

การประเมินความต้องการเพื่อพัฒนารูปแบบ การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชุมชนแบบบูรณาการตำบลสะอาด อำเภอหน้าพอง จังหวัดขอนแก่น

โสภิตา ขวณิชกุล

พัชรา เสถียรพัทธ์

กลุ่มการสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินความต้องการเพื่อจัดทำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและครอบครัวโดยให้มีการบูรณาการการดำเนินงานกับทุกภาคส่วนศึกษา ณ ตำบลสะอาดอำเภอหน้าพอง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการความร่วมมือระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรใจกล้า ประเทศไทย ระหว่างปี 2551-2554 โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในชุมชนและครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพ มีศักดิ์ศรี การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการสร้างแบบสอบถามและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกคนในตำบลสะอาด 986 คน เพื่อประเมินถึงสภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ แล้ว ประมวลเป็นหลักการและแนวคิดพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีอายุระหว่าง 60-69 ปี สามารถพึ่งพิงตัวเองได้ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและมีรายได้น้อย (ต่ำกว่าเดือนละ 500 บาท) รายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพ จากการสำรวจทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีปัญหาจากโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ อาการหลงลืม รองลงมาคือ โรคกระดูกและข้อ โรคเกี่ยวกับสายตา ความดันโลหิตสูง ปัญหาทางด้านสุขภาพที่ต้องการให้แก้ไขมากที่สุด คือ อาการตาพร่ามัว อาการเสียวแปลบไปที่ขาเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ และปัญหาปากและฟัน ผลจากการประเมินจะเป็นพื้นฐานสำหรับหลักการและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินความต้องการ, การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ, ผู้สูงอายุ

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า⁽¹⁾ ภายในปี ค.ศ. 2050 ประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 80 ปี จะเพิ่มขึ้นถึง 400 ล้านคน ผู้สูงอายุเหล่านี้จะอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ ถึงปานกลาง และโรคที่พบได้มากจะเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ หัวใจวายเฉียบพลัน

เบาหวาน ความพิการต่าง ๆ ทั้งทางสายตา และการได้ยินโรคกระดูกเสื่อม รวมทั้ง โรคสมองเสื่อม (dementia) และ หลงลืม (Alzheimer) ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือ long term care จึงเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้อีกต่อไป มีปัญหาทั้งทางด้านสภาวะร่างกาย และ

สุขภาพจิต จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมในทุกด้าน เช่น การพยาบาลที่บ้าน (home - based care nursing) การดูแลโดยชุมชน และการดูแลในโรงพยาบาล นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือความพร้อมและศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งจะต้องมีการอบรมเพิ่มเติมสำหรับทักษะเฉพาะ เพื่อที่จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้

นิยามที่ใช้กำหนดความเป็นผู้สูงอายุของประเทศไทยคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป⁽²⁾ จากรายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554⁽³⁾ พบว่า ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา จำนวนประชากรวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปี) ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 1.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 8.5 ล้านคน ในปี พ.ศ.2553 สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 5.5 ในปี พ.ศ. 2523 และร้อยละ 13.2 ในปี 2553 ซึ่งนับได้ว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว คือมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และงานบริการทางด้านสาธารณสุขที่สามารถคลุมประชากรได้อย่างทั่วถึงโดยเฉพาะอย่างยิ่งอนามัยแม่และเด็ก ทำให้เด็กแรกเกิดมีโอกาสที่จะรอดชีวิตมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุในวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างมากด้วยเช่นกัน จากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นกว่าร้อยละ 12.8 ในปี พ.ศ. 2553 ดังนั้นนอกจากจะมีจำนวนที่สูงขึ้นแล้วยังพบว่ามีแนวโน้มที่จะสูงวัยมากขึ้นด้วย ซึ่งในช่วงวัยปลายนี้จะเป็นช่วงที่ต้องการการเกื้อหนุนหรือพึ่งพาผู้อื่นสูงสุด

ในปี พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ร่วมมือกันจัดทำโครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย⁽⁴⁾ โดยในปี พ.ศ.2550 รัฐบาลญี่ปุ่นโดยองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่นหรือไจก้า (JICA) ได้เห็นชอบสนับสนุนทางวิชาการแก่

โครงการ ระยะเวลาของโครงการ 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 - 2554 วัตถุประสงค์ของโครงการคือการส่งเสริมให้มีรูปแบบ ที่เป็นต้นแบบของการบูรณาการภารกิจด้านสุขภาพ และสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ที่สามารถนำไปขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่ชุมชนอื่นได้ต่อไป โดยดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 4 จังหวัดได้แก่

1. ตำบลสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
 2. ตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย
 3. ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
 4. ตำบลบ้านนา อำเภอนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ซึ่ง 4 จังหวัดนี้จะเป็นต้นแบบของภาคต่าง ๆ ที่

จะนำไปพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมต่อไป ในส่วนของความยั่งยืนของการดำเนินงานนั้นจะเน้นการสร้างความเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก โดยมีหน่วยงานภาครัฐทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนในด้านองค์ความรู้ งบประมาณ และทรัพยากรอื่น ๆ โดยมีระบบการติดตามนิเทศผลการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่อย่างสม่ำเสมอรวมทั้งมีการจัดการองค์ความรู้เพื่อที่จะสามารถถ่ายทอดบทเรียนและประสบการณ์ให้กับบุคลากรได้มีความรู้ความเข้าใจร่วมกัน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาหลักการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ข้อมูลเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ พื้นที่การศึกษาคือตำบลสะอาดอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นมีประชากรสูงอายুরวมทั้งสิ้น 986 คน จากประชากรรวมทั้งหมด 9,535 คน จาก 14 หมู่บ้าน เป็นเพศชาย 4,769 คน เพศหญิง 4,766 คน ได้รับเลือกให้เป็นพื้นที่นำร่องสำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากมีการทำงานแบบบูรณาการของ

หลายหน่วยงานในพื้นที่ ชุมชนมีความเข้มแข็ง องค์กรปกครองท้องถิ่นให้ความสำคัญกับปัญหาผู้สูงอายุ มีกลุ่มภาคสังคม ร่วมทำงานในพื้นที่ และเป็นพื้นที่ที่ได้รับการยอมรับของส่วนราชการระดับจังหวัด

สำรวจข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ข้อมูลสุขภาพและความสนใจของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการ โดยสัมภาษณ์ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทุกรายที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปในปีที่ผ่านมา ระหว่างวันที่ 22 สิงหาคม - 30 กันยายน พ.ศ.2551 แบบสอบถามพัฒนาร่วมกันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จากข้อมูลในตำราตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์⁽⁵⁾ และจากการปรึกษาหารือของผู้เชี่ยวชาญจากกรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญของใจก้า จากนั้นนำไปทดลองในพื้นที่ใกล้เคียงจำนวน 50 ชุดและผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่น (validity and reliability test)⁽⁶⁾ ผู้สัมภาษณ์คืออาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่จำนวน 30 คน ได้รับการอบรมเป็นเวลา 1 วัน โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม จากนั้นให้มีการทดลองสัมภาษณ์ในพื้นที่ที่มีการผลิตคู่มือสำหรับการสัมภาษณ์เพื่อช่วยให้ผู้สัมภาษณ์เข้าใจในคำจำกัดความของคำถามต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

แบบสอบถามมี 7 ด้านได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม
3. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel ADL Score⁽⁷⁾
4. ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. สภาพที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย
6. สัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวและสังคม
7. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและความต้องการของ

ผู้สูงอายุในการให้ครอบครัวปฏิบัติต่อตน

การประเมินโดยใช้เกณฑ์ของ Barthel ADL Score นั้นจะประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในกิจกรรม 10 อย่างดังนี้ 1) การตัดอาหาร 2) การดูแลทำความสะอาดร่างกาย 3) การลุกนั่ง 4) การใช้ห้องสุขา 5) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 6) การแต่งกาย 7) การเดินขึ้นลงบันได 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการถ่ายหนัก และ 10) การควบคุมการถ่ายเบา หลักการให้คะแนนนั้นจะต้องดูว่าผู้สูงอายุทำได้จริงและจะต้องเป็นการปฏิบัติได้ในระยะ 1-2 วันที่ผ่านมา หากต้องมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังขณะปฏิบัติกิจนั้นจะไม่ได้คะแนนเต็ม หากไม่มีสติจะให้คะแนนศูนย์ทั้งหมด

ระดับความรุนแรง Barthel ADL Index ดูจากผลการรวมคะแนนดังนี้

กลุ่มที่ 1 คะแนน 0-4 หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

กลุ่มที่ 2 คะแนน 5-8 หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนมาก

กลุ่มที่ 3 คะแนน 9-11 หมายถึง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง

กลุ่มที่ 4 คะแนน 12 ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา อยู่ในรูปแบบสัดส่วน การคิดอัตราร้อยละ และอัตราส่วน ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

การสอบถามครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 95 คือผู้สูงอายุเอง รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 2.3 บุตร/บุตรสะใภ้ ร้อยละ 2.1 และญาติ ร้อยละ 0.3

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.7 เมื่อจำแนกตามอายุพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.6 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.5 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา

ประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 84.4 รองลงมาคือ ประถมศึกษาตอนปลาย และไม่ได้รับการศึกษา

2. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม

จากการสำรวจการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุพบว่า ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 48.6 รองลงมาไม่ได้ทำงาน ส่วนอาชีพอื่น ๆ ได้แก่ เลี้ยงสัตว์ รับจ้าง และ ประกอบธุรกิจส่วนตัว จากการสอบถามถึงแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุจากแหล่งต่าง ๆ พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพ รองลงมาได้รับจากลูกหลาน และการประกอบอาชีพ ปัจจุบันที่เหลื่อมมาจาก บำเหน็จบำนาญ เงินเก็บ เงินออม ค่าเช่า ดอกเบี้ย อนึ่งมีผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ร้อยละ 13.4 และไม่ต้องการให้ข้อมูลร้อยละ 7.6

