

การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ปี พ.ศ. 2556

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล ศศ.ม.*

ธีระ ศิริสมุต วท.ม.*

แก้วกุล ดันติพิสิริกุล วท.ม.*

ลีลี อิงศรีสว่าง Ph.D.*, **

เอกชัย เพียรศรีวัชรา วท.ม.***

วิมล บ้านพวน วท.ม.***

ยศ ตีระวัฒนานนท์ Ph.D.*

* โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

** ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

*** สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ปี พ.ศ. 2556 โดยประเมินผลตามตัวชี้วัดของแผน ใน 3 ยุทธศาสตร์คือ (1) ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีตามมาตรฐานสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ (2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน และ (3) สร้างความเข้มแข็งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ศึกษาใน 28 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงใหม่ พะเยา ลำพูน สุโขทัย เพชรบูรณ์ อุทัยธานี กำแพงเพชร อ่างทอง ปทุมธานี สระบุรี สิงห์บุรี สมุทรสงคราม กาญจนบุรี ชลบุรี สระแก้ว มหาสารคาม ร้อยเอ็ด หนองบัวลำภู เลย นครราชสีมา ชัยภูมิ สุรินทร์ อุบลราชธานี ยโสธร ชุมพร กระบี่ นราธิวาส และสงขลา ยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 2 ทำการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13,642 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสำรวจสถานพยาบาลจำนวน 181 แห่งโดยแบบสอบถามตอบกลับทางไปรษณีย์ ยุทธศาสตร์ 3 ใช้การสำรวจสถานพยาบาลจำนวน 181 แห่ง โดยแบบสอบถามตอบกลับทางไปรษณีย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าการดำเนินงานที่ผ่านเป้าหมายตามตัวชี้วัดคือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ร้อยละ 84) ยุทธศาสตร์ที่ 2 สถานพยาบาลมีส่วนร่วมรื้อฟื้นห้อยขา (ร้อยละ 90) ผู้สูงอายุมีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม (ร้อยละ 63) ยุทธศาสตร์ที่ 3 สถานพยาบาลมีจำนวนอาสาสมัครในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 2,522 คน การดำเนินงานที่ไม่ถึงเป้าหมายตามตัวชี้วัดคือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและใจ (ร้อยละ 53) มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 26) ได้รับการคัดกรองเบาหวาน (ร้อยละ 73) คัดกรองความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 80) คัดกรองภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 33) คัดกรองข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 10) ได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 32) ยุทธศาสตร์ที่ 2 มีตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (ร้อยละ 15) ข้อเสนอแนะคือ กรมอนามัยควรดำเนินการเชิงรุกนอกสถานพยาบาล ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และค้นหามาตรการและนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น รวมถึงเพิ่มคุณภาพการคัดกรองโรค แจกผลการตรวจและการปฏิบัติตัวทั้งผู้ที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, สุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, การประเมินผล

บทนำ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 10 หรือประมาณ 6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 หรือประมาณ 10 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 คาดการณ์ว่า ในอีก 7 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2564) ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (aged society) และอีก 20 ปีข้างหน้าจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society)⁽¹⁾ ทั้งนี้ปัญหาด้านสุขภาพนับได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย และเกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงโรคทางใจ เช่น โรคซึมเศร้า โรคเหล่านี้ ย่อมส่งผลให้ประชากรสูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ (disability) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ โดยปี พ.ศ. 2553 ประมาณการสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 30 ของประชากรทุกกลุ่ม คาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2565 จะเพิ่มขึ้น 3.5 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น⁽²⁾

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการหนึ่งที่ต้องอำนวยความสะดวกให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้มีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม⁽³⁾ การสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญทั้งในแง่การพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับปัจเจกและเพิ่มพูนศักยภาพในระดับกลุ่มหรือชุมชนเพื่อกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิก ซึ่งสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพโดยรวมของสังคมไปในทางที่ดีขึ้น⁽⁴⁾ อีกทั้งสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายที่อาจต้องเสียไปในการดูแลรักษาสุขภาพในระดับประเทศได้

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 คณะกรรมการและอนุกรรมการประสานการ

บริหารแผนงานส่งเสริมและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับกระทรวงขึ้น⁽⁵⁾ โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างกรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 8 แผนงาน (8 flagship projects) ได้แก่ (1) แผนงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ (2) แผนงานการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี อย่างมีคุณภาพ (3) แผนงานการดูแลสุขภาพเด็กอายุ 3-5 ปี อย่างมีคุณภาพ (4) แผนงานการพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ (5) แผนงานการพัฒนาสุขภาพเด็กวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ (6) แผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (7) แผนงานการเฝ้าระวังดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็ง และ (8) แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

สำหรับแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ปี พ.ศ. 2556 จัดทำขึ้นโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักทันตสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เริ่มดำเนินโครงการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงกันยายน พ.ศ. 2556 ลักษณะที่สำคัญของแผนดังกล่าวคือการบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁵⁾ โดยมีผลลัพธ์ของแผนงานคือ

1. ผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม
2. ผู้สูงอายุและผู้พิการมีทักษะในการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
3. ลดความแออัดในการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุและผู้พิการรวมถึงลดค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและภาคครัวเรือนโดยรวม
4. ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี อายุยืนนาน พึ่งตนเอง ช่วยสังคม

ทั้งนี้ เมื่อดำเนินแผนงานดังกล่าวครบ 1 ปี จึงควรมีการประเมินผลและติดตามผลการดำเนินงาน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารในการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานของแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยศึกษาจากตัวชี้วัดในทั้ง 3 ยุทธศาสตร์ ยกเว้นตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมองเสื่อมไม่เกิน

ร้อยละ 10 ยุทธศาสตร์ที่ 2 ร้อยละของคลินิกผู้สูงอายุและผู้พิการคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และยุทธศาสตร์ที่ 3 ร้อยละ 50 ของตำบลมีกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวภายในปี พ.ศ. 2558 เนื่องจากมีข้อจำกัดของการเก็บข้อมูล ทำให้ไม่มีการประเมินผลในตัวชี้วัดดังกล่าว ข้อมูลดังตารางที่ 1 ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2556 ถึงมกราคม 2557 การศึกษาแบ่งออกเป็นดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1: ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีตามมาตรฐานสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์

ศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป มีรูปแบบเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวาง (cross-sectional household survey)

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดและวิธีการประเมินแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน
ยุทธศาสตร์ที่ 1: ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีตามมาตรฐานสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์	
ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและใจ	การสำรวจผู้สูงอายุ
ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ภายในปี 2558	การสำรวจผู้สูงอายุ
ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการคัดกรองเบาหวาน ภายในปี 2560	การสำรวจผู้สูงอายุ
ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง ภายในปี 2560	การสำรวจผู้สูงอายุ
ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการประเมิน ADL	การสำรวจผู้สูงอายุ
ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	การสำรวจผู้สูงอายุ
ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการคัดกรอง ข้อเข่าเสื่อม	การสำรวจผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 31 หรือมากกว่าเข้าถึงบริการ	การสำรวจผู้สูงอายุ
ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นสมองเสื่อมไม่เกินร้อยละ 10 ภายในปี 2560	ไม่มีการประเมิน
ยุทธศาสตร์ที่ 2: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน	
ร้อยละของคลินิกผู้สูงอายุและผู้พิการคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	ไม่มีการประเมิน
ร้อยละ 90 ของสถานบริการสาธารณสุขมีส่วนร่วมรื้อบห้อยขาสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ภายในปี พ.ศ. 2558	การสำรวจสถานพยาบาล
ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 มีพื้นที่เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม ในปี พ.ศ. 2558	การสำรวจผู้สูงอายุ
ยุทธศาสตร์ที่ 3: สร้างความเข้มแข็งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	
ร้อยละ 20 ของตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวภายในปี 2556	การสำรวจสถานพยาบาล
จำนวนอาสาสมัครในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	การสำรวจสถานพยาบาล
ร้อยละ 50 ของตำบลมีกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวภายในปี พ.ศ. 2558	ไม่มีการประเมิน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 - 12 สุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อให้เป็นตัวแทนของเขตสุขภาพ คำนวณกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากรแน่ชัดด้วยสูตรของดาเนียล (Daniel)⁽⁶⁾ กำหนดอัตราการไม่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม (non-respond rate) เท่ากับร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 14,070 คน ทำการเลือกพื้นที่ตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified three-stage sampling) ชั้นภูมิที่ 1 เลือกพื้นที่จังหวัดอย่างเป็นระบบกระจายไปตามเขตสุขภาพ 12 แห่ง เลือกจำนวนจังหวัดตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละเขตฯ โดยพิจารณาให้จังหวัดที่สุ่มเลือกมีการกระจายไปตามขนาดพื้นที่เล็ก/ใหญ่ของจังหวัด และพิจารณาให้เกิดการกระจายครอบคลุมทั่วภูมิภาคตามแผนที่ประเทศไทย ได้จำนวนทั้งสิ้น 28 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พะเยา ลำพูน สุโขทัย เพชรบูรณ์ อุทัยธานี กำแพงเพชร อ่างทอง ปทุมธานี สระบุรี สิงห์บุรี สมุทรสงคราม กาญจนบุรี ชลบุรี สระแก้ว มหาสารคาม ร้อยเอ็ด หนองบัวลำภู เลย นครราชสีมา ชัยภูมิ สุรินทร์ อุบลราชธานี ยโสธร ชุมพร กระบี่ นราธิวาส และสงขลา ชั้นภูมิที่ 2 เลือกพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชนในจังหวัดตัวอย่างกระจายตามเขตการปกครอง คือเทศบาลและนอกเขตเทศบาลในสัดส่วน 1:2 ชั้นภูมิที่ 3 เลือกกลุ่มผู้สูงอายุหมู่บ้าน/ชุมชนละ 30 คน ชาย 14 คน หญิง 16 คน กระจายตามช่วงอายุตามสัดส่วน 6:3:1 ได้แก่ 60-69 ปี ชาย 9 คน หญิง 9 คน 70-79 ปี ชาย 4 คน หญิง 5 คน 80 ปีขึ้นไป ชาย 1 คน หญิง 2 คน

