

การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เขตสุขภาพที่ 9

นภัค นิธิวิชิตร*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 2 กรกฎาคม 2562

รับบทความที่แก้ไข: 5 สิงหาคม 2562

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 6 สิงหาคม 2562

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม และสังเคราะห์รูปแบบ/แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหรือดูแลงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ปลัดอำเภอหรือนักวิชาการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในพื้นที่ 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ สุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 2 อำเภอ โดยวิธีสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอนั้น โดยเก็บข้อมูลทุกคนรวมทั้งสิ้นจำนวน 542 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บจังหวัดละ 1 พื้นที่ โดยจัดสนทนากลุ่มกับคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการที่รับผิดชอบโครงการผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์ประเมินผลระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ซึ่งประกอบด้วย การประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสำรวจการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข แบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่มที่สร้างขึ้น ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงพฤษภาคม 2561

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

Corresponding author: นภัค นิธิวิชิตร Email: pannapas.pp@gmail.com

ผลการศึกษา พบว่า 1) การประเมินด้านบริบท นโยบายประเทศและเขตสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง และมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วย พื้นที่ที่มีการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ในระดับอำเภอมีการพัฒนา โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า มีความพร้อมด้านบุคลากร แต่ยังขาดความพร้อมด้านทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ 3) การประเมินด้านกระบวนการ พบว่ามีการกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน โดยมีคณะทำงานและการมีส่วนร่วมของภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ชุมชน มาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการ การคัดกรอง 4) การประเมินด้านผลผลิต พบว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดำเนินกิจกรรมค่อนข้างน้อยได้แก่ การนำความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุออกเผยแพร่ทางเสียงตามสายหรือหอกระจายข่าวค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ 48.5 แต่ได้ตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะแก่ผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 70.3 ของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และจากบุตรหลาน มีดัชนีมวลกายปกติเพียงร้อยละ 37.0 พฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายโดยมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 - 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์เพียงร้อยละ 20.0 รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 34.0 ดื่มน้ำได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 36.2

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยนโยบายประเทศและเขตสุขภาพ สถานการณ์และการเข้าถึงบริการ มีข้อมูลปัจจัยนำเข้า ความพร้อมและเหมาะสมด้านอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข การมีทรัพยากร งบประมาณวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ มีกระบวนการกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน นำข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุมาแลกเปลี่ยน การเขียนโครงการของงบประมาณด้วยการชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ ดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพและการจัดระบบบริการที่เข้าถึงผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม จะส่งผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินผล, ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, เขตสุขภาพที่ 9, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Evaluation of Comprehensive System on Health Care for Older Adults in Health Region 9

Napak Nithivajiratorn*

Article History

Received: July 2, 2019

Revised: August 5, 2019

Accepted: August 6, 2019

Abstract

This study utilized both quantitative and qualitative research methods. Its objectives included to evaluate the comprehensive system on health care and to provide suggestions for the improvement of health promotion and care system for older adults in health region 9. The study was conducted in health region 9 which included 4 provinces: Nakhon Ratchasima, Chaiyaphum, Buriram and Surin provinces. Populations and samples were members from health care for older adult committee at the district level and older adults from all 4 provinces. Instruments used in this study included older adults' health promoting activities among village health volunteer survey, desirable health behaviors among older adult survey, and focus group questions. The data were collected using surveys and focus group discussions during January 2017-May 2018.

Results from the study can be presented in 4 aspects. 1) Contextual Evaluation: There was a continuum in health care policies for older adults at both national and regional levels with focus on both promoting health among healthy independent and dependent older adults. Each area had qualified professionals to care for older adults with health problems. District Health Board played active roles in the development of health programs for older adults as well as collaborated with networks at the district level. 2) Evaluation of Inputs: Each area reported having adequate health personnel but insufficient resources, budgets, materials and locations. 3) Evaluation

* Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima
Corresponding author: Napak Nithivajiratorn Email: pannapas.pp@gmail.com

of Process: Areas reported having plans and implementations according to the plans. The works were done with committees formed at the local levels with collaborative efforts from local authorities, district health promoting hospitals, network hospitals, health volunteers or elderly care volunteers, elderly clubs and communities in discussing, role settings, supporting for services and screenings, etc. 4) Evaluation of Outcomes: According to the evaluations of health promoting activities among health volunteers, distributions of health messages through public services announcements were done least frequently at 48.5 percent while screening for blood pressure and urine glucose were done more frequently at 70.3 percent. Older adults received income from government's monthly allowance and from their children. Only 37 percent reported having regular BMI and only 20 percent reported engaging in 15 to 30-minute exercises for at least 5 days per week. About 34 percent ate fresh fruits and vegetables regularly (3-4 days per week) while 36.2 percent drank at least 8 glasses of water daily (5-7 days per week).

It was suggested from this study that the comprehensive system for health promotion and care for older adults in health region 9 included national and regional policies that focused on older adults of all groups (both independent and dependent older adults). Situations and access to care as well as input factors such as health volunteers needed to be evaluated for their qualifications and readiness. Health professionals should also played a key role in managing and supporting health promotion activities. Essential inputs also included resources, budgets, materials and locations or settings to conduct activities. Planning, implementation and evaluation of the programs were three integral parts of successful programs. It was also suggested that discussions of older adults' health problems among health personnel and volunteers, supports in grant writing in order to secure funding from local agencies, and activities that could reach both independent and dependent older adults in the communities would contribute to the success in health promotion programs in the communities, leading to the desirable health among older adults in the future.

Keywords: Evaluation; Health care system; Older adults; Health region 9; Elderly caregivers

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, [WHO]) คาดว่าประชากรสูงอายุในวันนี้เพิ่มขึ้นกว่าเดิมอย่างรวดเร็ว โดยระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ. 2593 พบว่าสัดส่วนของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เกือบสองเท่า จากร้อยละ 12 ถึง 22 และได้กำหนดกรอบการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีบนแนวคิดใหม่โดยการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพจากรูปแบบการรักษาโรคไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีคนเป็นศูนย์กลางและการบูรณาการ มีการลงทุนกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ดี ส่งผลทั้งต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง และองค์การอนามัยโลกยังได้กำหนดกลยุทธ์ระดับโลกและแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสุขภาพปี พ.ศ. 2559-2563 ที่สำคัญไว้ 5 ประการ คือ 1) ประเทศภูมิภาคและสถาบันต่าง ๆ ต้องยึดเป็นผู้นำและความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการตามนโยบายที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ 2) จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) มีระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 4) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวทัดเทียมประเทศอื่น และ 5) มีข้อมูลที่จำเป็นและการวิจัยเพื่อพัฒนา⁽¹⁾ ประเทศไทยมีบทบาทบัญญัติสิทธิและเสรีภาพและแนวทางแห่งรัฐที่จะให้ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีพได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้ถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัดและฟื้นฟู⁽²⁾ เขตสุขภาพที่ 9 มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีสัดส่วนต่อประชากรคิดเป็นร้อยละ 13.62 และผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองดัชนีวัดกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living,

ADL) ครอบคลุมร้อยละ 94.20 แบ่งผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 93.34 กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 5.68 และกลุ่มที่ 3 ร้อยละ 0.98⁽³⁾ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ยังต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เขตสุขภาพที่ 9
- 2) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบ/แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และคุณภาพ (Qualitative Research)

ระยะเวลาการศึกษา

ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2560 ถึง พฤษภาคม ปี พ.ศ. 2561

ประชากรศึกษา

ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหรือดูแลงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างระดับจังหวัดเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้ง 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ทำการสุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัดแบบง่าย (Simple random Sampling) จังหวัดละ 1 พื้นที่ โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

แต่ละกลุ่ม ดังนี้ 1) คณะกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอละ 4 คน ผู้แทนนายกองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการที่รับผิดชอบโครงการผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอละ 4 คน กรรมการท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้นจำนวน 4 คน ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอนั้น 1 ตำบล โดยเก็บทุกคนรวมทั้งสิ้นจำนวน 542 คน ผู้สูงอายุในอำเภอที่สุ่มมาได้จังหวัดละ 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,425 คน