จำนวนรายได้ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ต่ำกว่าเดือนละ 500 บาท รองลงมาได้เฉลี่ย 1,001-5,000 บาท และ 501-1000 บาท ตามลำดับ เห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีรายได้ค่อนข้างต่ำ เมื่อสอบถามถึง ความพึงพอใจต่อภาวะรายรับรายจ่ายของผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีความพึงพอใจในภาวะของรายรับและรายจ่ายของตนเอง ไม่พอใจ ร้อยละ 44.1

เมื่อสอบถามถึงแนวทางการเพิ่มรายได้ ซึ่งได้รับคำตอบจากผู้สูงอายุจำนวน 796 รายต้องการให้เพิ่มเงินเบี้ยยังชีพ รองลงมาคือมีการสร้างงานเพื่อเพิ่มรายได้ อื่นๆ จากการสอบถามถึงพฤติกรรมการออมเงินพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออมเงินร้อยละ 72.8 ไม่มีการออมเงินร้อยละ 26.7 ส่วนมากออมเงินกับกลุ่มออมทรัพย์ที่เหลื่อมออมเงินกับ ธนาคาร สหกรณ์ และกับบริษัท ประกัน

3. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 95.9 อยู่ในกลุ่มที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 1.2 ต้องการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ตารางที่ 1)

4. ข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้-

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากร (N = 986 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	447	45.3
หญิง	539	54.7
อายุ (ปี)		
60 - 69	538	54.6
70 - 79	319	32.4
≥ 80	124	12.5
ยังไม่สามารถระบุอายุได้ชัดเจน	5	0.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	47	4.8
ประถมศึกษาตอนต้น	832	84.4
ประถมศึกษาตอนปลาย	72	7.3
มัธยมต้น	13	1.3
มัธยมปลาย	5	0.5
ปวช	2	0.2
ปวส/อนุปริญญา	1	0.1
ปริญญาตรี	9	0.9
ปริญญาโท	2	0.2
ปริญญาเอก	1	0.1
อื่น ๆ	2	0.2
รายได้โดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุ (บาทต่อเดือน)		
< 500	372	37.7
501 - 1,000	106	10.8
1001 - 5,000	196	19.9
5,001 - 10,000	51	5.2
10,001 - 20,000	22	2.2
20,001 - 50,000	19	1.9
≥ 50,001	4	0.4
ไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูล	216	21.9
อาชีพ		
ข้าราชการบำนาญ	19	1.9
รับจ้าง	44	4.5
เกษตรกรรม	479	48.6
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	21	2.1
เลี้ยงสัตว์	59	6.0

ตารางที่ 1(ต่อ) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากร (N = 986 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	310	31.4
อื่น ๆ	54	5.5
ความพึงพอใจในภาวะของรายรับและรายจ่าย		
พอใจ	532	54.0
ไม่พอใจ	435	44.1
ไม่มีคำตอบ	19	1.9
การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในชีวิตประจำวัน (คะแนน)		
0-4	12	1.2
5-8	6	0.6
9-11	7	0.7
12	946	95.9
ยังไม่มีข้อมูล	15	1.6

สูงอายุพบว่าในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพและมีเพียงร้อยละ 15.8 ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ เมื่อสอบถามพฤติกรรมการกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ พบว่า มากกว่าครึ่งเคยกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ มีเพียงร้อยละ 29.5 ที่ไม่เคย และกินประจำร้อยละ 14

ด้านพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพนั้น ได้สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุซึ่งพบว่าผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมการออกกำลังกายร้อยละ 87.8 และไม่ได้ออกกำลังกายมีเพียงร้อยละ 12.2 โดยการออกกำลังกายมี 2 ชนิด คือการออกกำลังกายไม่เป็นรูปแบบได้แก่การทำงาน และการออกกำลังกายเป็นรูปแบบ คือ การเล่นกีฬา

โรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นปัญหาจากโรคเรื้อรัง โดยมีอาการ หลงลืมมากที่สุด รองลงมาคือ โรคกระดูกและข้อ โรคเกี่ยวกับสายตา ความดันโลหิตสูง โรคเครียด โรคเกี่ยวกับหู โรคในช่องปาก โรคเบาหวาน และปัญหาที่ต้องการให้แก้ไขเร่งด่วนคือปัญหาตาพร่ามัว ต้อ รองลงมาคือ อาการเปลี่ยนแปลง

จากท่านอนเป็นท่านั่งแล้วมีอาการเสียวแปลบลงขา ปัญหาปากและฟัน (ตารางที่ 2)

สำหรับผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย พบว่าส่วนใหญ่คือ ลูก มีจำนวนถึงร้อยละ 46.7 รองลงมาคือคู่สมรส หลาน และสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุนิยมเข้าไปใช้บริการเป็นอันดับแรกคือ สถานีอนามัย รองลงมาคือ โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน และบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องการเป็นลำดับแรกคือ บริการสุขภาพเคลื่อนที่ มากถึงร้อยละ 61.4 ลำดับที่สองคือ แพทย์เดินทางเข้าไปหาในพื้นที่/เยี่ยมบ้านเป็นหลัง ๆ ลำดับที่สามคือ คลินิกผู้สูงอายุ และช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุเมื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