2. เครื่องมือในการวิจัย

ทีมวิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามขึ้นมาโดยยึดตามกิจกรรมและตัวชี้วัดของแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ มีการเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นทดสอบความถูกต้องของเนื้อหาจำนวน 2 ครั้ง แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ข้อมูลด้านสุขภาพและการได้รับการดูแลสุขภาพ (3) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และ (4) ข้อมูลสภาวะแวดล้อมที่เอื้อ

ต่อผู้สูงอายุ

3. วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งต้องได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลโดยสมัครใจ และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้สัมภาษณ์คือเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเขตหรือผู้ที่รับคัดเลือกเป็นพนักงานสัมภาษณ์ ซึ่งผ่านการอบรมวิธีการเก็บข้อมูลจากทีมวิจัยและปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติการภาคสนาม⁽⁷⁾ และมีการควบคุมคุณภาพด้วยการนิเทศติดตามการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่เดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2556

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไป และข้อมูลการได้รับการบริการสุขภาพตามตัวชี้วัดของแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน และ **ยุทธศาสตร์ที่ 3** สร้างความเข้มแข็งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ศึกษาในสถานพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ การให้บริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาล ยกเว้นตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 2 คือผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 มีพื้นที่เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม ในปี พ.ศ. 2558 จะใช้ข้อมูลจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างยุทธศาสตร์ที่ 1

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ สถานพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) จำนวน 603 แห่งใน 28 จังหวัด

2. เครื่องมือในการวิจัย

ทีมวิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามขึ้นมาโดยยึดตามกิจกรรมและตัวชี้วัดของแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ มีการเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้น

ทดสอบความถูกต้องของเนื้อหาจำนวน 2 ครั้ง แบบ-สอบถามประกอบด้วย ข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานของสถานบริการ รวมถึงงบประมาณ การบันทึกและรายงานผล ข้อมูลการจัดบริการผู้สูงอายุทั่วไป ข้อมูลการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุและผู้พิการ และข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของสถานบริการ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กับสถานพยาบาลจำนวน 603 แห่ง มีเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลตอบแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์จำนวนทั้งสิ้น 185 แห่ง เป็นข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ 181 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30 ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2556

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่จำนวน ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไป และข้อมูลการให้บริการสุขภาพตามตัวชี้วัดของแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 การศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14,070 คน มีผู้ตอบแบบสำรวจจำนวน 13,642 คน คิดเป็นร้อยละ 97 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนมากอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 62) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 เพศชาย ร้อยละ 44 มีช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 59) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 61) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75) ด้านเศรษฐกิจพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 46) รายได้รวมกันของสมาชิกในครัวเรือนต่อเดือน 5,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 47) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 86) (ตารางที่ 2)

1.2 การศึกษาในสถานพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 181 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 139 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 29 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์/

โรงพยาบาลทั่วไป 13 แห่ง

2. การประเมินตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

การประเมินแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ตามตัวชี้วัดพบว่าส่วนใหญ่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด ผลการประเมินพบข้อมูลดังตารางที่ 3

ยุทธศาสตร์ที่ 1: ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีตามมาตรฐานสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์

