

รายงานผลการดำเนินงาน

การพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน
(Individual wellness plan)

The construction and development of a health promotion plan for the elderly in the community. (Individual wellness plan)



รายงานผลการดำเนินงาน

การพัฒนาระบบแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน
(Individual wellness plan)

The construction and development of a health promotion plan for the elderly in the community. (Individual wellness plan)

ผู้จัดทำ

นางวิมล บ้านพวน

นางจุฑาทิศา เจนจิตร

ร้อยเอกหญิงวัลภินันท์ สืบศักดิ์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญพิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2563

คำนำ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืนโดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” จึงได้ดำเนินโครงการศึกษา “การสร้างและพัฒนาระบบแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan)” ประจำปี พ.ศ.2563 ขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน มีทักษะกาย ใจมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

รายงานฉบับนี้ ประกอบไปด้วย เป็นผลการดำเนินงานตลอดโครงการ ประกอบไปด้วย หลักการและเหตุผล การทบทวนวรรณกรรมการศึกษาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการประมวล สังเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการสรุปผลการดำเนินโครงการ “แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน” ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ คือ การสำรวจสถานการณ์การประเมินคัดกรองสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ มุมมองผู้สูงอายุต่อแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการสะท้อนผลการดำเนินแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) และนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long-Term Care) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) อันจะนำไปสู่ประเทศไทยที่มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ต่อไป

ผู้จัดทำ

กันยายน 2563

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long-Term Care) โดยแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) ซึ่งการศึกษานี้มุ่งหวังเห็นภาพการจัดการเชิงระบบหรือรูปแบบรวมทั้งเครื่องมือ คู่มือในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน อีกทั้งนำร่องในจังหวัดที่มีความพร้อมทั่วประเทศ การดำเนินงานเน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานเชิงนโยบายและผู้ปฏิบัติการในพื้นที่เพื่อดำเนินตาม 8 ขั้นตอนของการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ คือ การเคลื่อนไหว/ด้านโภชนาการ /การดูแลสมองดี / สุขภาพช่องปาก/ความสุขของผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุสำหรับการติดตามผลการดำเนินงานตามโครงการจะใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed-method study) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดที่คัดเลือกเข้าร่วมดำเนินการและยินดีเข้าร่วมให้ข้อมูล จำนวน 1,074 คน กระจายครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาคในประเทศไทย (เหนือ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และใต้) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) คัดเลือกแบบเจาะจงพื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามแผนส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลที่โดดเด่นมีการจัดทำแผนฯ เป็นรูปธรรม มีความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่/แกนนำชมรมผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกภาคละ 1 จังหวัด ได้แก่ 1) ภาคเหนือ จังหวัดอุตรดิตถ์ 2) ภาคกลาง จังหวัดนครนายก 3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น และ 4) ภาคใต้ จังหวัดสงขลา ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นที่กำหนด ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 (กันยายน 2562 - ตุลาคม 2563)

จากการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณผู้สูงอายุ จำนวน 1074 คน พบผู้สูงอายุประมาณ 8 ใน 10 คน ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีประมาณร้อยละ 81.3 เคยได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือ ADL สำหรับการตรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 ได้รับการตรวจสุขภาพใน 15 รายการสำคัญ (ตรวจสุขภาพมากที่สุด คือ การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง) ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพน้อย คือ บริการการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 70.9) ด้านกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระบุว่าตนเองเคยได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ในหลายๆ ประเด็น มากกว่าร้อยละ 85 (สูงสุด คือ การออกกำลังกาย ร้อยละ 93.4) ได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพน้อยที่สุด คือ การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ร้อยละ 85.4

สำหรับผลการดำเนินการให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Promotion) 6 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน ตามแนวทาง “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม” ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำการ

ส่งเสริมสุขภาพครบทุกองค์ประกอบ มากถึง ร้อยละ 78.4 ขณะที่คำแนะนำในการควบคุมและป้องกันโรคผู้สูงอายุ (prevention & control) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำการควบคุมและป้องกันโรค มากถึง ร้อยละ 87.4

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับแผนการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางสุขภาพเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ตาม 6 องค์ประกอบ ประเด็นด้านเนื้อหาผู้สูงอายุคิดว่าเป็นความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ผู้สูงอายุต้องรู้และทำให้ครบทุกองค์ประกอบ มีเนื้อหาที่เข้าใจได้และสามารถทำได้ แต่อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจริงบางคนยังทำไม่ได้ตามแนวทางปฏิบัติมากนัก ประเด็นด้านการถ่ายทอด/การสอน โดยส่วนใหญ่เน้นการถ่ายทอดในวันที่จัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ วิทยากรเป็นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รพ. และจากศูนย์อนามัยเขต ประเด็นต่อแบบฟอร์ม Individual wellness plan ผู้สูงอายุคิดว่าแบบฟอร์มแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (แผนรายบุคคล) ไม่ได้เป็นเรื่องยากลำบากนักสำหรับการลงบันทึก เป็นเรื่องที่ดี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของทุกพื้นที่รับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการลงบันทึกประจำวัน ที่มีประโยชน์สำหรับเป็นเครื่องย้ำเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ที่พึงประสงค์ แต่มีผู้สูงอายุบางคนยังเชื่อมโยงการทำแผนรายบุคคลกับประโยชน์ที่จะเกิดกับตัวเองไม่ชัดเจนมากนัก ยังไม่รู้วัตถุประสงค์ของการจัดทำแผน บางคนทำตามเพื่อนไปก่อน บางคนไม่ค่อยอยากจะบันทึกก็มี

ผู้สูงอายุทั้ง 4 ภูมิภาคเห็นตรงกันว่า แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายुरายบุคคลในชุมชนนี้ จะเป็นกระบวนการ แนวทางการดำเนินชีวิตเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี โดยส่วนใหญ่มองว่าสิ่งที่มีในแผนฯ นี้เป็นเรื่องที่เคยดำเนินการส่งเสริมสุขภาพมาแล้ว และเป็นเรื่องที่ต้องทำในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุระบุว่าเนื้อหาขององค์ความรู้ แนวทางการประเมิน ข้อปฏิบัติจากโปรแกรมคำแนะนำที่ถูกระบุไว้ในคู่มือ เครื่องมือนี้ เป็น “ของแท้ ของจริง” หรืออีกนัยยะหนึ่งคือ เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีที่ตกผลึก “เป็นแก่นแท้” แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับ“ตัวกลาง กระบวนการ และความต่อเนื่อง” ของการนำสิ่งต่างๆ ในแผนส่งเสริมสุขภาพฯ ไปสู่ผู้สูงอายุ จะต้องมีการบวนการที่หลากหลาย ง่าย เข้าใจเร็ว ทำได้เลย และที่สำคัญต้องมีความต่อเนื่อง อีกทั้งผู้สูงอายุแปลความหมายของคำว่า สุขภาพที่พึงประสงค์ ไม่ได้ทั้งที่หลายคนเองปฏิบัติตัวในประเด็นนั้นเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่

ข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผล

- 1) ทำให้เนื้อหาและองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหนึ่งและมีทิศทางตรงกัน ไม่ว่าจะมาจากแหล่งหรือหน่วยงานใด เพราะการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมามีประเด็นตรงกันในเชิงเนื้อหาโดยตลอด แต่แตกต่างกันตรงการนำเสนอเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่ายของแต่ละยุค แต่ละช่วงเวลา เช่น การดำเนินการตามหลักปฏิบัติ 5 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ออกจากที่แออัด อนามัย) หลัก “3 อ. 2 ส.” (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่), หลักปฏิบัติ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์), หลักปฏิบัติตามแนวทาง ชะลอชรา ชีวียืนยาว ผู้สูงอายุคือหลักชัยของสังคม สูงวัย สุขภาพดี ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย (6 องค์ประกอบ ได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องฟัน สมองดี สิ่งแวดล้อม มีความสุข) เป็นต้น ซึ่ง

ประเด็นส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักปฏิบัติดังกล่าวนี้ มีองค์ประกอบที่มีเนื้อหาไม่ได้แตกต่างกันมาก ซึ่งถือว่าเป็นเนื้อหาหลัก “Core content” ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

- 2) พัฒนาแนวทางการถ่ายทอดองค์ความรู้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งการพัฒนาจะประกอบด้วย 1) ผู้ถ่ายทอดที่มีศักยภาพ มีความมุ่งมั่น มีจิตสาธารณะ เป็นทั้งภายนอกและภายในชุมชน 2) กระบวนการการถ่ายทอดที่เน้นให้เกิดความเข้าใจที่ถ่องแท้ด้วยรูปแบบที่เข้าใจง่าย หลากหลาย มีสีสัน แปลกใหม่ มีส่วนร่วมของสมาชิก 3) เครื่องมือ คู่มือ แนวทางปฏิบัติที่เข้าใจง่าย ทำได้เอง และมีเพียงพอ 4) มีความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม
- 3) สร้างความร่วมมือของภาคี เครือข่ายและภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะใช้กลไกของชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นกลไกเชื่อมผู้สูงอายุกับหน่วยงานในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพมาด้วยบูรณาการเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นองค์รวม
- 4) ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยจะต้องเข้าใจอย่างท่องแท้ถึงประโยชน์และผลเสียจะได้รับของการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องมีการรับรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying Factors) เป็นต้น

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
การทบทวนวรรณกรรม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	1
1. ผู้สูงอายุและความสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ	5
2. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	23
3. งานวิจัยเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการ/กลไกการส่งเสริมสุขภาพ	48
ผลการประมวล สังเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินโครงการ “แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน” (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan)	56
ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ	61
1. ข้อมูลทั่วไป	61
2. ข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับประเทศ	64
3. ข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับศูนย์อนามัยเขต	66
4. คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Promotion) 6 องค์ประกอบ	76
5. คำแนะนำในการควบคุมและป้องกันโรคผู้สูงอายุ (prevention & control)	76
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	77
7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคของผู้สูงอายุ	80
ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ “มุมมองผู้สูงอายุต่อแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน” (Health promotion & Prevention Individual Wellness Plan)	83
1. ข้อมูลพื้นฐานผู้ให้ข้อมูล	83
2. มุมมองต่อระบบการจัดทำ “แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน”	84
เอกสารอ้างอิง	96

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก 1 ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุ.....	104
ภาคผนวก 2 ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใน 4 พื้นที่.....	116
ภาคผนวก 3 ภาพกิจกรรมการลงพื้นที่ 4 จังหวัด.....	117

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 จำนวนและร้อยละประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและภูมิภาคปี พ.ศ. 2559	6
ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต	61
ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	62
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามการประเมินความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน	64
ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามการตรวจสุขภาพในแต่ละด้าน	65
ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามการได้รับการส่งเสริมสุขภาพ (คำแนะนำการ ดูแลสุขภาพ) ในแต่ละด้าน	66
ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครบ 6 องค์ประกอบจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต	76
ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการคำแนะนำการควบคุมและป้องกันโรคจำแนกตาม ศูนย์อนามัยเขต.....	77
ตาราง 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการได้รับบริการสุขภาพกับการได้รับคำแนะนำการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ	77
ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการได้รับบริการสุขภาพกับการได้รับคำแนะนำการป้องกัน และควบคุมโรคของผู้สูงอายุ.....	80
ตาราง 11 พื้นที่และข้อมูลพื้นฐานผู้ให้ข้อมูล	83

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูป 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	66
รูป 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจากเจ้าหน้าที่จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	67
รูป 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามการจัดกลุ่มการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	67
รูป 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการซักประวัติครอบครัวและโรคทางพันธุกรรมจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	68
รูป 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการซักประวัติการเจ็บป่วยจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	68
รูป 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	68
รูป 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	69
รูป 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยวัดเส้นรอบเอว จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	69
รูป 9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการวัดความดันโลหิตจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	69
รูป 10 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	70
รูป 11 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจวัดสายตาจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	70
รูป 12 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินการได้ยินจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	70
รูป 13 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินการหกล้มจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	71
รูป 14 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	71
รูป 15 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินสุขภาพจิตจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	71
รูป 16 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	72
รูป 17 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	72

สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

หน้า

รูป 18 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต	72
รูป 19 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามศูนย์ อนามัยเขต.....	73
รูป 20 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกตามศูนย์ อนามัยเขต.....	73
รูป 21 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการนอนหลับพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกตาม ศูนย์อนามัยเขต.....	73
รูป 22 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต	74
รูป 23 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้าน จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	74
รูป 24 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการรับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการ ควบคุมและป้องกัน จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต	74
รูป 25 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (การรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การงดดื่มเหล้าและสูบบุหรี่) จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	75
รูป 26 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน จำแนกตามศูนย์ อนามัยเขต.....	75

ตารางภาคผนวก

หน้า

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและศูนย์อนามัยเขต105	
ตารางภาคผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต	111
ตารางภาคผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจากเจ้าหน้าที่ จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	111
ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามการจัดกลุ่มการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	111
ตารางภาคผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพ จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต.....	112
ตารางภาคผนวกที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ (คำแนะนำการดูแลสุขภาพ) จำแนกตามศูนย์อนามัยเขต	114

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

สังคมโลกเป็นสังคมผู้สูงอายุ ใน ปี 2559 โลกของเรามีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประชาคมอาเซียนซึ่งมีสมาชิก 10 ประเทศ ประชากรของอาเซียนที่กำลังมีอายุสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ใน พ.ศ. 2559 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศ ได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.7) ประเทศไทย (ร้อยละ 16.5) และเวียดนาม (ร้อยละ 10.7) ประเทศที่กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอีก 2-3 ปีข้างหน้า ได้แก่ มาเลเซีย (ร้อยละ 9.5) เมียนมา (ร้อยละ 9.2)

สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี 2553 - 2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) โดยใช้ข้อมูลสามะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นฐานในการประมาณ พบว่า ในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป สูงถึง 20.5 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 32 ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด แต่จะมีประชากรวัยแรงงานเพียง 35.18 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2553 ที่มีประชากรวัยแรงงานจำนวน 42.74 ล้านคน หรือลดลง 7.6 ล้านคน ขณะที่ประชากรวัยเด็กจะมีจำนวนลดลงเช่นกันจาก 12.6 ล้านคน ในปี 2553 เป็น 8.2 ในปี 2583 โครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศเนื่องจากการลดลงของจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยแรงงาน จะกระทบศักยภาพการผลิต นอกจากนี้ การเพิ่มของประชากรสูงอายุยังสะท้อนการเพิ่มขึ้นของภาระทางการคลัง จากจำนวนประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสภาพชีวิต ความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจากครอบครัวยากจน

นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงาน และการดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และผู้ป่วยนอนติดเตียง(ร้อยละ 1) ขณะที่มียี่เพียร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ จากรายงานผลการศึกษาโครงการการประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากผลของการสร้างเสริมสุขภาพ TDRI สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในอดีตถึงปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง

รวดเร็ว ประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยในอีก 15 ปีข้างหน้า ตามหลัก OECD จะมีค่าประมาณ 4.8 –6.3 แสนล้านบาท เมื่อผนวกกับปัจจัยสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไปถึง 1.4 –1.8 ล้านล้านบาท

จากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของ United Nations เป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป้าหมายที่ 10 การลดความเหลื่อมล้ำ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561 –2580 กำหนดเป้าหมาย “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุในประเด็น 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 –2564) ที่ยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลด้านผู้สูงอายุ ซึ่งคณะรัฐมนตรีโดยนายกรัฐมนตรี(พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้แถลงนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557 ได้กำหนดนโยบายการบริหารราชการแผ่นดิน 11 ด้าน โดยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ นโยบายด้านที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ ดังนี้ **ข้อ 4 เติบโตพร้อมสังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต** โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบระบบการเงิน การคลัง สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” จึงได้ดำเนินการ “ศึกษาก่อสร้างและพัฒนาระบบแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan)” ประจำปี พ.ศ.2563 ขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน มีทักษะกาย ใจ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) 4 มีสุขภาวะที่ดีเพื่อ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก : เพื่อศึกษาพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long-Term Care) โดยแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan)

วัตถุประสงค์รอง :

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การประเมินคัดกรองสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาการนาระบบการจัดทำ “แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Health Promotion & Prevention Individual wellness plan)” ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุ และบริบทเชิงพื้นที่
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan)
4. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในผู้สูงอายุ

1.3) ประโยชน์ของโครงการ

1. มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long- Term Care) โดยแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan)
2. ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy)สามารถดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองตามแนวทาง “Health Promotion & Prevention Individual wellness plan”
3. สังคม ชุมชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ มีความตระหนัก เห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองและชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ “Health Literate Society”

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการรวบรวมเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า (inputs) ในการพัฒนาแนวทาง วิธีการ กระบวนการ เครื่องมือ สื่อ รวมทั้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (health promotion & prevention individual wellness plan) ประกอบด้วยข้อหัว ดังนี้

1) ผู้สูงอายุและความสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ

- 1.1 สถานการณ์โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ
- 1.2 สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
- 1.3 แผนยุทธศาสตร์ชาติกับการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ
- 1.4 แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2563-2565) ฉบับปรับปรุง
- 1.5 นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว

2) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

- 2.2 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.2 นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข
- 2.3 มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์
- 2.4 การช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
 - การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว
 - การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน
 - บทบาทผู้สูงอายุต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน
- 2.5 ทฤษฎีบทบาททางสังคมและกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ
- 2.6 กลไกและกระบวนการสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
 - ชมรมผู้สูงอายุ
 - โรงเรียนผู้สูงอายุ
 - ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

3) งานวิจัยเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการ/กลไกการส่งเสริมสุขภาพ

- 1.1 การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย
- 1.2 พฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพผ่านกลไกชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุและความสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ

1.1) สถานการณ์โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งพบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7, 12.2, 14.9 ในปี พ.ศ. 2550, 2554 และ 2557 ตามลำดับ⁽¹⁾ ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ และคาดการณ์ในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged society) คือมีประชากรสูงอายुर้อยละ 20 และประมาณปี พ.ศ.2578 จะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) ซึ่งหมายถึงการมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งข้อมูลสถิติผู้สูงอายุประเทศไทยปี พ.ศ.2559 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย พบร้อยละ 15.07 โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และภาคที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคอีสาน และภาคใต้ ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา ขอนแก่น เชียงใหม่ และนครศรีธรรมราช⁽²⁾ โดยพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล และส่วนมากเป็นผู้สูงอายุตอนต้น⁽¹⁾ ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและภูมิภาคปี พ.ศ. 2559

ประชากรและภูมิภาค	เพศชาย (คน)	เพศหญิง(คน)	รวม (คน)	ร้อยละ
ประชากรทั้งหมด	32,357,808	33,573,742	65,931,550	
ประชากรผู้สูงอายุ	4,479,138	5,455,171	9,934,309	15.07
ภาคเหนือ	907,626	1,092,675	2,000,301	16.56
ภาคกลาง	1,276,470	1,610,639	2,887,109	16.15
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,412,512	1,705,251	3,117,763	14.21
ภาคใต้	544,019	694,457	1,238,476	13.26
ภาคตะวันออก	338,511	352,149	690,660	14.72

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลเดือน ม.ค.59 - ธ.ค.59, 2560

ซึ่งจากการประมาณข้อมูลประชากรผู้ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง พ.ศ. 2556 และข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2558 - 2573 ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) ในปี พ.ศ. 2563 และโดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 7 เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ก่อนพื้นที่อื่นของภาคอีสาน และในปี พ.ศ.2573 พื้นที่ภาคเหนือและภาคกลางส่วนใหญ่จะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด⁽²⁾ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ในหลายประเทศเริ่มให้ความสำคัญกับนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ

1.2) สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 จากตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 7,365 คน โดยการกระจายของจำนวนตัวอย่างตามกลุ่มอายุ 60-69, 70-79, และ 80 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 59.3, 30.7 และ 10.0 ตามลำดับ มีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน และกระจายของตัวอย่างครอบคลุมทุกภูมิภาคตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ⁽³⁾

พบว่าโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบประมาณหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุ รองลงมาคือโรคเกาต์ ร้อยละ 5.4 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 4.6 โรคหอบหืด ร้อยละ 4.6 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.6 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 1.6 โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรกระบบหัวใจ และหลอดเลือดโรคและภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทย พบความชุก ดังนี้

ความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเพศชายและเพศหญิงของกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี มีร้อยละ 47.2 และ 49.5 ตามลำดับ และความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนถึงร้อยละ 58.7 และ 68.9 ในเพศชายและหญิงตามลำดับของกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และพบว่าร้อยละ 24.5 - 39.9 ของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการวินิจฉัย และร้อยละ 4.3 - 7.8 ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 23.8-30.8 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับการรักษา และมีร้อยละ 31.1 - 43.9 ที่สามารถควบคุมความดันเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ <140/90 มม.ปรอท ส่วนความชุกของเบาหวาน ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 - 69 ปี เพศชาย มีร้อยละ 16.1 เพศหญิง มีร้อยละ 21.9 ความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและลดเป็นร้อยละ 12.4 ในเพศชาย และ 11.3 ในเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 80 ปี ผู้สูงอายุเพศชายและ เพศหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชาย ยกเว้นกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่เพศชายมีความชุกมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย และพบว่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมีร้อยละ 21.1 - 50.7 มีร้อยละ 23.1 - 44.6 ที่รักษาแต่ยังคงควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ (FPG <130 มก./ดล.) และสัดส่วนที่สามารถควบคุมได้มีร้อยละ 18.5 - 38.4

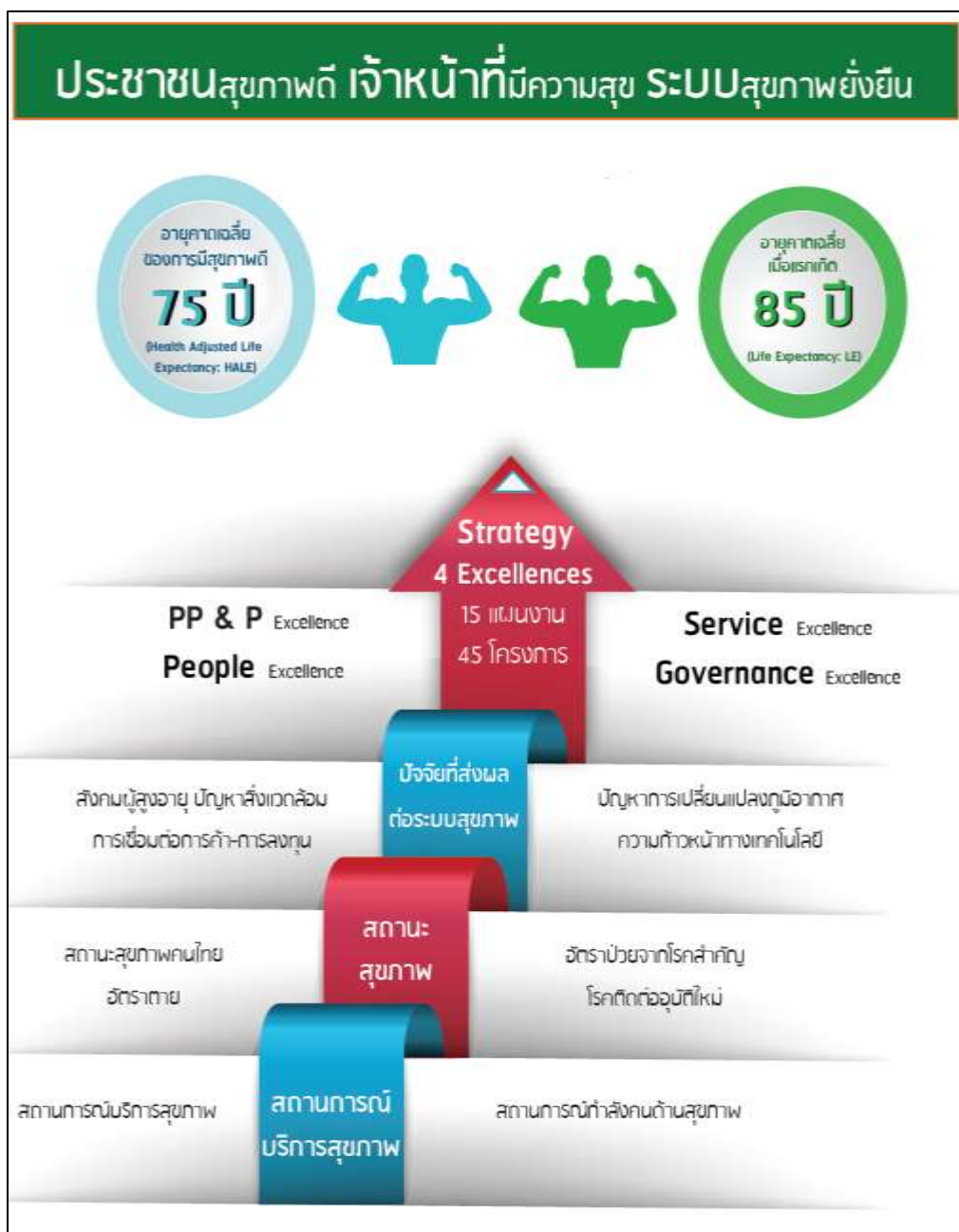
ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามอายุ ในผู้สูงอายุเพศชาย ความชุกมีร้อยละ 3.9, 4.2 และ 5.0 ในกลุ่มอายุ 60 - 69, 70 - 79 และ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ในขณะที่การเพิ่มของความชุกในผู้สูงอายุเพศหญิงอยู่ในระดับที่สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายถึงสองเท่า กล่าวคือ กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี เป็นร้อยละ 7.7 แล้วเพิ่มเป็นร้อยละ 8.5 ยกเว้นกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่ความชุกในเพศชายมากกว่าในเพศหญิงเล็กน้อย

ภาวะสมองเสื่อม ผลการทดสอบคัดกรองผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 7,356 ราย ด้วยแบบประเมิน MMSE พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.10 พบในเพศชาย ร้อยละ 6.80 และเพศหญิงร้อยละ 9.20 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุและเพศจะเห็นได้ว่า ความชุกของความผิดปกติในผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่า ผู้สูงอายุเพศชายในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยความชุกต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี และเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จนอยู่ในระดับสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป พบถึงร้อยละ 13.6 ในเพศชาย และร้อยละ 28.50 ในเพศหญิง ภาวะสมองเสื่อมกับระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้ที่จบระดับประถมขึ้นไป และพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าในเขตฯ ร้อยละ 8.80 และ 7.10 ตามลำดับ

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ในหลายประเทศเริ่มให้ความสำคัญกับนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ

1.3) แผนยุทธศาสตร์ชาติกับการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ ⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 และมีฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561 เพื่อใช้เป็นแนวทางดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายในระดับชาติ รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศและปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) ดังนี้



เป้าหมาย : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ: พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

มี 4 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (excellence) ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วย 4 แผนงาน 12 โครงการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ ประกอบด้วย 5 แผน 22 โครงการ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ ประกอบด้วย 1 แผน 3 โครงการ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ประกอบด้วย 5 แผน 8 โครงการ

ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรงในแผนงานที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการที่ 4 พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น และ 2) ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ และได้รับการสุขภาพที่ตรงตามปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยกำหนดเป้าหมายระยะ 20 ปี ดังนี้

- 1) ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์
- 2) สัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่น้อยกว่า 8 เท่า ของกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน
- 3) โรงพยาบาลรัฐมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95

ตัวชี้วัดและเป้าหมายในระยะ 20 ปี แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พ.ศ. 2560-2564 ได้แก่ 1) มีระบบ LTC ร้อยละ 95 2) อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น หรือคงที่ 3) รพช. มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 75

ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565-2569 ได้แก่ 1) มีระบบ LTC ร้อยละ 100 2) อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น หรือคงที่ 3) รพช. มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 80

ระยะที่ 3 พ.ศ. 2570 – 2574 ได้แก่ 1) มีระบบ LTC ร้อยละ 100 2) อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น หรือคงที่ 3) รพช. มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 85

ระยะที่ 4 พ.ศ. 2575 – 2579 ได้แก่ 1) มีระบบ LTC ร้อยละ 100 2) อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น หรือคงที่ 3) รพช. มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 90

มาตรการในการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำนวยต้นแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- 2) พัฒนาและขับเคลื่อนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ
- 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

- 4) มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และในชุมชน
- 5) สร้างและพัฒนานวัตกรรม คู่มือ ชุดความรู้ และสื่อประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ
- 6) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
- 7) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และระบบฐานข้อมูล

1.4) แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2563-2565) ฉบับปรับปรุง⁽⁵⁾

กรมอนามัยได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2563 – 2565) ฉบับปรับปรุง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กรสู่องค์กรสมรรถนะสูงสามารถรองรับกับภารกิจในการเป็นหน่วยงานหลักของชาติ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนปฏิรูปสาธารณสุข และนโยบายของรัฐบาล มีประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ประเด็น เป้าประสงค์ 12 ประสงค์ ตัวชี้วัด 28 ตัวชี้วัด มีกลยุทธ์ 42 กลยุทธ์ มีสาระสำคัญของแผนฯ พอสังเขป ดังนี้

วิสัยทัศน์ กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ ใช้ความรู้ และดูภาพรวมเพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยการประสานงาน สร้างความร่วมมือและกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน

เป้าหมาย คนไทยสุขภาพดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Smart City Smart Citizen)

ผลสัมฤทธิ์ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น (HALE)

ประเด็นยุทธศาสตร์ 1 ส่งเสริมสุขภาพ 4 กลุ่มวัย

ประเด็นยุทธศาสตร์ 2 สร้างความเข้มแข็งระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ 3 สร้างความรู้ด้านสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ปฏิรูประบบงานสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่ในยุทธศาสตร์ 1 ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ มีเป้าประสงค์ ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีตัวชี้วัด ได้แก่ 1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ และ 3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ซึ่งประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ สำคัญ นั่นคือ

1. เตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
2. การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน
3. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
4. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ผลการดำเนินงานปี 2562 พบว่าตัวชี้วัดทุกด้านได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด และนำมาเป็นข้อมูลการพัฒนายุทธศาสตร์

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 70 ของตำบลทั่วประเทศ	ร้อยละ 86.59 (6,282 ตำบล)
จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล (คน)	180,000	180,821
ร้อยละผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สุขภาพ	ร้อยละ 50	ร้อยละ 52
จำนวนวัดส่งเสริมสุขภาพ (แห่ง) / พระสงฆ์ได้รับการตรวจคัดกรอง(รูป) (สะสม)	แห่ง/รูป -/-	5,437/4,525
จำนวนผู้สูงอายุเข้าถึงนวัตกรรมบริการช่องปากผสมผสาน (คน)	3,500,000	3,628,338

ปี พ.ศ. 2563 – 2565 แผนยุทธศาสตร์กำหนดตัวชี้วัด 3 ด้านสำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เป้าหมายปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับร้อยละ 60, 65, 70 ตามลำดับ มีกลยุทธ์และมาตรการในแต่ละกลยุทธ์ ดังนี้

กลยุทธ์	มาตรการ
1. เตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ	1.1 สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 1.2 ส่งเสริมสนับสนุนการมี/สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกและการสื่อสารสาธารณะที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ และการเข้าถึงได้ง่าย 1.3 สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long-Term Care) ภายใต้ “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว”
2. การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน	2.1 พัฒนา/สนับสนุน การใช้เทคโนโลยี นวัตกรรมเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ครอบครัว ชุมชน 2.2 พัฒนางองค์ความรู้ด้านสุขภาวะที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ

2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ เป้าหมายปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับร้อยละ 80, 90, 95 มีกลยุทธ์และมาตรการ ดังนี้

กลยุทธ์	มาตรการ
1. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	<p>1.1 พัฒนาระบบมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพ และบริการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนภายใต้แนวทางการดำเนินงาน Long Term Care และระบบ Intermediate Care ในชุมชนรวมถึงการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและบูรณาการระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</p> <p>1.2 ส่งเสริมให้มีมาตรการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยโดยให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน</p> <p>1.3 ขับเคลื่อนมาตรฐานหลักสูตรและการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศกลางที่เอื้อต่อการบริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนผ่าน Digital Platform และเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ส่งเสริมผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่</p>

3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan เป้าหมายปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับร้อยละ 80, 85, 90 มีกลยุทธ์และมาตรการ ดังนี้

กลยุทธ์	มาตรการ
1. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	<p>1.1 ส่งเสริมสนับสนุนระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและการดำเนินกิจกรรมประจำวันและจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาวครอบคลุมทั่วประเทศ</p> <p>1.2 ขับเคลื่อนการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม</p> <p>1.3 พัฒนาและจัดระบบข้อมูลฐานข้อมูลการจัดทำ Care Plan ผู้สูงอายุรายบุคคลผ่าน Digital Platform และเทคโนโลยีสมัยใหม่</p>

กรมอนามัยกำหนดมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 7 หมวด 21 มาตรฐาน ประกอบด้วย

หมวดที่ 1 การจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ มี 3 มาตรฐาน ได้แก่ 1) มีฐานข้อมูล 2) เข้าถึงข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูล

หมวดที่ 2 ประเมินและให้คำแนะนำภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มี 7 มาตรฐาน ได้แก่ 1) ประเมินภาวะสุขภาพ 2) ตรวจร่างกายทั่วไป 3) ตรวจคัดกรองและให้คำแนะนำโรคเรื้อรังและโรคทาง Geriatric syndrome 4) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ 6) ให้คำแนะนำและบริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ & บาดทะยัก 7) ประเมินและให้คำแนะนำเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม

หมวดที่ 3 การส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมี 3 มาตรฐาน ได้แก่ 1) ส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 2) ส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 3) ส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

หมวดที่ 4 การช่วยเหลือ สนับสนุน มี 3 มาตรฐาน ได้แก่ 1) สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น 2) จัดระบบผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) ใช้ระบบการสื่อสารที่ทันสมัยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

หมวดที่ 5 โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มี 1 มาตรฐาน ได้แก่ 1) จัดทำแผนงานโครงการเชิงรุกส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

หมวดที่ 6 การมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคีเครือข่าย มี 3 มาตรฐาน ได้แก่ 1) สร้างความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) วางแผนทำประชาคมและบูรณาการงานกับเครือข่าย 3) ประเมินและพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

หมวดที่ 7 ชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ มี 1 มาตรฐาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ สปสช.

