ค่าเฉลี่ย 4.14) ตามลำดับ ภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.12) เปรียบเทียบค่าคะแนนสมรรถนะการทำงานกับระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมอบรม พบว่าสมรรถนะการทำงานหลังการเข้าร่วมอบรมทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอบรม

## 2) การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากผลการดำเนินการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สามารถสรุปดังนี้

2.1) การปรับเปลี่ยนมุมมองในเชิงบวก (Shift paradigm) ของภาคีเครือข่าย โดยให้คุณค่ากับผู้สูงอายุและภาคีมากขึ้น เช่น การมองผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ยังมีคุณค่า สุขภาพดี และช่วยเหลือตนเองได้ ภาคีเครือข่ายมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนขึ้น

2.2) กระบวนการทำงานมีการมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบไปสู่ภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอชัดเจน นำ

ไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแกนนำครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจ มีการใช้ทุนทางสังคม และข้อมูลพื้นฐานจากการสำรวจในการดำเนินกิจกรรม

2.3) มีการปรับแผนการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมทุกมิติ จากตารางที่ 3 สามารถจำแนกแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การบริการ มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกระดับการดูแลและเป็นแบบสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำตามภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ 2) บุคลากร/ภาคี ร่วมคิดร่วมทำในการดำเนินกิจกรรมแบบสหวิชาชีพเพื่อจัดกิจกรรมที่หลากหลายและกระจายหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุให้กับแกนนำชุมชน คือ อสม. 3) เทคโนโลยีถูกนำมาใช้ในการจัดทำฐานข้อมูลของผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมในการใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างชุมชนและสถานบริการสุขภาพ 4) การเข้าถึงบริการ มีระบบการคัดกรอง/แนวทางการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบตามระดับภาวะพึ่งพิงและปัญหาสุขภาพที่พบของผู้สูงอายุ 5) การเงิน ระดับชุมชนมีการจัดทำโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพและมีความหลากหลาย มีการระดมทุนบริจาคเพื่อการดำเนินการ สำหรับสถานบริการสุขภาพ รพ.สต./รพช. มีการจัดงบประมาณในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นและสนับสนุนด้านวิชาการและเอกสารในภาพรวมระดับอำเภอ และ 6) หลักธรรมาภิบาล มีการกำหนดข้อตกลง/นโยบายการดำเนินงานร่วมกันในระดับอำเภอ

ตารางที่ 2 สรุปกิจกรรมและบทบาทของภาคีเครือข่ายระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

กิจกรรม	ภาคี	บทบาท	ผลลัพธ์
1. การสำรวจ/คัดกรองผู้สูงอายุ	อสม. รพช.	- ผู้สำรวจ - ผู้สนับสนุนงบประมาณ	- มีข้อมูลจำนวนและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
2. การดูแลผู้สูงอายุด้วยดวงใจที่ศรัทธา	อสม. อพส. ทีมกิจกรรม อบต. รพ.สต. รพช.สสอ.	- ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - ผู้จัดทำและรับผิดชอบโครงการ - ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน - สนับสนุนงบประมาณ - สนับสนุนด้านวิชาการ	- ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ - ผู้สูงอายุกลุ่ม 2, 3 ได้รับการเยี่ยมบ้าน
3. โครงการพัฒนาทักษะกายจิตผู้สูงอายุ	ชมรมผู้สูงอายุ ทีมกิจกรรม แกนนำชุมชน อบต. อสม. รพ.สต. รพช.	- ผู้ประสานงาน - ผู้ดำเนินการจัดกิจกรรม - ผู้ประสานงาน - จ่ายเบี้ยยังชีพ - ประสานงาน - สนับสนุนวิชาการ	- ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
4. โครงการพัฒนาศักยภาพและภูมิปัญญาผู้สูงอายุระดับอำเภอ	ชมรมผู้สูงอายุ รพ.สต. เครือข่าย อบต.	- พัฒนาและค้นหาภูมิปัญญาและคลังสมอง - สนับสนุน ประสานงาน - จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเชิดชูเกียรติ - สนับสนุนงบประมาณ	- ผู้สูงอายุได้นำเสนอผลงานหรือได้รับการเชิดชูเกียรติในระดับอำเภอหรือสูงขึ้น
5. การอบรมเรื่องการใช้สมุนไพรรักษาผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ ทีมกิจกรรม รพ.สต. รพช.	- เข้าร่วมกิจกรรม - ผู้จัดทำโครงการ - สนับสนุนวิชาการ	- ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องสมุนไพรและการใช้ยาสมุนไพร
6. โครงการอบรมแกนนำออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ	ชมรมผู้สูงอายุ ทีมกิจกรรม รพ.สต. รพช. เครือข่าย	- คัดเลือกตัวแทนเข้าร่วมกิจกรรม - ประสานงาน - จัดกิจกรรมต่อเนื่อง - สนับสนุนงบประมาณและวิชาการ	- มีวิทยากรแกนนำออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมทุกตำบล
7. โครงการจัดหาอุปกรณ์และพื้นที่ออกกำลังกาย	แกนนำชุมชน อบต.	- พัฒนาและจัดหาสถานที่ - สนับสนุนงบประมาณ	- มีปัจจัยเอื้อต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุและคนในชุมชน
8. โครงการทำดีปละวัต	ชมรมผู้สูงอายุ ทีมกิจกรรม รพ.สต. โรงเรียน	- จัดโปรแกรมและกำหนดวันและเลือกวัด - สนับสนุน ประสานงาน - การประชาสัมพันธ์ - เข้าร่วมจัดกิจกรรม	- ส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ - สร้างปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพในวัด - ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ

ผลการประเมินการดำเนินงานของระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 60.98 และ 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางและพึ่งพิงทั้งหมด ได้รับการดูแลจากภาคีเครือข่ายร้อยละ 100 และ 3) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตผ่านเกณฑ์มาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุใน 10 ตัวชี้วัดจาก 14 ตัวชี้วัด โดยพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านที่ได้รับการดูแลและรักษาโรคเมื่อ

เจ็บป่วย มากที่สุด (ร้อยละ 97.90) รองลงมาผู้สูงอายุที่รับทราบข้อมูลข่าวสารทั่วไปและข้อมูลสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 96.60) โดยองค์ประกอบที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ด้านการศึกษาและการเรียนรู้ และการเป็นที่พึ่งทางจิตใจให้กับคนวัยอื่นๆ

2.4) ปัจจัยความสำเร็จของการจัดการปัญหา

2.4.1) การเลือกดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายนำร่องที่

ตารางที่ 3 แผนการดำเนินการจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

รายการ	ระดับ	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
1. การบริการ	ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุไม่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- มีกิจกรรมนันทนาการทุกเดือน</li> <li>- มีกิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามภาวะพึ่งพิง</li> <li>- การเยี่ยมบ้านแบบเพื่อนเยี่ยมเพื่อนร่วมกับทีมสุขภาพ</li> <li>- มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัด</li> </ul>
	รพ.สต.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง</li> <li>- ไม่มีทะเบียนผู้สูงอายุ</li> <li>- ให้ความรู้ และพัฒนาทักษะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ</li> <li>- ไม่มีการปรับสภาพแวดล้อม</li> <li>- ไม่มีแนวทางในการดูแล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการคัดกรองสุขภาพครอบครัว</li> <li>- มีทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะสุขภาพ</li> <li>- มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิง</li> <li>- มีการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านและชุมชน</li> </ul>
	รพช.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีแนวทางการดูแล</li> <li>- จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ</li> <li>- มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง</li> <li>- มีแนวทางในการส่งต่อผู้สูงอายุเข้าคลินิกผู้สูงอายุ</li> </ul>
2. บุคลากร/ภาคี	ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุมีน้อย</li> <li>- ภาคีเครือข่ายอื่นๆ เช่น วัด ผู้นำชุมชน มีบทบาทน้อยหรือแค่เอื้อเพื่อสถานที่</li> <li>- อบต.สนับสนุนงบประมาณ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกิจกรรมหลากหลายครอบครัวสุขภาพทุกมิติ</li> <li>- ภาคีเครือข่ายมีบทบาทมากขึ้นและเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมทำ</li> </ul>
	รพ.สต.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหมู่บ้านละ 3 คน</li> </ul>
	รพช.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทีมสหวิชาชีพลงเฉพาะตอนเยี่ยมบ้านที่เกินความสามารถของ รพ.สต.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทีมสหวิชาชีพร่วมลงทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ</li> </ul>
3. เทคโนโลยี	ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีข้อมูลในชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อมูลที่คืนสู่ชุมชน</li> <li>- อพส.มีข้อมูลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบ</li> </ul>
	รพ.สต. รพช.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคลตามภาวะสุขภาพที่ระดับตำบลและระดับอำเภอ</li> </ul>
	รพ.สต. รพช.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีระบบการดูแลที่ชัดเจน</li> <li>- ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องและเชื่อมโยงจากหน่วยบริการปฐมภูมิ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน</li> <li>- มีระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยง</li> </ul>
4. การเข้าถึงบริการ	ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง</li> <li>- ผู้สูงอายุไม่ค่อยได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการคัดกรองสุขภาพครอบครัว ADL, ปัญหาสุขภาพ/โรคที่พบบ่อยของผู้สูงอายุ</li> <li>- มีการดูแลครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง</li> </ul>
	รพ.สต. รพช.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีระบบการดูแลที่ชัดเจน</li> <li>- ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องและเชื่อมโยงจากหน่วยบริการปฐมภูมิ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน</li> <li>- มีระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยง</li> </ul>