ตัวชี้วัดประกอบด้วย การได้รับพัฒนาทักษะทางกายและใจ ตัวชี้วัดกำหนดเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 80 และเมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุการได้รับพัฒนาทักษะทางกายและใจร้อยละ 53 โดยนักวิจัยได้แบ่งผลของการได้รับการพัฒนาทักษะทางกายใจออกเป็น 11 รายการ พบว่ามี 4 รายการที่ถึงเป้าหมาย และ 7 รายการไม่ถึงเป้าหมาย โดยรายการที่ถึงเป้าหมายมากที่สุด ได้แก่ ผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง โดยไม่เก็บตัวหรือไม่คิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 90) รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไม่มีโรคแทรกซ้อน (ร้อยละ 87) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง โดยไม่เก็บตัวหรือไม่คิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 85) และผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่มีโรคแทรกซ้อน (ร้อยละ 82) ส่วนรายการที่ไม่ถึงเป้าหมายมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้สูงอายุทราบค่าถาม 2Q เป็นสัญญาณเตือนโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 18) รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ได้รับการตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดมีผลปกติ และสามารถระบุผลได้ถูกต้อง (ร้อยละ 25) ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวัดค่าความดันโลหิต มีผลปกติ และสามารถระบุผลได้ถูกต้อง (ร้อยละ 26) ข้อมูลดังตารางที่ 4

สำหรับตัวชี้วัดอื่นๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์นี้พบว่า การดำเนินงานตามแผนส่วนใหญ่ยังไม่ถึงเป้าหมาย โดยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานร้อยละ 73 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตร้อยละ 80 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 32 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม
 ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตร ด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม
 ประจำวัน (Barthel activities of daily living; ADL) (Oxford knee score) ร้อยละ 10 ผู้สูงอายุได้รับการ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เขตการปกครอง		
ในเขตเทศบาล	5,177	38
นอกเขตเทศบาล	8,465	62
เพศ		
ชาย	6,061	44
หญิง	7,580	56
กลุ่มช่วงอายุ		
60-69 ปี	7,966	59
70-79 ปี	4,225	31
80 ปีขึ้นไป	1,394	10
สถานภาพสมรส		
สมรส	8,250	61
หม้ายหย่าร้าง/แยกกันอยู่	4,913	36
โสด	461	3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2,224	16
ประถมศึกษา	10,167	75
สูงกว่าประถมศึกษา	1,195	9
รายได้รวมกันของสมาชิกในครัวเรือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	6,139	47
5,000 บาทขึ้นไป	7,111	53
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	6,255	46
เกษตรกรรวม	4,643	34
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1,193	9
รับจ้างทั่วไป	1,100	8
ข้าราชการบำนาญ	376	3
อื่นๆ	31	0.2
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	11,666	86
สวัสดิการข้าราชการ	1,773	13
ประกันสังคม	148	1
อื่นๆ (จ่ายเอง บัตรพิเศษโรงพยาบาล ประกันชีวิต)	40	0.3

คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 ร้อยละ 26 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 30 คำถาม (2Q) ร้อยละ 33 ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึง ส่วนตัวชีวิตที่ถึงเป้าหมายคือ ผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 31 ประสงค์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เข้าถึงบริการ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เคยได้รับการวินิจฉัย

ตารางที่ 3 ผลการประเมินแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน (ร้อยละ)
ยุทธศาสตร์ที่ 1: ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีตามมาตรฐานสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์	
ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและใจ	53
ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ภายในปี 2558	26
ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการคัดกรองเบาหวาน ภายในปี 2560	73
ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง ภายในปี 2560	80
ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการประเมิน ADL	32
ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	33
ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการคัดกรอง ข้อเข่าเสื่อม	10
ผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 31 หรือมากกว่าเข้าถึงบริการ	84
ยุทธศาสตร์ที่ 2: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน	
ร้อยละ 90 ของสถานบริการสาธารณสุขมีส่วนร่วมสร้างบ่อทรายสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ภายในปี พ.ศ. 2558	90
ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม ในปี พ.ศ. 2558	63
ยุทธศาสตร์ที่ 3: สร้างความเข้มแข็งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	
ร้อยละ 20 ของตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวภายในปี 2556	15
จำนวนอาสาสมัครในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	2,522 คน

ตารางที่ 4 ผลการประเมินตัวชี้วัดผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและใจ

ตัวชี้วัด	ร้อยละ
ผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองและสามารถระบุค่าได้ถูกต้อง	28
ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการตรวจวัดค่าฯ โดยมีผลปกติและสามารถระบุผลได้ถูกต้อง	25
ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติในการประเมินครั้งสุดท้าย	55
ผู้เป็นเบาหวานไม่มีภาวะแทรกซ้อน	82
ผู้ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจคัดกรองและสามารถระบุค่าได้ถูกต้อง	32
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจวัดค่าฯ โดยมีผลปกติและสามารถระบุผลได้ถูกต้อง	26
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตปกติในการประเมินครั้งสุดท้าย	57
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่มีภาวะแทรกซ้อน	87
ผู้สูงอายุทราบค่าคำถาม 2Q สัญญาณเตือนโรคซึมเศร้า	18
ผู้ที่มีแนวโน้มเป็นภาวะซึมเศร้า (จาก 2Q) ไม่เก็บตัว หรือไม่คิดอยากฆ่าตัวตาย หรือ พยายามฆ่าตัวตาย	90
ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ไม่เก็บตัว หรือไม่คิดหรือ พยายามฆ่าตัวตาย	85
ภาพรวม	53

จากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 84 เข้าถึงบริการ เช่น ได้รับการรักษาโดยการให้ยาจากสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลมาเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 2: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน

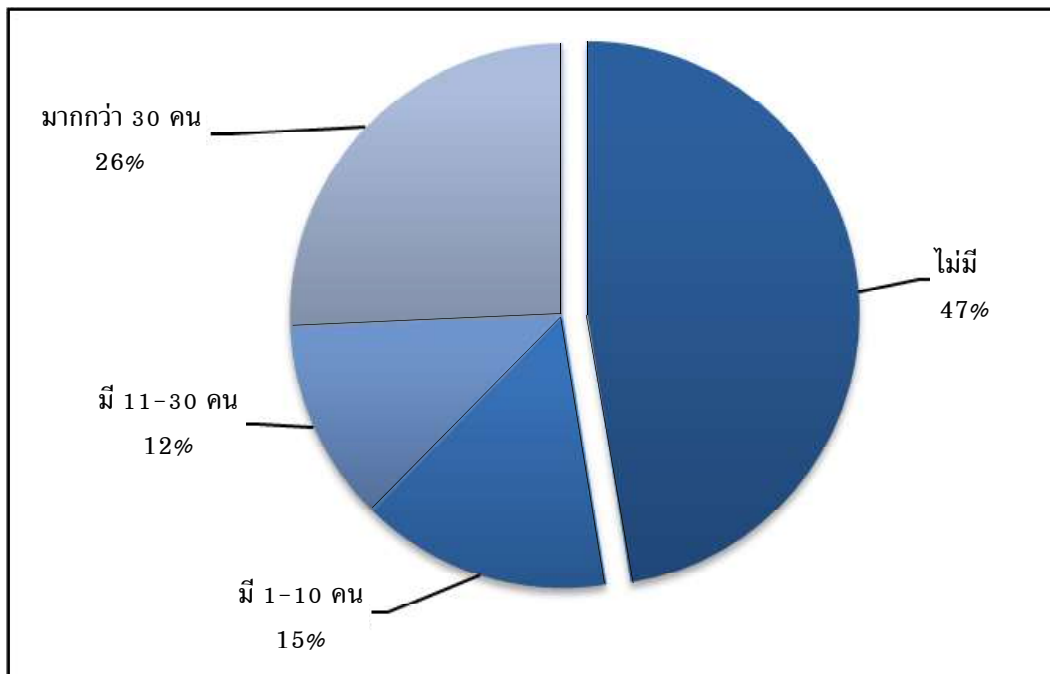
สถานพยาบาลมีการจัดบริการส้วมนั่งราบห้อยขา ร้อยละ 90 เมื่อแยกพิจารณาตามประเภทของสถานพยาบาล พบว่า สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ได้แก่ รพ.สต. มีส้วมนั่งราบ ห้อยขา ร้อยละ 87 ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 90 ส่วนสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ได้แก่ รพช./รพท./รพศ. มีส้วมนั่งราบห้อยขาครบทุกแห่ง ด้านพื้นใช้งาน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 63 มีพื้นใช้เคียวอาหาร (รวมพื้นแท่นและพื้นเทียม) มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซม. หรือ 4 คู่สับ ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 60

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความเข้มแข็งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การสำรวจในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา สถานพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง มีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) แกนนำชุมชน ที่ได้รับการพัฒนาทักษะหรือได้รับการถ่ายทอดความรู้ทั้งหมด 2,522 คน ทั้งนี้สถานพยาบาลร้อยละ 53 มี อผส. ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยส่วนใหญ่มี อผส.มากกว่า 30 คน (ร้อยละ 26) ดังภาพที่ 1

ผลการสำรวจสถานพยาบาลเกี่ยวกับตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าสถานพยาบาลที่มีตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่รับผิดชอบของตน (ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) ร้อยละ 15 ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 20 อย่างไรก็ตาม พบว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 78 ยังไม่ได้รับการประเมิน ร้อยละ 5 อยู่ระหว่างการประเมิน และร้อยละ 2 ไม่ผ่านการประเมิน

ภาพที่ 1 สถานพยาบาลที่มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ในพื้นที่รับผิดชอบ