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณกับอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ให้บริการและผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทำการจ้างพนักงานเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นอาสาสมัครในพื้นที่ทำการแจกแบบสอบถาม รวบรวมและตรวจสอบก่อนเก็บข้อมูลได้ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจข้อคำถาม ฝึกซ้อมก่อนจึงดำเนินการลงเก็บจริง

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยจัดสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยตัวแทน:- บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหรือดูแลงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ ภายในอำเภอนั้น โดยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มช่วงเดือนมกราคม 2560- ถึงพฤษภาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดำเนินการวิเคราะห์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ การประเมินด้านบริบท การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า : ประเมินความพร้อมด้านบุคลากร ความพร้อมการสนับสนุน การปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน ความพร้อมทรัพยากร ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน และการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน: พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ได้แก่การประเมินด้านกระบวนการ: การกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน การจัดระบบบริการ การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ชุมชน

ผลการศึกษา

การประเมินด้านบริบท

ผลการศึกษาพบว่าปี พ.ศ. 2561 ในเขตสุขภาพที่ 9 มีประชากรผู้สูงอายุมีจำนวน 1,062,803 คน คิดเป็นร้อยละ 15.74 ของประชากรทั้งหมด มีตำบลทั้งหมด 758 ตำบล การพัฒนาได้พัฒนาตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care) จำนวน 560 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 73.88 ทั้งหมดมีนโยบายประเทศและเขตสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง และมุ่งมั่น

ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วย มีการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามามีส่วนร่วม ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ในระดับอำเภอมีการพัฒนา โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความร่วมมือภาคีรัฐ เอกชน ท้องถิ่น ภาคประชาชน สร้างแรงบันดาลใจ เชื่อมโยงข้อมูล เรียนรู้พัฒนาต่อเนื่อง เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในทุกอำเภอ

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

1) การประเมินความพร้อมด้านบุคลากร ความพร้อมการสนับสนุนการปฏิบัติงานจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงาน ความพร้อมทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ พบว่าอาสาสมัครผู้ปฏิบัติงาน/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 4 จังหวัด เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชายสัดส่วน หญิง:ชาย 6:1 มีอายุเฉลี่ย 53 ปี อายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 37.5 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ จบศึกษาระดับประถมศึกษา และมีมัธยมต้นร้อยละ 39.5 และ 37.5 ตามลำดับ มีสถานะสมรสร้อยละ 79.3 อาชีพเกษตรกรรวม ร้อยละ 70.3 รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมกันระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 43.9 เห็นว่ารายได้ไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่ายสูงถึง ร้อยละ 75.7 มีตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เกือบทั้งหมดร้อยละ 99.1 มีระยะเวลาปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.3 และส่วนใหญ่เสนอตนเอง

เข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขถึงร้อยละ 86.7 อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ซักถามหรือให้คำแนะนำในการทำงานอย่าง สม่ำเสมอร้อยละ 84.1 ได้เรียกประชุมเพื่อหา แนวทางแก้ไขอยู่ร้อยละ 74.9 ได้จัดอบรม ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยร้อยละ 75.5 เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขได้ให้บริการเป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 77.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้บอกผลการ ปฏิบัติงานเป็นระยะๆ ร้อยละ 74.0 เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขได้แสดงความห่วงใยและเปิดโอกาส ให้ระบายความวิตกกังวลร้อยละ 72.1 และได้ให้ ความใกล้ชิดและสนิทสนมร้อยละ 62.5

2) ประเมินความพร้อมของทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ พบว่า การสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานจาก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนอย่าง เพียงพอร้อยละ 62.4 และชุมชนที่รับผิดชอบได้รับ งบประมาณโครงการดูแล/ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.5 ส่วนความคิดเห็นต่อความพร้อม ของทรัพยากรในด้านเอกสารและสิ่งของที่จำเป็น ต่อการปฏิบัติงานตามที่ต้องการร้อยละ 53.3 นอกจากนี้พบว่าชุมชนมีการสนับสนุนสถานที่ ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุรวมตัวกัน เช่น สนาม ออกกำลังกายเพียงพอร้อยละ 60.1 แต่องค์กร บริหารส่วนตำบล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการจัดให้ สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขได้ทำกิจกรรมรวมกัน อย่างเพียงพอร้อยละ 52.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความพร้อมทรัพยากร (ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน)

