

ความเป็นมาและความสำคัญ

ผลการสำรวจประชากรสูงอายุที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (2003) ในปี ค.ศ. 1998 พบจำนวนผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.0 และคาดว่าในปี ค.ศ. 2025 และ ค.ศ.2050 จะมีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.0 และร้อยละ 21.0 ตามลำดับ ประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน จากผลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี 2545 เพิ่มเป็นร้อยละ 9.4 ผลสำรวจครั้งล่าสุด ปี 2550 พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 โดยมีอัตราส่วนผู้สูงอายุต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน 100 คน ในปี 2537 มีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุเท่ากับ 10.7 เพิ่มขึ้นเป็น 14.3 และ 16.0 ในปี 2545 และ ปี 2550 ตามลำดับ หมายความว่า ประชากรวัยกำลังแรงงาน 100 คน จะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 16 คน หรือมีประชากรที่ต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ประมาณ 1.1 ล้านคน จะเห็นได้ว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือความต้องการจำนวนผู้ดูแลจะมีมากขึ้น เนื่องจากวัฒนธรรมไทยยังเป็นสังคมที่ผู้สูงอายุยังต้องอาศัยอยู่กับลูกหลาน ดังนั้น ภาระการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในทันที้ผู้ดูแลหมายถึง สมาชิกสายตรงในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุที่ให้ความช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งบุคคลในทันที้เป็นผู้ดูแลหลักที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโดยตรง อาจเป็น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ญาติ เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล (Jeste, 2005)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาคุณภาพชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญหาที่เกิดกับผู้ดูแลย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้การดูแล และคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุโดยตรงอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จากการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2547) พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพทางด้านร่างกายของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่จริงแล้วผู้ดูแลบางรายมีอาการปวดหลัง อาจเนื่องมาจากต้องอุ้มผู้สูงอายุไปอาบน้ำ หรืออุ้มเข้าห้องน้ำ และการที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงเท่าไร หรือมีระดับความเจ็บป่วย ยิ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้มากเท่านั้น จากการศึกษาของเพ็ญแข ชีวระพันธ์ (2545); บุญศรี นุกฤต และคณะ (2545); ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) พบว่า การที่ต้องดูแลผู้สูงอายุทำให้มีปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ความเครียด อารมณ์หงุดหงิด

เหนื่อยหน่าย จนเกิดเป็นปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ส่งผลทำให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพได้นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาการเงิน การต้องออกจากงานก็เป็นอีกปัญหาที่สำคัญที่สุด รวมทั้งไม่ได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่นๆ จากการศึกษาของ Alshubaili (2008) พบว่า ผู้ดูแลครอบครัวที่มีการศึกษาน้อยจะกลัวว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีอาชีพ ต้องขาดรายได้เกิดปัญหา ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจตามมา ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่ดีและการศึกษาของ Jonathan (2001) พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระยะเวลานานๆ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ และมีความต้องการการสนับสนุนให้สังคมเข้ามาช่วยเหลือดูแล จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพราะหากคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกลุ่มนี้ไม่ดี ไม่เพียงแต่มีผลกระทบต่อเขาโดยตรงแต่จะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้วย ซึ่งจะทำให้เพิ่มภาระแก่สังคมเป็นทวีคูณ

กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความสำคัญกลุ่มหนึ่งคือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีการเจ็บปวดกระดูกและข้อ เคลื่อนไหวไม่สะดวก จึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นพิเศษมากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป ผู้ดูแลกลุ่มนี้อาจมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาค่าคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพและปัญหาจะรุนแรงมากขึ้น หากสิ่งแวดล้อมในครอบครัวไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพจิตภายในครอบครัว และขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจากชุมชนหรือสังคม เพราะจากการศึกษาในอดีต Belasco et al. (2006) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือหลายด้าน เช่น ต้องการได้รับการศึกษาที่ดี ต้องการมีส่วนร่วมในสังคมและหากมีความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวก็จะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้น กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสังคมไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ร้อยละ 79.1 เช่น ปวดหลัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ปวดบ่า เข่าเสื่อม ร้อยละ 44.9 12.4 9.1 7.5 และ 5.2 ตามลำดับ รองลงมาเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 7.2 และโรคระบบอื่นๆ ร้อยละ 13.7 ยังมีการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยการแพทย์แผนไทย เช่น การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การจัด

กิจกรรมการบริหารร่างกาย และการนั่งสมาธิ การให้บริการการแพทย์แผนไทยเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ผู้มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 546 คน ใน พ.ศ. 2545 เป็น 20,768 คน ใน พ.ศ. 2552 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยมีอายุเฉลี่ย 67 ปี และพบว่า ร้อยละ 40.7 ของผู้ป่วยสูงอายุมารักษาด้วยอาการปวดหลังมากที่สุด รองลงมา คือ ปวดขา อัมพฤกษ์ อัมพาต และปวดแขน ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมิผู้ดูแล เนื่องจากไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ จากการศึกษาของชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ (2544); จารุวรรณ มานะสุรการ (2544); นภาพร โชติวรรณ (2545) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ภาวะการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ การที่แนวโน้มของผู้ป่วยเหล่านี้เพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการผู้ดูแลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

