

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

ยุทธนา พูนพานิช พ.บ.

แสงนภา อุทัยแสงไพศาล พ.บ., ส.ม.

* สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

** ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย

บทคัดย่อ สังคมไทยเป็นสังคมสูงอายุ ซึ่งสัดส่วนประชากรสูงอายุเทียบกับประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การเตรียมการรองรับโดยให้เกิดการดูแลโดยชุมชนเพื่อชุมชนเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ แต่ปัจจุบันยังขาดข้อมูลรูปแบบกิจกรรมที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและต้นทุนที่ชุมชนควรลงทุน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวน และวิเคราะห์หารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมสำหรับบริบทของชุมชนในประเทศไทย พร้อมทั้งวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนรวมในมุมมองขององค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเป็นข้อมูลเสนอแนะในการลงทุนดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนเมษายนถึงกันยายน 2556 โดยการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มในชุมชน รวมทั้งศึกษาต้นทุนกิจกรรม สร้างเป็นสมการต้นทุนรวมในมุมมองขององค์การบริหารส่วนตำบล ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (พึ่งตนเองได้) คือ จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างต่อเนื่องในรูปของชมรมผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ดูแลตนเองได้บ้าง) คือ จัดการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยเหลือกิจวัตรบางอย่าง ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้) คือ จัดให้มีผู้ดูแลซึ่งมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านต้นทุนของชุมชน พบว่าต้นทุนกิจกรรมในกลุ่ม 1, 2, และ 3 (หน่วยเป็นบาท) คือ $73,030 + 78.82 \times \text{จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม 1}$, $71.36 \times \text{จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม 2}$ และ $919 \times \text{จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม 3}$ ตามลำดับ และต้นทุนรวมคือผลรวมของต้นทุนทั้งสามกลุ่ม ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประกันบริการทางสังคมขั้นต่ำสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน, ชมรมผู้สูงอายุ, การเยี่ยมบ้าน, ผู้ดูแล, ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุ

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10-20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด (su-

per aged society) ซึ่งมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ สัดส่วนประชากรสูงอายุนี้มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วหรือประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้วประเทศอื่นๆ และประชากรสูงอายุในสัดส่วนที่เป็นภาระต่อวัยทำงานจะสูงขึ้นเป็นลำดับ ลักษณะทางประชากรที่เปลี่ยนไปเช่นนี้ จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศไทย โดยเฉพาะเมื่อมีค่าใช้จ่ายอัน

เกิดจากการใช้สวัสดิการด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น การเตรียมการรองรับจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ในเขตบริการสุขภาพที่ 9 ในปี 2556 พบมีประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 1,061,236 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของจำนวนประชากรทั้งเขต เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คือ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล หรือ Barthel Index of ADL (activities of daily living) พบผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ที่พึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ ร้อยละ 92.4 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ที่ดูแลตนเอง ได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 6.4 และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องการการช่วยเหลือ ร้อยละ 1.2^(2,3) โดยกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพมากเป็น 3 ลำดับแรกคือ ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 75.9) รองลงมาคือ ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 72.5) และได้รับการสนับสนุนสิ่งของ กายอุปกรณ์ หรือเงิน จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 71.6)⁽⁴⁾ นอกจากนี้ในปี 2556 เขตฯ มีการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 109 คน ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการเข้ารับการอบรม และยังมีความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุอีกมากเพื่อให้เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ในพื้นที่⁽⁵⁾

การสนับสนุนให้เกิดการดูแลโดยชุมชนเพื่อชุมชนเป็นวิธีการที่ยั่งยืนและจะช่วยลดภาระของระบบบริการสาธารณสุขซึ่งมีทรัพยากรต่างๆ จำกัดได้ สอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งพบว่าในปัจจุบันชุมชนและท้องถิ่นมีความสนใจและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนมากขึ้น มีการพัฒนาข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติ และการสนับสนุนจากกองทุนต่างๆ แต่ข้อมูลสนับสนุนด้านปริมาณการลงทุนการศึกษาต้นทุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนยังมี

อยู่จำกัด รูปแบบของกิจกรรมที่เหมาะสมยังไม่ชัดเจน และขาดหน่วยงานพี่เลี้ยงที่จะประสาน แนะนำและสนับสนุนการทำงานด้านผู้สูงอายุแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การศึกษานี้จึงเน้นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการวิเคราะห์หารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับชุมชนนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งวิเคราะห์ต้นทุนในมุมมองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอแนะทางนโยบายการลงทุนเพื่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ รับผิดชอบ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนรูปแบบกิจกรรมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ADL และวิเคราะห์รูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายสำหรับประเทศไทย และวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนรวมในมุมมองขององค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเป็นข้อมูลเสนอแนะต่อองค์การบริหารส่วนตำบลในการลงทุนจัดส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน - กันยายน 2556 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. การศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมและติดตามวรรณกรรมอ้างอิง (literature review and cited reference search) ทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในมิติของชุมชนหรือองค์กรส่วนท้องถิ่น ทั้งในและต่างประเทศ ในมิติที่ชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกในชุมชนเอง โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม (social-bound) กลุ่มติดบ้าน (home-bound) และกลุ่มติดเตียง (bed bound) วิเคราะห์กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ADL

ฐานข้อมูล ได้แก่

a. Pubmed

คำสำคัญ “Health Promotion”[Mesh] AND

Aged[Mesh] AND Community Health Planning[Mesh]

เกณฑ์การคัดเลือก มีการพิมพ์ในภาษาอังกฤษ

เกณฑ์การคัดออก ไม่สามารถเข้าถึงบทคัดย่อและ
บทนิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ได้