วิจารณ์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของการดำเนินงานตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ปี พ.ศ. 2556 ภายใต้ตัวชี้วัดทั้งสามยุทธศาสตร์ โดยในยุทธศาสตร์ที่ 1 ซึ่งเน้นพัฒนาผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านสถานบริการชมรมผู้สูงอายุ วัดส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยง เมื่อนำข้อมูลจากการศึกษานำมาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดพบว่า การดำเนินงานยังไม่ถึงเป้าหมาย โดยแยกออกเป็นกลุ่มสำคัญคือ

1) การเข้าถึงการคัดกรองโรคของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) การประเมินข้อเข่าเสื่อม และคัดกรองภาวะซึมเศร้า ที่มีการคัดกรองต่ำกว่าเป้าหมายค่อนข้างมาก จากข้อมูลดังกล่าว อาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุอาจจะไม่รับรู้ ว่าตนเองเคยได้รับการคัดกรองดังกล่าวแล้ว เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานคัดกรองหรือทำการประเมิน ใช้วิธีพูดคุยหรือสังเกตกับผู้สูงอายุ แล้วสรุปผลลงในแบบคัดกรองภายหลัง ซึ่งแนวทางนี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่ทราบว่าตนได้รับการคัดกรองหรือประเมินแล้ว ดังนั้นจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การประเมิน ADL และการประเมินข้อเข่าเสื่อม อาจมีจำนวนมากกว่านี้ แต่อย่างไรก็ตาม การประเมินข้อเข่าเสื่อมด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) นั้นเป็นสิ่งที่เริ่มดำเนินการในพื้นที่ระดับชุมชนได้ไม่นาน และมีข้อจำกัดด้านจำนวนและความสามารถของบุคลากรที่ประเมิน ดังนั้นข้อมูลดังกล่าว น่าจะสามารถสะท้อนสถานการณ์การได้รับการคัดกรอง และการประเมินได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้การคัดกรองโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อาจส่งผลกระทบต่อพื้นที่เหล่านั้นมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรค หรือปัญหาสุขภาพได้มากกว่าพื้นที่อื่น โดยเฉพาะโรคเรื้อรังอย่างเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคที่มีความชุกสูงอันดับหนึ่งและสองในผู้สูงอายุ⁽⁸⁾

ทั้งที่การคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นการคัดกรองขั้นพื้นฐานที่มีการดำเนินงานมานานแล้วก็ตาม

2) การพัฒนาผู้สูงอายุและผู้พิการ ให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองหรือตามตัวชี้วัดคือการพัฒนาทักษะกายและใจผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ บางกลุ่มได้รับการพัฒนาทักษะกายใจ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่พบภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า สามารถปฏิบัติตัวได้ดีโดยไม่อยู่คนเดียว ปรึกษาเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูลบางส่วนที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังขาดการพัฒนาทักษะด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคซึมเศร้า ยกตัวอย่างเช่น มีผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ทราบว่าคุณค่าตาม 2Q เป็นสัญญาณเตือนโรคซึมเศร้า รวมถึงข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่สามารถระบุผลหรือจำผลของตนเองจากการคัดกรองได้ถูกต้อง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหรือญาติผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นเพื่อเฝ้าระวังหรือกำกับติดตามสุขภาพของตนเองในประเด็นที่กล่าวมานี้ ทั้งการให้ข้อมูลด้วยวาจาและการบันทึกในสมุดคู่มือประจำตัวผู้สูงอายุหรือเครื่องมือย้ำเตือนอื่น ๆ

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุโดยกำหนดให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยต้องปฏิบัติตัวครบทั้ง 5 ประการเป็นประจำ ได้แก่ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กินผักผลไม้สดเป็นประจำ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ จากการศึกษาครั้งนี้ มีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 26 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ วิพรรณ และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าในปี พ.ศ. 2554 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 19 ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเริ่มมีการปรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงถือว่าน้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ

ทั้งหมด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีคุณภาพในสถานบริการของรัฐ เช่น คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ การพัฒนาสำนักรับห้อยขา ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการพัฒนาระบบบริการ Home Health Care คุณภาพจากสถานบริการสู่ครอบครัว ชุมชน เมื่อนำข้อมูลจากการศึกษา มาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดพบว่า ผลการดำเนินงานล้นมากกว่าเป้าหมายตามที่กำหนดในตัวชี้วัด ได้แก่