การรักษาผู้ป่วยจะได้ผลดีต้องอาศัยการดูแลที่ดีจากครอบครัว เพราะจากการสัมภาษณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ทำการตรวจวินิจฉัยโรคและสั่งการรักษา ทั้งหมดจำนวน 15 คนจากทั้งหมด 18 คน พบว่า ส่วนใหญ่แผนการรักษาของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกี่ยวกับปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคให้มีสุขภาพอนามัยแข็งแรง เช่น การบริหารร่างกาย การเลือกรับประทานอาหาร ข้อห้ามและข้อควรระวัง เป็นต้น แต่หากผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น ปวดหลัง ปวดต้นคอ นอนไม่หลับ เครียด เบื่ออาหาร หรือนอนไม่พอ บางคนดูแลผู้สูงอายุจนแทบไม่มีเวลาดูแลตัวเอง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพดังกล่าวจะช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ไม่เต็มที่อย่างเคยผู้ดูแลต้องมีสุขภาพที่ดี จะทำให้มีผลดีต่อการดูแลผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มารักษาและมีผู้ดูแลจากครอบครัวดี จะมีผลการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากบ้านไม่ดี

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย จากผลการศึกษาของเพ็ญแข ชีวะพันธ์ (2545); Jiraporn (1999) พบว่า หากคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกลุ่มนี้ไม่ดี ไม่เพียงแต่มีผลกระทบต่อเขาโดยตรง แต่จะมีผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้วย เช่น เมื่อผู้ดูแลมีโรคประจำตัว พอทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล อาจรับประทานยาไม่เป็นเวลา ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัดหมาย ถ้ายังไม่มีคนสับเปลี่ยน ยิ่งทำให้เกิดความอ่อนเพลีย เมื่อผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยจึงส่งผลทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่มีคุณภาพ (บุญศรี นุเกตุ และคณะ, 2545; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

นอกจากการให้บริการรักษาทางแพทย์แผนไทยแล้ว กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยังมีนโยบายส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีความรู้ที่จะสามารถดูแลรักษาสุขภาพตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยกรมฯ ได้จัดทำโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยให้กับประชาชนในชุมชนทั่วไป ซึ่งถ้าประสบความสำเร็จจะส่งผลให้ชุมชนมีสุขภาพดีมีการเจ็บป่วยลดลง และหรือลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาจากแพทย์ลดลงหรืออาจกล่าวได้ว่า นโยบายดังกล่าวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว

ผลการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพแก่ชุมชนที่ผ่านมา พบว่า กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสามารถดำเนินการได้ในขอบเขตจำกัด คือเพียงปีละ 8 จังหวัดๆ ละประมาณ 30 คน และขาดความต่อเนื่อง เพราะทำได้เพียง 3 ปี คือระหว่างปี 2549-2551 เท่านั้น เนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุน (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2553) การดำเนินการในขอบเขตจำกัดนี้ ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนและการทำให้สามารถดูแลตนเอง

แนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยส่งเสริมการบำบัดรักษาทางแพทย์แผนไทยของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คือการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากผู้ดูแลในครอบครัว แต่ที่ผ่านมามีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ยังไม่มีโครงการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ทั้งๆ ที่การทบทวนวรรณกรรมพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (เพ็ญแข ชีวะะพันธ์, 2545; Jiraporn, 1999) การดำเนินโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จะช่วยทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพที่ดีขึ้นเนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทโดยตรงต่อผลการรักษาโดยตรง และเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าชุมชนโดยทั่วไป เพราะสะดวกในการบริหารจัดการมากกว่า

เป้าหมายโครงการ

เป้าหมายที่สำคัญของการดำเนินโครงการนี้คือ การส่งเสริมประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

จุดมุ่งหมายโครงการ

เพื่อบรรลุเป้าหมายของโครงการ การดำเนินโครงการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

กลยุทธ์

กลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการดำเนินโครงการเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของโครงการในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุนั้น ควรพัฒนามาจากการเข้าใจสาเหตุของปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จะช่วยให้สามารถกำหนดกลวิธีในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ตรงกับปัญหาอย่างเหมาะสม โครงการนี้ได้มีการทบทวนเพื่อค้นหาปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้ง 4 ด้าน ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกอันประกอบด้วย คุณภาพชีวิตทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางสิ่งแวดล้อม (WHO,1996) เพื่อนำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับปัญหาแต่ละด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

1.1 ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ปัญหาคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การเจ็บป่วยทางกาย ความรู้สึกไม่สบายกาย พักผ่อนไม่เพียงพอ (WHO, 1996) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาคุณภาพชีวิตทางกายคือการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายได้ เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การอุ้มไปอาบน้ำหรืออุ้มเข้าห้องน้ำ ทำให้เกิดปัญหาปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง ปวดข้อ ถ้าไม่มีความรู้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้อง (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2547)

นอกจากนี้ ถ้าผู้ดูแลขาดการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง ด้านการออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหาร และการจัดการพักผ่อน จะมีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆได้ จากการศึกษาของ American College of Sports Medicine (2006) พบว่าหากขาดความรู้ในการออกกำลังกายที่ถูกต้องจะทำให้ออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับสมรรถนะทาง

ร่างกายของตนเอง ทำให้เกิดผลเสียต่อกล้ามเนื้อและข้อต่อกระดูกได้ ส่วนการบริโภคอาหารไขมันและน้ำตาลมากเกินไปก็อาจทำให้เป็นโรคอ้วน อันเนื่องมาจากการขาดความรู้ในการเลือกบริโภคอาหาร ซึ่งส่งผลทำให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2547; Bruunsgaard & Pedersen, 2000) และการบริโภคเกลือมากเกินไปก็เป็นความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ (Gibson, Armstrong, & McIlveen, 2000) เป็นต้น