กระบวนการคัดเลือกจากคำสำคัญค้นหาได้ 59 ชิ้น
วรรณกรรม อ่านคัดเลือก คัดออก ตามกรอบการทบทวน
และติดตามวรรณกรรม อ้างอิงจากวรรณกรรมที่คัดเลือก
ได้

b. Google search engine คัดเลือกเอกสารจาก
หน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับความเชื่อถือในระดับ
ประเทศหรือนานาชาติ ได้แก่ มหาวิทยาลัย กระทรวง
สาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง-
ของมนุษย์ องค์กรอนามัยโลก เป็นต้น

2. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมโดยวิธี standard
costing และเทียบเคียงจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
คำนวณต้นทุนรวมจากผลรวมของต้นทุนหน่วยย่อย
ผลลัพธ์คือ สมการแสดงต้นทุน (การลงทุน) ซึ่งต้องการ
ให้องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนให้แก่ชุมชนต่อปี
งบประมาณ (หน่วยเป็นบาท)

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดสนับสนุนการตัดสินใจดำเนินงาน
ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในการศึกษานี้ประกอบ
ด้วย 3 ส่วน คือ (1) เหตุใดจึงต้องส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ (2) สิ่งใดที่ควรดำเนินการ และ (3) ควร
ดำเนินการอย่างไร โดยในการศึกษานี้จะจนถึงต้นทุนที่
ต้องลงทุนในการดำเนินการ ดังแสดงในภาพที่ 1

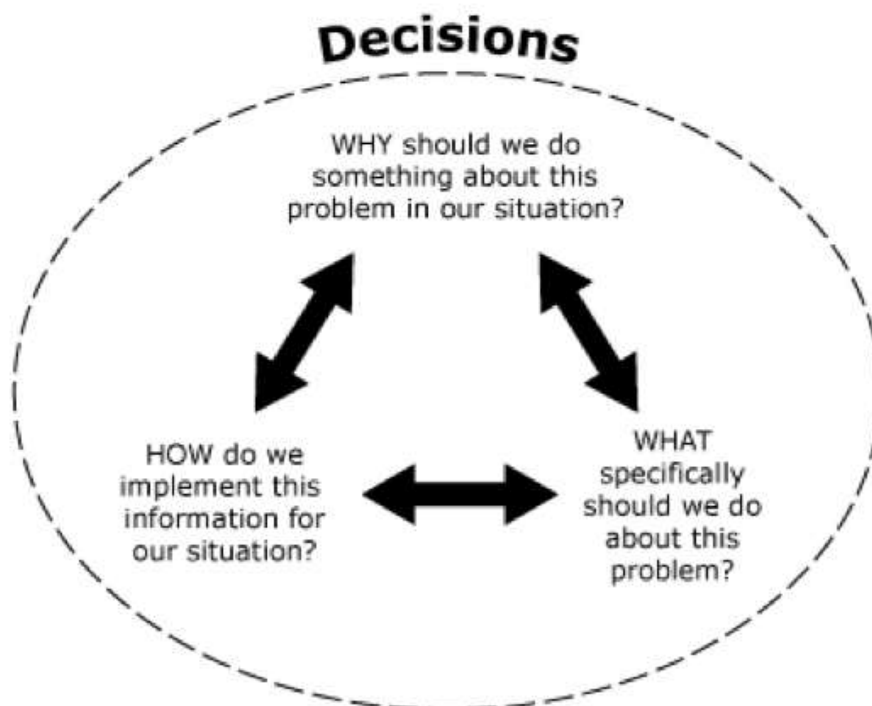
ส่วนกรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการ
ใช้ทรัพยากรในชุมชนและนโยบายชุมชนมากกว่าการ
พึ่งพาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ชุมชนและ
ผู้ดูแล ได้รับข้อมูลสุขภาพและเกิดความตระหนัก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพ
ผู้สูงอายุอันพึงประสงค์ ดังแสดงในภาพที่ 2

วิธีและกรอบการวิเคราะห์ต้นทุน

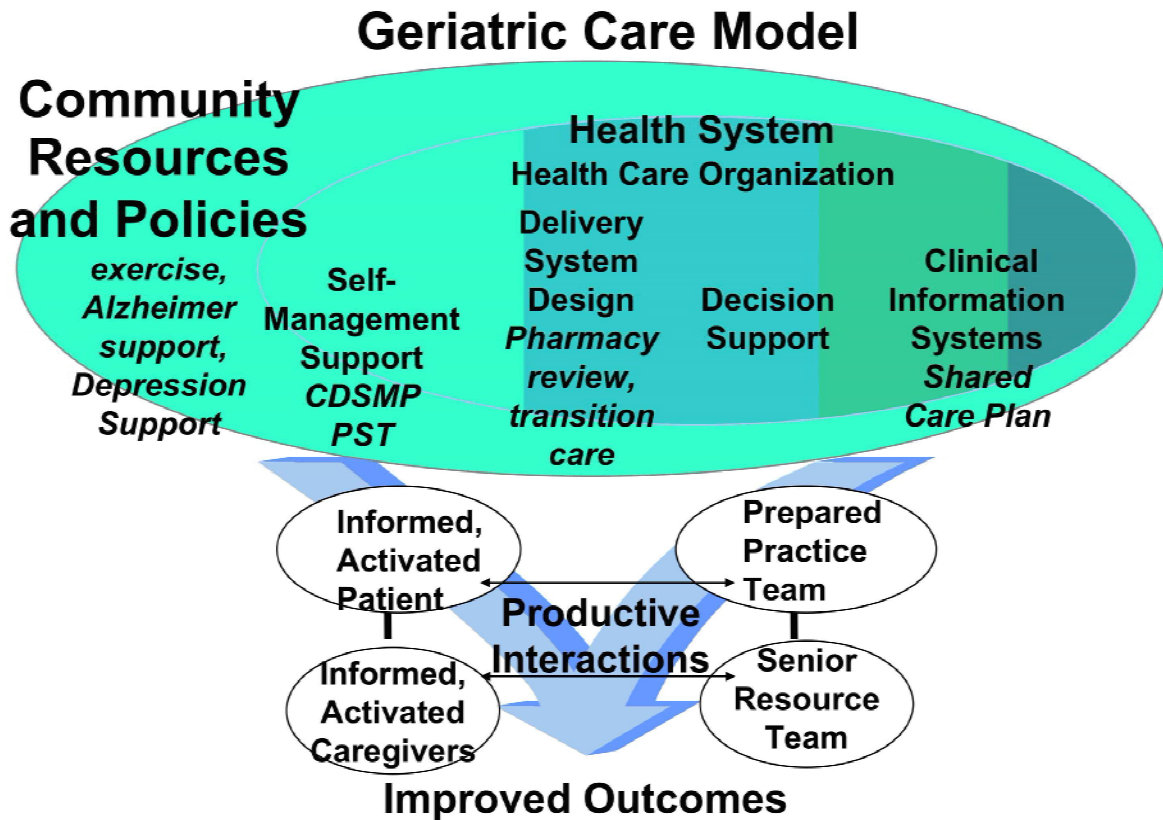
Full cost คือ ต้นทุนรวม เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
โดยองค์การบริหารส่วนตำบล