1.5) นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว ⁽⁶⁻⁸⁾

สถานการณ์โครงสร้างประชากรของประเทศไทย จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งสถานการณ์ทางสังคมและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 มีจุดเน้นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคมสุขภาพเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ ⁽⁶⁾ ซึ่งนำมาสู่การขับเคลื่อนนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพและบริการทางสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 และฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 กำหนดปรัชญาหลักไว้สามด้าน คือ 1) ผู้สูงอายุ มีใช้บุคคลด้อยโอกาส ควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ให้ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี 2) ผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และ 3) สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยกำหนดยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน คือ 1) การเตรียมความพร้อมของประชากร 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) ระบบคุ้มครองทางสังคม 4) การบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนางานและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 5) การประมวล พัฒนา และเผยแพร่ องค์ความรู้ ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยยุทธศาสตร์ที่ 3 เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แต่มุ่งเน้นไปที่การจัดบริการในชุมชนเป็นหลัก

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว และมีการพัฒนาแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2554-2556) โดยสนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้มีส่วนร่วมให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ ไทย มีตามลำดับดังต่อไปนี้

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับทราบการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการประชุมครั้งที่ 6/2556 เมื่อ 17 พ.ค. 2556

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 ยกเว้นในส่วนของงบประมาณเสนอให้คณะ อนุกรรมการ การเงินการคลังพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง เมื่อ การประชุมครั้งที่ 9/2556 เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2556

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบต่อแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557– 2561 ในการประชุมเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2556

ซึ่งแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงบริการสุขภาพและบริการทาง สังคม อย่างมีประสิทธิภาพ และมีเป้าหมายเฉพาะ 1) ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมี ระบบ ส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟูและการดูแลระยะยาวในชุมชน ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้ อย่างมีศักดิ์ศรี 2) มีระบบ การเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร 3) ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุขเช่น มี respite care / nursing home และ 4) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและ ครอบครัว โดยมียุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การคัดกรองผู้สูงอายุ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน

เป้าประสงค์ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมินเพื่อคัดกรองจำแนกตามกลุ่ม เพื่อรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละกลุ่ม รวมถึงมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทุกชุมชน

- 1) พัฒนาแบบประเมินเพื่อสำรวจผู้สูงอายุ และจัดทำเกณฑ์/มาตรฐานการ จำแนก ผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับการดูแลระยะยาว
- 2) พัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมมาตรฐานการคัดกรองให้แก่ อสม. /อผส.
- 3) ทำการสำรวจและประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์/มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับการดูแลระยะยาว โดยบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ
- 4) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลระยะยาวและการจัดสวัสดิการและบริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน การดูแล ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริบาล

เป้าประสงค์ มีระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่และมีระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาวในชุมชนและระบบรองรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและไม่สามารถพักอาศัยในชุมชนได้

- 1) พัฒนามาตรฐานบริการและระบบสนับสนุนการบริการ
มาตรฐานหน่วยจัดบริการ ; ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ,Day care , respite care,
Community nursing home
มาตรฐานบุคลากร ; มาตรฐานผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ มาตรฐานหลักสูตรผู้จัดการบริการระยะยาว
มาตรฐานบริการ ; ในระดับชุมชน ,ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ และมาตรฐานระบบส่งต่อระหว่างบ้าน
ชุมชน และสถานบริบาล เป็นต้น

- 2) มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกที่บ้าน /ชุมชน
- 3) มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุ)
- 4) Day care center ในระดับตำบล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์

เป้าประสงค์ มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมตามความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมและยั่งยืน

- 1) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2) ออกแบบระบบการเงินการคลัง และรูปแบบการจ่ายค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน
- 3) จัดทำข้อเสนอการบูรณาการงบประมาณการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ

4) ขยายความครอบคลุมกองทุนฟื้นฟูผู้พิการระดับจังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนากำลังคน

เป้าประสงค์ กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีจำนวนเพียงพอ และผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

1) สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เอกชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

2) การพัฒนาหลักสูตร และการอบรมบุคลากรด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long term care manager) ผู้ช่วยดูแล (Care assistant)

3) สนับสนุนการผลิต การจ้าง และการสร้างแรงจูงใจแก่กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาว

3.1) Community care ในชุมชน ได้แก่ อสม., อพส., ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long term case manager), ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care assistant)

3.2) Assistant care ใน รพ.สต. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (เพิ่มอีกแห่งละ 1 คน) ,นักจิตวิทยาคลินิก, หมอนวดไทย

3.3) Hospital care

ในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด (เพิ่มแห่งละ 1 คน) ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด, พยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล

เป้าประสงค์ มีองค์ความรู้และข้อมูลสำหรับการพัฒนาและติดตามกำกับระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1) ศึกษาและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในด้านการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) ศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการบริการในชุมชนและการบริหารจัดการกองทุนระดับต่างๆเพื่อให้เกิดการบูรณาการการจัดการบริการ

3) ศึกษาการพัฒนาแบบการจ่ายค่าบริการเพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริการ และเพิ่มคุณภาพบริการ

4) ศึกษาแบบ Long-term care financing

5) ศึกษาและพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานการจัดการบริการดูแลระยะยาว

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบ และการบริหารจัดการ

เป้าประสงค์ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนากฎหมาย/ระเบียบ และการบริหารจัดการเพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1) แก้ไขระเบียบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการให้ครอบคลุมบริการสุขภาพในชุมชน

2) กำหนดบทบาทให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล การจัดการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ และปรับปรุงแก้ไข กฎระเบียบของท้องถิ่นให้เอื้อต่อการดำเนินงานตามบทบาท

3) ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลระยะยาว เช่น มาตรฐานและการกำกับสถานบริการ เอกชน มาตรฐานและการกำกับจัดการดูแลระยะยาวที่บ้าน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีมติสนับสนุนให้เกิดการดูแลในชุมชน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557 – 2561 ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2558 โดยมีเป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเพื่อ “บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีใน ครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ” ภายใต้เป้าหมายเฉพาะ 5 ประการ คือ

1) ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน พิ้นฟูและการดูแล ตามระดับความ จำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร

4) ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มี สถานที่ดูแลชั่วคราว (respite care) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (community LTC center) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care)

5) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ใน 3 ปี ระหว่างพ.ศ. 2559 – 2561 ปีที่ 1 (2559) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 10 ประมาณ 1,000 ตำบล และ 100,000 ราย ปีที่ 2 (2560) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 50 ประมาณ 5,000 ตำบล และ 500,000 ราย และ ปีที่ 3 (2561) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 100 หรือ ทุก ตำบล ประมาณ 1,000,000 ราย โดยมีวงเงินเฉลี่ยประมาณ 5,000 บาทต่อคนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศกองทุนที่กำหนดเพิ่มเติม เพื่อจัดให้มีบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน ซึ่งตัวชี้วัดบทบาทของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการ บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับได้อย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾

ต่อมาวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข โดยนายโสภณ เหมชน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย นายประทีป ธนกิจเจริญ รองเลขาธิการ รักษาการแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย โดยนายเกรียงไกร ภูมิเหล่าแจ้ง นายกสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย โดย นายณพดล แก้วสุพัฒน์ นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ได้ลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่ ณ “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ธันวาคม 2550” กรุงเทพฯ

วันที่ 14 กันยายน 2558 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เห็นชอบมติ ปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปีพ.ศ. 2559 จำนวน 600 ล้านบาท

วันที่ 4 มกราคม 2559 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ผ่านความเห็นชอบ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 มีการประกาศนโยบายตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 1,000 ตำบล ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 10 ประมาณ 100,000 ราย และ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ผ่านความเห็นชอบ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 จำนวน 600 ล้านบาท โดยจัดสรร ดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวน 500 ล้านบาทจัดสรรไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จำนวน ประมาณ 1,000 แห่งที่มีความพร้อม เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวนประมาณ 100,000 คน วงเงินเฉลี่ยประมาณ 5,000 บาทต่อคนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ บริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศกองทุนที่กำหนดเพิ่มเติม เพื่อจัดให้มีบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน โดยมีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือ ศูนย์ที่เรียกชื่ออื่นเป็นศูนย์บริหารจัดการและให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 จำนวน 100 ล้านบาท จัดสรรไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ประมาณ 1,000 แห่ง ๆ ละ ประมาณ 100,000 บาท เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องในพื้นที่ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินงานดังกล่าว รวมทั้งรับส่งต่อในกรณีที่ต้องให้บริการในหน่วยบริการ

ปีงบประมาณ 2560 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ผ่านความเห็นชอบ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 จำนวน 900 ล้านบาท โดยจัดสรรงบประมาณจำนวน 150 ล้านบาท จัดสรรไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และ จำนวน 750 ล้านบาทจัดสรรไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

โครงสร้างประชากรโลกและของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ทางสังคม และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ซึ่งทำให้การประเมินผลการดำเนินงาน 5 ปี (พ.ศ.2550 - 2554) ในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยได้จัดให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและในชุมชน หรือที่เรียกว่า การจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากข้อมูลต่างๆ ข้างต้น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถสรุปแนวคิดของระบบได้ ดังนี้⁽⁷⁾

ระบบการดูแลระยะยาว คือ การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวะการณณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นได้ โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ช่วงแรก มีเป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ คือ 1) ผู้สูงอายุทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี 2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง 3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี 2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง 3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร 4) ทุกชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (respite care) / ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) 5) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

หลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ จึงมี ดังนี้ 1) ผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียงและติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว 2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ ในพื้นที่หรือชุมชน ไม่ไปแย่งชิงบทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก และระบบเข้าไปสนับสนุน ยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง 3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวฯ อาศัยบุคลากรที่มีวิชาชีพเป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

4) ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น ดังนั้นการออกแบบระบบการดูแลระยะยาว ดังนี้ 1. เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2. คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 4. พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager, CM) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver, CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารของ อปท. แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ พัฒนามาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยในขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า อปท. เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่างๆ สู่ชุมชน ปัจจุบัน กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ อปท. เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน ขณะเดียวกันยังมีเครือข่ายสุขภาพอยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีการสำรวจโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและจำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จากนั้นผู้จัดการระบบฯ ประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุแต่ละรายซ้ำ และประเมินความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุข และจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น จากนั้นจะทำการประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ ผู้จัดการระบบฯ ต้องนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายรวมถึงกำหนดบทบาทว่าภาคีใดต้องเข้าไปสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างไร ระบบการดูแลและครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุข โดยในกลุ่มติดเตียง ซึ่งมีภาวะพึ่งพิงมากหรือเคลื่อนไหวเองไม่ได้จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเคลื่อนไหวได้บ้าง จะมุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระการดูแลในระยะยาวทางเลือกของรูปแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ที่เหมาะสมกับการนำมาปรับใช้กับสังคมไทย จึงมี 2 ทางเลือกได้แก่ 1. การใช้โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเป็นฐาน ข้อดีของทางเลือกนี้ คือ สามารถเริ่มงานได้ทันที เนื่องจากประเทศไทยมีระบบบริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ และเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่อยู่แล้ว แต่มีข้อเสีย คือ การดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงต้องบูรณาการด้านสาธารณสุขและสังคมเข้าด้วยกัน ถ้าเริ่มด้วยแนวทางนี้ โอกาสที่จะบูรณาการในระยะยาวจะทำได้ยาก และต้องลงทุนสร้างตัวระบบซึ่งค่อนข้างแพง สร้างภาระทางการเงินสูง

มากประมาณ 146,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเกินกำลังงบประมาณที่รัฐจะจัดการได้ จึงนำมาสู่การสร้างระบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ด้วยทางเลือกที่ 2 คือ การให้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีข้อดีคือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน ในครอบครัว ในท้องถิ่น จึงสามารถใช้ออปท.เป็นกลไกในการจัดการและเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ซึ่งในระยะแรก อาจทำงานค่อนข้างยากเพราะยังเป็นงานใหม่ สำหรับ อปท. ระบบสนับสนุน และระบบตรวจสอบ โดยทางเลือกนี้จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 16,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งอยู่ในวิสัยที่รัฐสามารถบริหารจัดการได้ โดยมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าทางเลือกที่หนึ่งถึง 10 เท่า สปสช. โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติให้จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ท้องถิ่น เป็นฐานภายใต้การสนับสนุนของหน่วยบริการ โดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการบูรณาการการจัดการบริการสาธารณสุขกับบริการทางสังคมเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งได้ออกแบบระบบให้มีความยืดหยุ่น และเอื้อต่อการบูรณาการงานในพื้นที่ โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงินและความยั่งยืนในระยะยาว

ปี 2559 รัฐบาลมีนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป จึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สปสช. เพื่อบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนประมาณ 100,000 ราย ครอบคลุมพื้นที่ ของ อปท.ประมาณ 1,000 แห่งรวมกรุงเทพมหานคร และเพิ่มเป้าหมายเป็น 500,000 ราย (ร้อยละ 50) ครอบคลุม 5,000 พื้นที่ และเพิ่มเป็น 1 ล้านราย (ร้อยละ 100) ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศในปี 2560 และ 2561 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแล ดังนี้ 1) บริการด้านการแพทย์ เช่น บริการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล บริการเยี่ยมบ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์ ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด 2) บริการด้านสังคม เช่น บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานระบบดูแลระยะยาว เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาล ได้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือของ 4 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และ สปสช. เพื่อสนับสนุนให้ อปท. สามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในความรับผิดชอบได้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ได้มีการจัดทำข้อตกลงการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสปสช. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดทีมหมอบริการร่วมกับ อปท. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) และจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนน Activities of Daily Living (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ออกเป็น 4 กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาขอรับ

การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ และจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 และเอกสารแนบท้าย



กรอบพัฒนาระบบแนวทางการจัดการบริการสำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในระบบการดูแลระยะยาว ปี 2563

2. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (9-11)

2.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประกาศกฎบัตรออกติดตามว่าที่ประเทศแคนาดา ปี 1986 ได้บัญญัติว่า "การส่งเสริมสุขภาพ" หรือ "HEALTH PROMOTION" หมายถึง "ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม" บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย การขาดจิตสำนึกในเรื่องความปลอดภัย ทำให้เกิดอุบัติเหตุ หลีกเลียงจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ทำลายสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญ หรือเน้นให้เพิ่มในด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรอาศัยหลักการเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ดังนี้

1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคม มีข้อตกลงทางสังคม ร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบาย ไม่ให้มีการทอดทิ้ง ผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายหมู่บ้านปลอดอุบัติเหตุ นโยบายครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

2) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม หรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุก มีความเข้าใจกัน ชุมชน ก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวผู้สูงอายุ นั่นเอง ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้าน และสิ่งที่อยู่อาศัยรอบๆ บ้าน ก็จะทำให้ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุด้วยความอบอุ่น มีสุขภาพดี และปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่างๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมในสังคม ซึ่งสังคมไทยมีข้อดีกว่าประเทศอื่นๆ ในหลายๆ ด้าน เช่น ให้ความเคารพตักตวงกตเวทีต่อผู้สูงวัยปีประเพณีรดน้ำดำหัว รดน้ำสงกรานต์ เป็นต้น

3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชน จะต้องมีการรวมตัวกัน หรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมปัญหาต่างๆ นำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่ม เพื่อให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมต่างๆ เช่น การฟังกะต๋น ฟังธรรม เป็นต้น

4) พัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อต่างๆ

5) ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุกๆ ด้าน

2.2 นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีภารกิจหลักในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของประชากร ตามกลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ในกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น นับเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะ ให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการส่งเสริมสุขภาพ มีวัตถุประสงค์ ของงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้
- 2) เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 3) เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน

เป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60
2. ผู้สูงอายุมีพื้นที่หรือพื้นที่ปลอดภัยใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50
3. ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นร้อยละ 10
4. ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 10

กลยุทธ์

1. พัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้
3. พัฒนาศักยภาพทุกระดับในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. พัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการดูแลประชากรผู้สูงอายุ เพื่อการเสริมสุขภาพ
5. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการส่งเสริมการป้องกันการเฝ้าระวังสุขภาพและการประเมินผล
6. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น และภาคเอกชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
7. สนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม

8. สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ โดยประสานงานกันเป็นเครือข่าย เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
9. พัฒนาระบบสารสนเทศ การบริหารจัดการ ให้เอื้อต่องานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย

2.3 มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพที่พึงประสงค์ จำนวน 4 ด้าน ได้แก่

- 1) มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ
- 2) มีพินถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่
- 3) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

มีรายละเอียดตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ ดังนี้

1. มีสุขภาพกาย และจิตใจดีตามที่พึงประสงค์

1.1 มีสุขภาพกายที่พึงประสงค์ คือปราศจากประวัติและอาการของโรคต่างๆ ดังนี้

1.1.1 โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ หัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดโรคเส้นสมองอุดตัน โรคข้อเสื่อม โรคเอดส์ วัณโรค

1.1.2 โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150/90 mmHg โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 150 mg

1.2 สุขภาพจิต เกณฑ์สุขภาพด้านจิตใจดี

1.2.1 เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว และหรือ/เพื่อนบ้านเป็นประจำ

1.2.2 ไม่มี หรือมีปัญหาด้านอารมณ์และจิต ที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2.3 รู้สึกว่าตนเองมีค่า (รู้ด้วยตัวเอง)

1.2.4 รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

ตั้งเกณฑ์ (ไม่จำกัดว่าจะขาดข้อใดข้อหนึ่ง ในสี่ข้อ) 4 ดีมาก 3 ดี 2 พอใช้ 1 ไม่พอใช้

หมายเหตุ ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ ถือว่าสุขภาพจิตดี

2. มีพินถาวรที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ คือ พินถาวรที่ใช้งานได้ คือพินที่อยู่ในสภาพดีสามารถใช้งานได้ และไม่เป็นโรคจนไม่สามารถเก็บรักษาได้ ได้แก่

2.1. ตัวพินต้องไม่เหลือน้อยจนไม่สามารถบูรณะใช้งานได้

- 2.2. ฟันต้องไม่ผุลุกลามทะลุโพรงประสาทฟัน จนไม่สามารถรักษาคลองรากฟันได้
- 2.3. ฟันต้องไม่ผุจนเหลือแต่ราก
- 2.4. ฟันต้องไม่โยกจากโรคปริทันต์จนเก็บรักษาไว้ไม่ได้

3. ดัชนีมวลกาย

นิยาม ดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) เป็นมาตรการที่ใช้ประเมินภาวะอ้วน ผอมในผู้ใหญ่ ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ทุกคนสามารถกระทำได้ด้วยตนเองโดยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและวัดส่วนสูงเป็นเมตร และนำมาคำนวณหาดัชนีมวลกาย

$$\frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ดังนั้นดัชนีมวลกายจึงมีหน่วยเป็นกิโลกรัม / ตารางเมตร (กก./ม²)

คำปกติ

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย โดยทราบว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25.0 กก./ม² หรือต่ำกว่า 18.5 กก./ม² มีอัตราการตายสูงกว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ม² ดังนั้นจึงได้มีการใช้เกณฑ์ เพื่อประเมินภาวะพลังงานที่สะสมไว้ในร่างกายของผู้ใหญ่ทุกอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ดังนี้

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีมวลกาย (กก. / ม ²)
ผอม	
ระดับ 1	18.5 - 19.9
ระดับ 2	17.0 - 18.4
ระดับ 3	16.0 - 16.9
ระดับ 4	< 16.0
ปกติ	18.5 - 24.9
อ้วน	
ระดับ 1	25.0 - 29.9
ระดับ 2	30.0 - 39.9
ระดับ 3	> 40.0

- ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร = อ้วน
- ค่าดัชนีมวลกาย ต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร = ผอมแห้ง
- ค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 18.5 - 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร = ปกติ

4. ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

- ปฏิบัติภารกิจประจำวันได้
- สามารถเดินทางไปนอกบ้านด้วยตนเองตามที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง
- สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

2.4 การช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.4.1) การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมาก และเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในทางหนึ่งทางใดมาก่อน มีพลังสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ได้ดี ลูกหลานควรคำนึงถึงคุณค่าและประโยชน์ของผู้สูงอายุ โดยทั่วไป ผู้สูงอายุก็น่ามีความยินดีและเต็มใจให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่อ่อนวัยกว่าอยู่แล้ว ในอดีตที่ผ่านมา ผู้สูงอายุยังให้ชีวิตที่เป็นสุขตามสมควร ซึ่งจะให้ประโยชน์จากการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ในเวลาเดียวกันด้วย

เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สมาชิกในครอบครัว อันประกอบด้วย ลูกหลาน ฯลฯ ควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

- 1) ช่วยนำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญและมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่าง ๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษาอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน
- 2) ควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก ยกตัวอย่างเช่น เวลารับประทานอาหารเชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อนและดักข้าวให้
- 3) ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟัง และรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ยังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตของตนอยู่
- 4) อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่าง ๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัดหรือศาสนสถานต่าง ๆ ลูกหลาน ควรจัดเตรียมข้าวของต่าง ๆ ให้ และจัดการรับส่งหรือเป็นเพื่อน
- 5) เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายหรือทำงานตามความถนัดให้เหมาะสมกับวัย
- 6) ที่พักอาศัย หากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านอยู่ หรือต้องการไปอยู่สถานที่ที่รัฐจัดให้ก็ควรตามใจ และพาลูกหลานไปเยี่ยมเมื่อมีโอกาส ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข และต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลาน ก็ให้อยู่บ้านเดียวกัน เพื่อเกิดความรู้สึกอบอุ่น
- 7) ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท และเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน โดยการพาไปเยี่ยมเยียนหรือเชิญเพื่อนฝูงญาติมิตร มาสังสรรค์ที่บ้านเป็นที่คลายเหงา พาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัด หรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

8) ให้ความสำคัญเห็นคุณค่า และเคารพยกย่องนับถือ ด้วยการเชื่อฟังคำสั่งสอนและข้อเสนอแนะจากผู้สูงอายุ ร่วมมือกันรักษาฟื้นฟูชนบทธรรมเนียมประเพณีเดิมของไทย เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น

9) ให้อภัยในความหลงลืม และความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำ และยิ่งกว่านั้น ควรแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย

10) ช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วย หรือพาไปตรวจสุขภาพให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วยหนัก เรื้อรัง

การเตรียมตัวที่ดีและพร้อม จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข ฉะนั้น ผู้สูงอายุควรรู้จักปฏิบัติตัว เพื่อการมีชีวิตที่เป็นสุขเช่นกันดังนี้ คือ

1) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส หางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงนก เลี้ยงไก่ สนุก หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น

2) ให้ความสนใจในลูกหลาน ปฏิบัติตนให้ลูกหลานมีความศรัทธา เชื่อมั่น และเป็นที่ยึดเหนี่ยวยามเดือดร้อนหรือทุกข์ใจได้

3) ให้ความสนใจต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยอ่านจากหนังสือ ฟังข่าวจากวิทยุ จากโทรทัศน์ จะได้มีความรู้ความเข้าใจ ถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคม อีกทั้งยังเป็นการบริหารความคิด และสมองไม่ให้เสื่อมถอยลง

4) ให้ความช่วยเหลือครอบครัวในส่วนที่พอจะทำได้ เช่น ช่วยดูแลเด็กเล็ก ช่วยดูแลบ้านเมื่อลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน

5) รักษาสุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์ รู้จักออกกำลังกายตามความเหมาะสม ที่ร่างกายจะทำได้ ไม่ทำตัวให้เป็น ที่กังวลของลูกหลาน หรือผู้อยู่ร่วมกัน

6) การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตเป็นสุข ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันครอบครัวจะได้ตระหนักถึงบทบาท และความสำคัญ ที่จะทำ ให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และมีความสำคัญต่อครอบครัว และสังคม

2.4.2) การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน จะเป็นรูปธรรมได้นั้น ทุกคนในชุมชนจะต้องได้รับการปลูกฝัง ให้มีพื้นฐานจิตสำนึก ความคิด และการปฏิบัติของทุกคนในชุมชน (ผู้สูงอายุ ลูกหลาน และผู้อยู่อาศัยในชุมชนทุกคน) ต้องตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญของผู้สูงอายุ (โดยเฉพาะลูกหลาน) เสมอเหมือนปุชนียบุคคล ที่เปี่ยมด้วยประสบการณ์ชีวิตที่ ล้มเหลว และดีงาม ซึ่งเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตของลูกหลาน ชุมชนในปัจจุบัน โดยลูกหลาน และผู้อาศัยในชุมชน ต้องแสดงความเคารพยกย่อง ให้เกียรติเป็นแบบอย่างที่ดีงาม ในการให้คำปรึกษา แนะนำแนวการดำเนินชีวิต, การงานอาชีพ, ครอบครัว, การพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ และเอกชน เพื่อเป็นรากฐานชีวิตในชุมชนที่จะเอื้ออาทรต่อกัน เพื่อการช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี

สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างปกติ และมีความสุขอย่างต่อเนื่องตลอดไป เช่น สมัยปัจจุบัน โดยนับถือผู้สูงอายุที่ตั้ง
ร่มโพธิ์ร่มไทร สร้างสายใยในครอบครัว สืบสานวัฒนธรรมที่ดั่งงามของชุมชน

1) ชุมชนรวมจัดตั้ง “สวนรวมแรง ร่วมใจ ร่วมรัก พิทักษ์สุขภาพ” ร่วมกันทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยความ
ร่วมมือของประชาชนในชุมชน โดยชมรมเป็นแกนร่วมสร้างสวนสุขภาพ ประกอบด้วย สนามออกกำลังกาย, สนามเด็ก
เล่น, ลานกิจกรรม และร่วมปลูกต้นไม้ดอกไม้ให้ร่มรื่น สวยงาม เป็นรากฐานการปลูกฝังการดูแลสุขภาพ รักธรรมชาติ
แก่ลูกหลาน เป็นการสร้างสายใยสัมพันธ์ ร่วมกันทุกกลุ่มอายุให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชน

2) การประสานงานร่วมกันระหว่างชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนกับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อการส่งเสริม
งบประมาณดำเนินกิจกรรมรณรงค์ การช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี
โดยจัดสัปดาห์ตรวจสุขภาพประจำปี จัดนิทรรศการเรื่องที่ชุมชนสนใจ การทัศนศึกษา และนอกสถานที่ของจังหวัด จัด
ฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรมทุกวันพระ และวันสำคัญทางศาสนา

3) ชุมชนจัดตั้งกลุ่มส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน ในชุมชนนั้น ให้มีการสืบทอดการปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน
เพื่อถ่ายทอดถึงลูกหลาน และเป็นวัฒนธรรมในชุมชนตลอดไป เช่น กลุ่มจัดทำสิ่งของเครื่องใช้ อาหารพื้นบ้านที่มี
ประโยชน์ เพื่อจำหน่ายในร้านค้าของชุมชน และกลุ่มการนวดแผนไทยให้แพร่หลายตลอดไป

4) ชุมชนประกาศเกียรติคุณลูกหลาน หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุดีเด่นในชุมชน เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีงาม ให้
ลูกหลานมีจิตสำนึก ในความรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสืบไป

5) ชุมชนสร้างเสริมสื่อการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมการดำเนินกิจกรรม ของชมรมผู้สูงอายุ ให้ดำรงอยู่
ตลอดไปอย่างมีประสิทธิภาพ

6) ชุมชนให้ความสำคัญ และจัดเตรียมความพร้อมบุคคล ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 55-60 ปี) เพื่อการ
ยอมรับ และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ได้อย่างมีความสุข โดยการดำเนิน
โครงการฝึกทักษะชีวิต แบบมีส่วนร่วมในการปรับตัว รับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุอย่างเหมาะสม

7) ชุมชนจัดตั้งศูนย์ดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเตาะแตะ (เด็กอายุ 0-3 ปี) โดยผู้อยู่ในวัยก่อนสูงอายุ หรือ
ผู้สูงอายุที่มีความพร้อม และสมัครใจ เพื่อการแสดงถึงคุณค่า และมีการอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพ ของทรัพยากรบุคคล
ในชุมชน อย่างเป็นรูปแบบสมัยก่อนที่ดั่งงามวิธีหนึ่ง

2.4.3) บทบาทผู้สูงอายุต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน

ที่ประชุมสมัชชาโลก ว่าด้วยผู้สูงอายุ โดยองค์การสหประชาชาติ ในปี 2525 กำหนดเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั่ว
โลกตกลงว่า “ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ส่วนสถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ของสหรัฐอเมริกา
ได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุวัยต้นคือ อายุระหว่าง 60 – 74 ปี เป็นวัยที่ยังไม่ชรามาก ถ้าสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี เมื่อ
อายุ 75 ปีขึ้นไป จึงจะถือเป็นวัยชราอย่างแท้จริง ส่วนสำนักงานสถิติแห่งชาติของไทยแบ่งผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุตอนต้น
(อายุ 60 – 69 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป)

จำนวนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มสัดส่วนขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2536 ร้อยละ 7.2 ของประชากรไทยเป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2538 ประชากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.11 และคำนวณไว้ว่าในปี 2543, 2553 และ 2563 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.19, 11.36 และ 15.28 ของประชากรทั้งหมดในแต่ละช่วงลำดับ

ขณะนี้ผู้สูงอายุยืนยาวมากขึ้น คนที่อายุ 60 ปีมีโอกาสที่จะอยู่ถึงอายุ 80 ปี จึงอาจจะต้องมีการมองเรื่องผู้สูงอายุกันใหม่ จากภาพของคนแก่ทำอะไรไม่ได้ เจ็บออกแดด รอวันตาย ไปสู่อายุวัฒนะ และคุณภาพชีวิตเพราะช่วงอายุจาก 60 ปีถึง 80 ปี เป็นเวลาอีกไม่น้อย จึงเป็นช่วงเวลาที่สามารถดำรงรักษาสุขภาพ ทำการงานที่เป็นประโยชน์ และมีความสุขได้มาก ผลการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2540 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.4 ของประชากรทั้งหมด 60.4 ล้านคน อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของชายเป็น 66.6 ปี และเพศหญิง เป็น 71.7 ปี ส่วนอายุขัยเฉลี่ยเมื่อ อายุ 60 ปีเพศชายเป็น 18.8 ปี และเพศหญิงเป็น 22.0 ปี

งานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้ สมาชิกในครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาส แสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน มีการจัดตั้งหน่วยบริการ สวัสดิการเอนกประสงค์ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ครอบครัว และผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ เรื่องสุขภาพอนามัยให้ครอบคลุม อย่างน้อยร้อยละ 50 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศไทย ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของชาย เพิ่มจาก 68 เป็น 70 ปี และหญิงเพิ่มจาก 72 เป็น 75 ปี

นักจิตวิทยาสังคมระบุว่า การปรับตัวเข้าสู่บทบาทผู้สูงอายุเป็นเรื่องยาก สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้น เพราะงานที่เปลี่ยนเข้าสู่กลุ่มผู้สูงอายุนั้น ขาดกลุ่มสนับสนุน เด็กได้รับการสอนให้เรียนรู้ถึงบทบาทวัยรุ่น และวัยรุ่นได้รับการฝึกฝน วิธีที่จะเป็นผู้ใหญ่ แต่มีผู้ใหญ่ไม่กี่คนเท่านั้น ที่ได้รับการฝึกฝนที่จะเป็นผู้สูงอายุ คนสมัยใหม่ยังเห็นว่า ค่านิยมทางวัฒนธรรมจารีตประเพณี เป็นเรื่องล้าสมัย ความผูกพันระหว่างพี่น้อง เครือญาติ การกตัญญูทวดเวที จะต้องมิชอบเขตจำกัด จึงเกิดลักษณะวัฒนธรรมสมัยใหม่ ที่ต่างคนต่างช่วยตนเอง ตัวใครตัวมัน ผู้ที่จะอยู่ในสังคมสมัยใหม่ได้ จะต้องมีความสามารถแบบพหุสูตร รอบรู้ทุกเรื่อง และที่สำคัญต้องพึ่งตนเองได้ ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุที่จะอยู่ในสังคมไทยอีก 10-20 ปีข้างหน้า จะต้องเป็นผู้สูงอายุ ที่มีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ กล่าวโดยรวมหมายถึงว่า ผู้สูงอายุ จะต้องมีความศักยภาพในชุมชนที่เข้มแข็งนั่นเอง

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เพียบพร้อมไปด้วยความรู้ และประสบการณ์ เป็นผู้ถึงพร้อมทั้งคุณวุฒิ และวัยวุฒิ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า แม้ผู้สูงอายุจะเข้าสู่วันที่ร่างกายอ่อนแอเสื่อมถอยแล้ว แต่ท่านก็ยังพร้อม และสามารถที่จะช่วยเหลือครอบครัวได้ เช่น ช่วยดูแลบุตรหลาน ขณะที่พ่อแม่ออกไปทำงาน ช่วยดูแลบ้านเรือน ผู้สูงอายุบางท่าน ยังช่วยหุงหาอาหารต่าง ๆ ช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ตามกำลังของท่านได้ นอกจากนั้น ยังช่วยให้คำแนะนำปรึกษาในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอาชีพการงาน ด้านการดำเนินชีวิต ด้านครอบครัว ด้านสังคม และอื่น ๆ ผู้สูงอายุบางท่านมี

ทักษะในวิชาชีพบางด้าน เช่น ช่างไม้ ช่างแกะสลัก ทำอาหารไทย ขนมไทย เย็บปักถักร้อย ดอกไม้ ดนตรี ฯลฯ ท่านก็จะถ่ายทอดให้แก่บุตรหลาน และผู้ที่สนใจเพื่อดำรงวิชาชีพนั้นสืบไป

ในสังคมไทย ถึงแม้บุตรหลานแต่งงานมีเหย้ามีเรือนไปแล้ว ก็ยังนิยมอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่น บุตรธิดา นอกจากจะได้รับการอบรมสั่งสอนจากพ่อแม่แล้ว ยังได้รับการดูแลจาก ปู่ย่า ตายาย ทำให้เกิดความรักความอบอุ่น ภายในครอบครัว โอกาสที่เด็กจะไปเกร หรือประพฤติผิดนอกกลุ่มนอกทางจึง มีน้อยมาก ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สามารถช่วยส่งเสริม อบรมเลี้ยงดูกลมเกลียวบุตรหลาน ให้เป็นพลเมืองดี เด็ก ๆ จะได้เรียนรู้ทั้งจากโรงเรียน และที่บ้าน ที่บ้านเด็ก ๆ จะได้รับการอบรม โดยเฉพาะในเรื่องความประพฤติ ขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ผู้สูงอายุจะคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาทุก ๆ เรื่อง ความสัมพันธ์ ของครอบครัวไทย แต่ดั้งเดิมได้หล่อหลอมความรัก ความเคารพแก่ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ นั้น มีต้องการเพียงแต่จะเป็นฝ่ายรับ จากบุตรหลานหรือจากสังคมเท่านั้น อันที่จริงท่านพยายามที่จะช่วยตนเองมากที่สุด เท่าที่ท่านจะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาชีพ รายได้ ความเป็นอยู่ ท่านจะอาศัยพึ่งพาลูกหลาน ต่อเมื่อท่านทำไม่ไหวแล้วเท่านั้น แม้กระนั้นก็ตาม ท่านก็ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัว ช่วยเหลือสังคมตามศักยภาพ ที่ท่านจะทำได้ ไม่ว่าจะในด้านร่างกาย แรงสติปัญญา ทักษะฝีมือ คำแนะนำต่าง ๆ เท่าที่ท่านจะให้ได้

หลายคนเกษียณอายุแล้ว อาจจะมีไฟอยู่ มีความรู้ ความสามารถสูง มีประสบการณ์ หลายคนอาจเคยเป็น ครู อาจารย์ แพทย์ พยาบาล เป็นผู้นำทางกฎหมาย บัญชี การบริหาร หรือ การจัดการ ครั้นเกษียณอายุแล้ว ยังอาจเป็น ที่ต้องการทำประโยชน์ให้สังคมอยู่ มีความพอใจในงานที่จะทำ คนที่คิดว่าตัวเองยังเป็นประโยชน์ต่อสังคมได้บ้าง และ สุขภาพของตัวเองยังดี ยังต้องการทำอะไร ๆ ต่อไปอีกก็น่าจะทำต่อไปได้ เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ นิศา ชูโต แห่ง สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศึกษาไว้ในปี 2525 พบว่าร้อยละ 66.44 ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาทางด้าน สุขภาพ ร้อยละ 14.6 ถึงกับล้มหมอนนอนเสื่อ ส่วนผู้สูงอายุที่สุขภาพดี มีร้อยละ 32.7 และร้อยละ 50.4 แม้สุขภาพไม่ ค่อยดี แต่ไม่ได้ป่วยเป็นอะไรโดยเฉพาะ ซึ่งน่าจะหมายความว่า มีผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 80 ที่อาจแสดงบทบาทต่อสังคม ครอบครัว และชุมชนได้

ด้านสวัสดิการสังคมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 5 ประเภทคือ

1. ผู้สูงอายุที่สามารถทำงานเลี้ยงตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
2. ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว เลี้ยงตนเองด้วยเงินบำเหน็จที่เก็บได้
3. ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว เลี้ยงตนเองด้วยเงินบำนาญ
4. ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวบุตรหรือญาติ ต้องพึ่งพาเขาเพียงบางส่วนหรือโดยสิ้นเชิง
5. ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งบริการของรัฐหรือเอกชน ถ้าปราศจากบริการนี้แล้ว จะทำให้มีชีวิตที่ลำบาก