1.2 ปัญหาคุณภาพชีวิตทางจิตใจ

ปัญหาคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ความเครียด ความรู้สึกวิตกกังวล ความเศร้า ขาดการตัดสินใจที่ดี ไม่มีความพอใจในตนเอง และชีวิต (WHO, 1996) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาคุณภาพชีวิตทางจิตใจ คือ ความเครียดจากการขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุด้านต่างๆ เช่น การทำกายภาพบำบัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้อง การดูแลเรื่องยา การดูแลด้านโภชนาการ เป็นต้น ดังเช่นการศึกษาหลายชิ้น พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง (Osse et al, 2006) ผู้ป่วยจิตเวช (พรชัย พงศ์สงวนสิน และคณะ, 2541) และผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Bullock, 2004) เป็นระยะเวลาไม่นาน จะเกิดความเครียด วิตกกังวลตลอดเวลา ซึ่งจะมีผลทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพได้ ถึงแม้ผลการศึกษานี้ เป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่แตกต่าง จากผู้ป่วยที่มารักษาที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ แต่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังเหมือนกัน ซึ่งต้องการความรู้และทักษะในการดูแลของผู้ป่วยคล้ายคลึงกัน คือดูแลเกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัด อาหาร ยา และช่วยเหลือพื้นฐานอื่นๆ เป็นต้น ดังนั้น จึงอนุมานได้ว่าน่าจะมีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เช่นเดียวกัน

ที่สำคัญคือ ไม่ว่าความเครียดจะเกิดจากสาเหตุใดอาจมีผลต่อการเจ็บป่วยทางกาย เช่น อาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ บางรายคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก โรคกระเพาะอาหารอักเสบ (Lazarus & Folkman, 2006; Warburton et al., 2006)

1.3 ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับสังคม

ปัญหาคุณภาพชีวิตทางด้านความสัมพันธ์กับสังคมตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กับคนอื่น ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่นในสังคม รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย (WHO, 1996) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาคุณภาพชีวิตความสัมพันธ์กับสังคม คือ ขาดสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และสังคม

การศึกษาหลายชิ้นในอดีตบ่งชี้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้านและสังคม ในการให้คำปรึกษา รับฟังปัญหาและช่วยแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเอง หรือการดูแลผู้ป่วย (Wackerbarth & Johnson, 2002; Mellon et al., 2006; Curry, 2006; Koerner et al., 2009) การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีเวลาพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือคนในครอบครัว ไม่มีความใกล้ชิดสนิทสนมทำให้ขาดสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญ ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาคุณภาพชีวิตทางสัมพันธภาพกับสังคมและมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย การตอบสนองจากครอบครัวและสังคม จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

1.4 ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ปัญหาคุณภาพชีวิตทางด้านสิ่งแวดล้อม ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ขาดอิสระ ไม่มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต ได้รับมลพิษจากสิ่งแวดล้อม การคมนาคมไม่สะดวก มีแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ไม่สามารถเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ รวมถึง การไม่ได้รับข่าวสารหรือกิจกรรมในเวลาว่าง (WHO, 1996) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาคุณภาพชีวิตสิ่งแวดล้อม คือ การขาดความรู้และขาดแหล่งสนับสนุนด้านการเงินเพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกให้มีความปลอดภัย สะดวก สะอาดตามหลักสุขาภิบาลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึง ไม่มีสถานที่เพื่อการทำกิจกรรมหรือพบปะของคนในชุมชน (CDC, 2000; Allender & Spradley, 2005; Edelman & Mandle, 2006) จากการศึกษาของศิริวรรณ ศิริบุญ (2544); Belasco et al. (2006) พบว่า ไม่มีการจัดการความปลอดภัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและในชุมชนที่ไม่เอื้อต่อความปลอดภัย เช่น ทางเดินและขั้นบันได แสงสว่างไม่เพียงพอ อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดกับผู้สูงอายุในขณะที่ให้การดูแล หรืออาจหกล้มก็อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บ และหากที่อยู่หรือชุมชนไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลก็อาจทำให้เกิดโรคโรคได้เช่นกัน (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552) ส่วนจากการศึกษาของ CDC (2000); Allender & Spradley (2005); Edelman & Mandle (2006) พบว่า ผู้ที่มีปัญหาทางการเงินนั้นจะเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุเพราะไม่สามารถจัดหาสิ่งแวดล้อมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีได้

2. กลยุทธ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

จากผลการศึกษาปัญหาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่สำคัญ ประกอบไปด้วย 1) การขาดความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยและการส่งเสริมสุขภาพตนเอง 2) ความเครียดจากการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

3) การขาดสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และสังคม และ 4) การขาดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ที่มารับการดูแลรับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ดังนี้

2.1 การส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยมารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ส่วนใหญ่มาด้วยอาการของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง มากถึงร้อยละ 79.1 ดังนั้น กลยุทธ์การส่งเสริมให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจะเน้น เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ค่อยได้ และต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลทั้งด้านการเคลื่อนไหว การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลเกี่ยวกับอาหารและยา และความปลอดภัยอื่นๆ ดังนั้น กลยุทธ์นี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เมื่อผู้ดูแลที่ได้ฝึกทักษะการดูแลจะทำให้การดูแลมีคุณภาพ (Davies et al., 2000) ซึ่งนอกจากจะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการรักษายาบาลแล้ว ยังช่วยป้องกันปัญหาการเจ็บป่วยทางกายของผู้ดูแลที่อาจเกิดจากการให้ดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง และลดความเครียดอันเกิดจากการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยด้วย