ความพร้อมด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เจ้าหน้าที่ได้จัดหาเอกสารและสิ่งของที่จำเป็น ต่อการปฏิบัติงานตามต้องการ	289 (53.3)	201 (37.1)	52 (9.6)
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีการสนับสนุน งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ	338 (62.4)	183 (33.8)	21 (3.9)
องค์การบริหารส่วนตำบล/โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลได้จัดงานให้สมาชิก อาสาสมัคร สาธารณสุขได้ทำกิจกรรมร่วมกัน	286 (52.8)	166 (30.6)	90 (16.6)
ชุมชนมีการสนับสนุนสถานที่ในการจัด กิจกรรมผู้สูงอายุรวมตัวกัน เช่น สนามออก กำลังกาย	326 (60.1)	136 (25.1)	80 (14.8)
ชุมชนที่รับผิดชอบได้รับงบประมาณโครงการ ดูแล/ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	355 (65.5)	172 (31.7)	15 (2.8)

การประเมินด้านกระบวนการ

1) มีการกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน โดยมีทีมผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จะมีหน้าที่ประเมินปัญหาพร้อมจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายด้วยคณะทำงานภาคีเกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมชี้แนะทำแผนงาน/กิจกรรม เพื่อให้เกิดการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนด และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือสังคม จะดำเนินการโดยชมรมสูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุบางแห่งจะของบประมาณจากรพ.สต. หรือขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหลัก การกำหนดกิจกรรมจะครอบคลุมทั้งหมดในแต่ละสัปดาห์ ในโรงเรียนผู้สูงอายุโดยการสอนต่อเนื่องตลอดทั้งปี โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้สูงอายุเข้ามา

เป็นวิทยากร พบว่าบางแห่งมีงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด, สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ, สภากาชาดไทย แต่ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะเท่านั้น และยังไม่มียกงบประมาณจากเอกชนบริจาค

“ประธานชมรมผู้สูงอายุเป็นคนเขียนโครงการเอง เค้าเป็นข้าราชการเก่าเกษียณเมื่อก่อนงบประมาณไม่พอ แต่พอติด (ตกลงกัน) กับ สสส. ได้แล้วก็พอ ต้องติด (ตกลงกัน) ปีต่อปีแล้วแต่เราเขียนโครงการไป แต่ทาง รพ.สต. ก็กันเงินกองทุนหลักประกันฯไว้ให้ทุกปี”

“เราก็ประชุมกับคณะกรรมการกองทุนว่าต้องการเงินเท่านั้น ส่วนโครงการอื่นๆ ก็เกลี้ยไปคือว่าให้มันได้ทุกโครงการเพื่อไม่กระทบกับระบบ”

2) มีการจัดการระบบบริการ พบว่ามีการจัดการบริการด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจะเน้นการจัดการด้านสาธารณสุข โดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคมมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ การพัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ทั้งผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล การสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ

3) มีการประเมินผลร่วมโดยนำข้อมูลมาเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ

4) การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่าในพื้นที่จะมีภาคีเครือข่ายที่เป็นสหวิชาชีพ ทำให้ลดภาระการทำงาน เกิดการแบ่งงาน แต่ละตำบลต้นทางสังคมที่มีอยู่จะเป็นพื้นฐานในการกำหนดภาคีหลักที่เกี่ยวข้องเพื่อมาร่วมหรือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดการให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Care Plan) ในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ภาคีหลักที่เกี่ยวข้องได้แก่ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทในแต่ละพื้นที่

“อาสาสมัครสาธารณสุขสำรวจที่รับผิดชอบแต่ละคุ้ม สำรวจทุกเดือน เราอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประเมิน ADL แล้ว รพ.สต. ประเมินซ้ำ”