- Full Cost = cost1+ cost2 + cost3 (*elder#
where applicable)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดสนับสนุนการตัดสินใจดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ



- cost1,2,3 คือ ต้นทุนของกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1,2,3 ตามลำดับ
- elder1,2,3# คือ จำนวนผู้สูงอายุในกลุ่ม 1,2,3 ตามลำดับ
- *พัฒนาจาก การวิเคราะห์ต้นทุนแบบมาตรฐาน (standard costing)⁽⁸⁾

1. การวิเคราะห์ห้วงศักรเพื่อจัดหน่วยต้นทุน (cost center identification and grouping)

หน่วยย่อยคือ กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ไม่มี การรับส่งผลผลิตซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุแต่ละคนจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น และ Cost product คือ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ADL โดยชุมชน โดยไม่วิเคราะห์รวมกิจกรรมการบริการที่สถานบริการสาธารณสุขได้จัดให้อยู่แล้ว

2. การคำนวณต้นทุนทางตรง (Direct cost determination)

มุมมองการวิเคราะห์เป็นมุมมองของชุมชนโดย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในกรอบเวลา 1 ปีงบประมาณ และไม่รวมต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) เนื่องจากบริบทพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ชุมชนอาจเลือกใช้พื้นที่สาธารณะที่มีอยู่เป็นสถานที่ทำกิจกรรมร่วมกันได้ ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) ที่สามารถกระจายได้จะถูกนำมาคำนวณ แต่การอ้างอิงต้นทุนต่อหน่วยจากการศึกษาอื่น จะไม่คำนวณต้นทุนนี้ซ้ำอีก ส่วนต้นทุนค่าแรง (Labor cost) คำนวณมูลค่า ค่าแรงจากเงินเดือน และการประมาณสัดส่วนการทำงานในหน่วยย่อย

3. การคำนวณต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost allocation) การจัดสรรต้นทุนของหน่วยงานอยู่นอกเหนือขอบข่ายตัวแปรที่สามารถควบคุมได้ และอยู่นอกเหนือวัตถุประสงค์การศึกษา จึงไม่ประเมินและวิเคราะห์ในการศึกษานี้

4. การคำนวณต้นทุนรวม (Full cost calculation) เป็นผลรวมของต้นทุนของหน่วยย่อย โดยต้นทุนของหน่วยย่อยที่แปรผันตามจำนวนผู้สูงอายุ หรือต้นทุนต่อ

หน่วย (unit cost) จะถูกคูณด้วยจำนวนผู้สูงอายุ ส่วนต้นทุนหน่วยย่อยที่ไม่ขึ้นกับจำนวนผู้สูงอายุจะถูกรวมโดยไม่คูณด้วยจำนวนผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุ หมายถึงมนุษย์ในช่วงปลายของชีวิต ในทางสถิติมักถือว่าผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุ 60-65 ปีขึ้นไป ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วมักใช้เกณฑ์อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ซึ่งสัมพันธ์กับการกำหนดอายุเพื่อรับรัฐสวัสดิการและสิทธิต่างๆ ในฐานะผู้สูงอายุของประเทศนั้นๆ⁽⁹⁻¹¹⁾ สำหรับประเทศไทยกำหนดว่าผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป⁽¹²⁾

การส่งเสริมสุขภาพ ได้ถูกบัญญัติความหมายในกฎบัตรออตตาวา เมื่อปี ค.ศ. 1986 ว่าหมายถึง ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งแสดงว่าบุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ⁽¹⁾

สถานการณ์ผู้สูงอายุและผลกระทบ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 พบว่าจากเดิมประเทศไทยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเพียง 1.2 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5.4 ของ ประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 7.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 โดยอัตราการเพิ่มของ ประชากร ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 3 ต่อปี ขณะที่กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วมีเพียงประมาณร้อยละ 1 ต่อปี ทำให้ในอนาคตประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุในสัดส่วนที่เป็นภาระต่อวัยทำงานที่สูงขึ้น คือ 12.4, 14.5, 18.2, 29.2 ต่อวัยทำงานหนึ่งร้อยคน ในปี พ.ศ. 2553 ถึง 2568 ตามลำดับ ซึ่ง นับว่าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก และจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศไทยเนื่องจากการ