ยอร์จ เบร์นาร์ด กล่าวว่า “ความลับของการเกษียณดี ที่ทำให้คนชราเกิดความชุ่มเคื่องคือปล่อยให้ตัวเองให้ว่าง มากเกินไป ยาแก้ความชุ่มเคื่องหรือต้องทำอะไรสักอย่าง ดังนั้น วันหยุดพักผ่อนของชีวิตตลอดกาลก็คือ การไปทำงานที่ ดีโดยไม่มีสิ้นสุดนั่นเอง” รัฐบุรุษของโลกหลายคนหัดงานใหม่ ๆ เมื่ออายุ 80 ปี เซอร์อเล็กซานเดอร์ เฟลมิง

ศาสตราจารย์แพทย์ชาวอังกฤษ ค้นพบยาเพนิซิลลินเมื่ออายุ 70 ปี และ อับเบิร์ต ชไวทเซอร์ ได้รับรางวัลโนเบล เมื่ออายุ 80 ปี

2.5 ทฤษฎีบทบาททางสังคมและกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ดังนี้

ทฤษฎีบทบาททางสังคม (Role Theory) อธิบายว่า อายุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการที่จะกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคล บุคคลจะปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุได้ดีเพียงใด ย่อมน่าจะขึ้นอยู่กับ การยอมรับบทบาทของตนเอง ในแต่ละช่วงอายุ ซึ่งบทบาทดังกล่าว จะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคม ที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตด้วย นอกจากนี้ การสร้างบทบาททางสังคมของตนขึ้นมาใหม่ เพื่อทดแทนบทบาทหน้าที่ที่สูญเสียไป ขึ้นกับบทบาททางสังคม และการมองเห็นคุณค่าของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ สถาบันครอบครัวควรส่งเสริมผู้สูงอายุ ในบทบาทอื่น ๆ เช่น การเป็นบิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย เพื่อเป็นร่วมพิธีกรรมให้ลูกหลาน และลูกหลานควรจะเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ส่วนด้านสังคม จะสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้มาก โดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุวัยเดียวกันได้พบปะสังสรรค์กัน บริโภคอาหารในการที่จะช่วยเหลือสังคมได้ด้วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุข อยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี และเหมาะสม กล่าวคือ เป็นทั้งผู้ใหญ่ และผู้รับประโยชน์จากสังคมเสมอเหมือนสมาชิกอื่น ๆ ในสังคม ผู้สูงอายุแต่ละคน จะมีความสามารถแตกต่างกันไป จึงสามารถเลือกทำงานอาสาสมัครได้ตามความถนัด และความสนใจของแต่ละคน ซึ่งจะทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุมีต่อเนื่อง

ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Activity Theory) อธิบายว่า ถ้าบุคคลใดมีกิจกรรมมากอย่าง จะสามารถปรับตัวได้มากขึ้นเท่านั้น และมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ที่ทำให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป แนวคิดนี้จะเห็นว่ากิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับผู้สูงอายุมากกว่าการลดบทบาท (Role Loss) ทางสังคมลง และจะพบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับตนเอง ในทางบวก และมองโลกในแง่ดี จะมีความกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรม และบทบาทใหม่ ๆ ให้กับผู้สูงอายุพอสมควร กิจกรรมเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้สมวัย กิจกรรมที่น่าจะจัดให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ งานอดิเรกต่าง ๆ งานอาสาสมัคร เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่าง ๆ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือเกษียณอายุงานแล้ว เวลาว่างหาได้ง่าย และมีมาก กิจกรรมยามว่างไม่ว่าเพื่อนันทนาการ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือให้บริการผู้อื่น จึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งนำความพึงพอใจมาให้ ทำให้มีชีวิตชีวา และมีความหมาย การที่เกษียณอายุการงานอย่างไม่มีจุดหมาย จะนำไปสู่ความแข็ง เบื่อหน่าย และแยกตัวออกจากสังคม ความจริงนั้นกาย และจิตใจเจริญงอกงาม ขึ้นตามแรงกระตุ้นของกิจกรรมต่างๆ จึงเป็นการดี ที่เราควรจะมีกิจกรรมมากระตุ้นชีวิตของเราให้เจริญงอกงาม

ส่วนใหญ่การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในยามว่างมักมีปัญหาว่าจะเลือกกิจกรรมอะไรดีจะเป็นการสะดวกถ้าจะพิจารณากิจกรรมในยามว่างออกเป็นหลักใหญ่ ๆ 3 ประการคือ นันทนาการ การเรียนรู้ และการบริการผู้อื่น

1) กิจกรรมนันทนาการ ผู้สูงอายุสามารถทำได้ทุกช่วงอายุ ทำให้ร่างกายสดชื่น ทำหาย กระตุ้นเตือนเปลี่ยนแนวคิด และได้สัมผัสกับคนอื่น รวมทั้งทำให้จิตใจของเราตื่นตัวอยู่เสมอ และมีชีวิตชีวา ผู้สูงอายุควรทำในสิ่งที่ตนเอง

ชอบ และตนเองมีทักษะ หรือความถนัดเป็นพิเศษ ทักษะในงานวิชาชีพ อาจนำมาใช้ในกิจกรรมนันทนาการได้ ควรเลือกหลาย ๆ กิจกรรม และต้องมีเวลาพอด้วย

งานอดิเรก เช่น วาดรูป ทำอาหาร การจัดสวน งานช่างไม้ ทอผ้า ทำหุ่น เกม เช่น บอร์ดเกม หมากรุก ปรัชญาอักษรไขว้

กีฬา เช่น เดิน ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน กอล์ฟ เทนนิส

ดนตรี เช่น เล่นดนตรี แต่งเพลง การขับร้องเพลง

ชมรม เช่น การเข้าชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมกีฬา ศาสนา การเมือง ชมรมผู้สูงอายุ

การท่องเที่ยว เช่น การเขียนหนังสือคู่มือท่องเที่ยว โกวด์บรรยายในการท่องเที่ยว กิจกรรมด้านนันทนาการใน ส่วนของบทบาทผู้สูงอายุนั้น มีได้หลายรูปแบบทั้งเป็นผู้กระทำเอง ทั้งเป็นงานอดิเรก และงานอาชีพ เป็นผู้ให้การปรึกษาแนะนำ หรือเป็นผู้สอน หรือเป็นผู้บรรยายพิเศษได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน ครอบครัวและสังคม

2) กิจกรรมการเรียนรู้ เมื่อผู้อยู่ในวัยสูงอายุ การเรียนรู้ยังมีอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองความอยากรู้ อยากเห็น ความพึงพอใจ หรือเพื่อการดำเนินกิจกรรมบางอย่าง ให้ได้รับความสำเร็จ ในแง่สุขภาพจิต การเรียนรู้จะเป็นการกระตุ้น จิตใจ และเป็นการแลกเปลี่ยนความสนใจกับผู้อื่น เช่นการเรียนในระบบการศึกษาผู้ใหญ่ หรือการศึกษานอกระบบ การเรียนในมหาวิทยาลัยเปิด และการอบรมระยะสั้น ๆ ฯลฯ

3) กิจกรรมบริการผู้อื่น เนื้อแท้ของชีวิตอย่างหนึ่งคือ การเสียสละ และทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่สังคม นอกเหนือไปจากทำให้แก่ตนเอง ครอบครัว โดยผ่านงานอาสาสมัคร ผู้สูงอายุอาจลงงานอาสาสมัครหลาย ๆ อย่างแล้ว พิจารณาด้วยตนเอง ว่ากิจกรรมแบบไหนที่เหมาะสมกับตนเองที่สุด บริการอาสาสมัครมีหลายแนวทางเช่น บริการทางสุขภาพอนามัย หลายโรงพยาบาลมีองค์กรตั้งขึ้น เพื่อช่วยเหลือกิจการของโรงพยาบาล หรือสถานบริการอนามัย เช่น หาทุนเยี่ยมผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยในการทำกิจวัตรบางประการ

- สังคมสงเคราะห์ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ ซึ่งออกช่วยเหลือสังคมหรือประชาชนที่ทุกข์ร้อนด้วยเหตุต่าง ๆ เช่น น้ำท่วม ไฟไหม้
- องค์กรการกุศล หรือองค์กรทางศาสนา องค์กรเหล่านี้ ต้องการอาสาสมัครทำงานหลายด้าน เช่น งานหาทุน งานประสานงาน คนติดต่อ งานบริการที่ไม่ต้องอาศัยวิชาการขั้นสูง
- ชมรมและสมาคม ผู้สูงอายุอาจเข้าร่วมชมรมหรือสมาคมได้ในหลายฐานะ เช่นเป็นผู้จัดการหรือประธาน ผู้สอน ผู้บริการหรือสมาชิก ในบรรดาสมาคม ชมรมหรือองค์กรต่าง ๆ ที่ดีที่สุดคือ สมาคมหรือองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่น เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสกับคนหนุ่มสาว ทำให้ช่องว่างระหว่างวัยหายไป
- กลุ่มการเมือง เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่สนใจในทางการเมือง
- กลุ่มเฉพาะทาง เช่น กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มผู้บริโภครวม กลุ่มสิทธิมนุษยชน

- บทบาทตามวิชาชีพ เช่น เคยเป็นตำรวจ อาจเป็นหน่วยรักษาความปลอดภัยของหมู่บ้าน เคยเป็นครู อาจสอน หรือบรรยาพิเศษ และเคยเป็นช่าง อาจเปิดอบรมความรู้ด้านแก้ไขเครื่องยนต์

ประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรมบริการผู้อื่น

1. การได้เสียสละ เช่น ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นเป็นการแสดงว่าผู้อื่นยังต้องการท่าน อาศัยท่าน
2. การช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหาของเขาจะทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับท่านน้อยลงโดยอัตโนมัติ
3. ติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งมีสภาพเลวร้ายกว่าท่านในบางเรื่อง เช่น สุขภาพอนามัยจะช่วยให้ท่านพึงพอใจใน

ตนเอง

4. การเสียสละต่อสังคม จะทำให้ภาพพจน์ของตนเองน่าพึงพอใจ
5. การเสียสละหรือบริการผู้อื่น จะทำให้มีความสุขทางจิตดีขึ้น และพลอยทำให้สุขภาพกายดีด้วย

ในปี 2539 – 2540 กรมประชาสงเคราะห์ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ให้ริเริ่มโครงการทดลองในลักษณะของชุมชนช่วยชุมชน ซึ่งเรียกว่า โครงการนำร่องเพื่อส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแล และจัดบริการตลอดจนกิจกรรม สำหรับผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน โดยการดำเนินงานระยะเริ่มต้น ภาครัฐบาลจะเป็นผู้กระตุ้นให้ชุมชน ตระหนักถึงศักยภาพที่มีอยู่ในการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชน พร้อมทั้งให้ความรู้ด้านวิชาการผู้สูงอายุ ความรู้ด้านการบริหารโครงการให้ความช่วยเหลือ ติดต่oprะสานงานต่าง ๆ แก่ชุมชน เมื่อชุมชนได้ตระหนักถึงความสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาของคนในชุมชนได้แล้ว จะมีคณะกรรมการ ซึ่งเป็นคนในชุมชน รับผิดชอบการดำเนินงานด้วยตนเอง ทั้งในด้านการบริหารงาน การให้บริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุในชุมชน การตั้งทรัพยากรในชุมชนมาร่วมดำเนินงาน ทั้งนี้จะยึดหลักการดำเนินงาน “ชุมชนช่วยชุมชน” ซึ่งจากหลักการนี้ ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสามารถเข้ามามีบทบาท โดยร่วมเป็นคณะกรรมการ ได้สอดคล้องกับงานของกรมอนามัย ที่มีโครงการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ในชมรมผู้สูงอายุให้มีบทบาท ให้แก่นำผู้สูงอายุ และมีหน้าที่เป็นอาสาสมัคร ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

1. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางสื่อทุกชนิด ทุกรูปแบบตามความเหมาะสม
2. ให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. ร่วมส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุที่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมมากเท่าใด ความคงอยู่ของสถานภาพ ก็จะมีมากขึ้นทำให้อัตมโนทัศน์เป็นไปในทางบวกมากขึ้น และเมื่ออัตรมโนทัศน์ เป็นไปในทางบวกมากขึ้นเท่าใด ความพึงพอใจในชีวิตก็จะมีมากขึ้นด้วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมได้ดี และมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ

1.2 งานอดิเรก หมายถึง วิธีทางในการใช้เวลาทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ นอกเหนือไปจากหน้าที่การงานประจำ หรือเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่างด้วยความสมัครใจ เพื่อก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน แก่ผู้กระทำโดยตรง บทบาท และกิจกรรมได้ก็ตาม ที่บุคคลถูกผลักดันให้เลิกกระทำ จะต้องมีกิจกรรมใหม่ขึ้นมาทดแทน และกิจกรรมหนึ่งที่ถูกเลือกเข้ามาคือ งานอดิเรก

1.3 สุขภาพ ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาสุขภาพที่ทรุดโทรมลง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการต้องพึ่งพิงผู้อื่น สิ่งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกด้อย ในสายตาของบุคคลทั่วไป และมีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้วย

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุ ทำให้รายได้ลดน้อยลง ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทางด้านสุขภาพ และส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ทำให้ต้องเสียบทบาทในการทำงาน ผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนจุดสนใจไปยังครอบครัว หาทบทวนใหม่ให้กับตนเอง ด้วยการเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำช่วยดูแลลูกหลาน ภายในบ้าน หากความสัมพันธ์ในครอบครัวดี จะส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนด้านความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอก หรือสังคมนั้น ในปี 1986 เบอร์กแมน ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 7,200 คน เป็นเวลา 10 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่แยกตัวออกจากสังคม มีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ถึง 2.5 เท่า

จากปัจจัย 3 ด้านที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในส่วนของงานอดิเรก และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว รวมทั้งสังคมได้พ้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ดังที่ได้กล่าวไว้แต่ต้นในเรื่องของกิจกรรม ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจกลายเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุ ที่ควรมีต่อสังคม ครอบครัว และชุมชน เพื่อการมีคุณค่าในชีวิต และเพิ่มความพึงพอใจตนเองของผู้สูงอายุ อาจแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

1) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) เช่น การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว และการพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ญาติ เป็นต้น

2) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activity) เช่น เข้าร่วมในสมาคมต่าง ๆ การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว เป็นต้น

3) กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary activity) เช่น การทำงานในยามว่าง กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจส่วนตัว และกิจกรรมภายในบ้าน เป็นต้น

2.6 กลไกและกระบวนการสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนนี้เป็นการทบทวนแนวกระบวนการ รูปแบบหรือกลไกการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ดำเนินการ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพผ่านชมรมผู้สูงอายุ การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพ โรงเรียนผู้สูงอายุ

2.6.1 ชมรมผู้สูงอายุ ⁽¹²⁾

เป็นกลไกสำคัญในดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ คือ มีภาวะสุขภาพแข็งแรง ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ส่งเสริมสนับสนุนให้การ รวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็น “ชมรมผู้สูงอายุ” ที่จะร่วมดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกลุ่มของตัวเอง ทำให้ตนเองและเพื่อนผู้สูงอายุในชมรมมีชีวิตที่ยืนยาว มีคุณภาพและสุขภาพดี จึงมุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุและพัฒนาเป็นชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุสามารถสอบถามและประสานงานกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ ประจำจังหวัด ที่ชุมชนตั้งอยู่ได้ มีแนวทางในการจัดตั้งและแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้

“ชมรมผู้สูงอายุ” เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป อย่างน้อย 20 คน และอาจมีคนวัยอื่น ทั้งวัยทำงาน เด็ก เยาวชน เข้าร่วมเป็นสมาชิกสมทบ แต่ไม่ควรเกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกที่เป็นวัยสูงอายุโดยมีวัตถุประสงค์ตรงกันในการดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และมีการกำหนดระเบียบข้อบังคับในการบริหารชมรม ทั้งนี้ ชมรมผู้สูงอายุอาจอยู่ภายใต้สังกัดหน่วยงาน องค์กร หรืออาจเป็นชมรมอิสระที่ไม่สังกัดหน่วยงานใดก็ได้

โครงสร้างชมรมผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จะต้องมีการระเบียบของการอยู่ร่วมกัน มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายของชมรม บทบาทหน้าที่ของความเป็นสมาชิกและกรรมการชมรมร่วมกัน โดยสมาชิกและเพื่อสมาชิก โดยมีโครงสร้างการดำเนินงานประกอบด้วย

1. คณะกรรมการบริหารชมรม เป็นผู้นำที่เป็นทางการ มาจากการเลือกตั้งของสมาชิกมีบทบาทบริหารจัดการชมรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และสามารถดำรงอยู่ได้ โดยคณะกรรมการในตำแหน่งต่าง ๆ จะต้องปฏิบัติหน้าที่ตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนด ซึ่งโครงสร้างหลัก ๆ ของชมรมผู้สูงอายุมีดังนี้

ประธาน ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าชมรม เป็นหัวหน้าในการบริหารกิจกรรมชมรม ตลอดจนประสานงานกับองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และแสวงหาแหล่งทุนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมด้านต่าง ๆ ของชมรม ดูแลทุกข์สุขของสมาชิกในชมรม

รองประธาน ทำหน้าที่ช่วยประธานบริหารกิจกรรมของชมรม ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ประธานมอบหมาย และทำหน้าที่แทนประธานได้

เลขานุการ ทำหน้าที่เกี่ยวกับงานธุรการ นายทะเบียน งานประชาสัมพันธ์ของชมรมและปฏิบัติตามคำสั่งของประธานตลอดจนทำหน้าที่เลขานุการในการประชุมต่างๆ

เหรียญกษาปณ์ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเงินทั้งหมดของชมรม เป็นผู้จัดทำบัญชีรับ - จ่าย บัญชีซึ่งบุคคลของชมรมเก็บเอกสารหลักฐานต่างๆเพื่อการตรวจสอบ

กรรมการ มีหน้าที่ช่วยเหลือคณะกรรมการคนอื่น ๆ ให้สามารถทำงานได้อย่างเหมาะสม เพื่อความเจริญก้าวหน้าของกิจกรรมต่าง ๆ ในชมรม

2. สมาชิกชมรม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการประสบความสำเร็จหรือการดำรงอยู่ของชมรม ทั้งนี้สมาชิกชมรมต้องมีความรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญของชมรม ทำให้เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรม ตลอดจนมีสิทธิที่จะได้รับประโยชน์จากชมรม

วัตถุประสงค์โดยทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ

- 1) เพื่อเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม
- 2) เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์มีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมคิดร่วมทำ
- 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อการดำรงชีพไปยังสมาชิกรุ่นต่อไป
- 4) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมสงเคราะห์ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เมื่อได้รับความเดือดร้อนเจ็บป่วย และถึงแก่กรรม
- 5) เพื่อผดุงไว้ซึ่งเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การดำเนินกิจกรรมเป็นหัวใจของชมรมผู้สูงอายุ เป็นข้อบ่งชี้ความสำเร็จของการดำเนินงาน กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ควรเป็นกิจกรรมที่มีความหลากหลายสอดคล้องตามความต้องการของสมาชิก ดำเนินการโดยชมรมผู้สูงอายุหรือที่ร่วมดำเนินการกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ ลักษณะกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุอาจดำเนินการได้ มีดังนี้

1. กิจกรรมทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม เป็นกิจกรรมที่ทำกันมาก ได้แก่ การจัดกิจกรรมตามวันสำคัญทางศาสนาและตามวัฒนธรรมประเพณีนิยมของแต่ละท้องถิ่น การร่วมพิธีกรรมทางศาสนา การฟังธรรม ปฏิบัติธรรม ฟีกสมาธิ ร่วมสืบสานวัฒนธรรม

2. กิจกรรมนันทนาการ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อความสนุกสนาน รื่นเริง ตามโอกาสและความพอใจของสมาชิก เช่น การลีลาศ งานรื่นเริง วันสำคัญต่าง ๆ ของชาติ วันสำคัญทางศาสนา วันเกิด ร้องเพลงพื้นบ้าน เพลงร่วมสมัย เต้นรำ เล่นดนตรี กีฬาในร่ม เกมต่าง ๆ หัวเราะบำบัด ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด (เช่น ระบายสี พับกระดาษ พิมพ์ภาพ) กิจกรรมประเภทนี้ มักรวมเอาการร่วมรับประทานอาหารเข้าไปด้วย หลังรับประทานอาหารมีการแสดงเล็ก ๆ น้อย ๆ และร่วมกันร้องเพลงตามอัธยาศัย

3. กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ในเรื่องหลักโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพร่างกายและความสะอาดของผู้สูงอายุ อนามัยของช่องปาก การแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องยาสมุนไพรพื้นบ้าน การรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะและวัยสูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี ฯลฯ

4. กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและกีฬา ควรคำนึงถึงความพร้อมของสภาพร่างกาย ความสนใจและความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้าร่วม กิจกรรมประเภทนี้เป็นประโยชน์ในทางสุขภาพ ทำได้ทุกชมรม แต่ชมรมจะต้องจัดสถานที่ที่เหมาะสม มีผู้ดำเนินการที่เหมาะสม เช่น ไร่ไม้พลอง ไร่ว่างพื้นบ้าน ไร่ว่างย่อนยุค จั๊กแก๊วโยคะ เปตอง กายบริหาร

5. กิจกรรมเสริมรายได้ ได้แก่ กิจกรรมที่สมาชิกร่วมกันทำหรือผลิตแล้วนำไปจำหน่ายเป็นการเสริมรายได้เหมาะสำหรับชมรมในหมู่บ้านที่สมาชิกต้องการเสริมรายได้ เช่น ทำไม้กวาด ผ้าทอ ดอกไม้จันทน์ การทำบายศรี งานฝีมือ ฯลฯ

6. กิจกรรมเกี่ยวกับศิลปะต่าง ๆ ที่สมาชิกสนใจ เช่น การวาดภาพ งานฝีมือ ฯลฯ เหมาะสำหรับชมรมที่มีสมาชิกที่มีศักยภาพทางศิลปะและรักทางศิลปะ

7. กิจกรรมท่องเที่ยว ทักษะศึกษา เนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาว่างมาก การท่องเที่ยวในสถานที่และโอกาสอันควร โดยไปเป็นหมู่คณะ นอกจากจะก่อให้เกิดประโยชน์เรื่องความรักสามัคคีในหมู่คณะแล้ว ยังได้ความรู้ความเท่าทันโลกอีกด้วย

8. กิจกรรมการกุศล บำเพ็ญประโยชน์ รวมทั้งสาธารณกุศลที่ชมรมสามารถจะช่วยให้ และการกุศลที่ทำแก่เพื่อนร่วมชมรมที่ถึงแก่กรรม หรือการเยี่ยมไข้เมื่อเพื่อนสมาชิกเจ็บป่วย เป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทรต่อกันที่ทำให้เกิดความรักสามัคคีในหมู่คณะได้มาก ทำให้สมาชิกมีความรู้สึกว่าตนไม่โดดเดี่ยว การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส การเป็นอาสาสมัครดูแลเด็กและผู้สูงอายุ การรณรงค์ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน เป็นต้น

9. กิจกรรมส่งเสริมภูมิปัญญาและความคิด เช่น ดนตรี การอ่าน การประพันธ์บทกลอน การใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ การอบรมความรู้ด้านสิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุตามกฎหมาย การเรียนรู้การทำปุ๋ยอินทรีย์ น้ำหมักชีวภาพ การปลูกพืชตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง การบริหารจัดการขยะ การถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น

10. กิจกรรมฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นกิจกรรมที่ให้การสงเคราะห์แก่สมาชิกที่ถึงแก่กรรม กิจกรรมประเภทนี้สมาชิกชมรมมีความนิยมค่อนข้างมาก แต่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเงินและระเบียบทางราชการ ชมรมใดจะดำเนินการกิจกรรมประเภทนี้ต้องมีความพร้อมในเรื่องกำลังคน ความรู้ ความเข้าใจ ความซื่อสัตย์สุจริต

ปัจจัยความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุ ต้องมีปัจจัยที่สำคัญดังนี้

- 1) ประธานและคณะกรรมการ มีภาวะความเป็นผู้นำ มีจรรยาบรรณ
- 2) สนองความต้องการผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกส่วนใหญ่
- 3) มีการแสวงหาแหล่งทุนภายนอก และแหล่งทุนในพื้นที่ มาสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ

- 4) มีการประสานงานและทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนอย่างต่อเนื่อง
- 5) มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลสมาชิกชมรมอย่างเป็นระบบ
- 6) มีความต่อเนื่องของกิจกรรม
- 7) มีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง
- 8) การมีอุดมการณ์พื้นฐานร่วมกันของสมาชิก
- 9) สมาชิกมีส่วนร่วมคิดร่วมทำ และมีการประเมินผลงานชมรมร่วมกัน
- 10) มีความโปร่งใส ไม่เลือกปฏิบัติ
- 11) สมาชิกเคารพในกฎ ระเบียบของชมรม

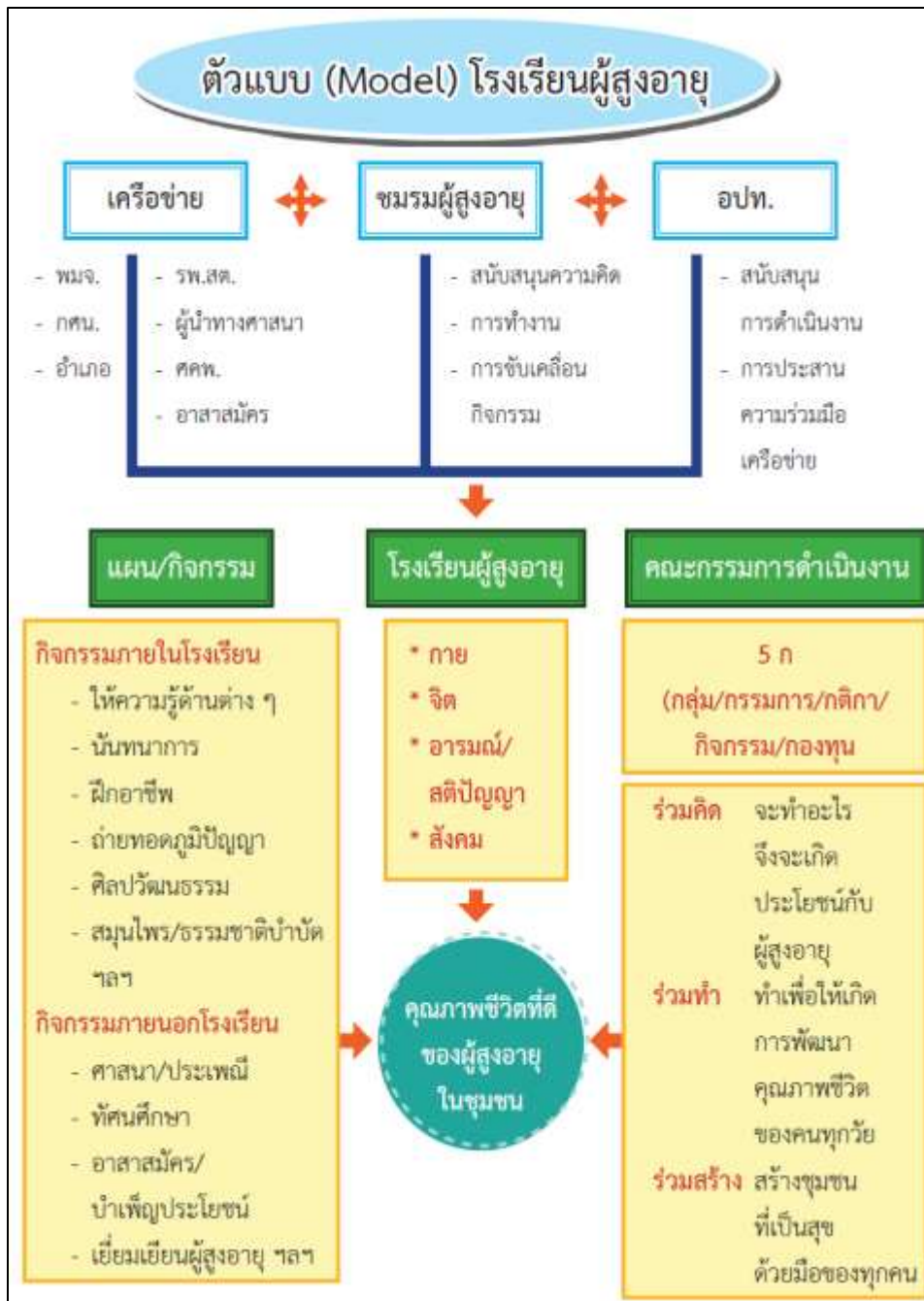
หลักการสร้างชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็งและยั่งยืน

- 1) ชมรมผู้สูงอายุจะต้องมีระเบียบข้อบังคับในการบริหารชมรม
- 2) ชมรมผู้สูงอายุจะต้องมีสถานที่ตั้งที่มั่นคงถาวรเป็นของตนเอง และมีป้ายชื่อชมรม
- 3) ชมรมผู้สูงอายุต้องเป็นของผู้สูงอายุ บริหารโดยผู้สูงอายุ และเพื่อผู้สูงอายุ ไม่เป็นของหน่วยงานใด หน่วยงานหนึ่งโดยเฉพาะ
- 4) การบริหารงานในชมรมผู้สูงอายุ ต้องมีความโปร่งใส ยุติธรรม ให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการบริหาร ให้ข้อเสนอแนะได้
- 5) การบริหารงานชมรมผู้สูงอายุจะต้องจัดให้มีการทำบัญชีรายรับ - รายจ่าย ทะเบียนพัสดุ - ครุภัณฑ์ ทะเบียนสมาชิก สมุดเยี่ยม และสมุดบันทึกการประชุม ให้เป็นปัจจุบัน
- 6) ประธานชมรมผู้สูงอายุจะต้องเป็นผู้มีความเสียสละ ซื่อสัตย์ ความประพฤติดีเป็นที่ยอมรับของสังคม มีความพร้อมและสามารถบริหารงานของชมรมผู้สูงอายุ ต้องเป็นกลางไม่เอนเอียงเข้าฝ่ายการเมือง พรรคใดพรรคหนึ่ง
- 7) ชมรมผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมของท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ หรือองค์กรเอกชนต่าง ๆ เช่น อบต. เทศบาล สถานีอนามัย ฯลฯ
- 8) พยายามหาเอกลักษณ์จุดเด่นของชมรม เช่น ส่งเสริมด้านภูมิปัญญา ศิลปะการแสดง การออกกำลังกาย เพื่อส่งผู้แทนเข้าร่วมกิจกรรมกับหน่วยงานอื่น
- 9) การประชุมประจำเดือนต้องมีการจดบันทึกการประชุม และการจัดกิจกรรมจะต้องมีความหลากหลาย ปรับเปลี่ยนหมุนเวียน ไม่ซ้ำซาก เพื่อให้สมาชิกไม่เบื่อหน่าย มาร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ
- 10) ควรจัดกิจกรรมอื่น ๆ นอกเหนือจากการประชุมประจำเดือน โดยการเขียนโครงการของงบประมาณ จัดกิจกรรมให้สมาชิกและชุมชนได้รับประโยชน์

- 11) ต้องเสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. หรือเทศบาล ภายในเดือนมิถุนายน ของทุกปี

2.6.2 โรงเรียนผู้สูงอายุ ⁽¹³⁾

โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญ ต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยาการจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ ที่สั่งสมแก่บุคคล อื่น เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน มีกรอบแนวคิดของการจัดทำโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่บนพื้นฐาน แนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักยภาพ ควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้สังคม และส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สารการเรียนรู้จะต้องทำให้ผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตปัจจุบัน เพิ่มโอกาสในการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน” การดำเนินงาน โรงเรียนผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยทุกภาคส่วน “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้าง” และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข เกิดทักษะในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี



ต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ

การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ

โรงเรียนผู้สูงอายุหลายแห่งตั้งขึ้นโดยใช้อาคารเรียนเก่าของโรงเรียนที่เลิกกิจการหรือตั้งอยู่ในชมรมผู้สูงอายุภายในวัด บางแห่งใช้บ้านของผู้ริเริ่มก่อตั้งเป็นสถานที่ดำเนินการการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในระยะแรก อาจเป็นเพียงการรวมกลุ่มพบปะพูดคุยกัน แล้วจึงค่อยๆ มีรูปแบบชัดเจนขึ้น มีกิจกรรมที่หลากหลายตามความต้องการของผู้สูงอายุ หรืออาจเป็นการขยายกิจกรรมจากที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว เช่น ศูนย์บริการทางสังคมแบบมีส่วนร่วม

(ศาลาสว่างสุข) ศูนย์สามวัย ธนาคารความดี เป็นต้น โรงเรียนผู้สูงอายุสามารถมีรูปแบบและกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ความต้องการของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จะกำหนดตารางกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ให้ชัดเจน ระยะเวลาเปิดเรียนอาจเป็นตลอดปีหรือเปิดเป็นช่วงเวลาตามหลักสูตรที่จัดอบรม ส่วนใหญ่จะจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วัน

วัตถุประสงค์ของโรงเรียน

1. เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อส่งเสริมการพัฒนาตนเอง การดูแล ค้ำครอง และพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ
3. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
4. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสร้างสรรค์ประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม
5. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ คุณค่าภูมิปัญญาผู้สูงอายุให้เป็นที่ประจักษ์และยอมรับ
6. เพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่นให้ดำรงสืบทอดต่อไป

ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับจากโรงเรียนผู้สูงอายุ

1. ด้านสุขภาพร่างกาย ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง กระฉับกระเฉง ลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยลดระยะเวลาการพึ่งพาผู้อื่น อายุยืน
2. ด้านจิตใจ ช่วยให้คลายเหงา จิตใจกระชุ่มกระชวย สดชื่น รู้สึกภาคภูมิใจและตระหนักในคุณค่าความสามารถของตนเอง มีมุมมองเชิงบวกต่อตนเอง
3. ด้านสังคม มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนวัยเดียวกันและคนต่างวัย ได้รับการยอมรับในฐานะสมาชิกของกลุ่ม
4. ด้านจิตปัญญา รู้เท่าทันและเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมตามวัย
5. ด้านเศรษฐกิจ เรียนรู้ทักษะทางด้านอาชีพ สามารถนำไปประกอบอาชีพสร้างงาน สร้างรายได้ช่วยเหลือตนเองต่อไป

ประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม

1. โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นพื้นที่เรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ ภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น ให้ดำรงสืบทอดเป็นเอกลักษณ์ของชุมชน
2. โรงเรียนผู้สูงอายุเป็น “เวที” ที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมรวมทั้งอาจเป็นแรงผลักดันให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในชุมชน

แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประชุมประชาคมเพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือจากพื้นที่ 2) คัดเลือก และแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียน

ผู้สูงอายุ 3) จัดทำแผนขั้นตอนในการดำเนินงาน 3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ 4) ขับเคลื่อนการดำเนินงาน และ 5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

โครงสร้างโรงเรียนผู้สูงอายุ การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ ควรมีองค์ประกอบดังนี้

- **ที่ปรึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุ** การตั้งที่ปรึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้มีส่วนร่วมในการรับรู้การดำเนินงานของโรงเรียน และเป็น “ใบเบิกทาง” ให้แก่การดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อการสร้างความน่าเชื่อถือในการทำงาน และถือเป็นการสร้างพันธมิตรในการทำงานชั้นเยี่ยม ที่ปรึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ อาจเป็นฝ่ายสงฆ์ ฝ่ายฆราวาส เช่น นายอำเภอ ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการหรือข้าราชการเกษียณ เป็นต้น