“ผมจ. อบต. โรงเรียน จัดกิจกรรมผู้สูงอายุให้ความรู้ ทอดผ้าป่า ทำทุกปี วัด ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมนันทนาการ ปฏิบัติธรรม พาผู้สูงอายุไปดูงานที่เขาจันทรงาม หลวงปู่โต มีรถรับส่ง กคน. อบรมทำดอกไม้จัน ทำขนม ทำอาหาร เกษตร ให้ความรู้เศรษฐกิจพอเพียง link กับ อบต. ด้วย”

การประเมินด้านผลผลิต

การประเมินด้านประกอบด้วย

1) ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขได้พูดคุยแนะนำให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ร้อยละ 70.30 ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านสาธารณสุขร้อยละ 71.8 ร่วมมือกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในโอกาสที่เหมาะสม เช่น รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ การพบปะสังสรรค์ร้อยละ 69.2 ตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะแก่ผู้สูงอายุเพื่อดูโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 70.3 ให้การช่วยเหลือหรือแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น วัณโรค โรคเรื้อน หอบหืด และลมชัก ร้อยละ 61.3 ติดตามดูแลผู้สูงอายุป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการด้านสาธารณสุขร้อยละ 60.5 จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าสภาพการทำงานในแต่ละตำบลจะมีการทำงานเป็นทีม มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการ มีระบบการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมเพื่อคัดกรองสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขทำความเข้าใจแบบสำรวจก่อนทำการเก็บและประเมินภาวะสุขภาพและให้คำแนะนำ มีการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลาหรือแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการพร้อมไปกับการเยี่ยมบ้าน การมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ จะมีกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุมารวมตัวกัน เพิ่มพูนความรู้จากการสอนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกวดและคัดเลือกให้รางวัล และจะมีการจัดกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ด้านออกกำลังกาย ด้านความรู้สมุนไพรที่สามารถใช้ในชีวิตรประจำวัน ด้านสุขภาพ การส่งเสริมอาชีพ มีการเรียนภาษาอังกฤษ การทำบุญร่วมกัน ไปวัดส่งเสริมด้านธรรมะ

2) การประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ โดยสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,425 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-69 ปี มีสถานภาพสมรส ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 70.2 ส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และจากบุตรหลาน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 86.1 เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 80.42 ติดบ้านร้อยละ 12.78 ติดเตียงร้อยละ 6.80 มีดัชนีมวลกายปกติเพียง 37.0 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกิน พบว่าในกลุ่มที่ 1 ติดสังคมอยู่กับครอบครัวมากที่สุดร้อยละ 91.53 การมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 72.6 ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกือบครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 52.3 ในกลุ่มที่ป่วยได้ กินยา

เป็นประจำร้อยละ 46.2 ผลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การออกกำลังกายโดยมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 - 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์เพียงร้อยละ 20.0 รับประทานผักสดผลไม้สดเป็นประจำ (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 34.0 ดื่มน้ำได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 36.2 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่ และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันร้อยละ 8.0 และ 3.9 ตามลำดับ ในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้าเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษและเป็นประจำพบร้อยละ 8.5 และ 1.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