5. สภาพที่อยู่อาศัยและลักษณะการอยู่อาศัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 78.1 เป็นเจ้าของบ้านที่อยู่อาศัยเอง ส่วนมากบ้านพักอาศัย เป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น รองลงมาเป็น เป็นบ้านเดี่ยวไม่ยกพื้น สำหรับปัญหาของสภาพแวดล้อม ผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.7 เห็นว่าสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยไม่มีปัญหา ในขณะที่ร้อยละ 36.4 พบว่ามีปัญหา เมื่อสอบถามเพิ่มเติม พบว่าอันดับแรกคือ ไม่มีความปลอดภัยในชีวิต/ทรัพย์สิน รองลงมาคือ มีแสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีราวจับ อากาศถ่ายเท และหลังคารั่ว (ตารางที่ 3)

6. สัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวและสังคม

ในด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดี ร้อยละ 57.2 ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัวดีมาก ร้อยละ 39.8 ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวระดับปานกลาง ผู้สูงอายุเกือบทุกคนได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติพี่น้องอย่างสม่ำเสมอเป็นร้อยละ 92 มีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานหรือญาติพี่น้องอย่างไม่สม่ำเสมอ

สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการให้ลูกหลานและครอบครัวปฏิบัติต่อตนเองมากที่สุด คือการมาเยี่ยมเยียน รองลง

ตารางที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจำแนกตามอาการและโรคประจำตัว ปัญหาที่ผู้สูงอายุเห็นควรได้รับการแก้ไข และความต้องการบริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
อาการ/โรคประจำตัว		
1. หลงลืม	446	45.2
2. โรคกระดูกและข้อ	412	41.8
3. โรคเกี่ยวกับสายตา	381	38.6
4. โรคความดันโลหิตสูง	215	21.8
5. เครียด	191	19.4
6. โรคเกี่ยวกับหู	181	18.4
7. โรคในช่องปาก	171	17.3
8. เบาหวาน	138	14.0
9. ซึมเศร้า	115	11.7
10. หอบหืด	57	5.8
11. ภูมิแพ้	57	5.8
12. โรคปอด	41	4.2
13. โรคหัวใจและหลอดเลือด	50	5.1
14. อัมพฤกษ์/อัมพาต	24	2.4
15. โรคจิตอื่น ๆ	16	1.6
อาการ		
ตาพร่ามัว/ต้อ	513	52.0
เปลี่ยนจากท่านอนเป็นนั่งแล้วมีอาการเสียวแปลบลงขา	464	47.1
ปัญหาช่องปากและฟัน	220	22.3
สูญเสียความทรงจำ	213	21.6
เสียงก้องในหูสูญเสียการทรงตัว	165	16.7
มีเสียงในหูทำให้หูจดจ่อบ่อย	166	16.8
บริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องการ		
บริการสุขภาพเคลื่อนที่	605	61.4
จัดคลินิกผู้สูงอายุ	149	15.1
ช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาล	66	6.7
แพทย์เดินทางเข้าไปหาในพื้นที่/เยี่ยมบ้านเป็นหลัก ๆ	155	15.7
อื่น ๆ	4	0.4
ไม่มีคำตอบ	7	0.7

หมายเหตุ มีได้มากกว่าหนึ่งอาการและโรคประจำตัว

มาคือการถามไถ่ทุกข์สุข/พูดด้วยเป็นประจำ และ สนับสนุนค่าใช้จ่ายและสิ่งของที่จำเป็น (ตารางที่ 4)

ในด้านสัมพันธภาพกับสังคมและการสร้างความเข้มแข็ง ตลอดจนการส่งเสริมกลุ่มเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือร้อยละ 80.2 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รองลงมา เป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์และ กลุ่มออมทรัพย์ ในส่วนของความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมกิจกรรมนั้น พบว่า กลุ่ม

ตารางที่ 3 ปัญหาจากสภาพแวดล้อมของบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุ

สภาพปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
อากาศถ่ายเทไม่สะดวก	359	36.4
แสงสว่างไม่เพียงพอ	367	37.2
ไม่มีความปลอดภัยในชีวิต/ทรัพย์สิน	368	37.3
ไม่มีราวจับ	362	36.7
พื้นลื่น/พื้นต่างระดับ	111	11.3
อากาศอับชื้น	91	9.2
ฝุ่น/หมอกควันรบกวน	97	9.8
หลังคารั่ว	241	24.4
มีเสียงรบกวน	158	16.0
กลิ่นรบกวน	143	14.5

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

ตารางที่ 4 ความต้องการของผู้สูงอายุในการให้ครอบครัวปฏิบัติต่อตนเอง

ความต้องการให้ครอบครัวปฏิบัติต่อตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
มาเยี่ยมเยียน	527	53.5
การถามไถ่ทุกข์สุข/พูดด้วยเป็นประจำ	297	30.1
การพาไปทำกิจกรรมนอกบ้าน	23	2.3
การสนับสนุนค่าใช้จ่ายและสิ่งของที่จำเป็น	66	6.7
ดูแลและให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	41	4.2
ดูแลเอาใจใส่	4	0.4
ไม่ตอบ	28	2.8

ตารางที่ 5 การใช้สื่อประเภทต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในการรับข้อมูลข่าวสาร