ใช้จ่ายบริโภคต่อหัวเฉพาะผู้สูงอายุลดลง แต่ค่าใช้จ่ายครัวเรือนสูงขึ้นไม่สอดคล้องกับแรงงาน หรือรายได้ที่ลดลง และการใช้สวัสดิการ โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น⁽¹³⁻¹⁶⁾ เนื่องจากวัยสูงอายุมักเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน อัมพฤกษ์/อัมพาต ไตวายเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งล้วนแต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหรือการเกิดภาวะทุพพลภาพที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในระยะยาวต่อไป^(13,17,18)

การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน

การดูแลระยะยาว (long term care) โดยชุมชนเป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพและบริการสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ดูแลทั้งในและนอกระบบสุขภาพ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชน) ทำให้กับผู้ที่ต้องการการดูแล รวมถึงบริการทั้งในสถานบริการหรือในชุมชนทุกระดับ เช่น สถานดูแลกลางวัน บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลชั่วคราว การดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น⁽¹⁹⁾

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ในปัจจุบันชุมชนและท้องถิ่นมีความสนใจงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ยังขาดข้อมูลที่จำเป็นในการวางระบบ มีข้อจำกัดด้านกฎหมาย ในการใช้งบประมาณ สัดส่วนและรายละเอียดต้นทุน และการลงทุนเพื่อสุขภาพยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จำเป็นในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และพบว่าท้องถิ่นต้องการพี่เลี้ยงในการทำงานด้านสุขภาพ^(13,20-23)

จากการวิเคราะห์หลักการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ กฎบัตรออตตาวา กฎบัตรกรุงเทพ และปฏิญญาบูโน-ดาร์ซาลาม^(11,13,18,24) เฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในมิติของชุมชน สามารถจัดกลุ่มเป็น 5 ประเด็นดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ โดยเน้น

ให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคมมีข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบายไม่ให้มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายหมู่บ้านปลอดอุบัติเหตุ นโยบายครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

2. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและป้องกันการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ได้แก่ การจัดให้มีสุขาสำหรับผู้สูงอายุในบ้านและชุมชน ไฟส่องสว่าง รวบรวมสัญลักษณ์ทางต่างระดับทางลาดและพื้นกันลื่น เป็นต้น
3. การสร้างเสริมศักยภาพบุคคลและชุมชน รวมถึงการสนับสนุนปัจจัยสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมศักยภาพ เช่น ลานออกกำลังกาย ศูนย์การเรียนรู้ ห้องสมุดประชาชน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนจะต้องมีการรวมตัวกันหรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของชุมชน ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์และแพร่โรค อารมณ์ขันบทรธรรมนิยมประเพณีวัฒนธรรมในสังคมซึ่งสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เช่น การขอพรปีใหม่ ประเพณีรดน้ำดำหัวในเทศกาลสงกรานต์ เป็นต้น นอกจากนี้ชุมชนควรรวบรวมปัญหาต่างๆ มาวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เสริมสร้างความร่วมมือกับองค์กรหรือหน่วยงานอื่นในชุมชนทุกระดับเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ ตลอดจนการวิจัยและพัฒนาการศึกษาที่ส่งเสริมศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ
5. การปรับเปลี่ยนและส่งเสริมบริการทางด้านสาธารณสุขและการสวัสดิการสังคม โดยเน้นเชิงรุก และลดการพึ่งพาระบบบริการ เช่น การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับวัยสูงอายุ การดูแล

ให้คำปรึกษาและรักษาโรค การจัดให้มีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ (คลินิกผู้สูงอายุ)

รูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มโดยชุมชน

การวิเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมได้คำนึงถึงบริบทของประเทศไทยซึ่งมีเอกลักษณ์ คือ มีการรวมตัวรวมกลุ่มตามอัยยาศัยกันมาก เหนียวแน่น มักไม่เป็นทางการ มีการติดต่อกันเป็นส่วนตัว ในลักษณะกลุ่มปฐมภูมิมากกว่าสัมพันธ์กันในลักษณะกลุ่มทุติยภูมิ มักมีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมไม่แตกต่างกันมาก ยกเว้นชุมชนเมืองอาจมีความแตกต่างกันบ้างตามอาชีพและฐานะ แต่โดยรวมมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านหรือสมาชิกในชุมชน การแสดงความเคารพนับถือกัน ซึ่งมีความสำคัญต่อสถานะของบุคคลในชุมชน⁽²⁵⁾ ผลการวิเคราะห์รูปแบบส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มเป็นดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ การดูแลส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มนี้จึงเป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งดูแลมิให้เกิดความเสื่อมหรือเกิดภาวะพึ่งพิง กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ **“การรวมตัวกันในรูปของชมรมผู้สูงอายุ”** สนับสนุนโดยผลการศึกษาวิจัยที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการมีสมาชิกภาพในกลุ่มเครือข่ายสังคมส่งผลด้านบวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการทำงานสมรรถนะทางกายดีขึ้น การเข้าสังคมทำให้อารมณ์แจ่มใส ไม่หมกมุ่นหรือซึมเศร้าและคงการรับรู้ ไม่หลงลืมง่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นและผู้สูงอายุรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพดีขึ้น ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁽²⁶⁻³⁰⁾ ขณะเดียวกัน การ