- **ครูใหญ่ หรือประธาน** หรือผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ องค์ประกอบนี้ เป็นส่วนสำคัญมาก และถือเป็น “หัวใจ” ของการขับเคลื่อนงาน ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นครูใหญ่ หรือประธาน หรือผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นแกนนำที่เป็นผู้ริเริ่มงานของโรงเรียนผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ที่ได้รับการยอมรับและศรัทธาจากกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน เป็นผู้มีความสำคัญในการประสานงานและรังสรรค์กิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียน

- **คณะกรรมการและแกนนำร่วมขับเคลื่อน** ถือเป็นอีกหนึ่งเงื่อนไขของความสำเร็จ เพราะกลไกหลักในการเคลื่อนงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ การกำหนดจำนวนคณะกรรมการหรือแกนนำร่วมขับเคลื่อนขึ้นอยู่กับ การแบ่งหน้าที่ หรือแบ่งงานภายในโรงเรียนผู้สูงอายุแต่ละแห่ง

- **ทีมวิทยากรจิตอาสา** เป็นเอกลักษณ์ที่โดดเด่นประการหนึ่งของโรงเรียนผู้สูงอายุเพราะใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีเป็นตัวตั้งขับเคลื่อน ทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียนดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น วิทยากรจากสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ข้าราชการบำนาญ พระสงฆ์ รวมถึงการขอความช่วยเหลือวิทยากรจิตอาสาจากหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ทั้งในลักษณะเครือข่ายทางสังคม เช่น กศน. ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน ศูนย์บริการและถ่ายทอดเทคโนโลยีการเกษตร รพ.สต. โรงพยาบาลสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในแต่ละจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

การบริหารจัดการ ด้วยหลัก 5 ก ประกอบด้วย

- **กลุ่ม** ต้องสร้างการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นกลุ่มแกนนำคณะทำงาน และกลุ่มสมาชิก หรือกลุ่มนักเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการทำงาน ในขั้นนี้อาจมีกลยุทธ์ในการสร้างความเป็นกลุ่มก้อนได้หลายวิธี เช่น การเปิดรับสมัครสมาชิกหรือนักเรียนผู้สูงอายุ การต่อยอดจากกลุ่มเดิมที่เคยมีอยู่ในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ การสร้างสัญลักษณ์ของความเป็นกลุ่มสมาชิก อาทิ มีสัญลักษณ์โรงเรียนผู้สูงอายุ มีเสื้อสัญลักษณ์ของนักเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น

- **กรรมการ** ถือเป็นตัวแทนของสมาชิกกลุ่มที่จะทำหน้าที่ในการบริหารจัดการกลุ่มให้การทำงานประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ควรสร้างกระบวนการคัดเลือกผู้ที่จะทำหน้าที่ดังกล่าว แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ช่วยกันขับเคลื่อนการทำงานให้ประสบความสำเร็จ เป็นการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้การบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ

- **กติกาหรือข้อตกลงร่วมกัน** ต้องเกิดจากความเห็นพ้องต้องกันของสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ เหมือนเป็นสัญญาใจที่มีต่อกันว่าจะร่วมกันยึดถือและปฏิบัติตาม ซึ่งจะเป็นแนวทางที่ทำให้การดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุมิทิศทางการทำงานที่ชัดเจน แม้ว่าเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการชุดใหม่จะยังคงมีแนวทางการทำงานเดิมให้เห็นและพัฒนาต่อยอดได้

- **กิจกรรม** ในระยะเริ่มแรกอาจเน้นไปที่การสร้างกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ไม่ซับซ้อน เช่น การจัดให้มาพบปะกันทุกเดือน มีกิจกรรมร้องเพลง กิจกรรมนันทนาการรูปแบบอื่น ๆ กิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญาให้กับเด็กและเยาวชนหรือการรวมกลุ่ม ออกกำลังกาย เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น จึงเคลื่อนไปสู่การทำกิจกรรมที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น การบูรณาการโรงเรียนผู้สูงอายุเข้ากับการทำงานของ “ธนาคารความดี”

- **กองทุน** การขับเคลื่อนงานของโรงเรียนผู้สูงอายุให้เป็นอย่างมั่นคงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการหางบประมาณเพื่อการดำเนินงานด้วยตนเอง วิธีการหางบประมาณเข้ากองทุนของกลุ่ม อาจจำแนกได้เป็น การสร้างกองทุนของตนเองการเก็บค่าสมาชิก การขอรับบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ของกลุ่ม การเขียนโครงการเพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงาน แหล่งทุนต่าง ๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนสุขภาพตำบล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม งบประมาณไม่ใช่หัวใจของการขับเคลื่อนงานได้เท่ากับการมีจิตอาสาหรือจิตสาธารณะที่จะสร้างสรรค์สวัสดิการทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่ทุ่มเท เสียสละ และมีความมุ่งมั่นที่จะสร้างสรรค์กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผู้สูงอายุ หรือผู้นำทางด้านจิตใจ เช่น พระภิกษุ เพราะมีผลโดยตรงต่อการสร้างศรัทธาให้เกิดขึ้นทั้งแก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียน หน่วยงาน และองค์กรต่าง ๆ ซึ่งเป็นที่มาของความร่วมมือและการสนับสนุนการดำเนินงานของโรงเรียน

2. มีเป้าหมายชัดเจนและมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ถือเป็นกำหนดยุทธศาสตร์การทำงานที่สร้างความเข้าใจร่วมกันในหมู่คณะกรรมการหรือแกนนำ จะเป็นพลังที่เข้มแข็งในการทำงานร่วมกันและการจัดให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ถือเป็นกลไกในการเชื่อมร้อยความเป็นกลุ่ม และความ

เป็นชุมชนของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ ในการขับเคลื่อนงานโรงเรียนผู้สูงอายุให้ บรรลุผล

3. มีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดความผูกพันและความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน กลไกที่ทำให้สมาชิก มีส่วนร่วมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การประชุมประจำเดือน การสร้างเวทีในการพูดคุยแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น การร่วมกันดำเนินงาน

4. มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง การสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง อาจพิจารณาได้ 2 ระดับ คือ การ สร้างเครือข่ายทางสังคมภายในกลุ่มหรือในหมู่สมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุด้วยกัน เช่น ในรูปแบบคณะกรรมการ หรือการมีตัวแทนในแต่ละหมู่บ้าน และการให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายกับหน่วยงาน องค์กรภายนอก เพื่อ ประสานพลังในการทำงานร่วมกัน

5. มีการเรียนรู้และพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยการทบทวนตนเองและสรุปบทเรียนในการ ทำงานเป็นระยะ เรียนรู้จุดแข็ง จุดอ่อน ข้อที่ควรพัฒนาให้ดีขึ้น และนำมาพัฒนากระบวนการทำงานอย่าง ต่อเนื่อง

6. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนุนเสริม การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น งบประมาณ บุคลากร สถานที่ การประสานเครือข่าย เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญที่จะผลักดันให้การเคลื่อนงานของโรงเรียน ผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ และดำเนินการไปอย่างราบรื่น

2.6.3 ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ^(10, 11)

เป็นแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอีกหนึ่งกลไก ซึ่งในการพัฒนาเป็นตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จะต้องผ่านเกณฑ์องค์ประกอบในการดำเนินงาน จำนวน 7 ข้อ ดังนี้

1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลช่วยเหลือระยะยาว
2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรืออาสาสมัครผู้ดูแล ผู้สูงอายุ
4. มีบริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดย บุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว
5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล
6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วม แลแผนการดูแล ผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)
7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ) บริการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ชุมชน หรือคณะกรรมการกรรมการกองทุนตำบล

โดยองค์ประกอบการดำเนินงาน จะต้องประกอบด้วย

- 1) มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ด้วยแบบคัดกรอง ADL
- 2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ตามเกณฑ์กรมอนามัย
- 3) มีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (caregiver) หรืออาสาสมัครผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) หมายถึง ผู้ทำหน้าที่หลักในการบริหารจัดการและประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายความว่า มีอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งอาสาสมัครอาจเป็นอาสาสมัครในครอบครัวหรือแกนนำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง หรือ 420 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หมายถึง อาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งอาจเป็นอาสาสมัครในครอบครัว หรือแกนนำในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.) หรือกลุ่มจิตอาสาในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน โดยอาสาสมัครควรมีองค์ความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องปลอดภัย และควรได้รับการอบรมให้ความรู้ตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรต่าง ๆ เช่น “หลักสูตรพื้นฐาน 18 ชั่วโมง” ของกรมอนามัย สำหรับอาสาสมัครและประชาชนทั่วไป หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6) “การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน”

4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข โดยเกณฑ์ประเมินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข ประกอบไปด้วย

1. มี นโยบาย การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านชัดเจน
2. มี ฐานข้อมูล ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในชุมชนที่รับผิดชอบ
3. มี สุขภาพ มีการ ประเมินปัญหา ของผู้ป่วยสูงอายุ ให้ความรู้เฉพาะด้าน ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่บ้านแก่ญาติ ผู้ดูแลและวางแผนการเยี่ยมผู้ป่วย
3. มีการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่บ้าน
4. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
5. มี ทีมให้การปรึกษาที่ชัดเจนและสามารถให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายบริการและผู้ดูแลสม่ำเสมอ
6. มีการจัดท้าวสตุ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ในการสนับสนุนการดูแล
7. มี ตารางปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

8. เยี่ยมและติดตามดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนการเยี่ยมผู้ป่วยจนสามารถจำหน่าย Case ได้
9. มีระบบส่งต่อและติดตาม การตอบรับผู้ป่วยสูงอายุนอกเขตรับผิดชอบ ที่ส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการ ให้ได้รับการดูแลที่บ้านต่อเนื่อง
10. มีระบบรายงาน ทุกเดือนและรายปี
11. มีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุและหรืออาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ

หมายเหตุ : เกณฑ์การประเมิน ต้องผ่านการประเมินทุกข้อ

5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล ประกอบด้วย 1) สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ 2) จัดบริการ ทันตกรรม ป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์

6) ชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) โดยต้องถิ่นชุมชนมีส่วนร่วม และแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)

มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหมายถึงมีระบบการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดสังคมดังนั้นควรมีระบบให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างเสริมทักษะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุการสร้างและพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีการเยี่ยมบ้าน Home visit โดยอาสาสมัคร/จนท./ชุมชน จัดให้มีศูนย์อเนกประสงค์ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน สนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านและชุมชนที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง หมายถึง มีระบบการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนจากกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มติดบ้านหรือลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนั้นควรมีระบบ Nursing home หรือ home health care การพัฒนาทักษะผู้ดูแล (อสค.) การยกย่องเชิดชูผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวลูกหลานที่มีความกตัญญูดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนครอบครัว

Care plan (แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล) ที่ถูกจัดโดย Care Manager ร่วมกับทีมหมอครอบครัวหรือทีมสหวิชาชีพและหน่วยบริการในการเสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล เพื่อเสนอกับคณะกรรมการ Long term care ในการอนุมัติงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการจัดบริการให้กับหน่วยบริการที่เสนอ Care plan

3. งานวิจัยเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการ/กลไกการส่งเสริมสุขภาพ

3.1 การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็น “กระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้บุคคลเพื่อให้สามารถควบคุมและยกระดับสุขภาพ เพื่อไปสู่ความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา” บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถที่จะกำหนดแรงจูงใจ และสามารถที่จะบรรลุความต้องการและความคาดหวังของตนเองได้ สามารถที่จะปรับตัวหรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของประเทศไทย มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ คือ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ ของงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้ 2) เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน⁽⁹⁾ การดำเนินงานให้ได้ตามวัตถุประสงค์เหล่านี้มีความจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยหลายส่วน และด้วยการเปลี่ยนแปลงหลายประการของโลกทั้งภาวะเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การดำเนินชีวิต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจทำให้เกิดการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติทั้งแรงงานที่มีฝีมือและไร้ฝีมือเพื่อทดแทนกำลังแรงงานในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและสังคมของประเทศนั้นๆ เกิดความหลากหลายทาง วัฒนธรรม เป็นต้น 2) การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี (เทคโนโลยีสารสนเทศ) ทำให้มีการพัฒนาสินค้าบริการรวมถึงแหล่งข้อมูลให้ผู้บริโภคเลือกได้มากขึ้น สามารถผลิตตรงกับความต้องการ กระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต นอกจากนั้นสื่อยังเป็นตัวกำหนดจิตสำนึก ครอบงำความคิดได้ 3) การเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม การติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนทั้งทางด้านวัตถุและทางวัฒนธรรมมากขึ้น มีผลกระทบต่อจริยธรรม คุณค่า ค่านิยมซึ่งส่งผลต่อไปถึงพฤติกรรมของคนรุ่นใหม่ในสังคม⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ปัจจัยการกำหนดสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมานี้แล้ว ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี นั่นคือ “การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม” หรือ self-care behavior โดยต้องดำเนินการด้วยภาวะต้องเข้าถึงภาวะพลฒพลัง (Active Ageing) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ การมีสุขภาพที่ดี (Health) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation) และการมีหลักประกันหรือความมั่นคง (Security)^(10, 15) การสำรวจในปี 2556 พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องได้รับการพัฒนามากขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุออกกำลังกาย รับประทานผักสด/ผลไม้สด และดื่มน้ำวันละ 8 แก้วเป็นประจำ ร้อยละ 57, 66 และ 64 ตามลำดับ แต่เป็นที่น่ายินดีที่ผู้สูงอายุไทยไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่อย่างไรก็ตามการสำรวจครั้งนั้นยังพบผู้สูงอายุสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประมาณอย่างละร้อยละ 20⁽¹⁶⁾ ในการสำรวจปี 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ พบเพียงร้อยละ 9.5 และ 2.8 ตามลำดับ และพบเพียงร้อยละ 1.5 ที่ทั้งสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ⁽¹⁾ และการนำข้อมูลของสำนักงานสถิติ

แห่งชาติมาวิเคราะห์การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านการเงิน ด้านอาหาร ด้านเสื้อผ้า สิ่งของ ด้านการติดต่อสื่อสาร และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ส่วนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับดี ซึ่งระดับการระดับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุเกินครึ่งจะเข้ารับการตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 58.3 ผู้สูงอายุรับประทานผักสดและผลไม้สด ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าและออกกำลังกายเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 59.6 ร้อยละ 52.0 และร้อยละ 38.9 ตามลำดับ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 87.1 และร้อยละ 88.7 ตามลำดับ ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า การมองเห็นและการได้ยิน ผู้สูงอายุยังคงมองเห็นได้อย่างชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นตาหรือเลนส์สายตาคิดเป็นร้อยละ 53.5 และสามารถได้ยินโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง คิดเป็นร้อยละ 87.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ใส่ฟันปลอม คิดเป็นร้อยละ 73.5 และยังคงกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ คิดเป็นร้อยละ 73.5 และ 76.4 ตามลำดับ ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุไทย พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำได้มากกว่าร้อยละ 90 ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 ไม่เคยมีความรู้สึกท้อแท้ไม่มีคุณค่า หมดหวัง และไม่มีความสุข รองลงมาผู้สูงอายุไม่เคยรู้สึกเหงา หงุดหงิด วิตกกังวล และไม่เคยรู้สึกว่าตนเองมีความอยากอาหารที่ลดลง โดยปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ รายได้ ยิ่งผู้สูงอายุมีรายได้มากขึ้นย่อมมีสุขภาพที่ดีขึ้น รายได้ของบุคคลเป็นตัวกำหนดการที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดี นั่นคือยิ่งมีรายได้มากย่อมส่งผลให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น การสนับสนุนทางสังคมในด้านการติดต่อสื่อสารและการทำกิจกรรมกับครอบครัว ลูกหลาน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่จะมีสุขภาพดีหรือไม่ดี ไม่ต้องการเพียงแค่การสนับสนุนสิ่งของ อาหาร เครื่องใช้ แต่ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ของคนในครอบครัวและชุมชนด้วย (15)

3.2 พฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพผ่านกลไกชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ มีการศึกษาในพื้นที่เกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวนี้ค่อนข้างมาก ซึ่งจะพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ประมาณร้อยละ 30-60 (16-22) โดยพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นประจำเป็นด้านการเข้าหาที่พึ่งทางใจ ทางจิตวิญญาณและการจัดการความเครียด ด้วยการเข้าหากลุ่ม การรวมกลุ่ม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และพบพฤติกรรมสุขภาพค่อนข้างน้อยลดหลั่นลงมา เป็นเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบและถูกสุขลักษณะ เช่น การรับประทานอาหารครบทุกมื้อ ครบตามหลักโภชนาการ วิธีการปรุง รสชาติอาหารที่เสีง ที่มาของอาหาร การดื่มน้ำ สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการไปรับบริการสุขภาพตามแพทย์นัด (17, 21, 22) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การมีผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการอบรมการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลการส่งเสริมด้านสุขภาพผ่านช่องทางในหมู่บ้าน เช่น หอกระจายข่าว วิทยุ (19, 23, 24)

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยกลุ่มติดบ้านมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านแนวคิด วิธีการและกลไกต่างๆ สำหรับกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้าน เป็นกลุ่มที่ถือว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพผ่านกลไกในรายบุคคล ระดับครอบครัว และชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนดูแลจัดการตนเองที่มี อสม. เป็นแกนหลัก และมี รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยง ด้วยเครื่องมือ วิธีการที่หลากหลาย รวมทั้งมีการสนับสนุน ผลักดันให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพผ่าน “ชมรมผู้สูงอายุ” และ “โรงเรียนผู้สูงอายุ” ด้วยการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) มีหน่วยงานด้านสุขภาพสำคัญคอยสนับสนุน ได้แก่ ศูนย์อนามัยเขต, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาล, และ รพ.สต. ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาจึงมีงานวิจัยในพื้นที่ค่อนข้างสะท้อนไปในทิศทางเดียวกันในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในทิศทางที่ดี สรุปได้ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุเป็นเครือข่ายสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 28,245 ชมรม ซึ่งการศึกษา 394 ชมรม มีมากกว่าร้อยละ 30 ที่ก่อตั้งชมรมมาแล้วมากกว่า 10 ปี โดยทั่วไปมีสมาชิกเริ่มต้นที่ 30 คน มีร้อยละ 80 ที่มีการจัดทำระเบียบข้อบังคับชมรม ชมรมมากกว่าร้อยละ 80 มีการจัดประชุมใหญ่สมาชิก มีการจัดบันทึกรายงานประชุม มีแหล่งที่มาของงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานชมรม 3 แหล่ง คือ 1) ค่าบำรุงชมรม/ เงินค่าสมาชิกแรกเข้า 2) จากกรรมการ สมาชิก และบุคคลอื่นบริจาคให้ชมรม และ 3) การเขียนโครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุน เช่น กองทุนผู้สูงอายุ สสส. สปสช. เทศบาล/อบต. นอกนั้นได้มาจากแหล่งอื่นๆ เช่น ดอกผลหรือเงินรายได้ อันเกิดจากทรัพย์สินของชมรม การจัดกิจกรรมหาทุนต่างๆ เช่น ขายดอกไม้วันเกิดผู้สูงอายุ ทอดผ้าป่า ขายบัตรจัดเลี้ยง โต๊ะจีน เป็นต้น การดำเนินงานของชมรมส่วนใหญ่มี 2 ประเภท คือ 1) กิจกรรมทั่วไป เป็นกิจกรรมต่างๆ ที่ชมรมผู้สูงอายุจัดขึ้นมาให้แก่สมาชิกได้มีส่วนร่วม อันก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต เศรษฐกิจ และสังคม เช่น กิจกรรมด้านศาสนา การฟังคำบรรยายจากวิทยากร การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิก การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย 2) กิจกรรมเชิงพัฒนา เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต เศรษฐกิจ และสังคมที่ชมรมผู้สูงอายุจัดขึ้นแล้วมีผลต่อการไปกระตุ้น พัฒนา ส่งเสริมผู้สูงอายุอื่น ชมรมอื่น และในชุมชน เช่น กิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกสามารถดูแลตนเองได้ กิจกรรมที่ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน กิจกรรมเพื่อพัฒนาชุมชน/สังคม กิจกรรมส่งเสริมให้สมาชิกเห็นความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพตนเอง กิจกรรมที่เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรมต่างๆ ตามความสนใจ เครือข่ายภายนอกที่สำคัญประกอบด้วย (1) หน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน (2) สถาบันศาสนา (3) การปกครองท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล สำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร (4) สถาบันการศึกษา โรงเรียน (5) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (6) องค์กรธุรกิจ บริษัท ร้านค้า ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ เห็นว่าชมรมผู้สูงอายุมีส่วนในการสนับสนุนและส่งเสริมสถานภาพผู้สูงอายุ ผ่าน 3 กิจกรรมหลักๆ คือ 1) กิจกรรมที่ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุข

ภาวะที่ดี ด้วยการส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกาย ส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนา 2) กิจกรรมที่ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมทางสังคม ด้วยการส่งเสริมให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิก 3) กิจกรรมที่ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงในชีวิต ด้วยการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กลไกการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุเป็นการเชื่อมประสานระหว่างสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ กับชมรมผู้สูงอายุนั้น ตามวิสัยทัศน์เป็นแบบเครือข่าย แต่ในข้อเท็จจริงสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ ใช้การประสานแบบสั่งการตามสายการบังคับบัญชา ทำให้กลไกการเชื่อมประสานไม่สามารถขับเคลื่อนการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁽²⁰⁾

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมและดำเนินกิจกรรมที่ชมรมกำหนด ส่วนใหญ่มักเกิดจากการชักชวนของเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และสมาชิกในครอบครัว กับ เห็นว่าการเข้าร่วมและเป็นสมาชิกของชมรมเป็นประโยชน์กับตนเอง เช่น ได้ความรู้เพื่อดูแลตนเอง ได้เพื่อนและได้ความสนุกสนาน สำหรับการที่ไม่เข้าร่วมเกิดจากปัจจัยการมีภาระที่ต้องรับผิดชอบ เช่น มีงานประจำที่ต้องดูแล มีภาระรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งปัจจัยหนึ่งคือผู้สูงอายุเห็นว่าการบริการของชมรมยังไม่สอดคล้องกับความต้องการ⁽²⁵⁾ ซึ่งการตัดสินใจเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับชุมชนผู้สูงอายุ การเข้าเป็นสมาชิก และประโยชน์ที่จะได้รับ 2) ความคาดหวังหรือความต้องการการบริการจากการเป็นสมาชิกชมรม ได้แก่ ความต้องการในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต ทักษะปัญหา ทักษะทางสังคม ซึ่งหากผู้สูงอายุเห็นว่าการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีประโยชน์และตรงกับความต้องการที่อยากจะได้ อยากจะพัฒนาทักษะของตนเองอย่างรอบด้าน แต่ค่อยเป็นค่อยไปนั้น จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในชมรมและกิจกรรมได้ ด้วยเหตุนี้ การประชาสัมพันธ์เชิญชวนเพื่อให้เข้าใจเจตนารมณ์ของชมรมประโยชน์ที่จะได้รับ จากหลากหลายช่องทาง สอบถามความคิดเห็นสมาชิกถึงความต้องการพัฒนาทักษะ ค้นหาวิธีเชิญชวนที่หลากหลาย มีกิจกรรมที่แปลกใหม่และน่าตื่นเต้นตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้การตัดสินใจของผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นสมาชิกเพิ่มขึ้น⁽²⁶⁾

แนวทางการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ส่วนที่ต้องพัฒนาประการหนึ่งคือ บทบาทและทักษะของคณะกรรมการในการดำเนินงานชมรม ซึ่งมีการศึกษาบางพื้นที่ พบว่า คณะกรรมการมีบทบาทในการดำเนินงานค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจเกิดมาจากยังไม่มี ความเข้าใจมาตรฐานในการดำเนินงาน โดยเฉพาะกิจกรรมก้าวหน้าเชิงพัฒนาที่จะต้องต่อยอดจากมาตรฐานปกติ ได้แก่ การฟังเทศน์ ทำบุญตักบาตร ทำทานอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง มีการขอรับคำปรึกษาจากชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การเยี่ยมเยียนสมาชิกที่ป่วยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เป็นต้น สำหรับด้านกิจกรรมก้าวหน้าเชิงพัฒนายังมีปัญหาเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต่อยอด ต่อเนื่องจากกิจกรรมมาตรฐานปกติ ซึ่งชมรมที่จะสามารถปฏิบัติได้ดีต้องเป็นชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมมาตรฐานได้เป็นอย่างดีและอีกสาเหตุหนึ่งคือกิจกรรมก้าวหน้าเชิงพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุจะดำเนินการหรือไม่ก็ได้ ไม่มีมาตรฐานบังคับอยู่ที่ความพร้อมและความสมัครใจ ความเข้มแข็งของชมรม⁽²⁷⁾ ด้วยเหตุนี้จึงควรมีการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการในการดำเนินงาน โดยเฉพาะความรู้ ทักษะเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยี ความรู้เกี่ยวกับ

การจดทะเบียนชมรมกับสมาคมสมาชิผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ความสามารถในการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย การหางบประมาณในการดำเนินการชมรม การเขียนโครงการเพื่อขอของบประมาณ การจัดทำบัญชี รายรับ-จ่ายทะเบียนพัสดุ-ครุภัณฑ์ ทะเบียนสมาชิกสมุดเยี่ยม และงานสารบรรณต่าง ๆ (28)

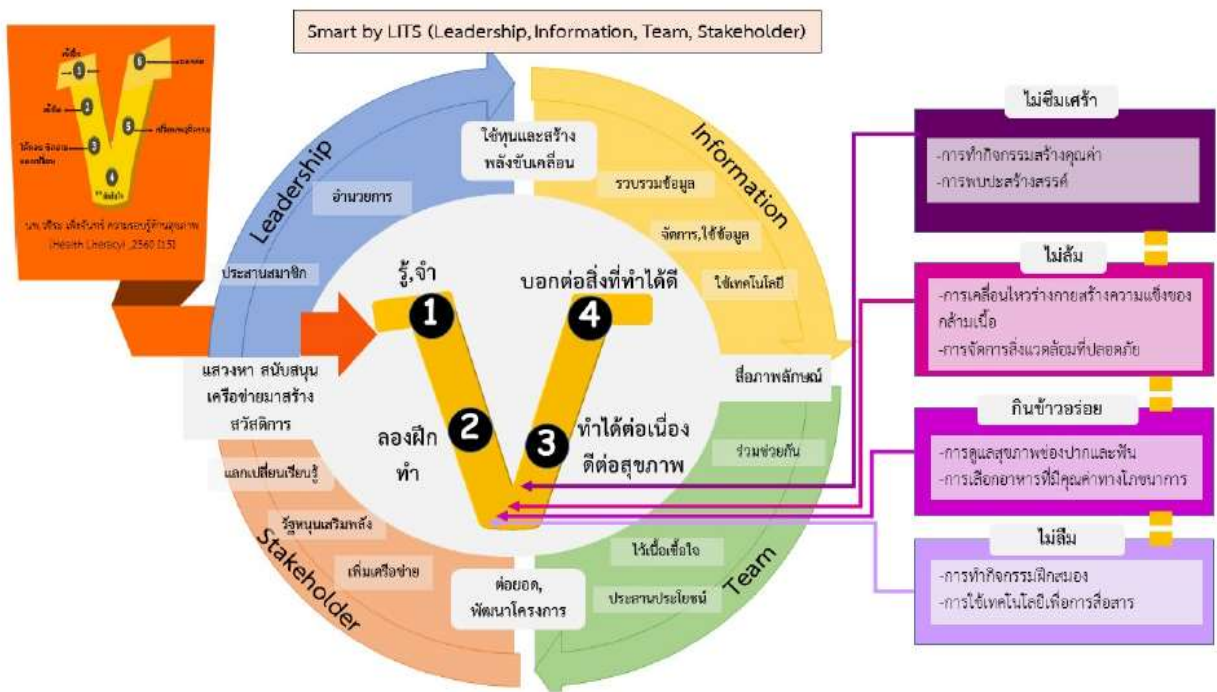
สำหรับการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต และส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่มีแนวทางปฏิบัติการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก แต่จะมีวิธีหรือรูปแบบกิจกรรมปรับไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งมักพบกิจกรรมหลักๆ ได้แก่ 1) การจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ การรักษาป้องกันและการดูแลสุขภาพ 2) การจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ ทำสมาธิ กิจกรรมแห่เทียนพรรษา 9 วัด โครงการทัศนศึกษาและพัฒนาจิต กิจกรรมวันเกิดและวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 3) การจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น กิจกรรมสังสรรค์ นันทนาการ กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน กิจกรรมฌาปนกิจสงเคราะห์ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมการมีส่วนร่วมกับชุมชน 4) การจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม เช่น การแนะนำและให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เรื่องสิทธิด้านต่าง ๆ การจัดสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ และการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ (23)

การจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เกิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. เป็นแกนหลักหรือเป็นพี่เลี้ยงในการ “ช่วยคิด ช่วยวางแผน ช่วยทำ ช่วยสนับสนุน” เป็นพี่เลี้ยงให้ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ดำเนินการ กิจกรรมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพการการสำรวจในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินรำและรำวง รำไม้พลอง 2) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เป็นการให้ความรู้เรื่องโภชนาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การให้ความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 3) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ เป็นการทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ไหว้พระ 4) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดส่วนใหญ่เป็นร้องเพลง/เดินรำ/รำวง การประเมินความเครียด/ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 5) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลส่วนใหญ่เป็นสนทนากลุ่มเพื่อสร้างความรู้จักคุ้นเคย การเยี่ยมบ้านเมื่อสมาชิกชมรมเจ็บป่วย 6) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง เป็นตรวจวัดความดันโลหิต การไปพบแพทย์/รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการศึกษายังพบว่า มี 6 องค์ประกอบที่มีผลต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ที่ตั้งชมรมที่อยู่ใน รพ.สต. แรงจูงใจต่อการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ การสื่อสารการจัดกิจกรรมภายในชมรมอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง จำนวนหมู่บ้านไม่มากไม่น้อยในตำบลนั้น (6-10 หมู่บ้าน) ภาวะผู้นำของผู้สูงอายุที่ดี และหากชมรมมีการก่อตั้งมาระยะหนึ่ง (24)

รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีแนวทางเหมือนกัน แต่ปรับไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ยกตัวอย่างเช่น อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี นำรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรม เป็นการนำกระบวนการประเมินผลแบบเสริมพลังมาใช้ ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การอบรมให้ความรู้โดยใช้

การเสริมพลังอำนาจและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายชมรม และ 3) การดำรงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเสริมอย่างต่อเนื่องในวันประชุม ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นค่อนข้างมาก และเสนอให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม นอกจากนั้นเสนอปัจจัยความสำเร็จ คือ การสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ มีความเสียสละ ความสามัคคีและมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ค้นหาทุนทางสังคม บุคคลที่มีศักยภาพในชุมชนเข้ามาร่วมด้วย⁽²⁹⁾ มีการศึกษาที่เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร โดยพัฒนารูปแบบการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวต้องให้ผู้สูงอายุมีการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมใช้หรือได้รับประโยชน์ และร่วมประเมินผลในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุอย่างจริงจัง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งสำนักงานเขต สาธารณสุข ร่วมกับของชุมชน และ/หรือครอบครัว ให้ความช่วยเหลือกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง⁽³⁰⁾

สำหรับการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” มีบางพื้นที่ดำเนินการเชิงระบบและมีการจัดการภายใต้ข้อมูลที่เกิดจากการสำรวจและสังเคราะห์ในการดำเนินงาน ยกตัวอย่างเช่น เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร ที่สำรวจพบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการด้วยชมรมเองโดยการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุเป็นไปตามศักยภาพของผู้นำ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทำเองและไม่ต่อเนื่อง ยังไม่มีความเข้าใจการเป็นองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ มุ่งทำกิจกรรมในมิติ “ไม่ล้ม เสร้า” ที่เน้นสร้างความสุขทางใจเป็นลำดับแรก โดยผลงานวิจัย สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์ให้เกิดกลไกการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในเรื่อง “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” ให้เป็นองค์ความรู้สุขภาพควรเป็น “รูปแบบ Smart by LITS (Leadership, Information, Team, Stakeholder)” ประกอบด้วย ภาวะผู้นำของกรรมการ (Leadership: L) ดึงศักยภาพคณะกรรมการและสมาชิกให้ร่วมกันทำกิจกรรมจนบรรลุเป้าหมาย แสวงหาเครือข่ายสวัสดิการผู้สูงอายุ ใช้ข้อมูลเพื่อการทำงาน (Information: I) โดยรวบรวม จัดการและใช้ข้อมูลเพื่อทำกิจกรรมหรือโครงการต่อเนื่อง สม่่าเสมอ การทำงานเป็นทีม (Team: T) ประสานให้สมาชิกได้รับประโยชน์ การร่วมกันคิดและ ทำกิจกรรมแบบต่อยอด ภาคีเครือข่าย (Stakeholder: S) ทำงานร่วมและแสวงหาภาคี เครือข่ายใหม่ในการทำงาน มีข้อเสนอแนะงานวิจัย คือ ชมรมผู้สูงอายุ ควรวิเคราะห์ความต้องการของสมาชิกให้ครอบคลุม “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” จัดกิจกรรมให้ตามลำดับความสำคัญจนปฏิบัติได้และสามารถนำไปสู่การนำไปถ่ายทอด ควรสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ให้ดำเนินกิจกรรมที่ยกระดับการพัฒนาความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องร่วมกับ ติดตามประเมินผลเสริมพลังการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุเป็นองค์ความรู้สุขภาพ⁽³¹⁾



รูปแบบ Smart by LITS ที่สังเคราะห์จากการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเขตดอนเมือง ในการขับเคลื่อนโครงการหรือกิจกรรมเพื่อ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

2) การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ

โรงเรียนผู้สูงอายุ ถือเป็นอีกหนึ่งกลไกสำคัญที่จะทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการดำเนินการให้ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม 4) ด้านสุขภาพทางจิตวิญญาณ และ 5) ด้านการปฏิบัติตัวผู้สูงอายุเพื่อความปลอดภัย มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการองค์การชุมชนเพื่อจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาของ ยุธธ จินา⁽³²⁾ เสนอรูปแบบการจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นองค์กรชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัยในศตวรรษที่ 21 กรณีศึกษาโรงเรียนเปี่ยมสุข เทศบาลตำบลสันโป่ง อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยระบุว่าโรงเรียนผู้สูงอายุต้องมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า เป็นครูภูมิปัญญาของชุมชน โดยมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมภายใต้แนวคิด “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมใจ เพื่อผู้สูงวัยเปี่ยมสุข” รูปแบบการจัดการโรงเรียนเปี่ยมสุขเพื่อเป็นองค์กรชุมชนรองรับสังคมผู้สูงวัยในศตวรรษที่ 21 มีแนวทางในการพัฒนา ได้แก่ (ก) การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม (ข) โครงสร้างการบริหารจัดการโรงเรียน (ค) รูปแบบการจัดกิจกรรมหรือหลักสูตรเพื่อผู้สูงอายุ (ง) การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในตำบล (จ) การจัดหางบประมาณดำเนินงาน และ (ฉ) ความเหมาะสมของสถานที่และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

การดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุมีทั้งที่เป็นการตั้งใจของผู้สูงอายุในพื้นที่และเป็นความตั้งใจของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหากโรงเรียนผู้สูงอายุใดที่ผสมผสานความตั้งใจของทั้ง 2 ส่วนนี้ได้จะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืน โดยกรอบการจัดการเรียนรู้ต้องเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางและมีการประสานองค์ประกอบหลายมิติ เพื่อการพัฒนากิจกรรมการจัดการเรียนการสอนผ่านกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งการใช้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง จะต้องเน้นความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ การคัดเลือกกิจกรรมที่ดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุเน้นกิจกรรมที่เป็นความต้องการของผู้สูงอายุภายใต้ 5 ประเด็น คือ การส่งเสริมสุขภาพซึ่งครอบคลุมในทุกมิติด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมนันทนาการ การส่งเสริมศิลปะและวัฒนธรรมท้องถิ่น การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีและการสื่อสาร และกิจกรรมเพื่ออรรถประโยชน์ผู้สูงอายุ โดยโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งนี้ไม่เน้นรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบเป็นทางการ ⁽³³⁾