ช่องทางของสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
หนังสือ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร	379	38.4
โทรทัศน์	873	88.5
วิทยุ	759	77.0
หออกระจายข่าว	899	91.2
การพูดคุย	870	88.2
การประชุมสัมมนา	557	56.5
บุคลากรสาธารณสุข	462	46.9
อาสาสมัคร	549	55.7
อื่น ๆ	22	2.2

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

ฌาปนกิจสงเคราะห์ มีสมาชิกร้อยละ 83.6 เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ รองลงมาคือกลุ่มออมทรัพย์ และกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

7. การรับรู้ข่าวสารและความต้องการของผู้สูงอายุ

จากการสอบถามถึงสื่อต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุนิยมใช้ เป็นช่องทางในการบริโภคข่าวสารพบว่ามี การเข้าถึงสื่อต่าง ๆ คือ ผ่านทางหออกระจายข่าวเป็นจำนวนถึง ร้อยละ 91.2 รองลงมาคือจากทางโทรทัศน์และการพูดคุยกัน ร้อยละ 88.5 และ 88.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

การประเมินสภาพทั่วไปและความต้องการเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญที่จะนำมาวิเคราะห์เพื่อจัดรูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุ แบบสอบถามจะต้องมีการพัฒนาไปตามบริบทของแต่ละชุมชน นอกเหนือจากการสอบถามโดยตรงกับผู้สูงอายุแล้ว อาจจะมีการสอบถามจากญาติ ลูกหลาน หรือผู้ใกล้ชิดอื่น ๆ ก็ได้ สำหรับผู้สัมภาษณ์ก็มีความสำคัญเนื่องจากจะต้องมีการอบรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และทำความเข้าใจกับคำถาม การศึกษาครั้งนี้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเป็นผู้สัมภาษณ์ การศึกษาวิจัยบางแห่ง

ผู้สัมภาษณ์เป็นแพทย์ ซึ่งช่วยให้สามารถประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างตรงจุด หรือ อาจจะทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สัมภาษณ์เองก็จะทำให้ได้รับทราบความต้องการได้ชัดเจนขึ้น

กลุ่มประชากรเป้าหมายที่ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพองจังหวัดขอนแก่นนี้ส่วนมากอายุ 60-69 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะเห็นได้จากความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งอยู่ในกลุ่มที่ต้องการการพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย อาชีพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ เกษตรกร มีฐานะค่อนข้างยากจน ดำรงชีพอยู่ได้ด้วยเบี้ยยังชีพ และการศึกษาไม่สูงนัก แต่ผู้สูงอายุส่วนมากก็ยังมีคามพึงพอใจในรายรับรายจ่ายของตนเองเนื่องจากว่าพื้นที่ในชนบทมีทรัพยากรที่เป็นแหล่งอาหารอยู่มากประกอบกับค่าครองชีพที่ต่ำ หนึ่งยังมีผู้สูงอายุอีกบางส่วนที่ไม่พอใจในรายรับรายจ่ายของตนเองจึงควรต้องพัฒนาโครงการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น โครงการเสริมอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับประชากรในกลุ่มนี้ต่อไป

จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในชุมชน Monument Corridor⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นโครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยองค์กรศาสนา ชุมชน รัฐบาลท้องถิ่น ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 210 คน เพื่อประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในเชิงสังคมและใช้ชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมีความ กังวลในด้านการใช้ชีวิตอยู่ 5 ประการได้แก่ 1) การเดินทางไปโรงพยาบาล 2) การมีรายได้ไม่เพียงพอ 3) ความเครียดทางอารมณ์เนื่องจากสภาพร่างกาย 4) การถูกโดดเดี่ยวในสังคม และ 5) การไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้

การประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากจะสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาว จากการสัมภาษณ์ โรคที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุดคือโรคเรื้อรัง และต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง หากต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจะเป็นภาระในการเดินทาง และต้องรอคิวตรวจเป็นเวลานาน รวมทั้งต้องมีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดเดินทางเพื่อไปดูแล

ด้วย ดังนั้นการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้าไปให้บริการในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ และมีการส่งต่อเมื่อจำเป็น จึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽⁹⁾ ผลจากการออกตรวจผู้สูงอายุโดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปตามชุมชนที่ห่างไกลพบว่า มีผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 12.8 ที่จำเป็นต้องมีการส่งต่อ ดังนั้นหากมีการจัดบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่อย่างดี มีการออกบริการสม่ำเสมอ สามารถตรวจรักษาและให้ยาได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดี ในขณะที่เดียวกันก็จะลดความแออัดในสถานพยาบาลลงได้อีกมาก

จากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับการแก้ไขมากที่สุด⁽⁹⁾ คือปัญหาทางด้านสายตาและการได้ยิน ซึ่งสอดคล้องกับสิ่งที่ค้นพบจากการศึกษานี้คือผู้สูงอายุต้องการได้รับการแก้ไขอาการตาพร่ามัว ปัญหาแปลบขาลงขา และปัญหาปากและฟัน ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า การผ่าตัดเพื่อแก้ไขปัญหาตาพร่ามัว และการใส่ฟันเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถบดเคี้ยวได้ดี จะสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วและเห็นผลทันที สร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุได้มากจึงเห็นควรให้มีการแก้ไขปัญหาสุขภาพใน 2 เรื่องนี้ก่อนเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุ แล้วจึงค่อยๆขยายโครงการไปแก้ปัญหาด้านอื่น ๆ ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้มากในประชากรสูงอายุ ซึ่งหากได้รับการรักษาด้วยยาและดูแลอย่างถูกต้องจะสามารถลดผลข้างเคียงต่ออวัยวะอื่น ๆ ได้มาก⁽¹¹⁾ ดังนั้นควรมีโครงการที่ให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และฝึกทักษะสามารถดูแลตัวเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอายุยืนยาว

หนึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีปัญหาโรคสมองเสื่อม (dementia) ดังนั้นจึงต้องมีการปรับปรุงแบบสอบถามในประเด็นนี้ องค์การอนามัยโลกพบว่าความเสี่ยงของโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และพบว่าร้อยละ 25-30 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี⁽¹⁾ มีปัญหาทาง

ด้านความจำ นอกจากนี้ จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น จากแบบสอบถามผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 59 ต้องการให้รัฐจัดทำโครงการป้องกันโรคสมองเสื่อม (Dementia Prevention Program)⁽¹²⁾

จากพฤติกรรมทางด้านสุขภาพมีประเด็นที่น่าสนใจคือผู้สูงอายุยังมีการกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งเป็นลักษณะการบริโภคอาหารประจำถิ่น แต่อาจจะมีผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพมากดังนั้นควรจะต้องให้ความรู้ทางด้านโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางกิจกรรมกลุ่มหรือสื่อต่าง ๆ ซึ่งสื่อที่ได้รับความนิยมจากผู้สูงอายุมากที่สุดคือหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน และจากทางโทรทัศน์ สื่อที่ผู้สูงอายุนิยมน้อยที่สุดคือหนังสือ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ทั้งนี้เนื่องมาจากข้อจำกัดในการใช้สายตา จากปัญหาตาพร่ามัว ดังนั้นการเลือกใช้สื่อที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญ

การสร้างกิจกรรมกลุ่ม นอกจากจะเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์แล้ว ยังเปิดโอกาสให้ได้เข้าสังคม ผีกทักษะ รับรู้ข่าวสาร และพัฒนาศักยภาพ พบว่าในชุมชนตำบลสะอาดมีโครงการต่าง ๆ ทางด้านสังคมและสวัสดิการดำเนินการอยู่แล้ว เช่น โครงการสวัสดิการผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งกลุ่มกองทุนเงินออมวันละบาท กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มออมทรัพย์ ดังนั้นสิ่งที่ต้องทำ คือการให้โครงการเหล่านี้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ

สภาพที่อยู่อาศัยมีความสำคัญเช่นกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้านเอง แต่จากการสัมภาษณ์ บ้านของผู้สูงอายุส่วนมากจะเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น ซึ่งในความเป็นจริงแล้วคือบ้านไม้ใต้ถุนสูงที่สามารถพบได้โดยทั่วไปในต่างจังหวัด หากผู้สูงอายุต้องเดินขึ้นลงระหว่างชั้นบ่อย ๆ ก็อาจจะทำให้เกิดอันตรายได้ดังนั้นจึงควรชี้แจงให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและลูกหลานเพื่อจัดสภาพบ้านเรือนให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ มีแสงสว่างที่เพียงพอ และไม่อับชื้น อาจจะต้องก่ออิฐบริเวณใต้ถุนเพื่อตัดแปลงเป็นห้องนอนของผู้สูงอายุในชั้นล่าง และ

ควรติดตั้งราวจับในห้องน้ำหรือบริเวณต่าง ๆ ในบ้าน โดยใช้วัสดุที่หาได้ในพื้นที่ เช่น ไม้ไผ่เพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม

จากการศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุจากประเทศต่าง ๆ รูปแบบดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น⁽¹³⁾ น่าจะเหมาะสมที่สุดสามารถนำมาประยุกต์ใช้โดยยึดหลักการดูแลผู้สูงอายุ 2 ประเภท คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง สามารถมีชีวิตได้อย่างอิสระ และผู้สูงอายุที่ต้องการเกื้อหนุนและพึ่งพา จากลักษณะของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันนี้จะเชื่อมโยงไปถึงการให้บริการในชุมชน ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ การให้บริการทางด้านสุขภาพ และการให้บริการเชิงสังคม รายละเอียดตามรูปที่ 1 ซึ่งจะสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนนี้

สรุป

จากแนวโน้มของการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุของประเทศในแถบเอเชีย ได้แก่ ญี่ปุ่น เกาหลี และ ไทย ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเจริญพันธุ์ที่ต่ำมาก ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาทำให้สามารถช่วยชีวิตประชากรทำให้อายุยืนยาวมากขึ้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนจัดเป็นรูปแบบที่เหมาะสมเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่ารูปแบบสถานพยาบาลและมีความยั่งยืนทางการเงิน

ปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบคือจะต้องทราบความต้องการของผู้สูงอายุ และสภาพปัญหาโดยทั่วไป เพื่อที่จะนำมาใช้เป็นรากฐานในการคิดให้สามารถตอบสนองความต้องการและเป็นที่ยอมรับของผู้สูงอายุและชุมชน

จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถสรุปหลักการและแนวคิดเพื่อที่จะพัฒนาให้เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

1. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงการดูแลทางด้านสุขภาพและสังคมควบคู่กันไป รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม คือรูปแบบของประเทศญี่ปุ่นซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้โดยเน้นการให้การดูแลแบบ

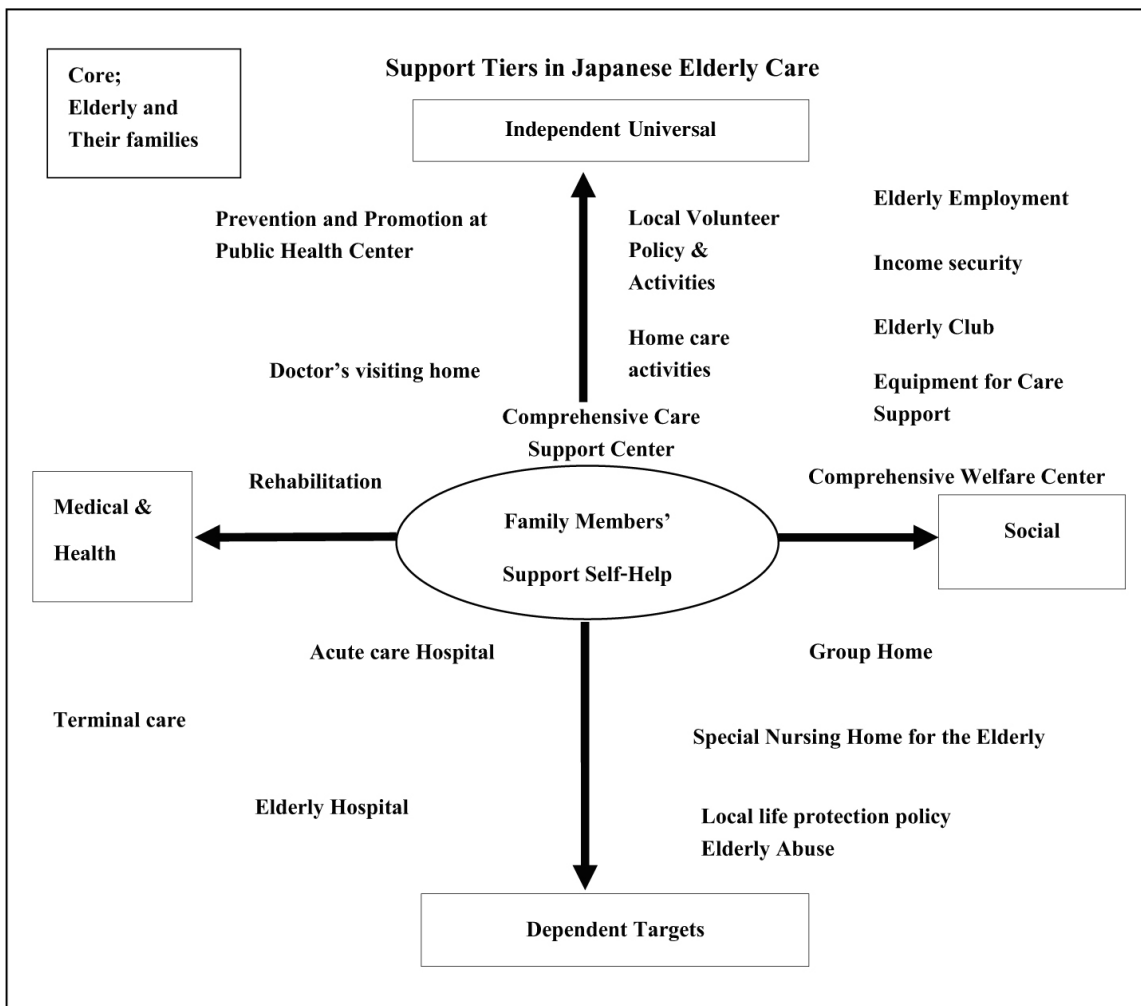
องค์รวม โดยคำนึงถึงผู้สูงอายุ ที่สามารถดูแลตัวเองได้ หรือดูแลตัวเองได้น้อยและผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพา สำหรับการให้บริการนั้นจะมองเป็น 2 มิติ คือ การให้บริการเชิงสังคมและการให้บริการเชิงการแพทย์ โดยผู้สูงอายุทุกคนควรจะได้รับ การดูแลในทั้งสองมิติ

2. การพัฒนารูปแบบการให้บริการจะต้องมีการ ประเมินสภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ ก่อน สำหรับทางด้าน การแพทย์ผู้สูงอายุในชุมชนนี้ จำเป็น ต้องได้รับการแก้ไข ปัญหาสุขภาพตาและช่องปากก่อน สำหรับในระยะต่อไป ควรจะเป็นการแก้ไข ปัญหา กระดูกและข้อ และ การรณรงค์เพื่อแก้ไข ปัญหา ความ จำลื้อม การให้บริการควรเป็นหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ มา ให้บริการ ณ สถานเือนามัยใกล้บ้านที่ผู้สูงอายุ นิยมมาใช้