	รพ.สต. รพช.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเดือนละ 1 ครั้ง</li> <li>- มีงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรและชมรมผู้สูงอายุ</li> <li>- ไม่มีงบประมาณเฉพาะที่สนับสนุน รพ.สต.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดทำโครงการของงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น โครงการมีความหลากหลายมากขึ้น</li> <li>- มีงบประมาณเพิ่มเติมจากการทอดผ้าป่า งบบริจาค</li> <li>- มีงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงคุณภาพได้มากขึ้น</li> <li>- มีการจัดทำโครงการในภาพรวมของอำเภอและสนับสนุนเอกสารและวิชาการในทุกตำบล</li> </ul>
5. การเงิน	ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แต่ละหน่วยงานหรือภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ต่างคนต่างทำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการพูดคุยและวางข้อตกลงในการทำกิจกรรมร่วมกัน</li> </ul>
	รพ.สต. รพช.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีนโยบายและแนวทางชัดเจน แต่ละรพ.สต.ทำตามความสามารถของตัวเอง</li> <li>- ไม่มีกรอบและแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประกาศนโยบายชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน</li> <li>- มีการวางแผนการดำเนินงานในระดับอำเภอและมีการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายทั้งระบบ</li> </ul>
	รพ.สต. รพช.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีนโยบายและแนวทางชัดเจน แต่ละรพ.สต.ทำตามความสามารถของตัวเอง</li> <li>- ไม่มีกรอบและแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประกาศนโยบายชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน</li> <li>- มีการวางแผนการดำเนินงานในระดับอำเภอและมีการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายทั้งระบบ</li> </ul>
6. ธรรมาภิบาล	ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แต่ละหน่วยงานหรือภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ต่างคนต่างทำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการพูดคุยและวางข้อตกลงในการทำกิจกรรมร่วมกัน</li> </ul>
	รพ.สต. รพช.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีนโยบายและแนวทางชัดเจน แต่ละรพ.สต.ทำตามความสามารถของตัวเอง</li> <li>- ไม่มีกรอบและแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประกาศนโยบายชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน</li> <li>- มีการวางแผนการดำเนินงานในระดับอำเภอและมีการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายทั้งระบบ</li> </ul>
	รพ.สต. รพช.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีนโยบายและแนวทางชัดเจน แต่ละรพ.สต.ทำตามความสามารถของตัวเอง</li> <li>- ไม่มีกรอบและแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประกาศนโยบายชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน</li> <li>- มีการวางแผนการดำเนินงานในระดับอำเภอและมีการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายทั้งระบบ</li> </ul>

ต่อเนื่องจากการดูแลผู้พิการคือ ในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอท่าศาลาในปีที่ผ่านมาได้มีการนำร่องในประเด็นผู้พิการ และในจำนวนผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพพบว่ามีประมาณ ร้อยละ 12 เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงให้ความสำคัญต่อเนื่องในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม จึงได้มีการดำเนินการนำร่องและให้ความสำคัญในผู้พิการกลุ่มดังกล่าวเป็นอันดับแรก และทยอยดำเนินการในกลุ่มติดเตียงและติดสังคม

2.4.2) การสร้างสัมพันธภาพในที่ทำงานทั้งในระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ทำให้เมื่อมีปัญหาที่เกิดขึ้นขีดความสามารถของทีมระดับพื้นที่ หรือระดับตำบล ก็สามารถพูดคุยและบอกกล่าวปัญหากับผู้บริหารได้ โดยไม่ต้องรอการประชุมหรือการดำเนินการที่เป็นทางการหรือมีลายลักษณ์อักษร ทำให้สามารถจัดการและแก้ไขปัญหาก็ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

2.4.3) ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน โดยงบประมาณส่วนใหญ่มาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ซึ่งทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ตรงจุดและรวดเร็วยิ่งขึ้น

2.4.4) ความเข้มแข็งและความเสียสละของแกนนำในชุมชน เช่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทีมกิจกรรมผู้สูงอายุ และ อสม. รวมถึงแกนนำของชมรมผู้สูงอายุ และแกนนำอื่นๆ ในชุมชน ที่มีความเข้มแข็งและเสียสละ ในการดำเนินการและมีการแบ่งงานกันรับผิดชอบตามบทบาทของตัวเองทำให้การทำงานมีการเติมเต็มซึ่งกันและกัน ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

## ผลกระทบและความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง

ผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภาคีเครือข่าย เกิดทีมภาคีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพระดับอำเภอในการดำเนินงานด้านระบบสุขภาพอำเภอที่เป็นรูปธรรม 2) เกิดการพัฒนาด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลหน่วยงาน และองค์กรที่เอื้อต่อการดำเนินงาน และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ มีการเกื้อกูลในการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ส่งผลให้เกิดความผาสุก (Well-being) ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมผู้สูงอายุ ลดปัญหาถูกทอดทิ้งและความรุนแรงในผู้สูงอายุ

ความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) เกิดนโยบายและแผนงานระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบลท่าขึ้น โรงพยาบาลท่าศาลา และสาธารณสุขอำเภอท่าศาลา 2) มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลท่าขึ้น ทำให้การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมและต่อเนื่องมากขึ้น และ 3) แกนนำภาคีเครือข่ายดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้วาระยะสุดท้ายในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัยและการนำไปใช้

1) การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับปฐมภูมิ ควรมีการจัดทำแผนเชิงกลยุทธ์ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นพื้นฐานในการวางแผนการงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ และติดตาม ควบคุมกำกับการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง

2) ควรนำกระบวนการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHML) ในการพัฒนาศักยภาพในบุคลากรและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ครอบคลุมพื้นที่อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

3) ภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอควรมีบทบาทสนับสนุนความรู้ทักษะและการเสริมพลังการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุแก่ภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสามารถดำเนินการโดยชุมชนได้อย่างแท้จริง

## กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอต่อการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว: กรณีศึกษาตำบลท่าขึ้น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เกิดจากความต้องการของพื้นที่ การมีส่วนร่วมและความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตลอดจนถึงประชาชนในพื้นที่ตำบลท่าขึ้น อำเภอท่าศาลา ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนถึงประชาชนในพื้นที่ทุกท่าน และขอขอบคุณแหล่งทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 11 สุราษฎร์ธานี สัญญาทุนเลขที่ สปสช. 5.40/00349

## บรรณานุกรม

- พนมวัลย์ แก้วหืด และคณะ. (2559). การบริหารโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(2), 1-11.
- มะลิวรรณ พรหมสาขา ณ สกลนคร และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2560). สัดส่วนความต้องการการดูแลภาวะสุขภาพพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปทุมมาทลาน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(5), 468-475.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2557). การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. สมุทรสาคร: เอ พี พี พรินติ้ง กรุ๊ป.
- วัชรินทร์ สินธวานนท์. (2552). พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ คำตอบอยู่ที่ชุมชน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 1(2), 48-51.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวนินัย และ ธนิกานต์ คักดาพร. (2552). *โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์)*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550). *ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน: กลไกการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: มิลเตอร์ ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ ขวัญใจ อำนางสวัสดิ์เชื้อ. (2552). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 1(2), 22-31.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ที ดีวี พี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- Aragon, A. O. (2010). A case for surfacing theories of change for purposeful organizational capacity development. *IDS Bulletin*, 41(3), 36-46.
- Chuakhomfoo, N. & Pannarunothai, S. (2014). Long-term care: What Thailand needs?. *BMC Public Health*, 14(Suppl 1), P6.
- Demarest, M. (1997). Understanding knowledge management. *Long Range Planning*, 30(3), 374-384.
- Ellokor, S., Olckers, P., Gilson, L., & Lehmann, U. (2012). Crises, routines and innovations: The complexities and possibilities of district management. Retrieved June 3, 2018, from [https://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2013/04/SAHR2012\\_13\\_lowres\\_1](https://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2013/04/SAHR2012_13_lowres_1).
- Hu, Y. N., Hu, G. C., Hsu, C. Y., Hsieh, S. F., & Li, C. C. (2012). Assessment of individual activities of daily living and its association with self-rated health in elderly people of Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 6(2), 117-121.
- Knodel, J. E., Teerawichitchainan, B., & Pothisiri, W. (2016). *Caring for Thai older persons with long-term care needs (PSC Research Report)*. Michigan: Population Studies, Center University of Michigan, Institute for Social Research.
- Mahidol Population Gazette. (2017). *Population of Thailand/estimated population at midyear 2017*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Sihapark, S., Kuhirunyaratn, P. & Chen, H. (2014). Severe disability among elderly community dwellers in rural Thailand: prevalence and associated factors. *Ageing International*, 39(3), 210-220.