1) การพัฒนาสำนักรับห้อยขาสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทุกแห่งล้วนมีสำนักรับห้อยขาเพื่อความสะดวกต่อการใช้งานของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในขณะที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ใกล้ชิดและผู้สูงอายุมาใช้บริการมากที่สุดกลับพบว่า มีบางแห่งที่ยังไม่ได้มีการปรับให้มีสำนักรับห้อยขา ซึ่งจำเป็นต้องเร่งดำเนินการให้ครบทุกแห่ง อย่างไรก็ตามในแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ เป้าหมายของตัวชี้วัดนี้ได้รวมการให้บริการสำนักรับห้อยขาในสถานบริการสาธารณะต่างๆ เช่น แหล่งท่องเที่ยว ร้านจำหน่ายอาหาร ตลาดสด สถานีบริการน้ำมัน เป็นต้น แต่ผลการประเมินนี้เป็นเพียงข้อมูลของสถานพยาบาลเท่านั้น

2) การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากนับว่าเป็นส่วนสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของฟัน เช่น ฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ นอกจากนี้ จำนวนฟันใช้งานยังมีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุหลายด้าน ได้แก่ มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทำให้ค่า BMI ของผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ⁽¹⁰⁾ จากผลการประเมินที่พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสมมากกว่าเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่กำหนด ทั้งนี้อาจเกิดจากมาตรการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยกรมอนามัยที่มีกิจกรรมบริการส่งเสริมป้องกันทันตสาธารณสุขในระดับตำบล ซึ่ง

ประกอบไปด้วย (1) สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (2) จัดบริการทันตกรรมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์⁽¹¹⁾ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในช่องปากเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 40 ที่ประสบปัญหาด้านช่องปากคือมีฟันไม่ครบ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ ดังนั้น กิจกรรมบริการส่งเสริมป้องกันทันตสาธารณสุขในระดับตำบลที่ดำเนินการนี้ จะต้องเพิ่มการเข้าถึงผู้สูงอายุทุกกลุ่มให้มากขึ้น และต้องดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 มุ่งเน้นสร้างความเข้มแข็งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีมาตรการพัฒนาศักยภาพครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ และดูแลผู้สูงอายุเมื่อนำข้อมูลจากการศึกษานำมาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด ผลการดำเนินงานยังไม่ถึงเป้าหมายตามตัวชี้วัดคือ มีตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพียงร้อยละ 15 แต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าบุคลากร ได้แก่ อสม. อพส. แกนนำชุมชน บางส่วนได้รับการพัฒนาทักษะหรือได้รับการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งบุคลากรเหล่านี้จะเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง และยังสามารถถ่ายทอดความรู้ต่อไปในชุมชน อีกทั้งช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่อีกด้วย การดำเนินงานดังกล่าวถือเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดำรงอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า ในหนังสือการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน⁽¹²⁾ มีตัวอย่างบทเรียนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุร่วมกับชุมชน ซึ่งจากผลดำเนินการจากบทเรียนเหล่านี้ระบุชัดเจนว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ที่ดำเนินกิจกรรมโดยชุมชนมีส่วนร่วมหรือบูรณาการงานร่วมกันจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนั้น ยังสามารถเข้าถึงบริการทางสังคมอื่นๆ รวมไปถึงรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้มากอีกด้วย

การประเมินผลการดำเนินงานแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการปี พ.ศ. 2556 แม้จะมีตัวชี้วัดที่ยังไม่ถึงเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม บางตัวชี้วัดมีการกำหนดเป้าหมายในปีถัดๆ ไป การประเมินผลครั้งนี้จึงเป็นประโยชน์ทั้งในระยะสั้นคือ ผู้ให้บริการในพื้นที่สามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา อันจะนำไปสู่การดำเนินงานด้านส่งเสริมและป้องกันโรคให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนในระยะยาวคือเป็นข้อมูลสะท้อนให้กับหน่วยงานระดับสูงในการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานของแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปีถัดไป เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดในปีที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ ในการปรับแผนการดำเนินงาน มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1. กรมอนามัยและผู้รับผิดชอบแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ควรปรับปรุงแผนงานให้ดำเนินการเชิงรุกนอกสถานพยาบาลมากขึ้น โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสในการเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

2. กรมอนามัยและผู้รับผิดชอบแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ค้นหามาตรการและนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มสูงขึ้น เพิ่มคุณภาพการคัดกรองโรคสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการแจ้งผลการตรวจและการปฏิบัติตัวทั้งผู้ที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค

3. กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่ดูแลสถานพยาบาลปฐมภูมิ ควรจัดทำส่วนนั่งราบห้อยขาในสถานพยาบาลให้ครบทุกแห่ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูล และเจ้าหน้าที่ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกท่านและขอขอบคุณ กรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัย และโครงการประเมินเทคโนโลยี