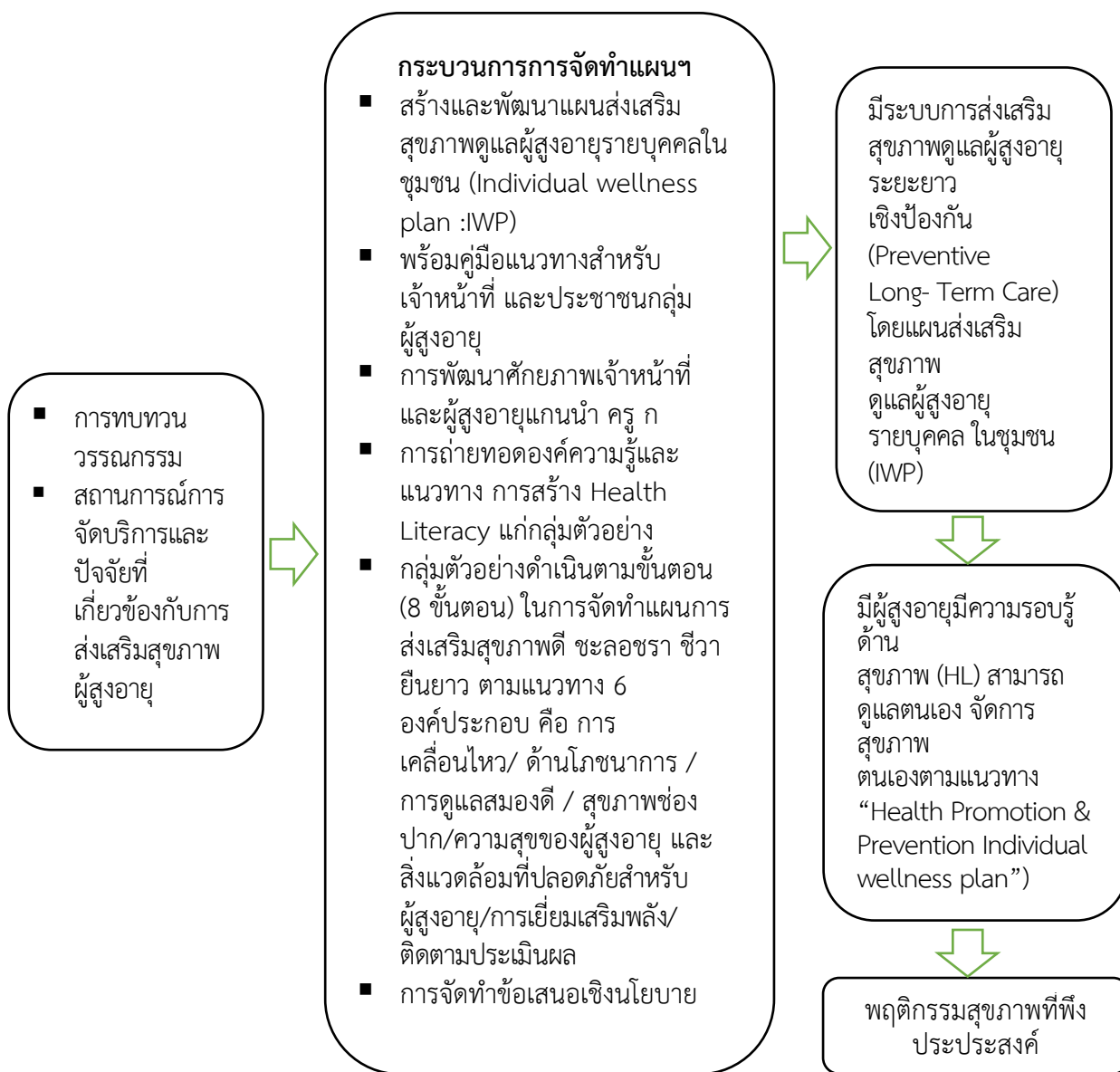
สำหรับการพัฒนาหลักสูตรเพื่อผู้สูงอายุ มีหลายพื้นที่ประยุกต์แนวคิดส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับโปรแกรมการสร้างสุข 5 มิติ คือ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่างและสุขสงบซึ่งได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุในโรงเรียนเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ⁽³⁴⁾ ในบางงานวิจัยนำแนวคิดนี้มาจัดหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุ ใน 3 วิชา ได้แก่ วิชาการดูแลสุขภาพและนันทนาการ (สุขสบาย สุขสนุก) วิชาการภาษาสังคมและวัฒนธรรม (สุขสง่า สุขสว่าง) และวิชาพระพุทธศาสนา (สุขสงบ) ซึ่งผลจากการเรียนนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างเห็นได้ชัด ⁽³⁵⁾ นอกจากนี้ในหลายพื้นที่ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น

รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมแนวพุทธในผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ ⁽³⁶⁾ โดยยึดกรอบของการส่งเสริมและพัฒนาตามหลักภavana 4 ใน พระพุทธศาสนา ได้แก่ ด้านที่ 1 รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพะด้านกาย (กายภavana) มี 3 กิจกรรมหลัก คือ (1) การออกกำลังกาย (2) การดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก และ (3) การจัดการกับอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านที่ 2 รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพะด้านสังคม (ศีลภavana) คือ การให้คำปรึกษาด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการดำเนินชีวิต ด้านครอบครัว เป็นต้น ด้านที่ 3 รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพะด้านสุขภาพใจ (จิตภavana) คือ (1) ให้ความเคารพ นับถือ (2) ชยับแขน-ขา เพื่อให้การผ่อนคลาย (3) การพบเพื่อนนักเรียนด้วยกันในทุกวันพุธ (4) สร้างอารมณ์ขันเพื่อการผ่อนคลายความตึงเครียด และด้านที่ 4 รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพะด้านการ เสริมสร้างปัญญา (ปัญญาภavana) ทางโรงเรียนได้ใช้วิธีการ 4 อย่างปรับเพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุ ตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลง ดังนี้ (1) ปรับกายให้มีร่างกายแข็งแรง (2) ปรับอารมณ์ให้มีอารมณ์ ที่เป็นสุข (3) ปรับใจให้ภาคภูมิใจในตัวเอง (4) ปรับสมองเพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ผ่านกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม Appreciation – Influence - Control (A-I-C) หลักสำคัญต้องมีการบูรณาการแบบมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการเพื่อให้เกิดการพัฒนา

ผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม โดยสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ต้องทำกิจกรรม 3 อ. คือ อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกาย งานวิจัยนี้ระบุไว้ว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และมีการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽³⁷⁾ รวมทั้งงานวิจัยของ ฤทธิชัย แกมมา และ สุภัชชา พันเลิศพาณิชย์⁽³⁸⁾ ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน โดยกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นไปตามบริบทวัฒนธรรมพื้นที่ ซึ่งนั่นทำให้เป็นความต้องการและความถนัด รวมทั้งเป็นความสนใจของผู้สูงอายุที่ ดำเนินอยู่ในชีวิตประจำวัน

4. กรอบแนวคิดการศึกษา



บทที่ 3 แนวทางดำเนินงานและศึกษาผลดำเนินงาน

โครงการศึกษานี้เป็นการศึกษาและพัฒนาระบบ/รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและสร้างเครื่องมือ คู่มือในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน นำร่องในจังหวัดที่มีความพร้อมทั่วประเทศ สำหรับการติดตามผลการดำเนินงานตามโครงการจะใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed-method study) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามผู้สูงอายุและข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

3.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. กำหนดกรอบประเด็นนำเข้าไปประชุมสำนักอนามัยผู้สูงอายุและ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ
2. ศึกษาวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูล ทบทวน สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. กำหนดพื้นที่นำร่องในการดำเนินการจังหวัดที่มีความพร้อมด้านศักยภาพของผู้ให้บริการในพื้นที่ และยินดีเข้าร่วมนำร่องโครงการทุกกระบวนการจนสิ้นสุด
4. จัดประชุมชี้แจงกรอบแนวทางการดำเนินงานตามแผนงานโครงการแก่คณะทำงาน/ทีมวิจัย/ผู้เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย
5. สร้างและพัฒนาแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) พร้อมคู่มือแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ
6. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) พร้อมคู่มือแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ และแบบสอบถามแนวทางศึกษาผลการดำเนินงาน นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญ และนำไป Try out ในพื้นที่จริง นำกลับมาปรับปรุงพัฒนาขอความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญ และผู้สูงอายุ แล้วนำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาศักยภาพครู ก
7. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุแกนนำ ครู ก
8. การถ่ายทอดองค์ความรู้และแนวทางการสร้าง Health Literacy แก่เป้าหมาย
9. สนับสนุนกลุ่มตัวอย่างดำเนินตามขั้นตอน (8 ขั้นตอน) ในการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ คือ การเคลื่อนไหว/ด้านโภชนาการ /การดูแลสมอင့်ดี / สุขภาพช่องปาก/ ความสุขของผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ
10. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน เพื่อการพัฒนาและขยายผลการดำเนินงาน
11. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผล

12. จัดทำรายงานผลการศึกษาและข้อเสนอเชิงนโยบาย

3.2 รายละเอียดการศึกษาติดตามผลการดำเนินงาน

1) การศึกษาเชิงปริมาณ

1.1) ประชากรที่ศึกษา: ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดที่คัดเลือกเข้าร่วมดำเนินการและยินดีเข้าร่วมให้ข้อมูล

1.2) กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มเลือก: เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ เป้าหมายจังหวัดละ 1 ชมรม (ชมรมผู้สูงอายุต้องผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ) มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีสมาชิกในชมรมไม่น้อยกว่า 30 คน และกระจายให้ครอบคลุมทุกภูมิภาค

1.3) คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อ ดังนี้

1. มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (นับจากวันที่เริ่มดำเนินงานโครงการ)
2. เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ไม่น้อยกว่า 3 เดือน
3. อ่านและเขียนหนังสือได้
4. สามารถดูแลตัวเอง ช่วยเหลือตัวเองได้
5. สามารถร่วมกิจกรรมตามขั้นตอน (8 ขั้นตอน) ในการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพที่ดี
6. มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

1.4) การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง:

1) จำแนกพื้นที่การดำเนินการศึกษาเป็น 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

2) คัดเลือกจังหวัดที่มีการดำเนินงานตามแผนโครงการสิ้นสุดหรือมีแนวโน้มดำเนินการแล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2563

3) สอบถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

1.5) การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างการสำรวจตามสมการข้างล่างนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQ}{d^2}$$

โดยที่

$$Z_{\alpha/2}^2 = 1.96 \text{ (ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 95\%)}$$

P = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการดำเนินงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขปี 2562 ที่มีสัดส่วนร้อยละ 52

$$Q = 1 - P$$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้จากการสำรวจ ทีมวิจัยกำหนดที่ ร้อยละ 5 (0.05)

จากสูตรดังกล่าว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 384 คน และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการแบ่งกลุ่มเป็น cluster ตามภูมิภาค จึงมีโอกาสเกิดความแปรปรวนได้ จึงต้องนำกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ ได้มาปรับค่า design effect = 2

$$n(\text{adjust}) = n(\text{old}) \times \text{deff} = 768 \text{ คน}$$

นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้พิจารณาอัตราการตอบกลับหรือความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม (non-response rate) ที่ผู้สูงอายุมีโอกาสได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทางทีมวิจัยจึงกำหนดค่า non-response rate เป็นการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มไว้ในการศึกษาเชิงปริมาณที่ต้องสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง อาจเกิดกรณีที่ผู้สูงอายุปฏิเสธการให้ข้อมูลในระหว่างสอบถามแล้ว หรือไม่สามารถติดตามข้อมูล เป็นเหตุให้แบบสัมภาษณ์นั้นไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ได้ โดยกำหนดไว้ที่ร้อยละ 25 คำนวณจากสูตร $n(\text{new}) = n(\text{old})/1 - R$

$$n(\text{adjust}) = n(\text{old})/(1 - 0.3) = 1,024 \text{ คน}$$

ดังนั้นในการเก็บรวบรวมครั้งนี้จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างน้อย 1,024 คน

1.6) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม โดยมีโครงสร้างกรอบประเด็นการสัมภาษณ์ ที่ผ่านการทดสอบและหาค่าความเชื่อมั่นแล้ว แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ

- การประเมินคัดกรองสุขภาพ
- การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

1.7) การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะวิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คณะวิจัยนำแบบสอบถาม ประชุมชี้แจงแก่ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยมี บุคลากรจากศูนย์อนามัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุมกรมอนามัยและการประชุมผ่านระบบ VDO Conference

3. ทีมเก็บข้อมูลภาคสนามเก็บข้อมูล

4. คณะวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้งลงรหัสในแบบสอบถาม

1.8) การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ และสถิติถดถอยพหุคูณ

2) การศึกษาเชิงคุณภาพ

2.1) พื้นที่การศึกษาคัดเลือกแบบเจาะจงพื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามแผนส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รายบุคคลที่โดดเด่น มีการจัดทำแผนฯ เป็นรูปธรรม มีความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่/แกนนำ ชุมชนผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกภาคละ 1 จังหวัด ได้แก่ 1) ภาคเหนือ จังหวัดอุตรดิตถ์ 2) ภาคกลาง จังหวัดนครนายก 3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น และ 4) ภาคใต้ จังหวัดสงขลา

2.2 ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 5-10 คน/จังหวัด 2) เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเขต โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน/จังหวัด 3) ประธาน และกรรมการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 2-3 คน ต่อจังหวัด ทั้งนี้เมื่อต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจะทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว

2.3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามประเด็นที่กำหนด ได้แก่ 1) ความคิดเห็นต่อระบบการจัดทำ แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน 2) ความคิดเห็นต่อองค์ความรู้/เนื้อหาความรู้ 3) ความคิดเห็นต่อเครื่องมือในการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ตาม 6 องค์ประกอบ 4) ความคิดเห็นต่อโปรแกรม/เมนู แผนสุขภาพส่งเสริมสุขภาพดี 5) ความคิดเห็นต่อแบบฟอร์ม Individual wellness plan ต่อการนำไปใช้จริง 5) ความคิดเห็นต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในผู้สูงอายุ

2.4) การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นที่กำหนด

บทที่ 4 ผลการศึกษาการดำเนินงาน “แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน” (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan)

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการติดตามการดำเนินงานในโครงการ “แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน” (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan) ดำเนินการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ครอบคลุม 4 ภูมิภาค ประกอบด้วย ภาคเหนือ ที่จังหวัดอุตรดิตถ์ ภาคกลาง ที่จังหวัดนครนายก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่จังหวัดขอนแก่น และภาคใต้ที่จังหวัดสงขลา ผลการวิเคราะห์ ประมวลผลข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ และผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.1 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ

จากการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 1,074 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในภาคกลาง คือ ร้อยละ 61.9 รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 17.9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 14.3 และภาคเหนือ ร้อยละ 5.9 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาค

ภาค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหนือ	63	5.9
กลาง	665	61.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	154	14.3
ใต้	193	17.9
รวม	1,074	100.0

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.9 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 59.8 มีสถานภาพสมรสและอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 56.7 จบการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 71.5 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001 บาทขึ้น

ไป ร้อยละ 44.5 มีที่มาของรายได้จากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 71.6 มีความพอเพียงของรายได้ในการดำรงชีวิต ร้อยละ 63.2 และได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 82.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ	1,074	100.0
• ชาย	237	22.1
• หญิง	837	77.9
2. ช่วงอายุ	1,039	100.0
• 60-69 ปี	621	59.8
• 70-79 ปี	334	32.1
• 80 ปีขึ้นไป	84	8.1
3. สถานภาพสมรส	1,031	100.0
• โสด	106	10.3
• สมรสและอยู่กับคู่สมรส	585	56.7
• หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	340	33.0
4. การศึกษาสูงสุด	1,074	100.0
• ไม่ได้เรียนหนังสือ	35	3.3
• ประถมศึกษา	716	66.7
• มัธยมศึกษา	169	15.7
• อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	45	4.2
• ปริญญาตรีและสูงกว่า	109	10.1
5. สิทธิการรับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	920	100.0
• สิทธิข้าราชการ	227	24.7
• สิทธิประกันสังคม	15	1.6
• สิทธิรัฐวิสาหกิจ/เอกชน	4	0.4
• สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	658	71.5
• สิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ	12	1.3
• ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล	4	0.4
6. อาชีพ	1,052	100.0
• ไม่ได้ทำงาน	268	25.5

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
• รับจ้าง	177	16.8
• เกษตรกรรม	319	30.3
• ค้าขาย	109	10.4
• ธุรกิจส่วนตัว	48	4.6
• ข้าราชการบำนาญ	114	10.8
• ประมง	2	0.2
• อื่นๆ เช่น เลี้ยงสัตว์ ทอผ้า จักสานและทำอาชีพมากกว่าหนึ่งอย่าง	15	1.4
7. รายได้ต่อเดือน	920	100.0
• 500-1,500 บาท	239	26.0
• 1,501-3,000 บาท	242	26.3
• 3,001 บาทขึ้นไป	409	44.5
• ต่ำกว่า 500 บาท	30	3.3
8. ที่มาของรายได้	920	100.0
• การประกอบอาชีพ	386	42.0
• เบี้ยยังชีพ	659	71.6
• บุตร/หลาน	298	32.4
• ญาติ/พี่น้อง	31	3.4
• เงินออมที่เก็บไว้	139	15.1
• อื่น ๆ เช่น บ้านให้เช่า/ขายของเล็กน้อย	72	7.8
9. ความพอเพียงของรายได้ในการดำรงชีวิต	920	100.0
• เพียงพอ	581	63.2
• ไม่เพียงพอ	339	36.8
10. การตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี	920	100.0
• ไม่ได้ตรวจ	161	17.5
• ได้ตรวจ	759	82.5

2. ข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับประเทศ

2.1 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.3) เคยได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือ ADL โดยส่วนใหญ่ได้รับการประเมินจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 55.8 เมื่อสอบถามถึงกลุ่มของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามระดับ ADL ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 81.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

การประเมิน ADL	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	920	100.0
• ไม่เคย	172	18.7
• เคย จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.	513	55.8
• เคย จาก อสม./caregiver	222	24.1
• เคย อื่นๆ	13	1.4
2. กลุ่มผู้สูงอายุตามการประเมิน ADL	920	100.0
• ไม่ทราบ	136	14.8
• กลุ่มติดสังคม (แข็งแรง มีศักยภาพช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้)	752	81.7
• กลุ่มติดบ้าน (ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหรือเป็นโรคเรื้อรัง)	32	3.5
• กลุ่มติดเตียง (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)	0	0.0

2.2 การตรวจสุขภาพ

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการตรวจสุขภาพมากที่สุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ การวัดความดันโลหิต ร้อยละ 94.5 รองลงมาคือ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ร้อยละ 94.0 ในขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการตรวจสุขภาพน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การประเมินภาวะสมองเสื่อม และการประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากันที่ร้อยละ 77.4 และ บริการการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 70.9 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามการตรวจสอบสุขภาพในแต่ละด้าน

การตรวจสอบสุขภาพ	ไม่ได้รับบริการ		ได้รับบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) การซักประวัติครอบครัวและโรคทางพันธุกรรม	172	16.0	902	84.0
2) การซักประวัติการเจ็บป่วย	110	10.2	964	89.8
3) การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	149	13.9	925	86.1
4) การชั่งน้ำหนัก วัดสวนสูง	64	6.0	1,010	94.0
5) การประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยวัดเส้นรอบเอว	106	9.9	968	90.1
6) การวัดความดันโลหิต	59	5.5	1,015	94.5
7) การตรวจสอบสุขภาพช่องปาก	219	20.4	855	79.6
8) การตรวจวัดสายตา	129	12.0	945	88.0
9) การประเมินการได้ยิน	239	22.3	835	77.7
10) การประเมินการหกล้ม	230	21.4	844	78.6
11) การประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม	223	20.8	851	79.2
12) การประเมินสุขภาพจิต	232	21.6	842	78.4
13) การประเมินภาวะซึมเศร้า	243	22.6	831	77.4
14) การประเมินภาวะสมองเสื่อม	243	22.6	831	77.4
15) บริการการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	312	29.1	762	70.9

2.3 การส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ (คำแนะนำการดูแลสุขภาพ) สูงสุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.4 รองลงมา ได้แก่ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 92.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพน้อยที่สุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิต ร้อยละ 88.1 และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ร้อยละ 85.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

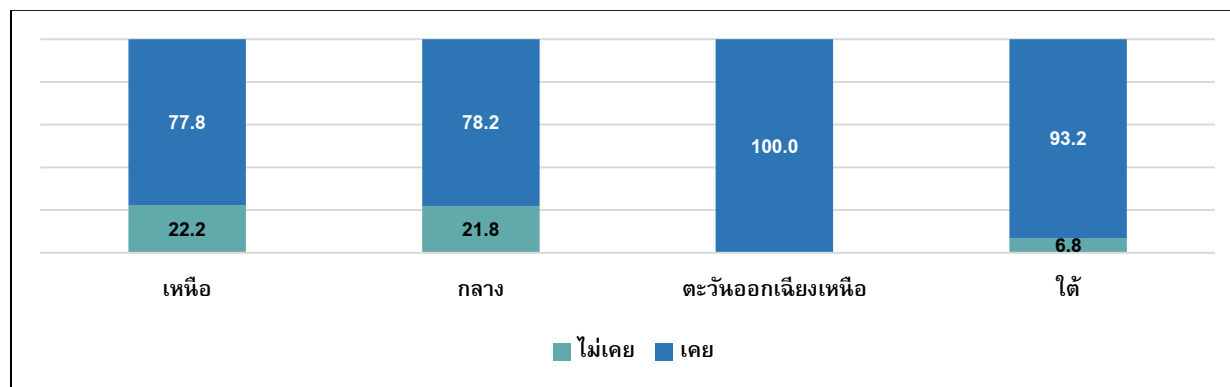
ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามการได้รับการส่งเสริมสุขภาพ (คำแนะนำการดูแลสุขภาพ) ในแต่ละด้าน

คำแนะนำการดูแลสุขภาพ	ไม่ได้รับบริการ		ได้รับบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ	76	7.1	998	92.9
2) การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ	71	6.6	1,003	93.4
3) การนอนหลับพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ	94	8.8	980	91.2
4) การส่งเสริมสุขภาพจิตใจ	128	11.9	946	88.1
5) การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้าน	104	9.7	970	90.3
6) การรับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการควบคุมและป้องกัน	107	10.0	967	90.0
7) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (การรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การงดดื่มเหล้าและสูบบุหรี่)	105	9.8	969	90.2
8) การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน	157	14.6	917	85.4

3. ข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับศูนย์อนามัยเขต

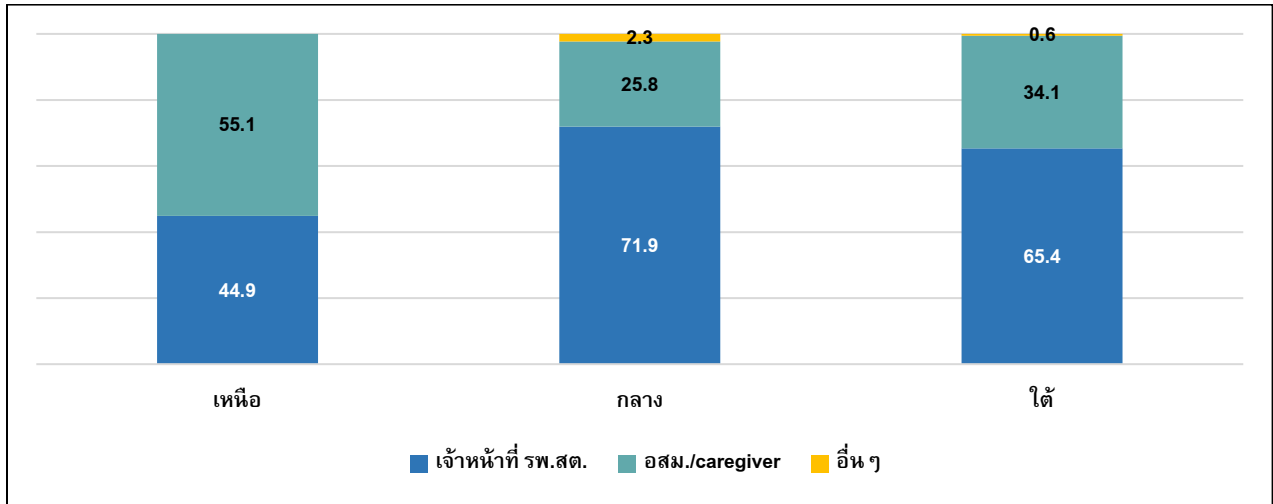
3.1 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เมื่อจำแนกตามภาค พบว่า ตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้สูงอายุเคยได้รับการประเมิน ADL ทุกрай ส่วนภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนือ มีผู้สูงอายุเคยได้รับการประเมินฯ ร้อยละ 93.2, 78.2 และ 77.8 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในรูปที่ 1



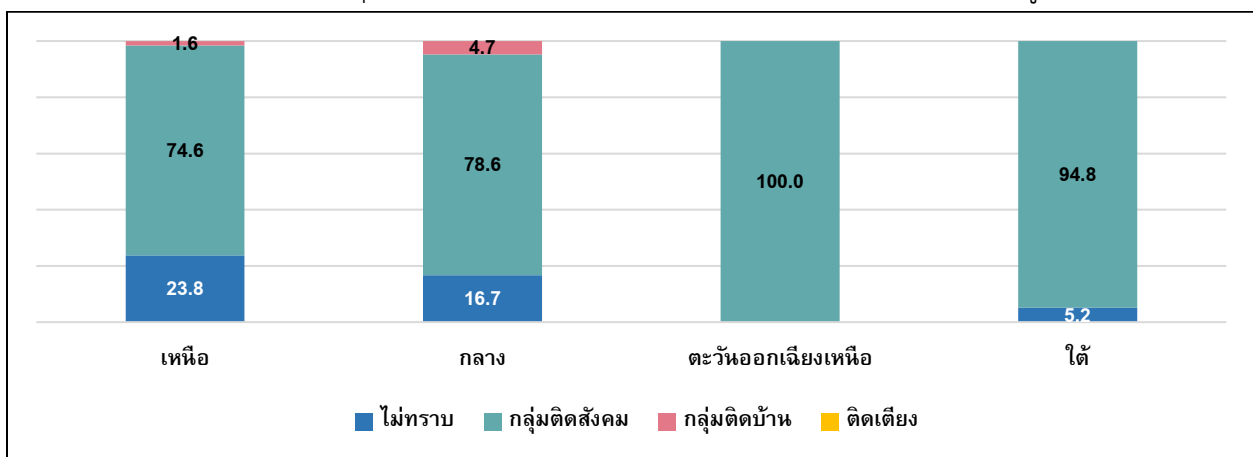
รูป 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามภาค

เมื่อพิจารณาการได้รับการประเมิน ADL จากเจ้าหน้าที่ พบว่าผู้สูงอายุในภาคเหนือส่วนใหญ่ได้รับการประเมิน ADL จากอสม./Caregiver คือ ร้อยละ 55.1 ส่วนผู้สูงอายุในภาคกลางและภาคใต้ ส่วนใหญ่ได้รับการประเมิน ADL จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร้อยละ 71 และ 65.4 ตามลำดับ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ได้รับการประเมินฯ จากเจ้าหน้าที่ ดังรายละเอียดในรูปที่ 2



รูป 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจากเจ้าหน้าที่จำแนกตามภาค

เมื่อพิจารณาการจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามการประเมิน ADL พบว่า ผู้สูงอายุในทุกภาคส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ในกลุ่มติดสังคมทุกราย รองลงมาคือภาคใต้ ร้อยละ 94.8 ส่วนผู้สูงอายุในภาคกลาง และภาคเหนือ เป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 4.7 และ 1.6 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในรูปที่ 3

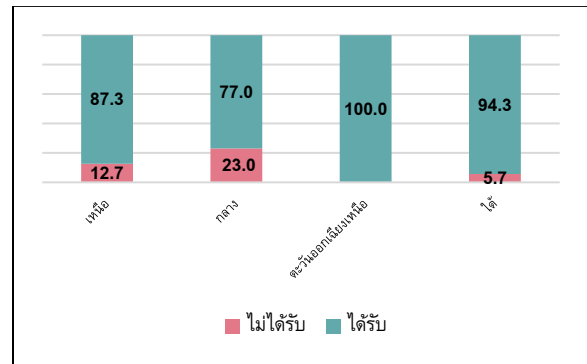


รูป 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามการจัดกลุ่มการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจำแนกตามภาค

3.2 การตรวจสุขภาพในระดับภาค

3.2.1 การได้รับการซักประวัติครอบครัวและโรคทางพันธุกรรม

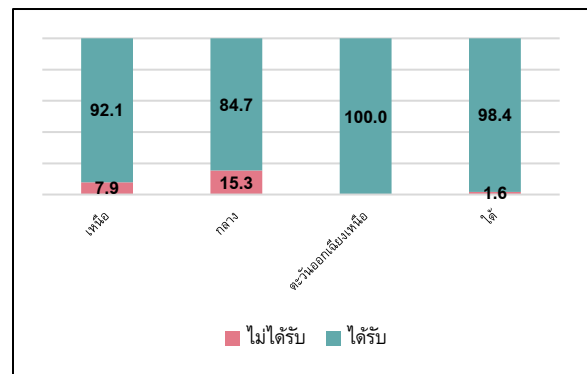
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการซักประวัติครอบครัวและโรคทางพันธุกรรมทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 94.3 ภาคเหนือ ร้อยละ 87.3 และภาคกลาง ร้อยละ 77.0 ดังรายละเอียดในรูปที่ 4



รูป 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการซักประวัติครอบครัวและโรคทางพันธุกรรมจำแนกตามภาค

3.2.2 การได้รับการซักประวัติการเจ็บป่วย

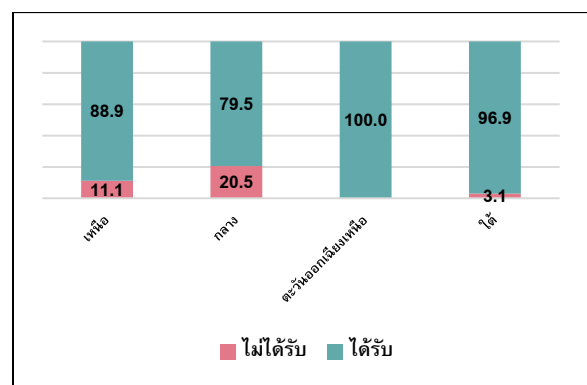
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการซักประวัติการเจ็บป่วยทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 98.4 ภาคเหนือ ร้อยละ 92.1 และภาคกลาง ร้อยละ 84.7 ดังรายละเอียดในรูปที่ 5



รูป 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการซักประวัติการเจ็บป่วยจำแนกตามภาค

3.2.3 การได้รับการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

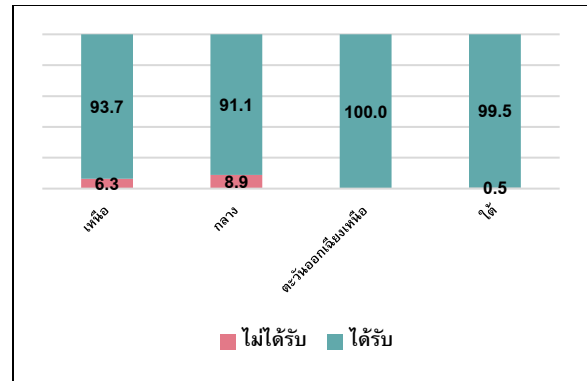
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 96.9 ภาคเหนือ ร้อยละ 88.9 และภาคกลาง ร้อยละ 79.5 ดังรายละเอียดในรูปที่ 6



รูป 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามภาค

3.2.4 การได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

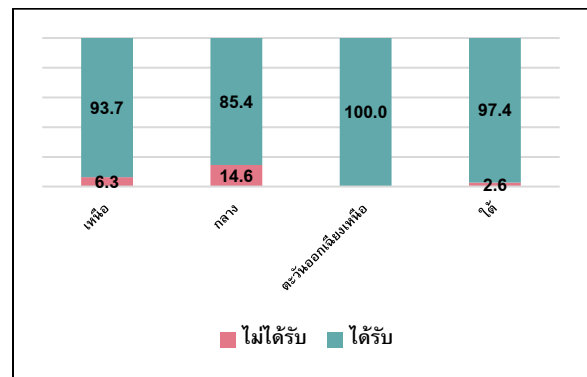
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 99.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 93.7 และภาคกลาง ร้อยละ 91.1 ดังรายละเอียดใน รูปที่ 7



รูป 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง จำแนกตามภาค

3.2.5 การได้รับการประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยวัด เส้นรอบเอว

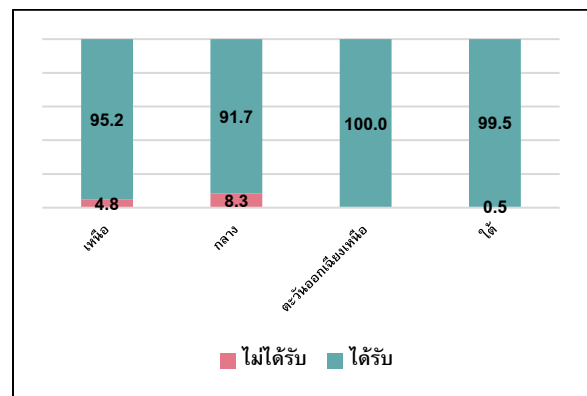
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยวัดเส้น รอบเอวทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 97.4 ภาคเหนือ ร้อยละ 93.7 และภาคกลาง ร้อยละ 85.4 ดังรายละเอียดในรูปที่ 8



รูป 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะอ้วน ลงพุงโดยวัดเส้นรอบเอว จำแนกตามภาค

3.2.6 การได้รับวัดความดันโลหิต

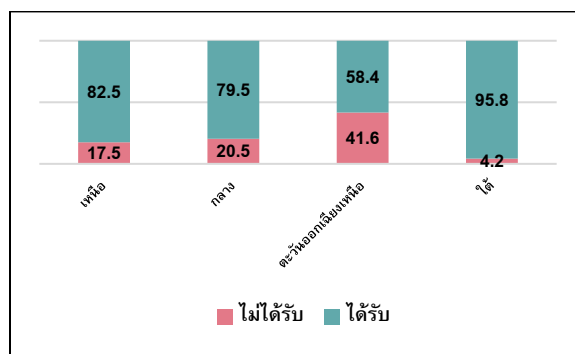
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุได้รับการวัดความดันโลหิตทุกราย รองลงมา คือ ภาคใต้ ร้อยละ 99.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 95.7 และภาคกลาง ร้อยละ 91.7 ดังรายละเอียดใน รูปที่ 9



รูป 9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการวัดความดันโลหิต จำแนกตามภาค

3.2.7 การได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

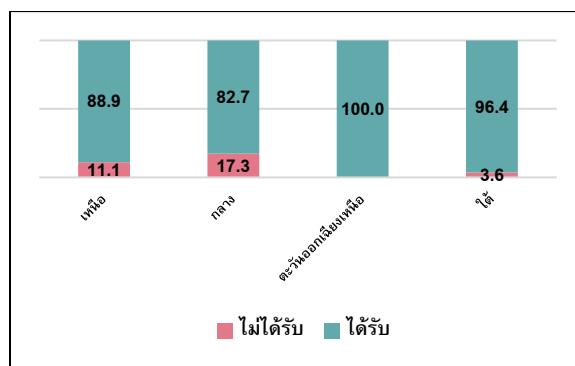
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 95.8 ภาคเหนือ ร้อยละ 82.5 และภาคกลาง ร้อยละ 79.5 ดังรายละเอียดใน รูปที่ 10