แยกตัวจากสังคมก็ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการทำงานของผู้สูงอายุด้วย^(31,32) ในทางปฏิบัติ ชุมชนในประเทศไทยสามารถจัดให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมในสถานที่สาธารณะ เช่น ศาสนสถาน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ บ้านกลางผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมจึงเป็นประตูสู่สุขภาพดี ช่วยเสริมคุณค่าผู้สูงอายุในสังคม ส่งผลบวกต่อหลายปัจจัยสุขภาพในคราวเดียว^(33,34)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เองบ้าง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางกิจกรรม ในต่างประเทศมักจัดบริการช่วยเหลือในรูปแบบสถานที่อยู่ที่เรียกว่า assisted living หรือ independent living หรือ retirement home มีการติดตามกิจวัตรต่างๆ ของผู้สูงอายุโดยผู้ให้บริการเพื่อเฝ้าระวังอันตรายและเพื่อให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ อย่างไรก็ตาม รูปแบบแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมตะวันตกด้านการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและความเป็นปัจเจกบุคคล⁽³⁵⁾ ต่างจากลักษณะความเป็นอยู่ของสังคมไทย ทำให้ไม่เหมาะสมกับบริบท โดยเฉพาะในแง่มุมมองของสาธารณสุข กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ “การเยี่ยมบ้าน” เป็นบริการต่อเนื่องที่บ้านที่จัดให้กับผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสาในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นการช่วยเหลือที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อนทั้งด้านสุขภาพและสังคม โดยไม่มีหัตถการดูแลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ⁽²⁶⁾ มีผลการวิจัยที่พบว่าการเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพ ในการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ลดการตาย ลดการใช้บริการสุขภาพ^(36,37) เพิ่มสมรรถนะร่างกาย เพิ่มสุขภาวะทางจิตใจ ลดการหลกั⁽³⁸⁾ สามารถดำเนินการโดยบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุขได้ และจำนวนครั้งที่เพิ่มขึ้นของการเยี่ยมบ้านสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ⁽³⁹⁾

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น การดูแล

ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตลอดเวลาอย่างถูกวิธี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ลำไส้อาหาร แผลกดทับ ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ ทูพโภชนาการ เป็นต้น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ “การจัดให้มีผู้ดูแล” เป็นการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพื่อแบ่งเบาภาระจากสมาชิกในครอบครัว ให้สมาชิกยังคงสามารถสร้างผลผลิตให้แก่ชุมชนและสังคมได้ต่อไป⁽⁴⁰⁾ และรวมถึงการดูแลสมาชิกของชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวดูแลด้วยการสนับสนุนข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลจะช่วยให้การทำงานของผู้นี้ดีขึ้น เกิดการดูแลระยะยาวในชุมชน ต่อไป^(41,42)

การวิเคราะห์ต้นทุน (การลงทุน) ในมุมมองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องอยู่จำกัด ไม่ว่าจะเป็นต้นทุนกิจกรรม คือ ชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน การจัดให้มีผู้ดูแล และด้านผู้ลงทุนคือชุมชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีดังนี้

ต้นทุนเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 : หน่วยย่อยที่วิเคราะห์คือ “การรวมตัวกันในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุ”

คำนวณจากต้นทุนแยกรายกิจกรรมสำหรับชมรมผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1) โดยใช้กิจกรรมตามเกณฑ์การประเมินลำดับที่ 6 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยท้องถิ่นมีส่วนร่วมจากเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพ กรมอนามัย อันได้แก่

- มีกรรมการที่ปรึกษาที่เป็นตัวแทนจากภาครัฐหรือองค์กรอื่นๆ (ในการวิจัยนี้ คือ ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล) และมีการประชุมคณะกรรมการทุกเดือน
- มีกิจกรรมออกกำลังกายในรอบหนึ่งเดือน
- มีกิจกรรมตรวจสุขภาพในรอบปี มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในรอบปี (ในการวิจัยนี้ถือว่าเป็นกิจกรรมที่จัดให้โดยสถานบริการ

สาธารณสุข ส่วนการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเป็นบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล)

- มีการเยี่ยมเยียนสมาชิกที่เจ็บป่วย พิกการ และ ทพพลภาพในรอบปี
- มีการทำกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรมไทยในรอบปี (ในการวิจัยนี้คือ วันผู้สูงอายุ และ วันปีใหม่ รวม 2 ครั้ง) เป็นต้น

ต้นทุนแรงงาน คำนวณจากสัดส่วนการปฏิบัติงานของบุคลากรจากองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน (ข้าราชการส่วนท้องถิ่นสายงานเริ่มต้นจากระดับ 3 ได้รับอัตราเงินเดือน อันดับ ท.3 ขั้น 12.5 อัตรา 11,860 บาท) พบเป็นสัดส่วน $RV = 0.1236RV$ ดังนั้น ต้นทุนค่าแรงคือ $0.1236 * 11860 = 1,466$ บาท โดยไม่ขึ้นกับจำนวนผู้สูงอายุ

ด้านต้นทุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การส่งเสริมการออกกำลังกาย มีต้นทุนต่อหน่วย คือ 78.82 บาทต่อราย ส่วนการรณรงค์การตรวจสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากประจำปี มีต้นทุนต่อหน่วย คือ 35,782 บาทต่อครั้ง⁽⁸⁾ ดังนั้น ต้นทุนการรณรงค์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพรวม คือ $78.82 * \text{elder1\#} + 71,564$ บาท และต้นทุนเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 = ต้นทุนแรงงาน + ต้นทุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ = $73,030 + 78.82 * (\text{จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1})$

ต้นทุนเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2: หน่วยย่อยที่วิเคราะห์ คือ “การเยี่ยมบ้าน”

วิเคราะห์จากต้นทุนสำหรับกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน โดยอ้างอิงจากต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีต้นทุนต่อกิจกรรมเยี่ยมบ้าน คือ 490.71 บาทต่อราย⁽⁴³⁾ ขณะที่รายการต้นทุนมาตรฐาน ให้ต้นทุนการเยี่ยมบ้าน คือ 359.93 บาทต่อรายในสถานบริการขนาดใหญ่ และ 71.36 บาทต่อรายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย)⁽⁸⁾ เมื่อวิเคราะห์ถึงกิจกรรมในการเยี่ยมบ้านและศักยภาพทางการแพทย์ พบว่า การเยี่ยมบ้านของชุมชนใช้ทรัพยากรใกล้เคียง

หรือน้อยกว่าการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น ต้นทุนเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 = $71.36 * (\text{จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2})$