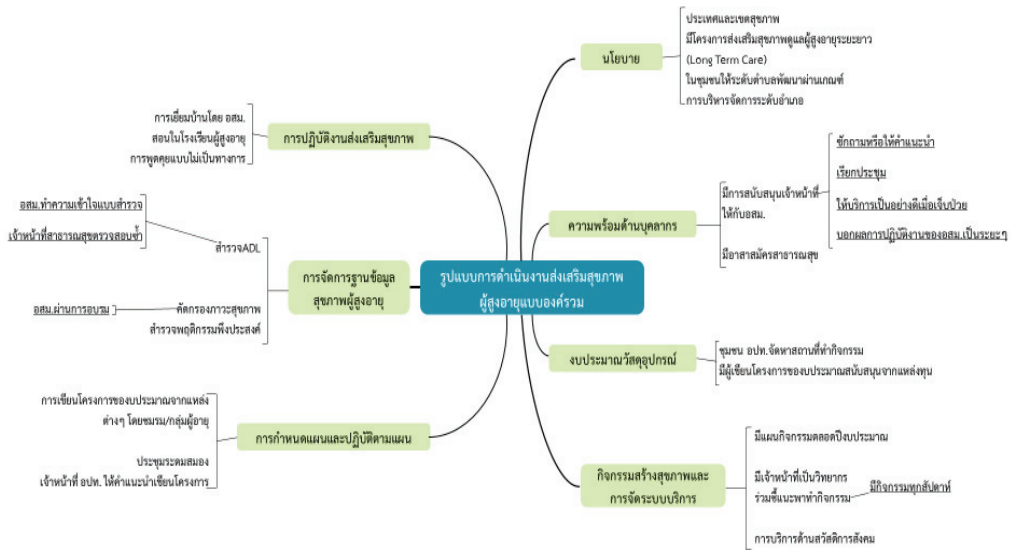
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 15 - 30 นาที	285	20.0
มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 - 30 นาทีแต่ไม่ถึง 5 วันต่อสัปดาห์	685	48.1
ไม่มีกิจกรรมทางกาย หรือมีไม่ถึงวันละ 30 นาที	455	31.9
รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ		
กินทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์)	485	34.0
กินเป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์)	874	61.3
ไม่กิน (0 - 2 วันต่อสัปดาห์)	66	4.6
ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว		
ดื่มได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์)	516	36.2
ดื่มได้ 8 แก้ว เป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์)	825	57.9
ไม่ได้ (0 - 2 วันต่อสัปดาห์)	84	5.9

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	1,255	88.1
เคยสูบ	114	8.0
ยังสูบจนถึงปัจจุบัน	56	3.9
ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่นสุรา เบียร์ ยาโดงเหล้า		
ไม่ดื่ม	1,278	89.7
ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ	121	8.5
ดื่มเป็นประจำ	26	1.8

3) การสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม จะต้องมียุทธศาสตร์และเขตสุขภาพ ผลักดันให้มีโครงการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน และให้ระดับตำบลพัฒนาผ่านเกณฑ์ LTC พร้อมกับการบริหารจัดการระดับอำเภอผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นส่วนที่ส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความพร้อมด้านบุคลากร โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถามหรือให้คำแนะนำ เรียกประชุม ให้บริการอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วย และมีความเป็นกันเอง บอกผลการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นระยะๆ ส่งผลต่อดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน ต้องมีงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ นอกจากนี้เครือข่ายชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหาสถานที่ทำกิจกรรม ในเรื่องของกระบวนการพบว่า

มีการประชุมระดมสมอง การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ สำรวจ ADL สำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เป็นปัจจุบันเสมอ โดยทำความเข้าใจแบบสำรวจเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง การเขียนโครงการของงบประมาณจากแหล่งต่างๆ โดยชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้งบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุน แต่ต้องได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแผนกิจกรรมตลอดปีงบประมาณ พบว่าพื้นที่ตัวอย่างมีกิจกรรมบริการให้กับผู้สูงอายุ ร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพและการจัดระบบบริการอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่เป็นวิทยากรร่วมชี้แนะพาทำกิจกรรมด้วย มีการบริการด้านสวัสดิการสังคม การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข การสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ และการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการของอาสาสมัครสาธารณสุข การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังภาพ



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. การประเมินด้านบริบทพบว่าทุกอำเภอมีนโยบายด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับประเทศและเขตสุขภาพ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ การสร้างความร่วมมือองค์กรภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความร่วมมือภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ภาคประชาชน ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564)⁽⁴⁾

2. ปัจจัยนำเข้าด้านความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขสมัครใจเข้ามาถึงร้อยละ 86.7 อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถามหรือให้คำแนะนำในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 84.1 ได้เรียกประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไข อยู่เสมอ ร้อยละ 74.9 สอดคล้องกับการศึกษา

ของบุญชิน เสาวภาภรณ์ และคณะ⁽⁵⁾ ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผู้นำตามธรรมชาติที่เป็นอาสาสมัครมีจิตอาสาทำงานเพื่อผู้สูงอายุ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

3. การสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานอย่างไม่เพียงพอหรือไม่มีเลยถึงร้อยละ 33.8 ชุมชนมีการสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุรวมตัวกันไม่เพียงพอและไม่มีเลยถึงร้อยละ 25.5 อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า เครือข่ายในพื้นที่ก็แสวงหางบประมาณเพิ่มมากขึ้น โดยในระยะแรก จะใช้วิธีเขียนขอจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในระยะต่อมาเปลี่ยนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สูงอายุ

มีผลิตภัณฑ์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้สูงอายุจับมือกันทำวางแผนงานเพื่อให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุและกันเงินไว้ทุกปี สอดคล้องกับการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ 70 - 89 เชื่อว่ามีการบูรณาการอย่างใดอย่างหนึ่งใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การวางแผนและออกแบบระบบ การประชุมหารือกับครอบครัวและผู้ดูแล การสนับสนุนการจัดบริการต่างๆ การเยี่ยมบ้าน และการกำกับติดตามผลดำเนินการ

4. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า โดยสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันร้อยละ 3.9 และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้าเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ และเป็นประจำร้อยละ 8.5 และ 1.8 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการสำรวจที่ดำเนินการโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับกรมอนามัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ⁽⁷⁾ ทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปใน 28 จังหวัด พบว่า ผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 84 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้าร้อยละ 78 ที่เหลือสูบบุหรี่หรือดื่มเป็นบางครั้งและสูบบุหรี่หรือดื่มประจำ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ดังนี้

1. การกำหนดนโยบายระดับเขตและประเทศ ควรจะต้องส่งเสริมพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ มีค่านิยมที่ถูกต้อง และต้องพัฒนาให้ประชาชน

เกิด “Health Literacy” หรือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน

2. ควรมีนโยบายผลักดันให้ชุมชนมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยเป็นผู้นำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้มีกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง “เพื่อนช่วยเพื่อน”

3. ควรพัฒนาแนวทางการรณรงค์และการเฝ้าระวังตามโครงการคนไทยไร้พุงในกลุ่มวัยทำงานให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมประชากรวัยทำงานเพื่อการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

4. ระดับอำเภอ ควรมีการประสานความร่วมมือทุกกระทรวงหลักและภาคเอกชน ทำข้อตกลงร่วมให้มีความพร้อมของทรัพยากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ ซึ่งพบว่าบางพื้นที่ทรัพยากรในด้านเอกสารและสิ่งของที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานยังไม่เพียงพอหรือไม่เลย

5. ในระดับตำบล ควรสร้างต้นแบบผู้สูงอายุ ขยายในชุมชนทุกชุมชน เพื่อให้เกิดการบอกต่อและพูดคุยซักถาม โดยการดำเนินการนั้น ควรอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดมาตรการและนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นและขับเคลื่อนลงสู่พื้นที่ต่อไป

2. ควรศึกษารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. World Report on Ageing and Health [internet]. Luxembourg; 2015 [cited 2018 Nov 29]. Available from: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัททอมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562:16-19
3. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. รายงานประจำปี 2560 ศูนย์อนามัยที่ 9. [นครราชสีมา]: ศูนย์อนามัย; 2561.
4. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564). กรุงเทพฯ: เทพพิชญ์วิสัย; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oppo.opp.go.th>
5. บุญชิน เสาวภาภรณ์, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ปรีชา ดิลกภูมิสิทธิ์, และวรงค์ภรณ์ ไตรติลาพันธ์. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยและพัฒนาโลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557:9(1): 47-59.
6. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลการ, และบวรศม สิริระพันธ์. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2561.
7. เอกชัย เพียรศรีวัชรา, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, วิมลบ้านพวน, ธีระศิริสมุด, แก้วกุล ตันตพิสิฐกุล, ผศ.ดร.ลีลี อิงศรีสว่าง, ดร.นพ.ศ. ตีระวัฒน์นนท์. รายงานการสำรวจผู้สูงอายุไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการและสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. กรุงเทพฯ: วัชรินทร์ พี.พี.; 2556.