รูป 10 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก จำแนกตามภาค

3.2.8 การได้รับการตรวจวัดสายตา

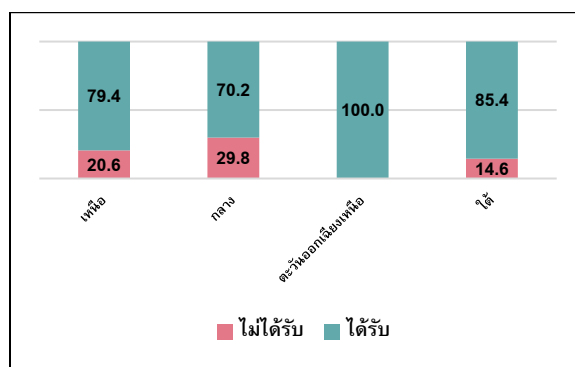
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจวัดสายตาทุกราย รองลงมา คือ ภาคใต้ ร้อยละ 96.4 ภาคเหนือ ร้อยละ 88.9 และภาคกลาง ร้อยละ 82.7 ดังรายละเอียดใน รูปที่ 11



รูป 11 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจวัดสายตา จำแนกตามภาค

3.2.9 การได้รับการประเมินการได้ยิน

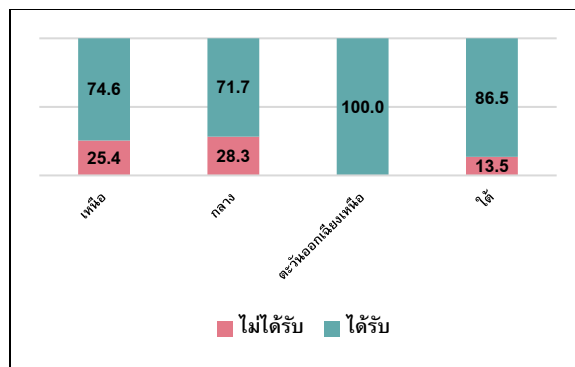
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินการได้ยินทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 85.4 ภาคเหนือ ร้อยละ 79.4 และภาคกลาง ร้อยละ 70.2 ดังรายละเอียดใน รูปที่ 12



รูป 12 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินการได้ยิน จำแนกตามภาค

3.2.10 การได้รับการประเมินการหกล้ม

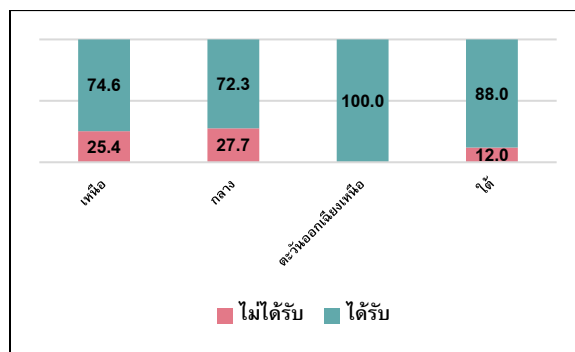
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินการหกล้มทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 86.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 74.6 และภาคกลาง ร้อยละ 71.7 ดังรายละเอียดใน รูปที่ 13



รูป 13 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินการหกล้ม จำแนกตามภาค

3.2.11 การได้รับการประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม

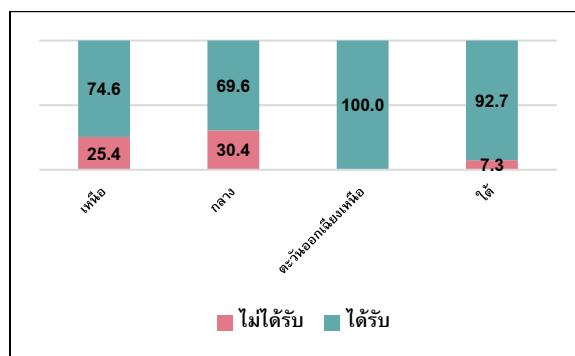
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อมทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 88.0 ภาคเหนือ ร้อยละ 74.6 และภาคกลาง ร้อยละ 72.3 ดังรายละเอียดใน รูปที่ 14



รูป 14 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามภาค

3.2.12 การได้รับการประเมินสุขภาพจิต

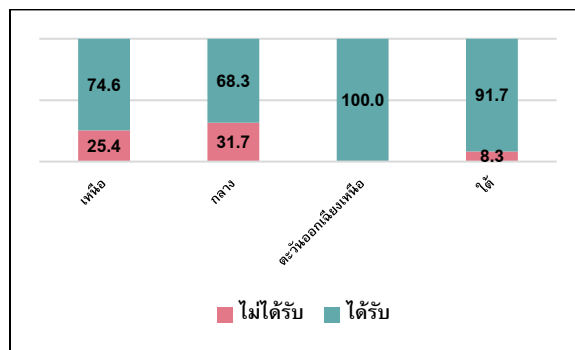
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินสุขภาพจิตทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 92.7 ภาคเหนือ ร้อยละ 74.6 และภาคกลาง ร้อยละ 69.6 ดังรายละเอียดใน รูปที่ 15



รูป 15 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินสุขภาพจิต จำแนกตามภาค

3.2.13 การได้รับการประเมินภาวะซีมเศร้า

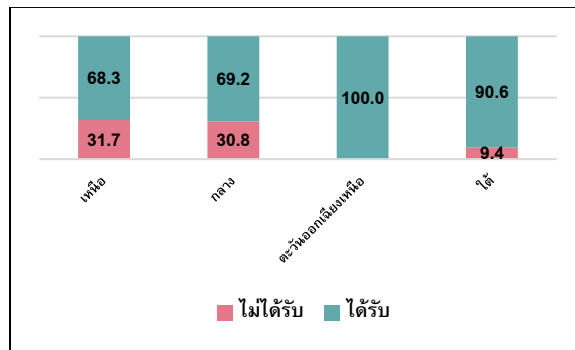
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะซีมเศร้าทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 91.7 ภาคเหนือ ร้อยละ 74.6 และภาคกลาง ร้อยละ 68.3 ดังรายละเอียดใน รูปที่ 16



รูป 16 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะซีมเศร้า จำแนกตามภาค

3.2.14 การได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 90.6 ภาคกลาง ร้อยละ 69.2 และ ภาคเหนือ ร้อยละ 68.3 ดังรายละเอียดใน รูปที่ 17

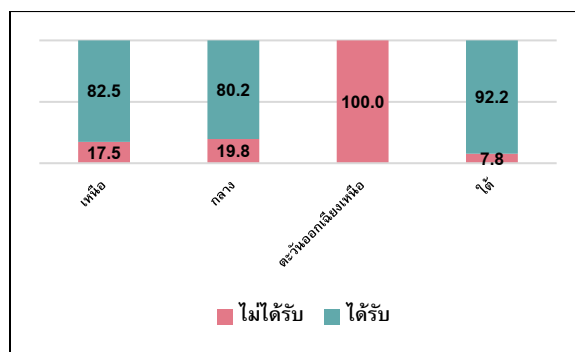


รูป 17 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมจำแนกตามภาค

3.2.15 การได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

ไข้หวัดใหญ่

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุไม่ได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ทุกราย ในขณะที่ผู้สูงอายุในภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลาง ได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค 'ไข้หวัดใหญ่' ร้อยละ 92.2, 82.5 และ 80.2 ดังรายละเอียดในรูปที่ 18

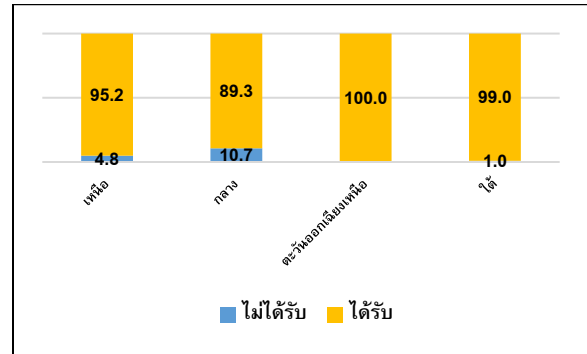


รูป 18 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่จำแนกตามภาค

3.3 การได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพระดับภาค

3.3.1 การได้รับคำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

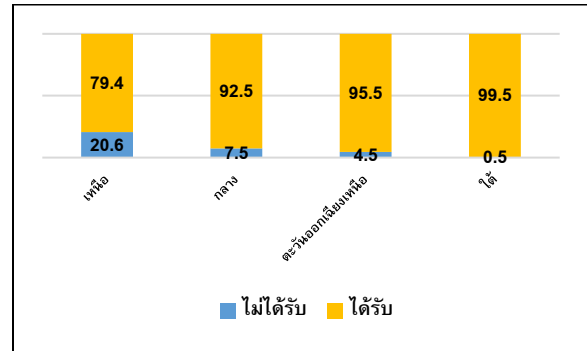
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 99.0 ภาคเหนือ ร้อยละ 95.2 และ ภาคกลาง ร้อยละ 89.3 ดังรายละเอียดในรูปที่ 19



รูป 19 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจำแนกตามภาค

3.3.2 การได้รับคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

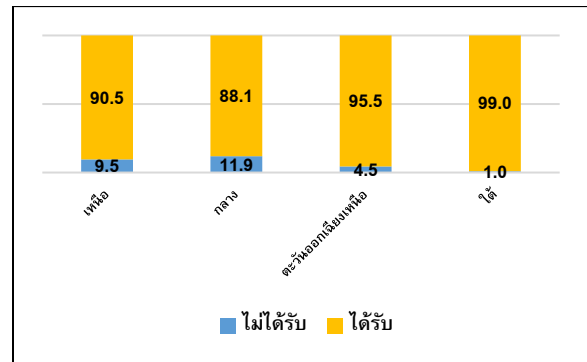
ภาคใต้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ร้อยละ 99.5 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 95.5 ภาคกลาง ร้อยละ 92.5 และ ภาคเหนือ ร้อยละ 79.4 ดังรายละเอียดในรูปที่ 20



รูป 20 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค

3.3.3 การได้รับคำแนะนำเรื่องการนอนหลับพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ

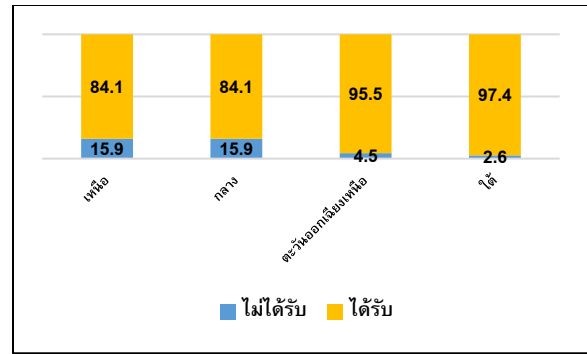
ภาคใต้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำเรื่องการนอนหลับพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ร้อยละ 99.0 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 95.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 90.5 และ ภาคกลาง ร้อยละ 88.1 ดังรายละเอียดในรูปที่ 21



รูป 21 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการนอนหลับพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค

3.3.4 การได้รับคำแนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต

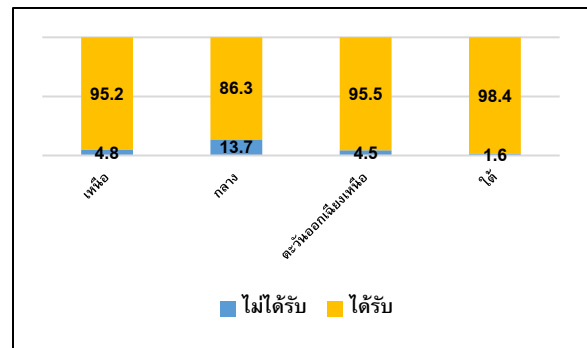
ภาคใต้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต มากที่สุด คือ ร้อยละ 97.4 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 95.5 ภาคเหนือ และภาคกลาง เท่ากันที่ ร้อยละ 84.1 ดังรายละเอียดในรูปที่ 22



รูป 22 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต จำแนกตามภาค

3.3.5 การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้าน

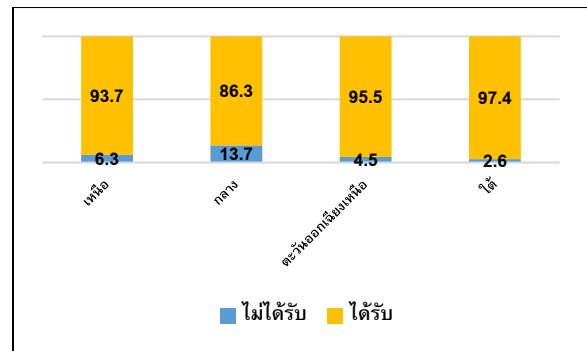
ภาคใต้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้าน มากที่สุด คือ ร้อยละ 98.4 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 95.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 95.2 และ ภาคกลาง ร้อยละ 86.3 ดังรายละเอียดในรูปที่ 23



รูป 23 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้านจำแนกตามภาค

3.3.6 การได้รับคำแนะนำเรื่องการรับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการควบคุมและป้องกัน

ภาคใต้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการรับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการควบคุมและป้องกัน มากที่สุด คือ ร้อยละ 97.4 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 95.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 93.7 และ ภาคกลาง ร้อยละ 86.3 ดังรายละเอียดในรูปที่ 24

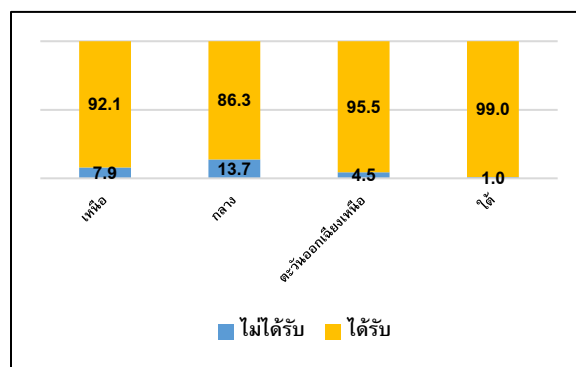


รูป 24 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการรับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการควบคุมและป้องกัน จำแนกตามภาค

3.3.7 การได้รับคำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ

ภาคใต้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด คือ ร้อยละ 99.0 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 95.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 92.1 และ ภาคกลาง ร้อยละ 86.3 ดังรายละเอียดในรูปที่ 25

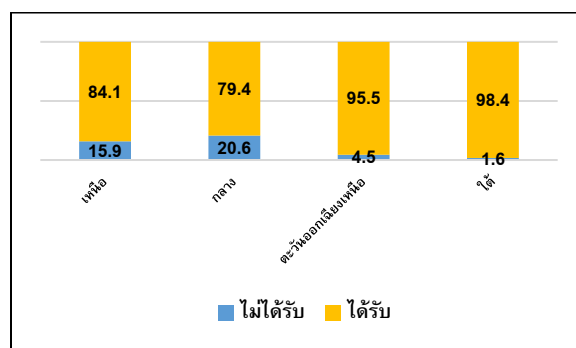


รูป 25 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (การรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การงดดื่มเหล้าและสูบบุหรี่) จำแนกตามภาค

3.3.8 การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ

ช่องปากและฟัน

ภาคใต้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันมากที่สุดคือ ร้อยละ 98.4 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 95.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 84.1 และ ภาคกลาง ร้อยละ 79.4 ดังรายละเอียดในรูปที่ 26



รูป 26 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน จำแนกตามภาค

4. คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Promotion) 6 องค์ประกอบ

แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน ตามแนวทาง “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โภชนาการ 2) การเคลื่อนไหว 3) สุขภาพช่องปาก 4) สมอติ 5) สิ่งแวดล้อม และ 6) มีความสุข เมื่อพิจารณาจากผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพครบทุกองค์ประกอบ คือ ร้อยละ 78.4 เมื่อแยกตามภาค พบว่า ผู้สูงอายุในภาคใต้ ได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครบ 6 องค์ประกอบ มากที่สุด คือร้อยละ 95.5 รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ ร้อยละ 94.8 ภาคเหนือ ร้อยละ 76.2 และภาคกลาง ร้อยละ 69.9 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครบ 6 องค์ประกอบจำแนกตามภาค

คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ 6 องค์ประกอบ		ภาค				รวม
		เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
ไม่ได้ รับ	จำนวน	15	200	7	10	232
	ร้อยละ	23.8	30.1	4.5	5.2	21.6
ได้รับ	จำนวน	48	465	147	182	842
	ร้อยละ	76.2	69.9	95.5	94.8	78.4
รวม	จำนวน	63	665	154	192	1,074
	ร้อยละ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

5. คำแนะนำในการควบคุมและป้องกันโรคผู้สูงอายุ (prevention & control)

การควบคุมและป้องกันโรคผู้สูงอายุ ในการศึกษานี้หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการควบคุมและป้องกัน และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย งดบุหรี่ ดื่มเหล้า) เมื่อพิจารณาจากผลการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำการควบคุมและป้องกันโรค คือ ร้อยละ 87.4 เมื่อแยกตามภาค พบว่า ผู้สูงอายุในภาคใต้ ได้รับคำแนะนำการควบคุมและป้องกันโรค มากที่สุด คือร้อยละ 96.9 รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 95.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 88.9 และภาคกลาง ร้อยละ 82.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำการควบคุมและป้องกันโรคจำแนกตามภาค

คำแนะนำการควบคุมและ ป้องกันโรค		ภาค				รวม
		เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
ไม่ได้ รับ	จำนวน	7	115	7	6	135
	ร้อยละ	11.1	17.3	4.5	3.1	12.6
ได้รับ	จำนวน	56	550	147	186	939
	ร้อยละ	88.9	82.7	95.5	96.9	87.4
รวม	จำนวน	63	665	154	192	1,074
	ร้อยละ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติไคสแควร์ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาค สถานภาพสมรส อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ในการดำรงชีวิต การตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตาราง 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการได้รับบริการสุขภาพกับการได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				X ²	df	P
	ไม่ได้รับ		ได้รับ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ภาค	232	21.6	842	78.4	85.298	3	.000
เหนือ	15	23.8	48	76.2			
กลาง	200	30.1	465	69.9			
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7	4.5	147	95.5			
ใต้	10	5.2	182	94.8			
เพศ	232	21.6	842	78.4	0.054	1	.816
ชาย	53	22.4	184	77.6			
หญิง	179	21.4	658	78.6			
ช่วงอายุ	223	21.5	816	78.5	1.899	2	.387

ตัวแปร	คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				X ²	df	P
	ไม่ได้รับ		ได้รับ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
60-69 ปี	130	20.9	491	79.1			
70-79 ปี	70	21.0	264	79.0			
80 ปีขึ้นไป	23	27.4	61	72.6			
สถานภาพสมรส	219	21.2	812	78.8	23.861	2	.000
โสด	42	39.6	64	60.4			
สมรสและอยู่กับคู่สมรส	112	19.1	473	80.9			
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	65	19.1	275	80.9			
การศึกษา	232	21.6	842	78.4	6.001	4	.199
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	31.4	24	68.6			
ประถมศึกษา	162	22.6	554	77.4			
มัธยมศึกษา	35	20.7	134	79.3			
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	6	13.3	39	86.7			
ปริญญาตรีและสูงกว่า	18	16.5	91	83.5			
สิทธิบริการสุขภาพ	225	24.5	695	75.5	1.798	5	.876
สิทธิข้าราชการ	51	22.5	176	77.5			
สิทธิประกันสังคม	2	13.3	13	86.7			
สิทธิรัฐวิสาหกิจ/เอกชน	1	25.0	3	75.0			
สิทธิจากหลักประกันสุขภาพ (สปสช.)	167	25.4	491	74.6			
สิทธิรักษาพยาบาล อื่นๆ	3	25.0	9	75.0			
ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล	1	25.0	3	75.0			
อาชีพ	226	21.5	826	78.5	31.097	7	.000
ไม่ได้ทำงาน	74	27.6	194	72.4			
รับจ้าง	42	23.7	135	76.3			
เกษตรกรกรรม	45	14.1	274	85.9			
ค้าขาย	31	28.4	78	71.6			
ธุรกิจส่วนตัว	12	25.0	36	75.0			

ตัวแปร	คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				X ²	df	P
	ไม่ได้รับ		ได้รับ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ข้าราชการบำนาญ	19	16.7	95	83.3			
ประมง	2	100.0	0	0.0			
อื่นๆ เช่น เลี้ยงสัตว์ ทอผ้า จักสานและทำอาชีพมากกว่าหนึ่งอย่าง	1	6.7	14	93.3			
รายได้ต่อเดือน	225	24.5	695	75.5	5.965	3	.113
500-1,500 บาท	69	28.9	170	71.1			
1,501-3,000 บาท	64	26.4	178	73.6			
3,001 บาทขึ้นไป	86	21.0	323	79.0			
ต่ำกว่า 500 บาท	6	20.0	24	80.0			
ความพอเพียงของรายได้ในการดำรงชีวิต	225	24.5	695	75.5	11.788	1	.001
ไม่เพียงพอ	105	31.0	234	69.0			
เพียงพอ	120	20.7	461	79.3			
การตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี	225	24.5	695	75.5	25.724	1	.000
ไม่ได้ตรวจ	65	40.4	96	59.6			
ได้ตรวจ	160	21.1	599	78.9			

7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคของผู้สูงอายุด้วยสถิติไคสแควร์ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาค สถานภาพสมรส อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ในการดำรงชีวิต และการได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการได้รับบริการสุขภาพกับการได้รับคำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	คำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคของผู้สูงอายุ				X ²	df	P
	ไม่ได้รับ		ได้รับ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ภาค	135	12.6	939	87.4	38.230	3	.000
เหนือ	7	11.1	56	88.9			
กลาง	115	17.3	550	82.7			
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7	4.5	147	95.5			
ใต้	6	3.1	186	96.9			
เพศ	135	12.6	939	87.4	0.004	1	.949
ชาย	29	12.2	208	87.8			
หญิง	106	12.7	731	87.3			
ช่วงอายุ	128	12.3	911	87.7	.234	2	.889
60-69 ปี	78	12.6	543	87.4			
70-79 ปี	41	12.3	293	87.7			
80 ปีขึ้นไป	9	10.7	75	89.3			
สถานภาพสมรส	127	12.3	904	87.7	31.469	2	.000
โสด	31	29.2	75	70.8			
สมรสและอยู่กับคู่สมรส	59	10.1	526	89.9			
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	37	10.9	303	89.1			
การศึกษา	135	12.6	939	87.4	3.422	4	.490
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	17.1	29	82.9			

ตัวแปร	คำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรค ของผู้สูงอายุ				X ²	df	P
	ไม่ได้รับ		ได้รับ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ประถมศึกษา	97	13.5	619	86.5			
มัธยมศึกษา	17	10.1	152	89.9			
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	4	8.9	41	91.1			
ปริญญาตรีและสูงกว่า	11	10.1	98	89.9			
สิทธิบริการสุขภาพ	128	13.9	792	86.1	4.439	5	.488
สิทธิข้าราชการ	26	11.5	201	88.5			
สิทธิประกันสังคม	2	13.3	13	86.7			
สิทธิรัฐวิสาหกิจ/เอกชน	1	25.0	3	75.0			
สิทธิจากหลักประกันสุขภาพ (สปสช.)	98	14.9	560	85.1			
สิทธิรักษาพยาบาล อื่นๆ	0	0.0	12	100.0			
ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล	1	25.0	3	75.0			
อาชีพ	130	12.4	922	87.6	23.855	7	.001
ไม่ได้ทำงาน	40	14.9	228	85.1			
รับจ้าง	21	11.9	156	88.1			
เกษตรกรกรรม	24	7.5	295	92.5			
ค้าขาย	24	22.0	85	78.0			
ธุรกิจส่วนตัว	8	16.7	40	83.3			
ข้าราชการบำนาญ	12	10.5	102	89.5			
ประมง	1	50.0	1	50.0			
อื่นๆ เช่น เลี้ยงสัตว์ ทอผ้า จักสานและ ทำอาชีพมากกว่าหนึ่งอย่าง	0	0.0	15	100.0			
รายได้ต่อเดือน	128	13.9	792	86.1	5.395	3	.145
500-1,500 บาท	41	17.2	198	82.8			
1,501-3,000 บาท	34	14.0	208	86.0			
3,001 บาทขึ้นไป	52	12.7	357	87.3			
ต่ำกว่า 500 บาท	1	3.3	29	96.7			

ตัวแปร	คำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรค ของผู้สูงอายุ				X ²	df	P
	ไม่ได้รับ		ได้รับ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความพอเพียงของรายได้ในการดำรงชีวิต	128	13.9	792	86.1	14.579	1	.000
ไม่เพียงพอ	67	19.8	272	80.2			
เพียงพอ	61	10.5	520	89.5			
การตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี	128	13.9	792	86.1	53.074	1	.000
ไม่ได้ตรวจ	52	32.3	109	67.7			
ได้ตรวจ	76	10.0	683	90.0			

4.2 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ “มุมมองต่อระบบการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน” (Health promotion & Prevention Individual Wellness Plan)

1. ข้อมูลพื้นฐานผู้ให้ข้อมูล

การลงพื้นที่เพื่อสอบถามความคิดเห็นผู้สูงอายุ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในครั้งนี้นำเนินการครอบคลุม 4 ภูมิภาค ประกอบด้วย ภาคเหนือที่จังหวัดอุตรดิตถ์ ภาคกลางที่จังหวัดนครนายก ภาคตะวันออกที่จังหวัดฉะเชิงเทรา และภาคใต้ที่จังหวัดสงขลา ซึ่งได้รับความร่วมมือจากศูนย์อนามัยที่ 2, 4, 7, 12 เป็นอย่างดีในการประสานพื้นที่และร่วมในการสนทนากลุ่ม รับฟังความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานตามโครงการ “แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน” ใช้การสนทนากลุ่ม (focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ทั้งกระบวนการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมทั้งใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เพื่อผนวกเป็นข้อมูลในการสังเคราะห์มุมมอง ความคิดเห็นเกี่ยวข้องกับแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลสู่การปรับเสริม เพิ่มเติม “เนื้อหากลาง หรือ core content of individual wellness plan” และขยายผลในวงกว้างต่อไป โดยพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานผู้ให้ข้อมูล ดังรายละเอียดตารางที่ 11

ตาราง 11 พื้นที่และข้อมูลพื้นฐานผู้ให้ข้อมูล

พื้นที่	ข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุ	เจ้าหน้าที่
ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก	<ul style="list-style-type: none"> - ทั้งหมด 10 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 7 คน - มี 1 คนเป็น อสม. - มี 1 คนเป็นข้าราชการเกษียณ 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 1 คน คน ดูแลรับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง - เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเขตที่ 4 จำนวน 1 คนรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ - ชมรมผู้สูงอายุก่อตั้งปี 2559
โรงเรียนผู้สูงอายุ ยางคำ จังหวัด ขอนแก่น	<ul style="list-style-type: none"> - ทั้งหมด 12 คน เป็นชาย 2 คน หญิง 10 คน - มี 8 คนที่เป็นสมาชิกชมรมมาแล้ว ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป อีก 4 คน น้อยกว่า 5 ปี - มี 1 คนที่เคยเป็นสมาชิกชมรมมาก่อนแล้วออกกระยะหนึ่งเนื่องจากภาระทางครอบครัว - มี 3 คนเป็น อสม. 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับผิดชอบโรงเรียนผู้สูงอายุ 1 คน เป็นข้าราชการครูเกษียณ ดำเนินกิจกรรมมาแล้วมากกว่า 5 ปี - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 1 คน เพิ่งมารับช่วงการพัฒนาต่อจาก จนท.คนก่อน ประมาณ 1 ปี - เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเขตที่ 7 จำนวน 3 คน รับผิดชอบงานผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

พื้นที่	ข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุ	เจ้าหน้าที่
		- โรงเรียนผู้สูงอายุก่อตั้งปี 2560 มีเทศบาลและ รพ.สต. เป็นผู้บุกเบิกและเป็นเสาหลักสำคัญ
ชมรมผู้สูงอายุพะตงจังหวัดสงขลา	- ทั้งหมด 14 คน เป็นชาย 1 คน หญิง 13 คน - ทั้งหมดเป็นสมาชิกมากกว่า 5 ปี - มีสมาชิกสมทบ 1 คน - มี 5 คน เป็น อสม.	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 1 คน ดูแลรับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง - เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเขตที่ 12 จำนวน 2 คน - ชมรมผู้สูงอายุก่อตั้งมาตั้งแต่ปี 2559
ชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุดรดิษฐ์	- ทั้งหมด 10 คน เป็นชาย 2 คนหญิง 8 คน - ทั้งหมดเป็นสมาชิกชมรมมากกว่า 10 ปี	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 1 คน ดูแลรับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง - เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน - เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเขตที่ 2 จำนวน 1 คน เพิ่งมารับช่วงดูแลงานผู้สูงอายุ

2. มุมมองต่อระบบการจัดทำ “แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน”

2.1 ความคิดเห็นภาพรวมของการเป็นสมาชิกชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพ

จากการสอบถามผู้สูงอายุทั้ง 4 ภูมิภาค ทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุติดสังคม มีบางคนเป็นผู้สูงอายุที่เคยติดบ้านมาก่อน ผู้สูงอายุรุ่นแรกส่วนใหญ่เข้ามาเป็นสมาชิกชมรมด้วยการชักชวนจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐ เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต., อบต. พม, อสม. เหตุผลโดยส่วนใหญ่ของการเข้าร่วมเป็นสมาชิกในรุ่นแรก จะมุ่งไปที่การทำกิจกรรมยามว่าง พบปะสรรสรรค์กับเพื่อนผู้สูงอายุ เพื่อผ่อนคลายจิตใจ ยังไม่ทราบว่าจะเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมจะได้ประโยชน์อะไรบ้าง แต่อย่างไรก็ตาม สมาชิกรุ่นหลัง นอกจากได้รับการชักชวนเจ้าหน้าที่ของรัฐแล้ว ยังได้รับการเชิญชวนจากสมาชิกของชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ บอกต่อชักชวน ซึ่งสมาชิกรุ่นหลังที่เข้ามาเข้าร่วมกิจกรรม เริ่มเข้าใจแล้วว่าประโยชน์ของการเข้าร่วมในกิจกรรมส่วนสำคัญคือ การได้ความรู้ แนวทางปฏิบัติของการทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจดี เริ่มนำเรื่องสุขภาพของคนรอบข้างและตนเองมาเป็นเหตุผลสำคัญในการเข้าร่วมหาและทำกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้สุขภาพตนเองดีขึ้น ไม่เจ็บไม่ไข้ ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย เป็นภาระลูกหลาน ซึ่งนั่นแสดงให้เห็นว่าการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสปรับเปลี่ยนแนวคิด ทศนคติ และ

การปฏิบัติตัวที่เป็นเชิงบวกต่อสุขภาพกายและใจจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และเป็นประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุคนอื่น ชุมชนและสังคมรอบข้าง แต่สำหรับคนที่ไม่เข้าเป็นสมาชิกมักจะมีเหตุผลจากปัจจัยการมีภาระที่ต้องรับผิดชอบ เช่น มีงานประจำที่ต้องดูแล มีภาระรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกในครอบครัว

จากการสอบถามผู้สูงอายุทั้ง 4 ภูมิภาค จะมีกิจกรรมในโรงเรียนหรือชมรมเหมือนกัน คือ กิจกรรมทางสังคม เช่น การช่วยเหลือ บำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมส่งเสริมทักษะประสบการณ์และการทำอาชีพเสริม เช่น การทำขนม การทำดอกไม้จันทร์ การเย็บปักถักร้อย กิจกรรมการปลูกพืชผักสวนครัว รั้วกินได้ สำหรับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มักพบกิจกรรมหลักๆ ได้แก่ 1) การจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ การรักษาป้องกันและการดูแลสุขภาพ 2) การจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ ทำสมาธิ กิจกรรมแห่เทียนพรรษา 9 วัด โครงการทัศนศึกษาและพัฒนาจิต กิจกรรมวันเกิดและวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 3) การจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น กิจกรรมสังสรรค์ นันทนาการ กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน กิจกรรมฌาปนกิจสงเคราะห์ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมการมีส่วนร่วมกับชุมชน 4) การจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม เช่น การแนะนำและให้ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้การจัดสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ และการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ แต่จะมีการปรับเปลี่ยนตามบริบทของพื้นที่ และที่สำคัญขึ้นอยู่กับกระบวนการ ทักษะ/วิธีการถ่ายทอดของวิทยากร เจ้าหน้าที่ ซึ่งหากเป็นการถ่ายทอดที่เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม มีกระบวนการให้ผู้สูงอายุได้คิด ได้ทำ ได้ลงมือสอน แลกเปลี่ยนและเรียนรู้ด้วยตนเองมักจะทำให้กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้มีความโดดเด่น ยั่งยืน ต่อเนื่องต่อยอดความรู้เรื่อยๆ

ผู้สูงอายุทุกภูมิภาคมีศักยภาพสำหรับรับรองความรู้การส่งเสริมดูแลสุขภาพ แต่จะต้องเป็นการถ่ายทอด/สอน/อบรมด้วยกระบวนการที่หลากหลาย ง่าย เข้าใจเร็ว ทำได้เลย มีเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือสอนให้ไปทำ ไปหาประยุกต์ทำใช้ และที่สำคัญต้องมีความต่อเนื่อง หากดำเนินการเพียง 1 หรือ 2 ครั้ง เป็นไปได้ยากที่จะมีการจดจำและนำกลับไปปฏิบัติ บางพื้นที่ดำเนินการในเรื่องเดียวกันมากกว่า 3 ปี จึงจะทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจเพียงประเด็นเดียวได้อย่างถ่องแท้ โดยสื่อ อุปกรณ์ คู่มือ เครื่องมือ ผู้สูงอายุยังอยากเป็นเอกสาร หนังสือหรือการเปิดวิดีโอให้ดูร่วมกัน แต่การให้เข้าไปเปิดหรือศึกษาดูด้วยตนเองผ่านช่องทางโซเชียล เช่น เฟสบุ๊ค ทางไลน์ หรือ ยูทูป ยังไม่เหมาะกับบริบทมากนัก อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่เข้าถึงและใช้สื่อกลุ่มนี้ได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการวัยเกษียณ ผู้สูงอายุที่มีเศรษฐฐานะดี ผู้สูงอายุที่สนใจเทคโนโลยี ทั้งนี้ในชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุยังมีความต้องการให้มีแกนนำ (ทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ วิทยากรและแกนนำสมาชิก) เป็นผู้นำในการสอน พาทำกิจกรรม โดยคู่มือที่เป็นหนังสือ โปสเตอร์ใหญ่ๆ ที่ติดข้างฝา หรือ โฟมบอร์ด จะเหมาะสมมากกว่า สำหรับเจ้าหน้าที่/วิทยากรที่มาถ่ายทอดความรู้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นเครือข่ายในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต., โรงเรียน, วัด, อบต./เทศบาล, แกนนำสมาชิก หรือประธานหรือ ผอ.โรงเรียน

ผู้สูงอายุ กับเครือข่ายภายนอก เช่น โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, กศน., ตำรวจ, ทหาร, มหาวิทยาลัย เป็นต้น สำหรับประเด็นวิทยากรที่มาถ่ายทอดนี้ ผู้สูงอายุเห็นตรงกันว่าเป็นเรื่องที่ดีมาก เป็นการได้รับความรู้ใหม่ๆ มีความตื่นตัวที่รับรู้ ได้เห็น และได้ทำกิจกรรมที่วิทยากรมาสอน แต่หลายคนให้ข้อคิดว่า หากเป็นการสอนและอบรมเชิงวิชาการและใช้เวลานานมากจะไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่อยากรู้อย่างสนุก ทำได้เลย ไม่ต้องคิดเยอะ