ต้นทุนเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3: หน่วยย่อยที่วิเคราะห์ คือ “การจัดให้มีผู้ดูแล”

วิเคราะห์จากข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยในการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเท่ากับ 2,202 บาทต่อผู้ดูแลหนึ่งราย (เพื่อดูแลผู้สูงอายุหนึ่งราย)⁽⁴⁴⁾ ขณะที่ต้นทุนการบริการสุขภาพดีเริ่มต้นที่บ้าน คือ 919.00 บาทต่อราย⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นการบริการโดยผู้ดูแลแบบเฉพาะบางช่วงเวลา ผู้ดูแลหนึ่งคนดูแลผู้สูงอายุมากกว่าหนึ่งคน และยังไม่มีการประกันคุณภาพ⁽⁴⁵⁾ เหมาะสมต่อการเริ่มดำเนินการขององค์การบริหารส่วนตำบลในระยะแรก ซึ่งยังมีจำนวนผู้ดูแลจำกัดและสามารถเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลได้จำกัด⁽⁵⁾ ดังนั้น ต้นทุนเพื่อผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 3 = $919 * (\text{จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 3})$

จึงได้ว่า Full cost = $73,030 + 78.82 * \text{elder1\#} + 71.36 * \text{elder2\#} + 919 * \text{elder3\#}$

การนำไปใช้ประโยชน์

รูปแบบและต้นทุนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนในการศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบูรณาการการดำเนินงานผู้สูงอายุของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งสามารถสนับสนุนงบประมาณและจัดการดำเนินการในระดับตำบลได้ การศึกษานี้ แสดงรูปแบบสำหรับชุมชนในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชุมชน ดังในเขตนครชัยบุรินทร์และตัวอย่างพื้นที่ที่ได้มีการดำเนินการแล้ว ผู้สูงอายุจะได้รับบริการขั้นต่ำ ดังแสดงในผลการวิเคราะห์ของการศึกษาเมื่อมีการลงทุน ตามผลการวิเคราะห์ต้นทุนหน่วยย่อยและต้นทุนรวม ซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อการตัดสินใจวางแผนงานและจัดสรรทรัพยากรขององค์การบริหารส่วนตำบล (อ้างอิงจากการคำนวณต้นทุนรวม Full cost

$$= 73,030 + 78.82 * \text{elder1\#} + 71.36 * \text{elder2\#} + 919 * \text{elder3\#})$$

วิจารณ์

การศึกษานี้ใช้กฎบัตรออกตัวว่าเป็นพื้นฐานการวิเคราะห์รูปแบบกิจกรรม โดยเทียบเคียงกับหลักการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ กฎบัตรกรุงเทพ และปฏิญญาบรูไนดารุสซาลาม ซึ่งทำให้ 5 ประเด็นของกฎบัตรออกตัวมีความสมบูรณ์ในรายละเอียดย่อยโดยจะจูงกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุยิ่งขึ้น นำผลการศึกษานี้มาเป็นกรอบในการเลือกวิเคราะห์กิจกรรมที่เหมาะสมร่วมกับลักษณะทางสังคมของชุมชนในประเทศไทย ส่วนรูปแบบกิจกรรมได้รวบรวมจากกิจกรรมที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน อันได้แก่ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุ การจัดหากายอุปกรณ์ การช่วยเหลือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมหรือที่อยู่อาศัย การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานรับดูแลของเอกชน เป็นต้น จึงสามารถคัดกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์กฎบัตรฯ และบริบทออกได้ เช่น การจัดบริการ assisted living หรือ retirement home เป็นต้น รวมทั้งสามารถคัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับทั้งกฎบัตรและบริบทให้เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ต้นทุนต่อไปตามวัตถุประสงค์และกรอบการศึกษาที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมที่รวบรวมในการศึกษานี้ ไม่ครอบคลุมถึงรูปแบบที่อาจมีการดำเนินการในอนาคต จึงไม่สามารถส่งผลหรือขยายผลให้เกิดนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบอื่นๆ ได้อย่างไรก็ดี นวัตกรรมรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นได้ในระยะยาว เมื่อองค์การบริหารส่วนตำบลได้ลงทุนดำเนินการในชุมชนที่รับผิดชอบ โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนวิชาการและกระตุ้นการขยายการดำเนินงานไปยังพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลอื่นๆ

ด้านการวิเคราะห์ต้นทุน มีข้อจำกัด เนื่องจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีน้อย การศึกษาก่อนหน้านี้ล้วนเป็นมุมมองของหน่วยงานสาธารณสุข ส่วนการศึกษาในมุมมองขององค์การบริหารส่วนตำบลก็ไม่พบในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การวิเคราะห์จึงใช้การเทียบเคียงข้ามหน่วยงานในระดับเดียวกัน และอ้างอิงข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิและรายการต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทียบเคียงกับองค์การบริหารส่วนตำบล ดังแสดงในการวิเคราะห์ต้นทุนเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 โดยใช้เกณฑ์ขั้นต่ำตามเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพของกรมอนามัย ซึ่งในทางปฏิบัติอาจดำเนินการมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดได้ เช่น อาจทำกิจกรรมตามประเพณีไทยในรอบปีตามวันสำคัญต่างๆ รวมมากกว่า 2 ครั้งต่อปี (เทียบเคียงจากต้นทุนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ 35,782 บาทต่อครั้ง) หรือมีการเยี่ยมเยียนสมาชิกที่เจ็บป่วยและอาจมีการลงทุนจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือด้วยในคราวเดียวกัน ดังนั้น ต้นทุนที่วิเคราะห์จึงเป็นการประมาณการขั้นต่ำตามเกณฑ์การประเมินเท่านั้น การดำเนินการมากขึ้นย่อมเกิดต้นทุนสูงขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์ ควรศึกษาวิธีการวิเคราะห์และตระหนักในข้อจำกัดของการอนุมานของสมการต้นทุนรวมนี้ โดยตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้แก่ รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดรายละเอียดของกิจกรรมและจำนวนครั้งของกิจกรรม รวมทั้งทรัพยากรที่องค์การบริหารส่วนตำบลใช้จริงในกิจกรรม เช่น จำนวน ระดับของเจ้าหน้าที่ สัดส่วนชั่วโมง-ปีในการทำงาน ซึ่งในการวิเคราะห์ต้นทุนนี้ได้กำหนดไว้ การปรับเปลี่ยนตัวแปรจะส่งผลต่อทั้งต้นทุนทางตรง และ variable cost ซึ่งทำให้ไม่สามารถใช้สมการนี้อ้างอิงได้ รวมถึงความคลาดเคลื่อนจากต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเก็บข้อมูลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรงเพื่อศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน และจะช่วยพัฒนาสมการต้นทุนรวมนี้ให้มีความแม่นยำยิ่งขึ้น สุดท้ายนี้ ต้องคำนึงถึงเสมอว่า