2.2 การส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้ไม่มีเวลาที่จะดูแลสุขภาพตนเอง อาจทำให้เกิดความเครียดและความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายตามมาได้ กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การจัดการความเครียด ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลสำคัญทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การมีสุขภาพจิตไม่ดีร่างกายก็จะไม่ดีตามไปด้วย เช่น เมื่อเกิดความเครียด วิตกกังวล ทำให้ปวดศีรษะ บางรายก็เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ เป็นต้น แต่พอมีสุขภาพจิตที่ดีก็ทำให้ร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วย (Pinquart, 2005; Bourbeau et al., 2003) ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อมกัน กลยุทธ์นี้จึงช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจดี เมื่อผู้ดูแลมีสุขภาพดีแล้วก็จะส่งผลต่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

2.3 การพัฒนาเครือข่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะเวลานานๆ อาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาที่พบพูดคุยกับคนอื่น ไม่มีเพื่อน ไม่มีสังคม และขาดการปรึกษาหารือปัญหาต่างๆ กับผู้อื่นทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก ดังนั้น กลยุทธ์การพัฒนาเครือข่ายสังคมผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุจะทำให้เปิดโอกาสให้

ผู้ดูแลมีเวทีได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเหมือนกันได้แสดงความคิดเห็นหรือประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Normadin et al., 2002; Monninkhof et al., 2003; Singh et al., 2003; Chiou, 2009) ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตทางสังคมที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมโครงการ มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของผู้เข้าร่วมโครงการ ภายในปี พ.ศ.2554
2. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมโครงการ มีสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจดีขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของผู้เข้าร่วมโครงการ ภายในปี พ.ศ.2554
3. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมโครงการ มีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่เข้าร่วมโครงการ ภายในปี พ.ศ.2554

กิจกรรมโครงการ

ก่อนการกำหนดกิจกรรมโครงการต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดได้ทำการสำรวจความต้องการของผู้ดูแล เพื่อกำหนดโครงการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 30 คน พบว่า มีความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การอบรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง การให้คำปรึกษา กิจกรรมเพื่อสุขภาพ และจากการสัมภาษณ์ทำให้พบปัญหาว่า เนื่องจากส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ 18 คน อีก 12 คน ประกอบธุรกิจส่วนตัวและมีข้อจำกัดของจำนวนผู้มารับบริการทำให้คิวนัดหมายไม่สม่ำเสมอ หากจัดกิจกรรมโครงการในรูปแบบโปรแกรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี พ.ศ.2554 ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกโครงการ แต่เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของโครงการให้ได้มากที่สุด การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยครั้งนี้ จึงได้จัดกิจกรรมโครงการ 6 โครงการ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นได้เลือกที่จะเข้าร่วมโครงการตามความสมัครใจและในเวลาที่เหมาะสมกับตนเอง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการที่ 1 โครงการการตลาดทางสังคม

การตลาดทางสังคมมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการ และส่งเสริมความรู้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยดำเนินการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและอื่นๆ

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ประมาณ 1,500 คนต่อปี และผู้สนใจทั่วไป

ระยะเวลาดำเนินการ ในช่วงปี พ.ศ. 2554 (เดือนมกราคม – ธันวาคม 2554)

วิธีการดำเนินการ โดยโครงการนี้จะช่วยส่งเสริมความรู้ให้กับกลุ่มผู้ดูแลได้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างผู้ที่ไม่สามารถเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการได้ สื่อต่างๆ ที่จะใช้เผยแพร่ความรู้ ประกอบด้วย

1) ประเภทสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อเทคโนโลยี ได้แก่

- คู่มือการดูแลผู้ป่วยจะดำเนินการแจกจ่ายให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ จำนวน 1,500 เล่ม ในช่วงปี พ.ศ.2554
- วีซีดีเรื่องการทำกายภาพบำบัดและเทคนิคการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จะดำเนินการแจกจ่ายให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ จำนวน 1,500 แผ่น ในช่วงปี พ.ศ.2554
- การให้ความรู้ผ่านวิทยุกระจายเสียงคลื่นความถี่ FM 99.5 MHz เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้กับผู้สนใจทั่วไป จะดำเนินการจำนวน 8 ครั้งต่อเดือน ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 11.00 น. - 12.00 น. ในช่วงเดือนมกราคม – ธันวาคม พ.ศ.2554
- การให้ความรู้ผ่านเว็บไซต์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้กับผู้สนใจทั่วไป จะดำเนินการจำนวน 12 ครั้งต่อปี ในช่วงปี พ.ศ.2554

2) ประเภทสื่ออื่นๆ ได้แก่

- นิทรรศการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จะดำเนินการในวันที่ 14 เมษายน 2554 ซึ่งเป็นวันครบคร้ว ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ จำนวน 1 ครั้งต่อปี โดยมีวิธีการคือ การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมการจัดแสดงนิทรรศการด้านสุขภาพ

โครงการที่ 2 โครงการการพัฒนาเครือข่ายสังคมผู้ดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าร่วมโครงการเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งกันและกัน มีกิจกรรม มีเพื่อน มีสังคม

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ที่เข้าร่วมโครงการฯ ประมาณ 1,500 คน

ระยะเวลาดำเนินการ คือ ในช่วงปี พ.ศ. 2554 (เดือนมกราคม – ธันวาคม 2554)

วิธีการดำเนินการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประกอบไปด้วย

- ศูนย์สายด่วนให้คำปรึกษา โดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ จะดำเนินการจำนวนประมาณ 30 วันต่อเดือน ช่วงเวลาทำการ 08.30 น.-16.30 น. ในช่วงปี พ.ศ. 2554 โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

- การฝากข้อความเสียง โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ จะดำเนินการจำนวนประมาณ 30 วันต่อเดือน นอกเวลาทำการ โดยเข้าสู่ระบบฝากข้อความเสียงอัตโนมัติ ในช่วงปี พ.ศ.2554 โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

- การประสานขอความร่วมมือกับกลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและ ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ในการดำเนินโครงการ

2) การให้คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ประกอบไปด้วย

- การให้คำปรึกษาผ่านอีเมลล์ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ จะดำเนินการจำนวนโดยประมาณ 30 วันต่อเดือน ในช่วงปี พ.ศ. 2554 โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

- การสนทนาออนไลน์หรือแชทรวม กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เนื่องจากกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีการศึกษาและรายได้สูง ใช้อินเตอร์เน็ตอยู่แล้ว จึงเป็นช่องทางที่สามารถจะทำให้ติดต่อกับเพื่อนได้ง่ายหรือสอบถามข่าวกิจกรรมของกลุ่มได้ทันที จะดำเนินการจำนวนโดยประมาณ 30 วันต่อเดือน โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

- ประสานขอความร่วมมือกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและข่าวสาร
ในการดำเนินโครงการ ในการดูแลเว็บไซต์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

3) การจัดตั้งชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่กรมพัฒนาการแพทย์
แผนไทยฯ ประกอบไปด้วย

- การประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่กรมพัฒนา
การแพทย์แผนไทยฯ เข้าร่วมชมรม โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่กรมพัฒนา
การแพทย์แผนไทยฯ จะดำเนินการจำนวน 30 วันต่อเดือน ในช่วงปี พ.ศ. 2554 โดยจัดตั้งชมรมที่
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

- การจัดให้มีกิจกรรมต่าง เช่น สันทนาการ เกม การให้ความรู้
การรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกชมรมได้พบกัน มีกลุ่มเป้าหมายเป็น
ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ จะดำเนินการจำนวน 6 ครั้งต่อปี
ในช่วงปี พ.ศ. 2554 โดยจัดให้มีกิจกรรมที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ จังหวัดนนทบุรี

- ขออนุมัติจัดทำโครงการจากอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ
และขอใช้พื้นที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ในการดำเนินโครงการ

โครงการที่ 3 การออกกำลังกายแบบโยคะเพื่อสุขภาพ

การออกกำลังกายแบบโยคะเพื่อสุขภาพมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพทาง
ร่างกาย

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการที่กรมพัฒนาการแพทย์
แผนไทยฯ

ระยะเวลาดำเนินการ มีการดำเนินการเป็นเวลาประมาณ 60 นาที ทุกวันศุกร์
ประมาณ 400 คนต่อเดือนในช่วงปี พ.ศ.2554 (เดือนมกราคม-ธันวาคม 2554) ในระหว่างที่ผู้ดูแล
รอคอยผู้ป่วยรับการตรวจและรักษา โดยจัดที่ลานอเนกประสงค์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

วิธีการดำเนินการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ประชาสัมพันธ์นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการออกกำลังกาย
ด้วยวิธีการแบบโยคะ

- เชิญวิทยากรสอนโยคะ

- การออกกำลังกายแบบโยคะเพื่อสุขภาพ ประมาณ 400 คนต่อเดือน
ในช่วงปี พ.ศ. 2554 (เดือนมกราคม – ธันวาคม 2554)

โครงการที่ 4 การฝึกสมาธิบำบัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

การฝึกสมาธิบำบัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

ระยะเวลาดำเนินการ มีการดำเนินการประมาณ 60 นาที ในระหว่างที่ผู้ดูแลรอคอยผู้ป่วยรับการตรวจและรักษา ทุกวันจันทร์ ประมาณ 300 คนต่อเดือน ในช่วงปี พ.ศ.2554 (เดือนมกราคม – ธันวาคม 2554) โดยจัดที่ห้องประชุมเบญจกุล อาคารแพทย์หญิงเพ็ญภาทรพย์เจริญ กรมพัฒนาการแพทย์และการแพทย์ทางเลือก จังหวัดนนทบุรี

วิธีการดำเนินการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ประสานขอความร่วมมือกับกองการแพทย์ทางเลือกในการดำเนินโครงการ เนื่องจากเป็นงานประจำที่ต้องรับผิดชอบอยู่ก่อนแล้ว มีการจัดโครงการเกี่ยวกับการฝึกสมาธิเป็นประจำ สามารถเชิญวิทยากรที่มีความรู้ความชำนาญและดูแลจัดการเรื่องสถานที่ที่เหมาะสมกับการฝึกสมาธิ พร้อมทั้งจะอำนวยความสะดวกได้เป็นอย่างดี

- การอบรมให้ความรู้ ทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติการทำสมาธิบำบัด

โครงการที่ 5 โครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการ

การอบรมเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และส่งเสริมสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ในแต่ละครั้งจะมีผู้เข้าร่วมอบรมประมาณ 200 คน ประมาณร้อยละ 26.3 ของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด สาเหตุที่ต้องจำกัดจำนวนผู้เข้าอบรมเนื่องจากต้องใช้พื้นที่บริเวณกว้างในการฝึกปฏิบัติการทำกายภาพบำบัดหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการมีผู้เข้าร่วมการอบรมจำนวนมาก จะทำให้วิทยากรประจำกลุ่มดูแลไม่ทั่วถึง ทำให้ไม่สามารถฝึกปฏิบัติได้เต็มที่ ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยใหม่จำนวนประมาณ 1,521 คน หรือร้อยละ 30 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2552) ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด แต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการครั้งนี้จะได้รับคู่มือและวีซีดีเรื่องการดูแลผู้ป่วยพร้อมเอกสารประกอบการอบรมทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่ได้รับหรือสามารถรับได้ที่คลินิกบริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ที่เข้าร่วมโครงการอบรมประมาณ 400 คน

ระยะเวลาดำเนินการ จะดำเนินการ 2 ครั้งในช่วงปี พ.ศ. 2554 ห่างกันครั้งละประมาณ 6 เดือน (เดือนมกราคมและกรกฎาคม 2554)

วิธีการดำเนินการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การแต่งตั้งคณะทำงานโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ทำหน้าที่ประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงขออนุมัติใช้ วัสดุ อุปกรณ์ อาคารและสถานที่ เพื่อจัดการอบรม

2) การจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เนื้อหาการอบรมประกอบด้วยเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ การดูแลความปลอดภัยในบ้านให้กับผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้ดูแล เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม และวิธีการจัดการความเครียด โดยมีวิธีการคือ

- ประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เข้าร่วมโครงการ จะดำเนินการจำนวน 30 วันต่อเดือนในช่วงปี พ.ศ. 2554

- การเชิญวิทยากรมาบรรยายให้ความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จะดำเนินการจำนวน 2 ครั้งต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2554

- การดำเนินการการอบรมให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจำนวน 400 คน จะดำเนินการ 2 ครั้งในช่วงปี พ.ศ. 2554

- การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในการทำกายภาพบำบัดและเทคนิคการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่บ้าน การออกกำลังกายที่เหมาะสม จำนวน 400 คน จะดำเนินการ 2 ครั้ง ในช่วงปี พ.ศ. 2554

โครงการที่ 6 การพึ่งเทศน์ พังธรรม

การพึ่งเทศน์ พังธรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ระยะเวลาดำเนินการ จำนวน 4 ครั้ง ในทุกวันพุธของเดือนมีนาคม ประมาณ 120 คนต่อปี ในช่วงปี พ.ศ.2554 โดยจัดที่ห้องประชุมเบญจกุล อาคารแพทย์หญิงเพ็ญภาทรพย์เจริญ กรมพัฒนาการแพทย์และการแพทย์ทางเลือก จังหวัดนนทบุรี

วิธีการดำเนินการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ประสานขอความร่วมมือกับกองการแพทย์ทางเลือกในการดำเนินโครงการ เนื่องจากเป็นงานประจำที่ต้องรับผิดชอบอยู่มีการจัดโครงการเกี่ยวกับการปฏิบัติธรรม

เป็นประจำทุกปี สามารถติดต่อประสานงานกับทางวัดดูแลเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนและข้อควรปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

- การปฏิบัติธรรมและรับฟังพระธรรมเทศนาโดยพระวิทยากรจากวัดพุทธปัญญา จังหวัดนนทบุรี

โอกาสและความเสี่ยง

การดำเนินโครงการนี้มีปัจจัยหลายอย่างที่น่าสนับสนุนให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จ ได้แก่จากการติดต่อประสานงานเบื้องต้นภายในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานต่างๆ ที่จะดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับโครงการ พร้อมอำนวยความสะดวกด้านอุปกรณ์ต่างๆ อาคารและสถานที่จัดการอบรม เป็นโอกาสที่จะดำเนินโครงการให้สำเร็จได้ ประกอบไปด้วย

1. กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ดูแลรับผิดชอบเรื่องการทำคำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการจัดนิทรรศการ
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและข่าวสาร ดูแลรับผิดชอบเรื่องเว็บไซต์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ
3. กองการแพทย์ทางเลือกดูแลรับผิดชอบเรื่องโครงการสมาธิบำบัดและโครงการฟังเทศน์ ฟังธรรม
4. เจ้าหน้าที่ภายในกรมฯ เป็นคณะทำงานโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการนี้คือ

- 1) การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารของกรมฯ ทำให้ต้องทำโครงการเปลี่ยนแปลงตามนโยบายของผู้บริหาร
- 2) งบประมาณสนับสนุนอาจไม่เพียงพอ ตามกระแสนโยบายของรัฐบาล อาจจะมีผลกระทบต่องบประมาณบางส่วน แต่งบประมาณของโครงการนี้มาจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ซึ่งอาจไม่ได้รับผลกระทบกระเทือนจากตรงนี้

การจัดการดำเนินโครงการ

การดำเนินโครงการครั้งนี้มีการสนับสนุนทางเทคนิคโดยการแต่งตั้งคณะทำงานโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำกิจกรรมของโครงการ ได้แก่ 1) โครงการการตลาดทางสังคม 2) โครงการการพัฒนาเครือข่ายสังคมผู้ดูแลผู้ป่วย 3) โครงการการออกกำลังกายแบบโยคะเพื่อสุขภาพ 4) โครงการการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต 5) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ 6) โครงการการพึ่งเทศน์ พึ่งธรรม

โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและหน่วยงานภายในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสนับสนุนในการอำนวยความสะดวกของอุปกรณ์ สถานที่ งบประมาณและเจ้าหน้าที่ดูแลรับผิดชอบโครงการ รวมถึงการติดต่อประสานงานขอความร่วมมือต่างๆ ซึ่งจะทำให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จ

การปฏิบัติการโครงการ โดยขออนุมัติจากอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อดำเนินการดังต่อไปนี้

- 1) ขออนุมัติโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ
- 2) แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ภายในกรมฯ เป็นคณะทำงานโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ
- 3) ขออนุญาตใช้พื้นที่ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เพื่อเป็นศูนย์กลางการปฏิบัติการโครงการต่างๆ

ตารางการดำเนินงาน

ตารางที่ 1
ระยะเวลาในการดำเนินงานของโครงการ

กิจกรรม/ขั้นตอนการวิจัย	ระยะเวลา (เดือน)											หมายเหตุ	
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.		ธ.ค.
1.การประชาสัมพันธ์ให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุเข้าร่วม โครงการฯ													→
2.จัดทำโครงการการตลาด ทางสังคม													→
3.จัดทำโครงการการพัฒนา เครือข่ายสังคมผู้ดูแลผู้ป่วย													→
4.จัดทำโครงการการออก กำลังกายแบบโยคะ เพื่อสุขภาพ													→
5.จัดทำโครงการการฝึก สมาธิบำบัดเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิต													→
6.จัดทำโครงการอบรม เชิงปฏิบัติการ	→						→						
7.จัดทำโครงการการฟัง เทศน์ ฟังธรรม			→										
8.การประเมินความรู้ก่อน และหลังโครงการ	→												→
9.การประเมินคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังโครงการ	→												→
10.สรุปผลโครงการ													→

การติดตามและประเมินผลโครงการ

เพื่อประเมินความสำเร็จของโครงการนี้ จะมีการติดตามและประเมินผลกระบวนการ เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรค และข้อดีของการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนมีการประเมินผลผลิตของโครงการต่างๆที่ได้ดำเนินการทั้งหมด ว่าบรรลุเป้าหมายของโครงการนั้นๆ หรือไม่เพียงใด และมีการประเมินผลลัพธ์ของโครงการ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การประเมินแต่ละชนิด มีการกำหนดตัวชี้วัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินผลกระบวนการ

เป็นการประเมินเพื่อหาจุดแข็งและจุดด้อยระหว่างการดำเนินโครงการ แต่ละโครงการ เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมโครงการให้มีประสิทธิภาพ

จะดำเนินการโดยมีวิธีการประเมินคือ การสอบถาม และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ จะทำการประเมินผู้รับผิดชอบโครงการทั้ง 6 โครงการ โดยมีคณะทำงานฯ เป็นผู้ทำการประเมิน ในช่วงเดือนมกราคม มีนาคม กรกฎาคม และธันวาคม ในปี พ.ศ.2554

2. การประเมินผลผลิต

เป็นการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ ตั้งไว้ในแต่ละกิจกรรมโครงการ ซึ่งมีตัวชี้วัดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2
การประเมินผลผลิต

กิจกรรมโครงการ	เป้าหมายของกิจกรรมโครงการ	ตัวชี้วัด
1) โครงการการตลาดทางสังคม - การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ	- แจกจ่ายคู่มือการดูแลผู้ป่วยฯ จำนวน 1,500 เล่ม ในช่วงปี พ.ศ.2554	- ร้อยละของคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้แจกจ่ายให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ในช่วงปี พ.ศ.2554