บริการอยู่แล้ว ในรายที่มีอาการหนักก็สามารถส่งต่อไป รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ที่เหมาะสม

3. นอกเหนือจากการให้บริการทางด้าน การแพทย์ แล้วจะต้องมีการ ส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการดำเนิน กิจกรรมกลุ่มจะตอบสนองความต้องการในส่วนนี้ได้ นอกจากนี้ยังมีผลเชิงสังคมด้วย การทำกิจกรรมกลุ่ม สามารถสอดแทรกความรู้และพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ กิจกรรมกลุ่มควรจะมีการดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงให้ทันสมัยสอดคล้องกับ ความต้องการซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมอย่างสม่าเสมอ

4. การให้ข้อมูลและข่าวสาร กับผู้สูงอายุต้อง ดำเนินการผ่านสื่อที่เหมาะสม อาจจะดำเนินการผ่าน



รูปที่ 1 รูปแบบแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น

สื่อต่าง ๆ ตามความนิยมของผู้สูงอายุ เช่น หอกระจายข่าว โทรทัศน์ การพูดคุย การประชุมสัมมนา อาสาสมัครสาธารณสุข

5. การปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุและชุมชนก็เป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่จะมีจำนวนและอายุเพิ่มมากขึ้น ควรหารือกับทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อติดตั้งอุปกรณ์อำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุในบริเวณ สถานที่สาธารณะ และปรับปรุงบ้านเรือนที่อยู่อาศัยเพื่อให้มีความปลอดภัยในชีวิตประจำวันมากยิ่งขึ้น

เพื่อให้การวางรูปแบบการให้บริการในชุมชนนี้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรดำเนินการที่สำคัญ ได้แก่

1. การให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน ในลักษณะองค์กรรวมต้องมีการบูรณาการกับ ทุกภาคส่วน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครในพื้นที่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย แพทย์พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขและตัวผู้สูงอายุเอง โดยต้องมีการประชุมและหารือร่วมกันเป็นประจำ

2. บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้มีทักษะเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องมีความเข้าใจในความ ต้องการและข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ในระยะต่อไปเมื่อมีจำนวนผู้สูงอายุที่พึ่งพิงมากขึ้น การอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็จะต้องมีความเฉพาะมากขึ้น เพราะจะต้องเป็นการดูแลทางการแพทย์ระยะยาว

3. ควรมีการสำรวจและปรับปรุงแบบสอบถามเป็นระยะ ๆ เพื่อที่จะได้ทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้สูงอายุ และปรับรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 10 facts on ageing and life course. [online] 2012 [cited 2013 Jul 5]. Available form: URL: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>
2. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, ศิริวรรณ ศิริบุญ. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2552. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
3. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, ชลธิชา อัครนิรันดร์. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2554. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
4. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทสรุปผู้บริหารโครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
5. วันดี โภคะกุล, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์): สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
6. Radhakrishna RB. Tips of developing and testing questionnaires/instruments. *Journal of Extension* 2007;45(1):1-3.
7. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965;14:61-5.
8. Michael R, Andrew S, Evelyn P, Laura R. Monument corridor senior needs assessment. California: Catholic Charities of East Bay; 2007.
9. Bell BD. Mobile medical care to the elderly: an evaluation. *The Gerontologist* 1975;15(2):100-3.
10. Walters K, Iliffe S, See Tai S, Orrell M. Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. *Age and Ageing* 2000;29:505-10.
11. World Health Organization. Diabetes. [online] 2013 [cited 2013 Aug 12]. Available form: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>
12. Fukutomi E, Kimura Y, Wada T, Okumiya K, Matsubayashi K. Long term care prevention project in Japan. *The Lancet* 2013;9861:116.
13. Horie Y, Aungkasuvapala N, Tharathep C. A challenge of Thailand in Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model Development for the Elderly. *Journal of Health Science* 2011;20(Suppl 1):1-15.

Abstract Needs Assessment to Develop Community Based Integrated Health Care Model for Elderly Population in Tambon Sa-ad, Nam Phong District, Khon Kaen Province
Sopida Chavanichkul, Patchara Sateanpuetra

International Health Division, Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary
Journal of Health Science 2013; 22:776-787.

Thailand is now entering ageing Society. The study was carried out focusing on needs assessment to develop community based integrated health care model for elderly population in Tambon Sa-ad, Nam Phong District, Khon Kaen Province. This project is the cooperation between Ministry of Public Health, Ministry of Social Development and Human Security and JICA International, Government of Japan. The study was conducted during 2008-2011 through a survey research. A set of questionnaire was developed and every senior citizen (N=986) was interviewed to assess the current situation and identify needs. Most of the elderly were farmers, aged ranging 60-69 years and self dependent. Their average income was below 500 baht/month and the main source of income was from the government's monthly stipend. The common health problems were : dementia, bone and joint disorders, blurred vision and oral health. Health problems which need urgent attention were: blurred vision, sharp and radiating pain down to the leg, dental problems. All the findings were assessed and analyzed which would eventually lead to the development of the proper care model for the elderly.

Key words: needs assessment, development of community based integrated health care model, elderly population