ผลการวิเคราะห์รูปแบบและต้นทุนนี้เป็นเพียงเครื่องมือและแนวทางที่จะใช้สนับสนุนและชี้แนะภาคีเครือข่ายในการดำเนินการด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเท่านั้น การประเมินผลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในระยะยาวจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. กรมอนามัย 2556.
2. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. การประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผู้สูงอายุและผู้พิการ ประจำปี 2556 เขตนครชัยบุรีรินทร์. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ “ประเมินกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2556”; 16-17 พฤษภาคม 2556; โรงแรมปรีณัฐพาเลซ มหานคร. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค; 2556.
3. เขตบริการสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรินทร์. กลุ่มประชากรเป้าหมาย WECANDO [อินเทอร์เน็ต]. 2013. [cited 26 Dec 2013]. Available from: <http://164.115.22.73/k9/splan/?content=dl.Index&cat=gr&item=3>
4. กลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย. งานผู้สูงอายุ. ใน: สถานการณ์สุขภาพเขตนครชัยบุรีรินทร์ ปีงบประมาณ 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา; 2555. หน้า 48-61.
5. กลุ่มอนามัยวัยทำงานและผู้สูงอายุ. สรุปผลโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตนครชัยบุรีรินทร์ ปีงบประมาณ 2556. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา; 2556.
6. Institute of Medicine. Bridging the evidence gap in obesity prevention: a framework to inform decision-making. Washington DC: Institute of Medicine of the National Academies; 2010.
7. Ross CB, Elizabeth AB, Terry LL, Kathleen NG, editors. Evidence-based public health. New York: Oxford University Press; 2003.
8. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมรายการต้นทุน

- มาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2010 [cited 2014 Jan 3]. [8 screens]. Available from: <http://www.hip.net/costingmenu/>
9. Encyclopedia Britannica. Academic ed. Old age [Internet]. Chicago: Encyclopedia Britannica Inc.; 2012 [cited 2013 Dec 10]. [3 screens]. Available from: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/426737/old-age>
 10. Oxford English Dictionary. Old age [Internet]. Oxford, (United Kingdom): Oxford University Press; 2013 Sep [cited 2013 Dec 15]; [1 screen]. Available from: URL: <http://0-www.oed.com.librarycatalog.vts.edu/view/Entry/258473?redirectedFrom=old+age&>
 11. World Health Organization. Definition of an old or elderly person [Internet]. 2014. [cited 2013 Dec 10]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefolder/en/>
 12. รศรินทร์ เกรย์, อุมารณ์ ภัทรวาณิช, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, เรวดี สุวรรณพเก้า. มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
 13. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พงษ์พาณิชย์เจริญผล; 2555.
 14. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. World population prospects: the 2010 revision. New York: United Nations; 2013.
 15. Lee SH, Mason A, Park D. Overview: why does population aging matter so much for Asia? Population aging, economic security and economic growth in Asia. In: Park D, Lee SH, Mason A. Aging, economic growth, and old-age security in Asia. Cheltenham (United Kingdom): Edward Elgar Publishing; 2012. p. 1-31.
 16. Prasartkul P. Population aging and health: a case study of Thailand. Keynote lecture presented at the RGJ-PhD Congress XIV, Chonburi, Thailand. IPSR Publication no. 416. Nakhon Pathom: Institute of Population and Social Research; 2013.

17. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-พ.ศ.2552). นนทบุรี: เดอะกรู๊ปโก ซิสเต็มส์; 2553.
18. World Health Organization. Active aging: a policy framework. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
19. World Health Organization. Aging and life course [Internet]. 2014. [cited 2013 Dec 11]. Available from: <http://www.who.int/ageing/en/>
20. วสุธร ดันวิวัฒนกุล. สุขภาพอนามัยชุมชนและกระบวนการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2547.
21. บวร งามศิริอุดม, นันทา อ่วมกุล, สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์, บรรณาธิการ. การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ. เอกสารสรุปการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 6 นโยบายและภาคีเครือข่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติ: มุ่งเน้นความสำคัญต่อบังคับกำหนดสุขภาพ; 7-11 สิงหาคม 2548, ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ, กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
22. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. คู่มือการดำเนินงานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (บ้านกลางของผู้สูงอายุ). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์สิทธิเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2556.
23. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. คู่มือการดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์สิทธิเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์; 2556.
24. ระพีพรรณ คำหอม. ข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง ด้านสวัสดิการสังคมของประชาสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2554 การพัฒนาองค์การสวัสดิการสังคม: การบริหารจัดการเพื่อการเปลี่ยนแปลง [Internet]. 2554 [cited 119 Nov 2013]. [3 screens]. Available from: <http://www.socadmin.tu.ac.th/>
25. Wikipedia, the Free Encyclopedia. Culture of Thailand [Internet]. 2013 Dec 8 [cited 2014 Jan 1]. [4 screens]. Available from: http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Culture_of_Thailand&oldid=585096013
26. วรณภดา ศรีธีรรัตน์. ลัดดา ดำริการเลิศ, บรรณาธิการ. การจัดการความรู้และการสังเคราะห์ แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิง. 2553.
27. Glass TA. Successful aging. In: Tallis RC, Fillit HM, eds. Brocklehurst's Textbook of Geriatrics Medicine and Gerontology. 6th. ed. London: Harcourt Health Sciences; 2003. p. 173-81.
28. Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Frick KD, Glass TA, Hill J, et al. A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps Model. J Urban Health. 2004;81:64-78.
29. Glass TA, Freedman M, Carlson MC, Hill J, Frick KD, Ialongo N, et al. Experience corps: Design of an intergenerational program to boost social capital and promote the health of an aging society. J Urban Health 2004;81:94-105.
30. Dessem E, Walsh M, Beattie B, Kulinski K, Lachenmayr S. Monograph: Evidence-based programs and resources for changing behavior in old adults. Washington DC: National Council on Aging and Michele Boutaugh U.S. Administration for Community Living; 2013.
31. Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. Ann Intern Med. 1999;131: 165-73.
32. Fratiglioni L, Wang H, Ericson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. Lancet. 2000;355:1315-9.
33. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. การจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [สืบค้นเมื่อ 30 พ.ย. 2013]. [20 screens]. แหล่งข้อมูล: http://www.oppo.opp.go.th/info/Roster_Multi-PurposeCenter-53.pdf
34. ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. วิภาพรณ วอโรจรัตน์. วรณา คงสุริยะนาวัน. วิลาสินี เต็มเศรษฐเจริญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรม

- ผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2555;30:35-45.
35. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Assisted living [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2014 Jan 7]. [3 screens]. Available from: http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Assisted_living&oldid=588692571
 36. Sahlen KG, Lofgren C, Mari Hellner B, Lindholm L. Preventive home visits to older people are cost-effective. Scand J Public Health; 2008;36:265-71.
 37. Kronborg C, Vass M, Lauridsen J, Avlund K. Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly: economic evaluation alongside randomized controlled study. Eur J Health Econ; 2006;7:238-46.
 38. van Haasstregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. BMJ 2000;320:754-60.
 39. Elkan R, Kendrick D. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people?. World Health Organization Regional Office for Europe (Health Evidence Network) [Internet]. 2004 June [cited 2013 Nov 28]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/74696/E83105.pdf
 40. Yoshihisa H, Masafumi K, Hiromi E, Jun H, Akihisa I. Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2008 May [cited 2014 Jan 2];46:367-74. Available from: [http://www.aggjournals.com/article/S0167-4943\(07\)00134-3/pdf](http://www.aggjournals.com/article/S0167-4943(07)00134-3/pdf)
 41. US National Institute on Aging, National Institutes of Health, World Health Organization. Global health and aging. Bethesda (Maryland): National Institutes of Health; 2011.
 42. Yoshihisa H, Masafumi K, Hiromi E, Kazumasa U. Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2011 Mar [cited 2014 Jan 2];52:202-05. Available from: [http://www.aggjournals.com/article/S0167-4943\(10\)00094-4/pdf](http://www.aggjournals.com/article/S0167-4943(10)00094-4/pdf)
 43. พิพัฒน์ อินแดง. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้ระบบการคิดต้นทุนกิจกรรม (ABC): กรณีศึกษาหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2545.
 44. แสงนภา อุทัยแสงไฟศาล. ต้นทุนต่อหน่วยในการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตนครชัยบุรินทร์ ปี 2556. วารสารวิชาการศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย; 2556;8:(กำลังพิมพ์).
 45. ศิริพันธ์ สาสัตย์, ประนอม รอดคำดี, เตือนใจ ภักดีพรหม. การพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล 2553;25:38-52.

Abstract: Community Healthcare Promotion: Preparing for Aged Society**Yuttana Poonpanich, M.D.; Saengnapha Uthaisaengphaisan, MD, MPH***Rajanukul Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health**Journal of Health Science 2014;23:226-38.*

The healthcare promotion for rapidly growing of elderly population has been an important public health challenge in Thailand since it became an aged society in 2009. Healthcare system has been reoriented and a fast track elderly clinic project has been launched to better serve the elderly. However, concerted effort from other agencies besides public health sectors has not yet been well observed. Subdistrict Administrative Organizations (SAOs) lack information and firm evidence for sound investment in the community health. The objectives of this study were to analyze the costs for such projects and to provide initial costing for SAO's policy decision making in order to justify appropriate healthcare promotion programs for the elderly in context of Thailand's community settings. The study began from April to September 2013 with a systematic review of both Thai and international literature. Standard costing method was applied for the assessment of the program costs. It was found that the health promotion services for elderly could be categorized into 3 groups in accordance with the three groups of elderly based on their Barthel activities of daily living index (ADL). A preferable project for socially-bound elderly was an establishment and participation in elderly clubs to maintain self capacity and good health; a project for home-bound elderly was home visits to assist some daily activities; and a project for bed-bound elderly was home care by care givers to relief burden on families. For the cost analysis, the overall cost could be calculated by using the following equation: Full cost = 73,030 + 78.82*elder1# + 71.36*elder2# + 919*elder3#, of which the elder(n)# is number of elderly in each group (n = 1, 2 or 3). This calculation did not include capital cost and indirect cost allocation. In conclusion, this study could be a useful guidance on appropriate local services for the elderly as well as data on tangible and clearer investment recommendation.

Key words: Community healthcare promotion, elderly, costing, subdistrict administrative organization