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กิจกรรมโครงการ	เป้าหมายของกิจกรรมโครงการ	ตัวชี้วัด
<p>- การจัดทำวีซีดีเรื่องการทำกายภาพบำบัดและเทคนิคการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเผยแพร่ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p> <p>- การให้ความรู้ผ่านวิทยุกระจายเสียงคลื่นความถี่ FM 99.5 MHz เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้กับผู้สนใจทั่วไป</p> <p>- การให้ความรู้ผ่านเว็บไซต์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯและกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้กับผู้สนใจทั่วไป</p> <p>- การจัดนิทรรศการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p>	<p>- แจกจ่ายวีซีดีจำนวน 1,500 แผ่น ในช่วงปี พ.ศ.2554</p> <p>- การให้ความรู้ผ่านวิทยุกระจายเสียงจำนวน 8 ครั้ง ต่อเดือน ในช่วงเดือนมกราคม – ธันวาคม พ.ศ.2554</p> <p>- การให้ความรู้ผ่านเว็บไซต์จำนวน 12 ครั้งต่อปี ในช่วงปี พ.ศ.2554</p> <p>- การจัดนิทรรศการจำนวน 1 ครั้งต่อปี ในช่วงปี พ.ศ.2554</p>	<p>- ร้อยละของมีวีซีดีเรื่องการทำกายภาพบำบัดและเทคนิคการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ได้แจกจ่ายให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ในช่วงปี พ.ศ.2554</p> <p>- ร้อยละของการให้ความรู้ผ่านวิทยุกระจายเสียงคลื่นความถี่ FM 99.5 MHz เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้กับผู้สนใจทั่วไป ในช่วงเดือนมกราคม – ธันวาคม พ.ศ.2554</p> <p>- ร้อยละของการให้ความรู้ผ่านเว็บไซต์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้กับผู้สนใจทั่วไป ในช่วงปี พ.ศ.2554</p> <p>- ร้อยละของการจัดนิทรรศการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ในช่วงปี พ.ศ.2554</p>
<p>2) โครงการการพัฒนาเครือข่ายสังคมผู้ดูแลผู้ป่วย</p> <p>- ศูนย์สายด่วนให้คำปรึกษาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p> <p>- การให้คำปรึกษาผ่านการฝากข้อความเสียงให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p>	<p>- ศูนย์สายด่วนให้คำปรึกษาจำนวนประมาณ 30 วันต่อเดือน ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p> <p>- การให้คำปรึกษาผ่านการฝากข้อความเสียงจำนวนประมาณ 30 วันต่อเดือน ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p>	<p>- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนวันที่ดำเนินการศูนย์สายด่วนให้คำปรึกษาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p> <p>- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนวันที่ดำเนินการให้คำปรึกษาผ่านการฝากข้อความเสียงให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กิจกรรมโครงการ	เป้าหมายของกิจกรรมโครงการ	ตัวชี้วัด
<p>- การให้คำปรึกษาผ่านอีเมลให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p> <p>- การสนทนาออนไลน์หรือแชทกรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p> <p>- การจัดตั้งชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p>	<p>- การให้คำปรึกษาผ่านอีเมล จำนวน ประมาณ 30 วันต่อเดือน ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p> <p>- การสนทนาออนไลน์หรือแชทกรม จำนวน ประมาณ 30 วันต่อเดือน ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p> <p>- จัดตั้งชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 1 แห่ง ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p>	<p>- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนวันที่ดำเนินการการให้คำปรึกษาผ่านอีเมลให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p> <p>- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนวันที่ดำเนินการการสนทนาออนไลน์หรือแชทกรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p> <p>- ร้อยละ 100 ของการจัดตั้งชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p>
<p>3) โครงการการออกกำลังกายแบบโยคะเพื่อสุขภาพให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p>	<p>- การออกกำลังกายแบบโยคะเพื่อสุขภาพ มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการประมาณ 400 คนต่อเดือน ในช่วงเดือนมกราคม – ธันวาคม พ.ศ.2554</p>	<p>- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เข้าร่วมโครงการการออกกำลังกายแบบโยคะเพื่อสุขภาพ ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p>
<p>4) โครงการการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p>	<p>- การฝึกสมาธิบำบัด มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวนประมาณ 300 คนต่อเดือน ในช่วงเดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ.2554</p>	<p>- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เข้าร่วมโครงการการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กิจกรรมโครงการ	เป้าหมายของกิจกรรมโครงการ	ตัวชี้วัด
5) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ	- การอบรมเชิงปฏิบัติการ มีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวนประมาณ 400 คน ดำเนินการ 2 ครั้ง (เดือนมกราคมและกรกฎาคม 2554)	- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ในช่วงปี พ.ศ. 2554
6) โครงการการฟังเทศน์ ฟังธรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ	- การฟังเทศน์ ฟังธรรม มีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 120 คน ดำเนินการ 4 ครั้ง (ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554)	- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เข้าร่วมโครงการการฟังเทศน์ ฟังธรรม ที่ดำเนินการ 4 ครั้ง ในช่วงปี พ.ศ. 2554

3. การประเมินผลสัมฤทธิ์

ตัวชี้วัดสำหรับการประเมินผลสัมฤทธิ์ที่มุ่งหวังของการดำเนินโครงการต่างๆ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะสั้นและระยะยาว ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3
การประเมินผลสัมฤทธิ์

กิจกรรมโครงการ	เป้าหมายของกิจกรรมโครงการ	ตัวชี้วัด
ระยะสั้น 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ	- หลังเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (ในช่วงเดือนมกราคมและธันวาคม พ.ศ. 2554)	- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ที่เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในช่วงปี พ.ศ. 2554

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กิจกรรมโครงการ	เป้าหมายของกิจกรรมโครงการ	ตัวชี้วัด
<p>ระยะยาว</p> <p>1) โครงการการออกกำลังกายแบบโยคะเพื่อสุขภาพให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p>	<p>- ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ในการออกกำลังกายแบบโยคะ (ดำเนินการหลังเสร็จสิ้นโครงการในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.2554)</p>	<p>- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เข้าร่วมโครงการออกกำลังกายแบบโยคะ มีระดับความรู้เพิ่มขึ้น ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p>
<p>2) โครงการการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p>	<p>- ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ในการฝึกสมาธิบำบัด (ดำเนินการหลังเสร็จสิ้นโครงการในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.2554)</p>	<p>- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เข้าร่วมโครงการฝึกสมาธิบำบัด มีระดับความรู้เพิ่มขึ้น ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p>
<p>3) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p>	<p>- ผู้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (ดำเนินการหลังเสร็จสิ้นโครงการในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.2554)</p>	<p>- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ มีระดับความรู้เพิ่มขึ้น ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p>
<p>โครงการการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด</p>	<p>- คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมดีขึ้น (ดำเนินการหลังสิ้นสุดโครงการครบ 1 ปี ในปี พ.ศ. 2554)</p>	<p>- ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ที่เข้าร่วมโครงการ มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมดีขึ้น ในช่วงปี พ.ศ. 2554</p>

ปัจจัยด้านคุณภาพของโครงการ

ปัจจัยด้านคุณภาพของโครงการนี้คือโครงการนี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของบุคลากร ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการ ความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในกรมฯ การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของโครงการ เพราะการมีคณะทำงานที่มีความเข้มแข็งจะทำให้โครงการสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงทำให้เกิดความยั่งยืนของโครงการนี้ เมื่อบุคลากรมีศักยภาพ มีความพร้อมในการจัดโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ก็ได้รับการพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย รวมถึง คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วย