ความต่อเนื่องของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไปของชมรม/โรงเรียน เป็นเรื่องสำคัญ ผู้สูงอายุจาก 4 ภูมิภาคทุกคนที่เข้าร่วมในการสนทนาถือเป็น “แกนแท้ของชมรม” ทุกคนเห็นความสำคัญของการรวมกลุ่มเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้เมื่อมีการรวมกลุ่ม การได้รับถ่ายทอด สอน ฝึกให้ทำของเจ้าหน้าที่ วิทยากร และสมาชิกด้วยตนเอง หากไม่ได้มาร่วมกิจกรรมหรือขาดไปแม้ครั้งเดียว เขาเหล่านั้นจะรู้สึกไม่ดี เหมือนไม่ได้ทำกิจกรรมที่สำคัญบางอย่างไป ด้วยเหตุนี้ กลุ่มเหล่านี้จึงมีความเป็น “นักจัดการตัวเอง” ที่ต้องพยายามจัดสรรเวลาของภารกิจงานครอบครัวมาร่วมทำกิจกรรม/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มาพบปะสังสรรค์ เติมเต็มความรู้ใหม่ๆ และถึงแม้หลายคนมองว่าเรียนหรือทำความเข้าใจตามเพื่อนไม่ทัน ก็ไม่เคยขาดกิจกรรม โดยหวังไว้ลึกๆ ว่าสักวันจะรู้เหมือนเพื่อนตามเพื่อนทัน ชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุจะจัดกิจกรรมร่วมกันอย่างเป็นทางการโดยส่วนใหญ่เดือนละ 1-2 วัน บางแห่งทำกิจกรรมร่วมกันมากกว่า 2 ครั้ง/เดือน นอกจากนั้น ยังพบว่ามีบางจังหวัด เช่น จังหวัดอุดรดิตถ์ แต่ละเดือนจะมีการหมุนเวียนกันในการเป็นเจ้าภาพเพื่อจัดกิจกรรมต่างๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมอื่นๆ โดยมีเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้

2.2 มุมมองต่อระบบการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน

เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามแผนฯ นี้ เป็นสมาชิก “ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ” เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีสุขภาพทางกายและใจดี ส่วนใหญ่ที่เข้ามาเป็นสมาชิกฯ มีความต้องการ (need) และเปิดใจพร้อมรับกับองค์ความรู้ในด้านต่างๆ ที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของตน โดยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องลำดับต้นๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการมาก โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพทางกาย สำหรับสุขภาพทางใจผู้สูงอายุก็อยากได้รับองค์ความรู้เพื่อพัฒนาเช่นกัน แต่ส่วนใหญ่มองว่าการมาร่วมเป็นสมาชิกฯ มาทำกิจกรรมร่วมกัน ส่วนนี้ถือเป็นการส่งเสริมสุขภาพทางใจอยู่แล้ว ด้วยเหตุนี้จากการสอบถามความคิดเห็นผู้สูงอายุทั้ง 4 ภูมิภาคเห็นตรงกันว่า แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชนนี้ จะเป็นกระบวนการ แนวทางการดำเนินชีวิตเพื่อทำให้ตนเองมีสุขภาพดี โดยส่วนใหญ่มองว่าสิ่งที่มิในแผนฯ นี้เป็นเรื่องที่เคยดำเนินการส่งเสริมสุขภาพมาแล้ว และเป็นเรื่องที่ต้องทำในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุหลายพื้นที่ขมวดปมระบุว่า การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลในชุมชนนี้แสดงว่าเนื้อหาองค์ความรู้ แนวทางการประเมิน ข้อปฏิบัติจากโปรแกรมคำแนะนำที่ถูกระบุไว้ในคู่มือ เครื่องมือนี้ เป็นสิ่งจำเป็นแน่นอนแล้วที่ผู้สูงอายุจะต้องนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง บางคนใช้คำว่า “ของแท้ ของจริง” หรืออีกนัยยะหนึ่งคือ เป็นแนวทางการ

ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีที่ตกผลึก “เป็นแก่นแท้” แล้ว มีผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งที่สะท้อนมุมมองที่แสดงถึงผลของการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพนี้ ได้เป็นอย่างดี

“เมื่อเรามีชีวิตแล้ว เราต้องทำให้ชีวิตให้ดีสมบูรณ์ และเราต้องมีชีวิต ซึ่งชีวิต เราต้องหา ต้องสร้าง และต้องมีคนช่วยทำสนับสนุน” โดยผู้สูงอายุได้อธิบายเพิ่มเติมว่า เมื่อเราเกิดมามีความครบพร้อมสมบูรณ์เป็นชีวิตหนึ่งขึ้นมา นี้ เราจะต้องดูแลชีวิตของเราทั้งทางร่างกาย เช่น การกิน การอยู่ การออกกำลังกาย และทางจิตใจ เช่น เครียดได้ แต่ต้องจัดการให้เป็น การหลับการนอนที่ดี และต้องทำให้ตัวมีชีวิต คือ ความร่าเริง แจ่มใส ออกมาพบปะเพื่อนบ้าน มาโรงเรียนผู้สูงอายุ มาร่วมทำกิจกรรม สร้างประโยชน์ให้กับคนอื่น”

“ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแช่บ” เป็นสโลแกนที่ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นทุกคนท่องได้ และสามารถอธิบายได้เลยว่าแต่ละคำ คือ อะไร ต้องทำอะไรบ้าง เพื่อให้ได้ตามที่พูด นอกจากนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ได้เพิ่มคำเกี่ยวกับการนอน คือ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแช่บ นอนแกบตลอดคืน (นอนหลับสบาย นอนอย่างมีคุณภาพ)”

จากข้อความข้างต้นสะท้อนได้ว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติเชิงบวกเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ที่พึงประสงค์ และแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของผลลัพธ์ทางกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามแนวคิด “ชะลอชรา ชีวียืนยาว” เป็นอย่างยิ่ง และอาจกล่าวได้ว่า แนวคิดกระบวนการ เครื่องมือ แนวทางการถ่ายทอดเนื้อหาหรือองค์ความรู้กลาง ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว ส่งถึงตัว ถึงใจ และถึงการปฏิบัติของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มาก ซึ่งจากการประเมินความเข้าใจและความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามแผนส่งเสริมสุขภาพนี้สามารถระบุได้ว่า ผู้สูงอายุมีความเข้าใจ (knowledge) มีทัศนคติเชิงบวกต่อการส่งเสริมสุขภาพตน (attitude) และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ (practice) ที่ได้ถ่ายทอดจากเจ้าหน้าที่ โดยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ สื่อการเรียนรู้ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่จำเพาะต่อความสนใจและความเข้าใจของผู้สูงอายุได้จริง

แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไม่ว่าที่ใดก็ตามจะแนะนำอย่างเดียวกัน คือถึงแม้มีเครื่องมือ คู่มือ แนวทางปฏิบัติ/โปรแกรมคำแนะนำ หรือแบบฟอร์มแผนส่งเสริมสุขภาพสุขภาพรายบุคคลที่ดีพร้อม แต่การถ่ายทอดสิ่งต่างๆ เหล่านี้ลงสู่ผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญมากกว่า เพราะผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่ แต่ละคนมีความสามารถหรือมีศักยภาพ หรือแม้แต่มีความต้องการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในประเด็นที่อยากให้นับหนักแตกต่างกัน ดังนั้นความสำคัญที่ขาดไม่ได้ คือ “ตัวกลาง กระบวนการ และความต่อเนื่อง” ของการนำสิ่งต่างๆ ในแผนส่งเสริมสุขภาพฯ ไปสู่ผู้สูงอายุนั้นเอง โดยการถ่ายทอด/สอน/อบรมด้วยกระบวนการที่หลากหลาย จำง่าย เข้าใจเร็ว ทำได้เลย และที่สำคัญต้องมีความต่อเนื่อง หากดำเนินการเพียง 1 หรือ 2 ครั้ง เป็นไปได้ยากที่จะมีการจดจำและนำกลับไปปฏิบัติ

ซึ่งนั่นแสดงว่า “ตัวกลางการถ่ายทอด” ที่อาจเป็นไปได้ทั้งเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภายนอก และประธานหรือสมาชิก แกนนำของชมรม/โรงเรียน ต้องเป็นผู้ที่มีศักยภาพ เต็มเปี่ยมด้วยจิตสาธารณะของการเป็นผู้ให้ โดยเฉพาะกับ ผู้สูงอายุที่เป็นวัยเปราะบางต่อสิ่งกระตุ้นรอบตัวที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทุกพื้นที่จึงเสนอให้ การดำเนินการตามแผนฯ นี้ต้องทำแบบค่อยเป็นค่อยไป ต่อเนื่องและจริงจังเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์

ประเด็น “ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่พึงประสงค์” ผู้สูงอายุหลายคนมาก ไม่เข้าใจความหมายของคำนี้มากนัก ทั้งที่ หลายคนเองปฏิบัติตัวในประเด็นนั้นเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่แล้ว จากการสอบถามและวิเคราะห์เพิ่มเติม อาจเพราะคำนี้มีความเป็นวิชาการระดับหนึ่งเพราะแต่ต้องตีความ และอาจเพราะผู้สูงอายุยังยึดติดกับพฤติกรรม หรือลักษณะที่ตนเองทำอยู่ปัจจุบัน เกือบทุกคนยังแยกไม่ออกกว่าที่ตนทำอยู่กับที่อยากให้ทำ มีความต่างกันหรือไม่ อย่างไร ทำให้ผู้สูงอายุ “เกิดภาพซ้อนในใจ” ระหว่างภาพอนาคต ภาพปัจจุบัน บางแห่งพูดถึงพฤติกรรมสุขภาพในอดีตด้วย นั่นแสดงว่า อาจจำเป็นต้องมีกระบวนการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลเพื่อแสดงให้เห็นชัดว่า “พฤติกรรมปัจจุบันของผู้สูงอายุที่ทำอยู่นี้ มีความแตกต่างกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร” ภายหลัง การวิเคราะห์แล้วจะพบว่าผู้สูงอายุแต่ละคนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นพฤติกรรมสุขภาพอะไรบ้าง แล้ววิเคราะห์ ปัญหาที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นรายบุคคล นำสู่การค้นหาแนวทางในการปฏิบัติตัว หาสื่อ หาเครื่องมือ เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนั้นมีสุขภาพดี และคำว่าพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นจะต้องวัดผลอย่างไร ใช้อะไรมา วัดต่อไป

2.3 มุมมองต่อเนื้อหาความรู้/เครื่องมือ/การประเมินและโปรแกรมคำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวทางสุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ตาม 6 องค์ประกอบ

เนื้อหาความรู้ของแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลในชุมชน ตามแนวทาง สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืน ยาว “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าว อร่อย ซึ่งประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ” ผู้สูงอายุคิดว่าเป็นความรู้และ แนวทางปฏิบัติที่ผู้สูงอายุต้องรู้และทำให้ครบทุกองค์ประกอบ มีเนื้อหาที่เข้าใจได้และสามารถทำได้ บางคนคิดว่าเป็นคู่มือ คู่มือ สำหรับการพกพาไปไหนมาไหน หากลืมนก็จะนำขึ้นมาอ่าน รวมทั้งบอกต่อเพื่อนผู้สูงอายุคนอื่น อีกทั้งผู้สูงอายุมองตรงกันว่าเนื้อหาความรู้ตาม 6 องค์ประกอบนี้ เป็นแนวทางปฏิบัติที่เคยได้รับการอบรม ถ่ายทอด และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมาตั้งแต่เริ่มต้นการเข้าชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเนื้อหาความรู้ไม่ได้แตกต่างกัน แต่ในครั้งนี้จะทำให้แยกย่อยออกไปว่า ในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหว การดูแลสุขภาพช่องปาก การ ทำให้สมองดี สิ่งแวดล้อมปลอดภัย และการทำให้ตนมีความสุข มีวิธีปฏิบัติอย่างไรบ้าง ต้องทำบ่อยแค่ไหน ปริมาณ เท่าไหร่ ซึ่งผู้สูงอายุทุกภูมิภาคได้ช่วยกันอธิบายแนวทางปฏิบัติจากเนื้อหาความรู้ในแต่ละองค์ประกอบค่อนข้าง ชัดเจน มีสมบูรณบ้าง ขาดไปบ้าง สุดท้ายมีการเพิ่มเติมของเจ้าหน้าที่อีกครั้ง แต่อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจริง บางคนยังทำไม่ได้ตามแนวทางปฏิบัติมากนัก เช่น ด้านโภชนาการ ยังไม่สามารถรับประทานอาหารตาม

ส่วนประกอบอาหาร 1 มื้อ มากนัก ส่วนประเด็นการเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก ประเด็นสมองดี ด้วยการนอนหลับถูกวิธี สิ่งแวดล้อมในบ้าน/นอกบ้านปลอดภัย และสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ผู้สูงอายุมีความสุข ผู้สูงอายุกลุ่มที่ร่วมสนทนากลุ่มและที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ บอกตรงกันว่าสามารถปฏิบัติตามเนื้อหาความรู้นี้ได้ ซึ่งในรายละเอียดความคิดเห็นของเนื้อหา แนวทางการประเมิน และคำแนะนำในการปฏิบัติตามตาม 6 องค์ประกอบ สรุปได้ดังนี้

- เนื้อหาในคู่มือค่อนข้างชัดเจน แต่ขอให้เนื้อหาที่สรุปเป็นแผ่นพับอยากให้เป็นแผ่นพับขนาดใหญ่ มีการ์ตูนประกอบ สีสดใสสวยงาม บางพื้นที่หากให้แผ่นพับทำขนาดพกพา ไม่ต้องแผ่นใหญ่ แต่ตัวหนังสือต้องใหญ่ เนื้อหาเน้นภาพประกอบ
- ประเด็นที่ผู้สูงอายุค่อนข้างพูดถึงได้อย่างเข้าใจดีและเป็นรูปธรรม คือ “องค์ประกอบที่ 6 มีความสุข” โดยอธิบายได้ชัดเจนว่า การมีความสุขหรือมีชีวิตที่มีชีวิตนี้ ต้องทำให้จิตใจตนเองเบิกบาน เข้าวัดฟังธรรม เข้าหาพูดคุยกับเพื่อน มาพบปะสมาชิกที่ชมรมผู้สูงอายุ นำประสบการณ์ เรื่องดีๆ เล่าให้กันฟังหรือลูกหลานฟัง หากมีเรื่องเครียดก็ไม่เก็บไว้คนเดียว ออกหาปรึกษาพูดคุยกับเพื่อน สมาชิกในครอบครัว หรือหางานอดิเรกทำ ออกกำลังกาย เข้าวัดเข้าวา เป็นต้น
- แบบประเมินตาม 6 องค์ประกอบ ผู้สูงอายุมองว่าไม่ใช่เรื่องยาก ลำบาก เลยเห็น เคยทำมาบ้าง แต่ต้องมีคนช่วยสอน พาทำความเข้าใจก่อน และสิ่งสำคัญๆ คือ การจดจำหรือหลงลืม โดยเฉพาะหากเป็นเรื่องใหม่ ถ้าไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องก็จะลืม ดังนั้นนอกจากเนื้อหาความรู้ที่จะต้องเป็นคำง่ายๆ สั้นๆ จำง่ายแล้ว “ตัวกลาง” ก็ต้องมาช่วยคอยกระตุ้นอย่างต่อเนื่องด้วย
- ช่วงการลงพื้นที่เก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ศูนย์อนามัยเขตหรือเจ้าหน้าที่ รพ. จะสอนและถ่ายถอดความรู้อีกครั้งเป็นการทบทวนความรู้ที่มีทั้งการสอน การฝึกปฏิบัติ การเปิดวิดีโอ ซึ่งจากการสังเกตและสอบถามผู้สูงอายุ พบว่าทุกคนมองว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพใจที่ดี เนื้อหาดี แต่ละประเด็นไม่นาน จำง่าย มีคู่มือ แผ่นพับเอาไว้เตือนความจำ แต่ทุกคนก็ยังอยากให้เจ้าหน้าที่มากระตุ้น มาสอน มาบอกบ่อยๆ
- ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นประเด็นที่ทุกพื้นที่เข้าใจอย่างดี เนื้อหา แนวทางประเมิน และแนวทางปฏิบัติตามโปรแกรมเข้าใจง่าย สื่อวิดีโอที่ได้รับการสอน ทุกคนบอกว่าทำได้ ไม่ใช่เป็นเรื่องยากนัก แต่ประเด็นที่ผู้สูงอายุเป็นห่วง คือ กลับไปบ้านก็ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง แต่ก็พยายามทำเท่าที่ทำได้ อยากให้มีการกระตุ้นบ่อยที่ชมรม/โรงเรียน
- ด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุหลังได้รับคู่มือ และแผ่นพับให้ความรู้ ทำให้หลายคนเข้าใจและรู้ว่าในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุนั้นการปรุงอาหารส่วนไหนเกินไปบ้างเช่น เรื่องความหวาน ความเค็ม มากเกินไปเราก็จะลดลงทำให้เราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเราเป็นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้นของตนเองที่ดี ได้ประโยชน์มาก บางพื้นที่ระบุว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินใหม่ตามหนึ่งได้จากการ

อบรม ถ่ายทอดองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ และได้จากเอกสาร สื่อตามแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนนี้ด้วย

- เนื้อหาในเรื่องอาหารอยากให้มีการแนะนำที่ถูกหลักโภชนาการ แสดงให้เห็นชัดเจนว่าเป็นอาหารอะไร เป็นไปได้ก็อยากเห็นภาพอาหารของจริง และเป็นไปตามพื้นที่
- ด้านการดูแลช่องปาก ผู้สูงอายุค่อนข้างให้ความสำคัญ หลายคนบอกว่าถ้าช่องทางและฟันมีปัญหา มีผลต่อการกิน การใช้ชีวิตประจำวันก็ต้องสบาย จึงเห็นว่าทั้งเครื่องมือประเมิน แนวทางการดูแลช่องปาก (แปรง ฟันกันดูแลฟันเทียม) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เป็นองค์ความรู้ที่สำคัญมาก และคิดว่าในคู่มือละเอียด ดี ในแผนพับก็ดึงข้อมูลบางส่วนออกมาได้ครบมาก มีสีสันสวย ภาพการ์ตูนประกอบที่สื่อได้ดี
- ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุทุกภูมิภาคบอกว่าในแล่มคู่มือละเอียดมาก จำไม่ได้ แต่ในแผนพับสรุปออกมาได้ ตรงกับจะทำ และสามารถจัดการได้ โดยทุกพื้นที่จะอธิบายลักษณะเดียวกันว่าจะต้องมีการจัดข้าวของ เครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ ไม่กีดขวาง เพื่อจะได้ไม่กีดขวางทางเดินตนเองและลูกหลาน เด็กเล็กจะได้ปลอดภัย บริเวณรอบบ้านก็อธิบายได้ชัด บางคนนำตาข่ายมาปิดตรงท่อน้ำทิ้ง เพื่อป้องกันงู สัตว์มีพิษเข้ามาตามท่อระบายน้ำทิ้งเพราะบ้านอยู่ติดทุ่งนา
- ด้านสมรรถภาพ ผู้สูงอายุเห็นในคู่มือมีเรื่องสมองเสื่อม แต่ในแผนพับเน้นเรื่องการนอนที่ดีเพื่อป้องกันสมองเสื่อม มีความสับสนบ้าง เมื่อเจ้าหน้าที่บอกว่าสาเหตุเป็นผลกันเลยทำให้เข้าใจ ผู้สูงอายุชอบและให้ความ สนใจกับประเด็นการหลับการนอนที่มีคุณภาพตามคำแนะนำในแผนพับที่มีภาพการ์ตูนประกอบในแต่ละ ข้ออย่างมาก
- บางพื้นที่ บางภูมิภาค เจ้าหน้าที่จะเน้นสอนในบางเรื่อง บางประเด็น บางกิจกรรมในแผนส่งเสริมสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุบางคนยังไม่เข้าใจประเด็นนั้นมากนัก แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุ มีความสนใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองสังเกตได้ว่าผู้สูงอายุมีการสอบถามให้ความสนใจเนื้อหาที่ เจ้าหน้าที่ถ่ายทอด โดยจากการประเมินตนเองจากแบบสอบถามการคัดกรองสุขภาพ มีการพูดคุยกันว่า ตัวเองเสี่ยงแต่ละด้านที่จะต้องกลับไปปรับพฤติกรรม กลับไปทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

ความคิดเห็นต่อกระบวนการถ่ายทอด/การสอนตามแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน โดย

ส่วนใหญ่เน้นการถ่ายทอดในวันที่จัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ วิทยากรมีในประเด็นนี้เป็น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. รพ. และจากศูนย์อนามัยเขต เป็นหลัก นอกจากนั้นบางพื้นที่จะมีสมาชิกแกนนำแต่ละเรื่อง ที่ สร้างกันไว้เป็นผู้นำสอนในวันอื่นๆ หรือวันที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้มา ซึ่งรูปแบบการถ่ายทอดและการสอน หลังจากให้ ความรู้ทั้งการบรรยาย การสาธิต ให้ดูวิดีโอ ให้ลองเปิดเอกสาร แผ่นพับดูแล้วมาเล่าให้ฟังนั้น ทุกพื้นที่จะให้ ผู้สูงอายุลองฝึกปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย การแปรงฟัน เป็นต้น สรุปความคิดเห็นต่อการถ่ายทอด/การสอน ตามแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน ดังนี้

- บางพื้นที่มีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ประเด็น “ไม่ล้ม ไม่หลง ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแช่บ” ในปีนี้ประมาณ 4-5 ครั้ง แต่แต่ละครั้งที่มาจะเน้นย้ำความรู้ในแต่ละประเด็นดังกล่าว มีสื่อประชาสัมพันธ์ มีเครื่องมือ วีดีโอมาเปิดสอน และให้ผู้สูงอายุแบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม แล้วมาพูดคุยปรึกษาหารือกันภายในกลุ่มว่า คืออะไร จะทำอย่างไรให้สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และนำแนวทางที่เราทำได้ไปบอกต่อกับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันในหมู่บ้านอย่างไรบ้าง แล้วมาคุยกันในวงใหญ่ และที่สำคัญจะมีการมาสอนและติดตามการเขียนแผนรายบุคคลหรือแบบบันทึกการปฏิบัติประจำวัน ตั้งแต่ต้นจนถึงนอนหลับ และตื่นของอีกวัน ทำอะไรบ้าง และทำอะไรที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพตามข้อเสนอแนะในคู่มือ โปสเตอร์ วีดีโอ
- ผู้สูงอายุ เห็นตรงกันว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล, ศูนย์อนามัยเขต, ผอ.โรงเรียนผู้สูงอายุ และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีบทบาทสำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติต่อตัวเองและการปฏิบัติตัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่มีจิตสาธารณะ มีบุคลิกที่มุ่งมั่น สอนสนุก หาแนวทางการสอน มีรูปแบบวิธีสอนให้น่าเบื่อ เป็นผลให้อยากทำตามคำแนะนำ และไม่ยากขาดเรียน รวมทั้งอยากให้เพิ่มวันเรียนมากกว่าขึ้นด้วย
- ผู้สูงอายุสามารถตอบแนวทางปฏิบัติตาม สโลแกน “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแช่บ นอนแสบตลอดคืน” ยกตัวอย่างจากการสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่จะทำให้ไม่ล้ม ต้องทำอะไรบ้าง ผู้สูงอายุช่วยกันตอบอย่างชัดเจนและมีแนวทางการมีความสุข และบอกให้ผู้ถามได้รับรู้ว่าพวกเขาได้ทำจริงๆ และทำเป็นประจำ เช่น สอบถามประเด็น การไม่ล้ม ผู้สูงอายุอธิบายได้ว่าจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย ต้องดูแลพื้นไม่ให้ลื่น มีแสงสว่างให้เพียงพอ ไม่มีสิ่งกีดขวางการเดิน/วิ่งทั้งข้างในและนอกบ้าน และต้องดูแลสุขภาพตนเอง ออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน เป็นต้น แสดงให้เห็นการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ดี และมีความต่อเนื่อง
- ผู้สูงอายุทุกพื้นที่เห็นตรงกันว่า สำหรับช่องทางการสื่อสาร การถ่ายทอดองค์ความรู้ ส่วนใหญ่จะสะดวกผ่านทางชมรมหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ส่วนหอกระจายข่าวของหมู่บ้านเสียงไม่ค่อยชัดเจนและไม่ค่อยมีคนสนใจเท่าที่ควร ส่วนโทรศัพท์สมาร์ตโฟน ผู้สูงอายุส่วนมากไม่มีและใช้ไม่เป็นหากจะมีการขยายผลต่อก็ควรจะทำเป็นวีดีโอมาสอน หรือให้เจ้าหน้าที่พาทำจะดีกว่า บางพื้นที่สื่อเอกสารความรู้ที่ส่งทางไลน์ บางส่วนก็เข้าไม่ถึงเพราะไม่มีเน็ต ไม่มีไลน์ และบางคนใช้ไม่เป็นด้วย
- ผู้สูงอายุบางพื้นที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ผ่านทางชมรมด้วยการสอน โดยเขียนใส่กระดาษฟลิปชาร์ต และให้ผู้สูงอายุกรอกข้อมูลจากแบบสอบถามคัดกรองเกี่ยวกับ 6 องค์ประกอบสุขภาพมีเรื่อง การดูแลช่องปาก การดูแลการขับถ่าย ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารให้ครบและเหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด ไม่ว่าจะเป็นหวาน มัน เค็ม เฝื่อน การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในและนอกบ้าน อย่าวางสิ่งของกีดขวางทางเดิน รวมทั้งการออกกำลังกาย และการหลับการนอน

- ผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนและการถ่ายทอดเบื้องต้นคิดว่าความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องดี เป็นเรื่องไม่ไกลตัวในการปฏิบัติมากนัก โดยเฉพาะเรื่องการอยู่ การกิน การออกกำลังกาย และทำบ้านให้น่าอยู่ น่าเดิน แต่ที่เป็นห่วงคือ ผู้สูงอายุกลัวตัวเองลืมทำหรืออดใจไม่ได้ทำการทำพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสม เช่น เรื่องการกิน เพราะบางครั้งมีอาหารหรือผลไม้ตามฤดูกาล และช่วงนั้นมักจะพบว่าผู้สูงอายุหลายในที่ร่วมให้ข้อมูลมีภาวะระดับน้ำตาลสูง
- สื่อที่ได้มาเข้าใจง่าย เรียนรู้ทำความเข้าใจเร็ว มีสื่อวิดีโอประกอบทำให้เข้าใจง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ตามนอกจากสื่อการสอนที่ได้มา สิ่งที่ยากได้มากกว่าคืออยากให้มีคนมาคอยย้ำ คอยบอก คอยสอน ไม่ว่าจะ เป็นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. / รพ. อสม. หรือแม้กระทั่งผู้สูงอายุที่เก่งๆ ในชมรมเอง เพราะจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้อยากทำให้ตนเองสุขภาพดีทั้งกาย ใจ อย่างต่อเนื่อง

2.4 ความคิดเห็นต่อแบบฟอร์ม Individual wellness plan

ผู้สูงอายุคิดว่าแบบฟอร์มแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (แผนรายบุคคล) ไม่ได้เป็นเรื่องยากลำบากนักสำหรับการลงบันทึก เป็นเรื่องที่ดี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของทุกพื้นที่รับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการลงบันทึกประจำวัน ที่มีประโยชน์สำหรับเป็นเครื่องย้ำเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ที่พึงประสงค์ แต่มีผู้สูงอายุบางคนยังเชื่อมโยงการทำแผนรายบุคคลกับประโยชน์ที่จะเกิดกับตัวเองไม่ชัดเจนมากนัก ยังไม่รู้วัตถุประสงค์ของการจัดทำแผน บางคนทำตามเพื่อนไปก่อน บางคนไม่ค่อยอยากจะทำบันทึกก็มี สำหรับการจัดทำแบบฟอร์มเพื่อให้ผู้สูงอายุน่ากลับไปกรอกนั้น บางพื้นที่ทำเป็นแฟ้มประจำตัวผู้สูงอายุ มีประวัติโดยย่อของแต่ละคน และให้พกมาทุกครั้งที่จัดกิจกรรม บางแห่งทำเป็นโปสเตอร์ขนาดใหญ่ บางแห่งทำเป็นรายการกิจกรรมเอาไว้ (รายการกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำเป็นประจำ) ให้กากบาทและลงกิจกรรมที่เพิ่มเติมมาแต่ละวัน แต่โดยส่วนใหญ่แล้วอยากให้ เป็นโปสเตอร์ขนาดใหญ่ที่สามารถปิดไว้ฝาบ้านได้ จากการลงพื้นที่สอบถามข้อมูล สรุปความเห็นต่อแบบฟอร์ม/ การถ่ายทอดแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (แผนรายบุคคล) ดังนี้

- ผู้สูงอายุเห็นตรงกันในทุกพื้นที่ว่าเป็นแบบฟอร์มที่ดี ที่สามารถทำให้เรารู้ว่าแต่ละวัน ได้มีกิจกรรมทำอะไร ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพใจ สุขภาพกายอะไรบ้าง ทำให้รู้ว่าทำประโยชน์กับใครในชุมชนหรือเพื่อนบ้านบ้าง มีประโยชน์ช่วยเตือนว่ายังขาดหรือไม่ได้ปฏิบัติอะไรบ้าง หลายคนเห็นว่าแผนรายบุคคลนี้จะเป็นยา “กันลืม” ที่จะทำให้รู้ว่าตนเองต้องทำอะไรที่จะทำให้สุขภาพกายและใจดี
- ผู้สูงอายุพื้นที่จังหวัดขอนแก่นบอกประโยชน์ของแผนรายบุคคลว่า จะได้รับรู้แต่ละวันควรที่จะปฏิบัติให้ครบตาม สโลแกน “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ นอนแสบตลอดคืน” ทำให้รู้ว่าวันไหนยังไม่ได้ทำกิจกรรม ก็จะหาวิธีมาเพิ่มเติม กิจกรรมไหนทำเองได้ก็ทำด้วยตนเอง แต่กิจกรรมไหนที่คิดไม่ออกหรืออยากได้ข้อมูล เครื่องมือ วิธีการเพิ่มเติมก็จะปรึกษากับสมาชิกชมรม แต่อย่างไรก็ตาม พื้นที่นี้จัดทำแผนรายบุคคลทั้งกรอกรายละเอียดเองและให้สมาชิกในครอบครัวกรอกให้ หลายคนมองว่าเป็นเรื่องที่ดี ทำ

ให้ฝึกการเขียนด้วย แต่หลายคนมองว่ากิจกรรมที่ทำเริ่มจะซ้ำๆ จึงอยากให้เป็นการกากบาท แล้วถ้ากิจกรรมไหนเพิ่มเติมก็ค่อยเขียนเพิ่มเติมเข้าไป ส่วนพื้นที่อื่นๆ ก็มีลักษณะเหมือนกัน คือ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะกรอกกิจกรรมเอง บางคนจะให้ลูกหลานทำให้ และคิดว่าทำได้ แต่หากไม่เข้าใจจะมาถามสมาชิกผู้สูงอายุในชมรม เจ้าหน้าที่ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

- แผนรายบุคคลเป็นส่วนสำคัญของแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีที่พึงประสงค์ ซึ่งต้องทำให้ในลักษณะเป็นวงจร คือ ประเมิน ทำแผน ปรับพฤติกรรม และประเมินตนเองต่อเพื่อดูภาวะสุขภาพว่าดีขึ้นไหม สิ่งสำคัญคือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของการวางแผนว่าเป็นพื้นฐานที่ควรปฏิบัติในชีวิตประจำวันของตน
- การจัดทำแผนดังกล่าวให้ฝึกทำให้เป็นนิสัย ประเมิน และฝึกปฏิบัติไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเมื่อตนเองทำงานเป็นนิสัยหรือเคยชินแล้ว ก็อาจขยายสู่คนในครอบครัว และชมรมต่อไปได้
- การจดบันทึก “แผนส่งเสริมสุขภาพดีดูแลผู้สูงอายุในชุมชน” ทางกลุ่มผู้สูงอายุอยากให้เป็นตัวอย่างให้ดู โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นที่เลี้ยงให้ และถ้าเป็นไปได้ก็เป็นแผนสุขภาพดีของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. พาผู้สูงอายุทำไปด้วยกัน

2.5 ความคิดเห็นต่อการสร้างเสริมความรู้สุขภาพ (health literacy) ในผู้สูงอายุ

การสร้างความรู้สุขภาพในผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่มีความจำเป็นและต้องดำเนินการอย่างจริงจังให้ครอบคลุม ทัวถึงผู้สูงอายุทุกพื้นที่ ซึ่งจากการลงพื้นที่ทั้ง 4 ภูมิภาค พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ได้แก่

1) เนื้อหาและองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพสุขภาพที่ดำเนินการในช่วงการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา มีประเด็นตรงกันในเชิงเนื้อหาโดยตลอด แต่แตกต่างกันตรงการนำเสนอเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่ายของแต่ละยุค แต่ละช่วงเวลา เช่น การดำเนินการตามหลักปฏิบัติ 5 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ออกจากที่แออัด อนามัย) หลัก “3 อ. 2 ส.” (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่), หลักปฏิบัติ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์), หลักปฏิบัติตามแนวทาง ชะลอ ชรา ชีวียืนยาว ผู้สูงอายุคือหลักชัยของสังคม สูงวัย สุขภาพดี ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย (6 องค์ประกอบ ได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องฟัน สมองดี สิ่งแวดล้อม มีความสุข) เป็นต้น ซึ่งประเด็นส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักปฏิบัติดังกล่าวนี้ มีองค์ประกอบที่มีเนื้อหาไม่ได้แตกต่างกันมาก ซึ่งถือว่าเป็นเนื้อหาหลัก “Core content” ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2) องค์ประกอบของการถ่ายทอดองค์ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดี ประกอบด้วย 1) ผู้ถ่ายทอดที่มีศักยภาพ มีความมุ่งมั่น มีจิตสาธารณะ เป็นทั้งภายนอกและภายในชุมชน 2) กระบวนการถ่ายทอดที่เน้นให้เกิด

ความเข้าใจที่ถ่องแท้ด้วยรูปแบบที่เข้าใจง่าย หลากหลาย มีสีสัน แปลกใหม่ มีส่วนร่วมของสมาชิก 3) เครื่องมือ คู่มือ แนวทางปฏิบัติที่เข้าใจง่าย ทำได้เอง และมีเพียงพอ 4) มีความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม

3) มีความร่วมมือของภาคี เครือข่ายและภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะใช้กลไกของชมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นกลไกเชื่อมผู้สูงอายุกับหน่วยงานในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพมาด้วยบูรณาการเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นองค์รวม

4) ผู้สูงอายุต้องเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงประโยชน์และผลเสียจะได้รับของการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องมีการรับรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying Factors) เป็นต้น

จากการลงพื้นที่ สรุปลงความคิดเห็นต่อการสร้างเสริมความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

- ชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสได้รับแนวทางปฏิบัติตัวและได้รับการส่งเสริมความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม ยกตัวอย่าง เช่น จังหวัดขอนแก่น หลังจากผู้สูงอายุได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จะนำมาพูดคุยและนำมาผนวกรวมกับความสามารถของแต่ละคน เช่น บางคนชอบเล่าเรื่อง เล่าแล้วสนุกมีคนฟังมาก จะให้เป็นวิทยากรถ่ายทอดเพื่อน บางคนถนัดแต่งกลอนรำ สรภัญญะ ลำเต้ย ก็จะแต่งขึ้นมา แล้วหาคนร้องเป็น เล่นดนตรีได้มาประกอบกัน ยกตัวอย่าง กลอนรำที่ผู้สูงอายุร่วมกันแต่งและขับขานกัน เป็นกลอนรำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทาง 5 อ. ดังนี้