และนโยบายด้านสุขภาพซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ภายใต้ทุนเมธีวิจัยอาวุโส เพื่อพัฒนาศักยภาพการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (RTA5580010)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2556.
2. ถาวร สกุลพาณิชย์, สมชัย จิตสุชน, อรวรรณ ประสิทธิ์ศิริผลถาวร. การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2556.
3. องค์การอนามัยโลก. พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ: รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ [ลินคักดีซันน์ อุ่นพรมมี, ผู้แปล]. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส; 2009.
4. Macdonald G. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Health Educ Res 2000;15:232-5.
5. สราวุฒิ บุญสุข, ธนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, จินตนา พัฒนพงศ์ธร, นุชนารถ รักประเสริฐ, จารุภา จำนงค์ดี, สุภาวดี จิตยานนท์. แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagship Project). พิมพ์ครั้งที่ 2. ม.ป.ท.; 2556.
6. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons; 1995.
7. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฏกุล, ธัญญา คู่พิทักษ์ขจร. คู่มือการปฏิบัติการภาคสนามการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2556.
8. ปราโมทย์ ประสาทกุล, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชวนวัน, มนสิการ กาญจนะจิตรา, สุภรณ์ จรัสสิทธิ์, ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, และคณะ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557.
9. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชัยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, วรเมศม์ สุวรรณระดา, วิภาภรณ์ โพธิศิริ และคณะ. รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผล

- การดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2550-2554). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
10. เอกชัย เพียรศรีวัชรา, วิมล บ้านพวน, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, อีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: วัชรพี.พี; 2556.
11. เอกชัย เพียรศรีวัชรา, อรวี รมยะสมิต, วิมล บ้านพวน, เบญจมาภรณ์ ศิริเฉลิม, พิรญา จันทรังค. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปีข่างแจ้ว. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
12. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน. นครปฐม: ที คิว พี; 2555.

Abstract: Evaluation of the Implementation of the Health Promotion Plan for Elders and Disables, Year 2013

Suradech Doungthipsirikul, M.A.*; Teera Sirisamutr, M.Sc.*; Kaewkul Tantipisitkul, M.Sc.*; Lily Ingsrisawang, Ph.D.; Ekachai Piensriwatchara, M.Sc.***; Vimol Banpoun, M.Sc.***; Yot Teerawattananon, Ph.D.***

** Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP); ** Department of Statistics, Faculty of Science, Kasetsart University; *** Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health*

Journal of Health Science 2015;24:937-49.

This study aims to evaluate the implementation of health promotion programs for elderly and disabled population in Thailand (2013). Assessment indicators of the plan consists of three strategies include strategies: (1) promoting the healthy elderly, (2) developing the quality services for the elderly in communities and (3) strengthening community participation in health promotion for the elderly. This study is survey in 28 provinces, consisting of Chiang Mai, Phayao, Lamphun, Sukhothai, Phetchabun, Uthai Thani, Kamphaeng Phet, Saraburi, Sing Buri, Ang Thong, Pathum Thani, Chon Buri, Sa Kaeo, Kanchanaburi, Maha Sarakham, Roi Et, Surin, Ubon Ratchathani, Yasothon, Nong Bua Lamphu, Nakhon Ratchasima, Chaiyaphum, Chumphon, Krabi, Narathiwat, and Songkhla. The strategies 1 and 2 were conducted as two studies. Firstly, a face to face cross-sectional survey in elders aged 60 years or above. Altogether 13,642 individuals were interviewed with a structured questionnaire. Secondly, a postal survey was conducted among 605 eligible health care providers. One hundred and eighty one agreed to participate in the survey leading to 30% response rate. The strategies 3, a postal survey among 605 eligible health care providers, Data were analyzed according to important indicators using descriptive statistics. It was found that some program activity indicators achieved the targets, including the proportion of depressed patients had access to health services (84%), the proportion of hospitals with standard toilet for elderly people (90%), the proportion of elders who have teeth for chewing food (63%) and the number of community volunteers who have been trained and were able to take care of elders (2,522 people). However, some program activities need to be improved to reach the targets, including the proportion of elders who received physical and mental support (53%), the proportion of elders who have healthy behaviors (26%), the proportion of elders who received screenings for diabetes (73%), hypertension (80%), depression (33%), osteoarthritis (10%), the proportion of elders who received assessment for daily functioning (32%) and the proportion of districts with standard plan for taking care of elderly people (15%). It was recommended that health promotion activities outside the hospital settings should be emphasized. Community and family should be encouraged to support effective interventions and promote elderly healthy behaviors. Related agencies should also pay attention to improve the coverage and quality of necessary screenings and provide education for elders.

Key words: elderly, health, health behavior, evaluation