“อ.ที่ 1 เต๋อเจ้าให้เน้นเรื่องอาหาร พวกร้อน หวาน มัน เค็ม ให้ลดลงเนื้อหมูเจ้า อ.ที่ 2 เต๋อหมูเจ้า อารมณ์เขาให้คงที่ อย่าเส้าไปจู้จี้ใจฮ้ายชู้ยาม อ.ที่ 3 เพ็นเน้นการออกกำลังกาย สিয়ามสายหรือแลง ช่วงใต้จะทำได้ ผู้สูงวัยควรฮู้ คิดดูเต๋ออีแม่ อย่าซิวลาดลาดต้ม ตายที่มบ่หยั่ง อ.ที่ 4 นั้นดิให้หนีที่แออัด บ่อนใต้ที่ลมพัด ผ่อนกายหายฮ้อน ควรไปอนเขาเล่น เย็นกายหายเหนื่อย พัดลมเย็นจ้อยๆ ใจก่อขึ้นตื่นตา มาฮ้อน อ.ที่ 5 เน้นเรื่องอนามัยให้ดูแลทั้งกาย ใจ ถ้ายติยามเช้า ถึงเวลากินข้าว มือเขาให้ล้างก่อน แปรงฟันแต่ละมือ 2 ครั้ง จังซีดี ไผ่ทำได้จังซี อายุชียืนยาว คั่นอยากเป็นหนุ่ม-สาวพันปี ให้หมั่น ดู เอ็ดเต๋อเจ้า”

- การสร้างเสริมความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ ต้องมีกระบวนการถ่ายทอดที่ตรงและเหมาะสมกับผู้สูงอายุนอกจากเครื่องมือ สื่อ เนื้อหาที่เจ้าหน้าที่นำมาถ่ายทอดแล้ว สิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้ คือ วิธีการสอน การถ่ายทอด และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เน้นย้ำทบทวน/ทุกครั้งที่มาถ่ายทอด โดยแต่ละครั้งที่เจ้าหน้าที่ลง

มา ผู้สูงอายุมักจะคาดหวังได้เห็นรูปแบบการถ่ายทอด การสอนที่แตกต่างออกไป จะทำให้จดจำได้ง่ายขึ้นและลอกแบบไปสอนต่อ

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องเกิดจากการรับรู้และความเข้าใจด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเอง หากการสอน ถ่ายทอด เครื่องมือ คู่มือดีแค่ไหนก็ตาม แต่หากผู้สูงอายุไม่ได้นำไปดำเนินการเพราะไม่รับรู้ประโยชน์ ไม่รับรู้ผลเสียที่จะได้รับจากการละเลย ถ้าไม่นำปฏิบัติ สิ่งที่เขาเห็นว่าทำ เจ้าหน้าที่สอนก็ไม่มีผลใดๆ เลย ดังนั้นจึงต้องให้ผู้สูงอายุมีส่วนนี้ให้ได้ก่อน
- ผู้สูงอายุหลายคนบอกว่าตนเองเริ่มปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เจ้าหน้าที่มาสอน โดยนำไปปรับกับตัวเองให้ได้ ถ้าตัวเองทำได้แล้วไปบอกต่อคนอื่น จะทำให้คนอื่นอยากทำตาม ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุทำและทำให้ต่อเนื่อง คือ การมาหากัน พูดกัน เล่าให้กันฟัง กระตุ้นกันบ่อย ผู้สูงอายุบางคนมีสโลแกนการจำเนื้อหาที่เจ้าหน้าที่ถ่ายทอด คือ “ต้องจำ แล้วทำ มาสอนกัน และบอกต่อ” และที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง คือ การติดตามให้กำลังใจผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่ (ซึ่งวันนี้ที่ลงพื้นที่ครั้งนี้ก็เช่นกัน ผู้สูงอายุชื่นชอบมากที่มีเจ้าหน้าที่มากระตุ้นเตือนความรู้และมาเยี่ยมชมให้กำลังใจโรงเรียนผู้สูงอายุของตน)
- อสม. เป็นตัวแทนสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เพื่อดูแลผู้สูงอายุ จากการสอบถามแกนนำ อสม. คิดว่าความรู้อยากได้เพิ่มเติมทั้งจากสื่อต่าง ๆ เพื่อเอาไปสอนผู้สูงอายุและญาติ โดยเรื่องที่ตนเองคิดว่าอยากได้อันดับต้น คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพราะเป็นปัญหาหลักของพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่มีผลไม้อรสหวานค่อนข้างเยอะ

สำหรับการขยายผลต่อยอดโดยการชักชวนให้กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมนี้ในชมรม ผู้สูงอายุส่วนมากพูดแบบเดียวกันว่า เป็นเรื่องยากสักหน่อย เนื่องจากผู้สูงอายุนี้อยังไม่ค่อยสนใจ อาจจะยังไม่เห็นความสำคัญของการเป็นสมาชิกชมรมหรือประโยชน์จากการทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ (กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดี) และไม่ค่อยได้เจอกัน บางหมู่บ้านการชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นเรื่องยากมาก “แบบหืดขึ้นคอเลย ยากมาก” แต่หากหมู่บ้านไหนที่มีผู้นำ คนนำที่เข้มแข็ง กลุ่มก็จะเข้มแข็งตาม เช่น บางหมู่บ้านที่ประธานเข้มแข็งพานำทำกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุก็จะทำตาม (ประธานเป็นข้าราชการเกษียณ)

บทที่ 5 สรุปผลและข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผล

5.1 สรุปการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long-Term Care) โดยแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มุ่งหวังเห็นภาพการจัดการเชิงระบบหรือรูปแบบรวมทั้งเครื่องมือ คู่มือในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน อีกทั้งนำร่องในจังหวัดที่มีความพร้อมทั่วประเทศ การดำเนินงานเน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานเชิงนโยบายและผู้ปฏิบัติการในพื้นที่เพื่อดำเนินตาม 8 ขั้นตอนของในการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ คือ การเคลื่อนไหว/ด้านโภชนาการ /การดูแลสมองดี / สุขภาพช่องปาก/ความสุขของผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุสำหรับการติดตามผลการดำเนินงานตามโครงการจะใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed-method study) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดที่คัดเลือกเข้าร่วมดำเนินการและยินดีเข้าร่วมให้ข้อมูล จำนวน 1,074 คน กระจายครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาคในประเทศไทย (เหนือ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และใต้) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) คัดเลือกแบบเจาะจงพื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลที่โดดเด่นมีการจัดทำแผนฯ เป็นรูปธรรม มีความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่/แกนนำชมรมผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกภาคละ 1 จังหวัด ได้แก่ 1) ภาคเหนือ จังหวัดอุตรดิตถ์ 2) ภาคกลาง จังหวัดนครนายก 3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น และ 4) ภาคใต้ จังหวัดสงขลา ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นที่กำหนด ดำเนินการในปีงบประมาณ 2563 (กันยายน 2562 - ตุลาคม 2563)

จากการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณผู้สูงอายุ จำนวน 1,074 คน พบข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 71.5 และมีประมาณ 8 ใน 10 คน ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีประมาณร้อยละ 81.3 เคยได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หรือ ADL ประมาณร้อยละ 15 ที่ไม่รู้ว่าตนเองถูกจัดอยู่ในกลุ่มใด สำหรับการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 ได้รับการตรวจสุขภาพใน 15 รายการสำคัญ ได้รับการตรวจสุขภาพมากที่สุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ การวัดความดันโลหิต ร้อยละ 94.5 รองลงมาคือ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ร้อยละ 94.0 ในขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการตรวจสุขภาพน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การประเมินภาวะสมองเสื่อม และการประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากันที่ร้อยละ 77.4 และ บริการการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 70.9

ด้านกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุระบุว่าตนเองเคยได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ในทุกๆ ประเด็น มากกว่าร้อยละ 85 สูงสุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.4 รองลงมา ได้แก่ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 92.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพน้อยที่สุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิตใจ ร้อยละ 88.1 และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ร้อยละ 85.4

สำหรับผลการดำเนินการให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Promotion) 6 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน ตามแนวทาง “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพครบทุกองค์ประกอบ มากถึง ร้อยละ 78.4 ขณะที่คำแนะนำในการควบคุมและป้องกันโรคผู้สูงอายุ (prevention & control) การควบคุมและป้องกันโรคผู้สูงอายุ ในการศึกษานี้หมายถึงผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการควบคุมและป้องกัน และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย งดบุหรี่ ดื่มเหล้า) เมื่อพิจารณาจากผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำการควบคุมและป้องกันโรค มากถึง ร้อยละ 87.4

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปเนื้อหาเบื้องต้นเกี่ยวกับมุมมองต่อเนื้อหาความรู้/เครื่องมือ/การประเมินและโปรแกรมคำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางสุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ตาม 6 องค์ประกอบ ประเด็นด้านเนื้อหาผู้สูงอายุคิดว่าเป็นความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ผู้สูงอายุต้องรู้และทำให้ครบทุกองค์ประกอบ มีเนื้อหาที่เข้าใจได้และสามารถทำได้ บางคนคิดว่าเป็นคู่มือ คู่มือชีวิต สำหรับการพกพาไปไหนมาไหน หากเล่มก็จะนำขึ้นมาอ่าน รวมทั้งบอกต่อเพื่อนผู้สูงอายุคนอื่น แต่อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจริงบางคนยังทำไม่ได้ตามแนวทางปฏิบัติมากนัก ประเด็นด้านการถ่ายทอด/การสอน โดยส่วนใหญ่เน้นการถ่ายทอดในวันที่จัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ วิทยากรเป็นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รพ. และจากศูนย์อนามัยเขต เป็นหลัก นอกจากนั้นบางพื้นที่จะมีสมาชิกแกนนำแต่ละเรื่องที่สร้างกันไว้เป็นผู้นำเสนอในวันอื่นๆ หรือวันที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้มา ซึ่งรูปแบบการถ่ายทอดและการสอน หลังจากให้ความรู้ทั้งการบรรยาย การสาธิต ให้ดูวิดีโอ ให้ลองเปิดเอกสารแผ่นพับดูแล้วมาเล่าให้ฟังนั้น ทุกพื้นที่จะให้ผู้สูงอายุลองฝึกปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย การแปรงฟัน เป็นต้น ประเด็นต่อแบบฟอร์ม Individual wellness plan ผู้สูงอายุคิดว่าแบบฟอร์มแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (แผนรายบุคคล) ไม่ได้เป็นเรื่องยากลำบากนักสำหรับการลงบันทึก เป็นเรื่องที่ดี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของทุกพื้นที่รับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการลงบันทึกประจำวัน ที่มีประโยชน์สำหรับเป็นเครื่องย้ำเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ที่พึงประสงค์ แต่มีผู้สูงอายุบางคนยังเชื่อมโยงการทำแผนรายบุคคลกับประโยชน์ที่จะเกิดกับตัวเองไม่ดีชัดเจนมากนัก ยังไม่รู้วัตถุประสงค์ของการจัดทำแผน บางคนทำตามเพื่อนไปก่อน บางคนไม่ค่อยอยากจะทำบันทึกก็มี

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในกิจกรรมโครงการนี้ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีความต้องการ (need) และเปิดใจ พร้อมรับกับองค์ความรู้ในด้านต่างๆ โดยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องลำดับต้นๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการ ผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ภูมิภาคเห็นตรงกันว่า แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชนนี้ จะเป็นกระบวนการ แนวทางการดำเนินชีวิตเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี โดยส่วนใหญ่มองว่าสิ่งที่มีในแผนฯ นี้เป็นเรื่องที่เคยดำเนินการส่งเสริมสุขภาพมาแล้ว และเป็นเรื่องที่ต้องทำในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุระบุว่าเนื้อหาองค์ความรู้ แนวทางการประเมิน ข้อปฏิบัติจากโปรแกรมคำแนะนำที่ถูกระบุไว้ในคู่มือ เครื่องมือนี้ เป็น “ของแท้ ของจริง” หรืออีกนัยยะหนึ่งคือ เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีที่ตกผลึก “เป็นแก่นแท้” แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับ “ตัวกลาง กระบวนการ และความต่อเนื่อง” ของการนำสิ่งต่างๆ ในแผนส่งเสริมสุขภาพฯ ไปสู่ผู้สูงอายุ จะต้องมีการบวนการที่หลากหลาย จำง่าย เข้าใจเร็ว ทำได้เลย และที่สำคัญต้องมีความต่อเนื่อง อีกทั้งผู้สูงอายุแปลความหมายของคำว่า สุขภาพที่พึงประสงค์ ไม่ได้หมายถึงที่หลายคนเองปฏิบัติตัวในประเด็นนั้นเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่

5.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผล

- 1) ทำให้เนื้อหาและองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีทิศทางตรงกัน ไม่ว่าจะมาจากแหล่งหรือหน่วยงานใด เพราะการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมามีประเด็นตรงกันในเชิงเนื้อหาโดยตลอด แต่แตกต่างกันตรงการนำเสนอเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่ายของแต่ละยุค แต่ละช่วงเวลา เช่น การดำเนินการตามหลักปฏิบัติ 5 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ออกจากที่แออัด อนามัย) หลัก “3 อ. 2 ส.” (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่), หลักปฏิบัติ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์), หลักปฏิบัติตามแนวทาง ชะลอ ชรา ชีวียืนยาว ผู้สูงอายุคือหลักชัยของสังคม สูงวัย สุขภาพดี ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย (6 องค์ประกอบ ได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องฟัน สมองดี สิ่งแวดล้อม มีความสุข) เป็นต้น ซึ่งประเด็นส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักปฏิบัติดังที่กล่าวนี้ มีองค์ประกอบที่มีเนื้อหาไม่ได้แตกต่างกันมาก ซึ่งถือว่าเป็นเนื้อหาหลัก “Core content” ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) พัฒนาแนวทางการถ่ายทอดองค์ความรู้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งการพัฒนาจะประกอบด้วย 1) ผู้ถ่ายทอดที่มีศักยภาพ มีความมุ่งมั่น มีจิตสาธารณะ เป็นทั้งภายนอกและภายในชุมชน 2) กระบวนการการถ่ายทอดที่เน้นให้เกิดความเข้าใจที่ถ่องแท้ด้วยรูปแบบที่เข้าใจง่าย หลากหลาย มีสีสัน แปลกใหม่ มีส่วนร่วมของสมาชิก 3) เครื่องมือ คู่มือ แนวทางปฏิบัติที่เข้าใจง่าย ทำได้เอง และมีเพียงพอ 4) มีความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม

- 3) สร้างความร่วมมือของภาคี เครือข่ายและภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะใช้กลไกของชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นกลไกเชื่อมผู้สูงอายุกับหน่วยงานในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพมาด้วยบูรณาการเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นองค์กรรวม
- 4) ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยจะต้องเข้าใจอย่างท่องแท้ถึงประโยชน์และผลเสียจะได้รับของการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องมีการรับรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดจากความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying Factors) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย กรุงเทพมหานคร; 2562.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556-2573 2562 [cited 2563 17 Sep 2020]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/47>.
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). นนทบุรี2561.
5. กองแผนงาน กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2563-2565) ฉบับปรับปรุง. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ กรุงเทพฯ2563.
6. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 2552.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรุงเทพมหานคร; 2559.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. . กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.2558.
9. ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ. งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [Available from: <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic002.php>.
10. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วแจ่ม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2558.
11. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบดีเด่น: สำนักกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.

12. กระทรวงการพัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือชมรมผู้สูงอายุ: กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร; 2559.
13. กระทรวงการพัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ. กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร 2559.
14. สามารถ ใจเตี้ย. การเสริมสร้างสุขภาพสังคมผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28(ฉบับเพิ่มเติม 2):s187- 94.
15. พิมพ์สุทธิ์ บัวแก้ว, รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2559;21(2):94 -108.
16. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, อีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, และคณะ. การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ปี พ.ศ. 2556. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2556;24(5):937-49.
17. กมลา สดับพจน์, พัชญา คชศิริพงศ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562;28:s43-54.
18. งามดี ป. การประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในเขตเมือง. เวชเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2562;63(เพิ่มเติม 2):S213.
19. พงศธร ศิลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตวิชาเอกการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
20. วรณลักษณ์ เมียนเกิด, เดชา สังฆวรรณ, งามภา เทพภาพ. กลไกการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. 2562;27(1):1-31.
21. ทิพวรรณ พุดดอน. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองหัวแรด อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2560;3(2):73-89.
22. ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, อมรรัตน์ รัตนสิริ, บังอรศรี จินดาวงค์, และคณะ. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561;33(2):153-60.
23. พระเศวตฉัตร กิตติปัญญา, สมบูรณ์ บุญฤทธิ์, ลัญจกร นิลกาญจน์. ศึกษาการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหลักช้าง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2561;3(1):34-44.

24. พิสิษฐ์ ดวงตา, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;12(1):208-17.
25. อศนี วันชัย, นันทา พิริยะกุลกิจ, กัลยา ศรีมหันต์. ประสบการณ์การตัดสินใจเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง: การวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2563;13(1):115-28.
26. นันทา พิริยะกุลกิจ, อศนี วันชัย. การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและความต้องการการบริการจากชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2562;11(1):238-51.
27. ธัญทิญา ทรงวุฒิ. บทบาทของคณะกรรมการในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2559
[Available from: <https://www.western.ac.th/images/HealthK/Research/A.Role.pdf>.
28. ปาจริย์ ผลประเสริฐ, วรางคณา จันท์คง, รัชนีวรรณ บุญอนันท์, และคณะ. แนวทางการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการกลุ่มของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปกร. 2562;39(4):56-77.
29. จิตติชญา ฉลาดลั่น, สุทธิพร มูลศาสตร์, วรรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560.
30. จุไรรัตน์ ทองคำชื่นวิวัฒน์. การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร. วารสารจันทร์เกษมสาร. 2561;24(46):94-108.
31. กานดาวลี มาลีวงษ์, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ยงยศ หัตถพรสวรรค์. ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”: กรณีศึกษาเขตดอนเมือง. วารสารเกื้อการุณย์. 2561;25(2):119-36.
32. ยุทธ จีนา. โรงเรียนเปี่ยมสุข : รูปแบบการจัดการองค์กรชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัยในศตวรรษที่ 21 จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2561;5(1):171-84.
33. พรพรรณ มนัสจกุล, เพ็ชรี ระบุวิเชตร์. การจัดการศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุชราบาลุฒิวินิจฉัย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2563;3(2):17-31.

34. อุบล นววงศ์เสถียร, นิตยา แก้วคำสอน. การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2561;1(1):70-81.
35. ทนงศักดิ์ มุลจินดา, ทัดถน พละไชย. ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบึงนารางวียงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2561;2(2):14-29.
36. ธนรัฐ สะอาดเอี่ยม, พัชรี สายวงษ์. รูปแบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวรวมแนวพุทธในผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลกันตวจระมวล อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์. 2560;20(2):283-95.
37. ฉวีวรรณ อุปมานะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก”; 2561.
38. ฤทธิชัย แกมนาค. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัด เชียงราย. การประชุมวิชาการราชภัฏนครสวรรค์วิจัย ครั้งที่ 1; 2559; นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.

ภาคผนวก 1

ข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุ

ตารางภาคผนวกที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและภาค

ข้อมูลทั่วไป	ภาค				รวม
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
เพศ	63	665	154	192	1,074
ชาย	27	136	33	41	237
	42.9%	20.5%	21.4%	21.4%	22.1%
หญิง	36	529	121	151	837
	57.1%	79.5%	78.6%	78.6%	77.9%
ช่วงอายุ	63	630	154	192	1,039
60-69 ปี	40	367	73	141	621
	63.5%	58.3%	47.4%	73.4%	59.8%
70-79 ปี	15	211	67	41	334
	23.8%	33.5%	43.5%	21.4%	32.1%
80 ปีขึ้นไป	8	52	14	10	84
	12.7%	8.3%	9.1%	5.2%	8.1%
สถานภาพสมรส	63	626	154	188	1,031
โสด	3	88	4	11	106
	4.8%	14.1%	2.6%	5.9%	10.3%
สมรสและอยู่กับคู่สมรส	40	336	95	114	585
	63.5%	53.7%	61.7%	60.6%	56.7%
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	20	202	55	63	340

ข้อมูลทั่วไป	ภาค				รวม
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
	31.7%	32.3%	35.7%	33.5%	33.0%
การศึกษา	63	665	154	192	1,074
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	29	2	3	35
	1.6%	4.4%	1.3%	1.6%	3.3%
ประถมศึกษา	50	418	124	124	716
	79.4%	62.9%	80.5%	64.6%	66.7%
มัธยมศึกษา	11	113	16	29	169
	17.5%	17.0%	10.4%	15.1%	15.7%
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	0	28	2	15	45
	0.0%	4.2%	1.3%	7.8%	4.2%
ปริญญาตรีและสูงกว่า	1	77	10	21	109
	1.6%	11.6%	6.5%	10.9%	10.1%
สิทธิบริการสุขภาพ	63	665	-	192	920
สิทธิข้าราชการ	10	154	-	63	227
	15.9%	23.2%	-	32.8%	24.7%
สิทธิประกันสังคม	0	8	-	7	15
	0.0%	1.2%	-	3.6%	1.6%
สิทธิรัฐวิสาหกิจ/เอกชน	0	2	-	2	4
	0.0%	0.3%	-	1.0%	0.4%
สิทธิจากหลักประกันสุขภาพ (สปสช.)	50	491	-	117	658

ข้อมูลทั่วไป	ภาค				รวม
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
	79.4%	73.8%	-	60.9%	71.5%
สิทธิรักษาพยาบาล อื่นๆ	1	9	-	2	12
	1.6%	1.4%	-	1.0%	1.3%
ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล	2	1	-	1	4
	3.2%	0.2%	-	0.5%	0.4%
อาชีพ	62	644	154	192	1,052
ไม่ได้ทำงาน	15	184	42	27	268
	24.2%	28.6%	27.3%	14.1%	25.5%
รับจ้าง	7	146	5	19	177
	11.3%	22.7%	3.2%	9.9%	16.8%
เกษตรกรกรรม	31	127	72	89	319
	50.0%	19.7%	46.8%	46.4%	30.3%
ค้าขาย	5	66	12	26	109
	8.1%	10.2%	7.8%	13.5%	10.4%
ธุรกิจส่วนตัว	2	38	0	8	48
	3.2%	5.9%	0.0%	4.2%	4.6%
ข้าราชการบำนาญ	1	74	16	23	114
	1.6%	11.5%	10.4%	12.0%	10.8%
ประมง	0	2	0	0	2
	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.2%

ข้อมูลทั่วไป	ภาค				รวม
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
อื่นๆ เช่น เลี้ยงสัตว์ ทอผ้า จักสานและทำอาชีพมากกว่า หนึ่งอย่าง	1	7	7	0	15
	1.6%	1.1%	4.5%	0.0%	1.4%
รายได้ต่อเดือน	63	665	-	192	920
500-1,500 บาท	31	176	-	32	239
	49.2%	26.5%	-	16.7%	26.0%
1,501-3,000 บาท	18	184	-	40	242
	28.6%	27.7%	-	20.8%	26.3%
3,001 บาทขึ้นไป	13	278	-	118	409
	20.6%	41.8%	-	61.5%	44.5%
ต่ำกว่า 500 บาท	1	27	-	2	30
	1.6%	4.1%	-	1.0%	3.3%
แหล่งที่มาของรายได้	63	665	-	192	920
การประกอบอาชีพ	31	227	-	128	386
	49.2%	34.1%	-	66.7%	42.0%
เบี้ยยังชีพ	58	467	-	134	659
	92.1%	70.2%	-	69.8%	71.6%
บุตร/หลาน	23	213	-	62	298
	36.5%	32.0%	-	32.3%	32.4%
ญาติ/พี่น้อง	0	24	-	7	31
	0.0%	3.6%	-	3.6%	3.4%

ข้อมูลทั่วไป	ภาค				รวม
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
เงินออมที่เก็บไว้	17	67	-	55	139
	27.0%	10.1%	-	28.6%	15.1%
อื่นๆ เช่น บ้านให้เช่า/ขายของเล็กน้อย	3	63	-	6	72
	4.8%	9.5%	-	3.1%	7.8%
ความพร้อมของรายได้ในการดำรงชีวิต	63	665	-	192	920
ไม่เพียงพอ	18	290	-	31	339
	28.6%	43.6%	-	16.1%	36.8%
เพียงพอ	45	375	-	161	581
	71.4%	56.4%	-	83.9%	63.2%
การตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี	63	665	-	192	920
ไม่ได้ตรวจ	8	137	-	16	161
	12.7%	20.6%	-	8.3%	17.5%
ได้ตรวจ	55	528	-	176	759
	87.3%	79.4%	-	91.7%	82.5%
รวม	63	665	-	192	920
	18	290	-	31	339

ตารางภาคผนวกที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามภาค

ภาค	ไม่เคย		เคย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เหนือ	14	22.2	49	77.8	63	100.0
กลาง	145	21.8	520	78.2	665	100.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0	0.0	154	100.0	154	100.0
ใต้	13	6.8	179	93.2	192	100.0
รวม	172	16.0	902	84.0	1,074	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันจากเจ้าหน้าที่ จำแนกตามภาค

ภาค	ได้รับการประเมิน ADL จาก						รวม	
	เจ้าหน้าที่ รพ.สต.		อสม./caregiver		อื่นๆ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เหนือ	22	34.9	27	42.9	0	0.0	63	100.0
กลาง	374	56.2	134	20.2	12	1.8	665	100.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0
ใต้	117	60.9	61	31.8	1	0.5	192	100.0
รวม	513	55.8	222	24.1	13	1.4	920	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามการจัดกลุ่มการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามภาค

ภาค	กลุ่ม ADL								รวม	
	ไม่ทราบ		กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เหนือ	15	23.8	47	74.6	1	1.6	0	0.0	63	100.0
กลาง	111	16.7	523	78.6	31	4.7	0	0.0	665	100.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0	0.0	154	100.0	0	0.0	0	0.0	154	100.0
ใต้	10	5.2	182	94.8	0	0.0	0	0.0	192	100.0
รวม	136	12.7	906	84.4	32	3.0	0	0.0	1074	100.0

ตารางภาคผนวกที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพ จำแนกตามภาค

การรับบริการ		ภาค				รวม
		เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
จำนวน		63	665	154	192	1,074
1. การซักประวัติครอบครัวและโรคทางพันธุกรรม						
ไม่ได้รับ	จำนวน	8	153	0	11	172
	ร้อยละ	12.7%	23.0%	0.0%	5.7%	16.0%
ได้รับ	จำนวน	55	512	154	181	902
	ร้อยละ	87.3%	77.0%	100.0%	94.3%	84.0%
2. การซักประวัติการเจ็บป่วย						
ไม่ได้รับ	จำนวน	5	102	0	3	110
	ร้อยละ	7.9%	15.3%	0.0%	1.6%	10.2%
ได้รับ	จำนวน	58	563	154	189	964
	ร้อยละ	92.1%	84.7%	100.0%	98.4%	89.8%
3. การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร						
ไม่ได้รับ	จำนวน	7	136	0	6	149
	ร้อยละ	11.1%	20.5%	0.0%	3.1%	13.9%
ได้รับ	จำนวน	56	529	154	186	925
	ร้อยละ	88.9%	79.5%	100.0%	96.9%	86.1%
4. การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง						
ไม่ได้รับ	จำนวน	4	59	0	1	64
	ร้อยละ	6.3%	8.9%	0.0%	0.5%	6.0%
ได้รับ	จำนวน	59	606	154	191	1010
	ร้อยละ	93.7%	91.1%	100.0%	99.5%	94.0%
5. การประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยวัดเส้นรอบเอว						
ไม่ได้รับ	จำนวน	4	97	0	5	106
	ร้อยละ	6.3%	14.6%	0.0%	2.6%	9.9%
ได้รับ	จำนวน	59	568	154	187	968
	ร้อยละ	93.7%	85.4%	100.0%	97.4%	90.1%
6. การวัดความดันโลหิต						
ไม่ได้รับ	จำนวน	3	55	0	1	59
	ร้อยละ	4.8%	8.3%	0.0%	0.5%	5.5%
ได้รับ	จำนวน	60	610	154	191	1015
	ร้อยละ	95.2%	91.7%	100.0%	99.5%	94.5%
7. การตรวจสุขภาพช่องปาก						
ไม่ได้รับ	จำนวน	11	136	64	8	219
	ร้อยละ	17.5%	20.5%	41.6%	4.2%	20.4%

การรับบริการ		ภาค				รวม
		เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
ได้รับ	จำนวน	52	529	90	184	855
	ร้อยละ	82.5%	79.5%	58.4%	95.8%	79.6%
8. การตรวจวัดสายตา						
ไม่ได้รับ	จำนวน	7	115	0	7	129
	ร้อยละ	11.1%	17.3%	0.0%	3.6%	12.0%
ได้รับ	จำนวน	56	550	154	185	945
	ร้อยละ	88.9%	82.7%	100.0%	96.4%	88.0%
9. การประเมินการได้ยิน						
ไม่ได้รับ	จำนวน	13	198	0	28	239
	ร้อยละ	20.6%	29.8%	0.0%	14.6%	22.3%
ได้รับ	จำนวน	50	467	154	164	835
	ร้อยละ	79.4%	70.2%	100.0%	85.4%	77.7%
10. การประเมินการทกล้ม						
ไม่ได้รับ	จำนวน	16	188	0	26	230
	ร้อยละ	25.4%	28.3%	0.0%	13.5%	21.4%
ได้รับ	จำนวน	47	477	154	166	844
	ร้อยละ	74.6%	71.7%	100.0%	86.5%	78.6%
11. การประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม						
ไม่ได้รับ	จำนวน	16	184	0	23	223
	ร้อยละ	25.4%	27.7%	0.0%	12.0%	20.8%
ได้รับ	จำนวน	47	481	154	169	851
	ร้อยละ	74.6%	72.3%	100.0%	88.0%	79.2%
12. การประเมินสุขภาพจิต						
ไม่ได้รับ	จำนวน	16	202	0	14	232
	ร้อยละ	25.4%	30.4%	0.0%	7.3%	21.6%
ได้รับ	จำนวน	47	463	154	178	842
	ร้อยละ	74.6%	69.6%	100.0%	92.7%	78.4%
13. การประเมินภาวะซึมเศร้า						
ไม่ได้รับ	จำนวน	16	211	0	16	243
	ร้อยละ	25.4%	31.7%	0.0%	8.3%	22.6%
ได้รับ	จำนวน	47	454	154	176	831
	ร้อยละ	74.6%	68.3%	100.0%	91.7%	77.4%
14. การประเมินภาวะสมองเสื่อม						
ไม่ได้รับ	จำนวน	20	205	0	18	243
	ร้อยละ	31.7%	30.8%	0.0%	9.4%	22.6%

การรับบริการ		ภาค				รวม
		เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
ได้รับ	จำนวน	43	460	154	174	831
	ร้อยละ	68.3%	69.2%	100.0%	90.6%	77.4%
15. บริการการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่						
ไม่ได้รับ	จำนวน	11	132	154	15	312
	ร้อยละ	17.5%	19.8%	100.0%	7.8%	29.1%
ได้รับ	จำนวน	52	533	0	177	762
	ร้อยละ	82.5%	80.2%	0.0%	92.2%	70.9%

ตารางภาคผนวกที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ (คำแนะนำการดูแลสุขภาพ) จำแนกตามภาค

การรับบริการ		ภาค				รวม
		เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
จำนวน		63	665	154	192	1,074
1. การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ						
ไม่ได้รับ	จำนวน	3	71	0	2	76
	ร้อยละ	4.8%	10.7%	0.0%	1.0%	7.1%
ได้รับ	จำนวน	60	594	154	190	998
	ร้อยละ	95.2%	89.3%	100.0%	99.0%	92.9%
2. การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ						
ไม่ได้รับ	จำนวน	13	50	7	1	71
	ร้อยละ	20.6%	7.5%	4.5%	0.5%	6.6%
ได้รับ	จำนวน	50	615	147	191	1003
	ร้อยละ	79.4%	92.5%	95.5%	99.5%	93.4%
3. การนอนหลับพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ						
ไม่ได้รับ	จำนวน	6	79	7	2	94
	ร้อยละ	9.5%	11.9%	4.5%	1.0%	8.8%
ได้รับ	จำนวน	57	586	147	190	980
	ร้อยละ	90.5%	88.1%	95.5%	99.0%	91.2%
4. การส่งเสริมสุขภาพจิตใจ						
ไม่ได้รับ	จำนวน	10	106	7	5	128
	ร้อยละ	15.9%	15.9%	4.5%	2.6%	11.9%
ได้รับ	จำนวน	53	559	147	187	946
	ร้อยละ	84.1%	84.1%	95.5%	97.4%	88.1%

การรับบริการ	ภาค				รวม	
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้		
5. การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้าน						
ไม่ได้รับ	จำนวน	3	91	7	3	104
	ร้อยละ	4.8%	13.7%	4.5%	1.6%	9.7%
ได้รับ	จำนวน	60	574	147	189	970
	ร้อยละ	95.2%	86.3%	95.5%	98.4%	90.3%
6. การรับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการควบคุมและป้องกัน						
ไม่ได้รับ	จำนวน	4	91	7	5	107
	ร้อยละ	6.3%	13.7%	4.5%	2.6%	10.0%
ได้รับ	จำนวน	59	574	147	187	967
	ร้อยละ	93.7%	86.3%	95.5%	97.4%	90.0%
7. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ						
ไม่ได้รับ	จำนวน	5	91	7	2	105
	ร้อยละ	7.9%	13.7%	4.5%	1.0%	9.8%
ได้รับ	จำนวน	58	574	147	190	969
	ร้อยละ	92.1%	86.3%	95.5%	99.0%	90.2%
8. การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน						
ไม่ได้รับ	จำนวน	10	137	7	3	157
	ร้อยละ	15.9%	20.6%	4.5%	1.6%	14.6%
ได้รับ	จำนวน	53	528	147	189	917
	ร้อยละ	84.1%	79.4%	95.5%	98.4%	85.4%

ภาคผนวก 2

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใน 4 พื้นที่

1) จังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลทั่วไปและกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

- สมาชิกชมรมชักชวนเพื่อน ส่งไลน์เข้ากลุ่ม ตอนแรกมากันเยอะ ลดลงตามภารกิจ
- เข้ามาเป็นสมาชิกเพราะเห็นว่าการเข้าชมรมเป็นการเข้ากลุ่มหาเพื่อน หาความรู้หลายๆ อย่าง
- ช่วงแรกที่เขาหาเป็นการส่งเสริมการใช้ชีวิต ทักษะภาษา มีครู กศน. มาสอน แล้วก็มีการสอนเรื่องการออกกำลังกาย การกินข้าวที่ถูกหลักโภชนาการ การดูแลสุขภาพทั้งกายร่างกายและจิตใจ
- ผู้สูงอายุเห็นการรวมกลุ่มแล้วมีจิตใจเบิกบาน ทำคุณประโยชน์ให้กับสมาชิกและครอบครัว ชุมชน
- เทศบาลและ ผอ. รพ.สต. เป็นผู้ก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ชี้แนะให้หมู่บ้านดำเนินการ มีส่วนให้สมาชิกเสนอความคิดเห็นทั้งการก่อตั้งและกิจกรรมที่จะเกิดใน รร.ผู้สูงอายุ
- ผู้สูงอายุ คิดว่า การมีโรงเรียนผู้สูงอายุทำให้ได้รับความรู้มากมาย รวมถึงความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหรือพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
- รร.ผู้สูงอายุอย่างคำ จ ขอนแก่น มีต้นทุนทางสังคมหลายด้าน มีความพร้อมของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบของการรวมกลุ่มค่อนข้างดี มีหน่วยงานที่เข้มแข็งภายในชุมชนให้การสนับสนุน ได้แก่ หมู่บ้าน วัด (ที่กำลังประกวดเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ) โรงเรียน รพ.สต. มีหน่วยงานภายนอกให้การสนับสนุน ได้แก่ อบต. โรงพยาบาล กศน. และที่สำคัญมีทรัพยากรบุคคลที่เป็นทั้งปราชญ์/ผู้รู้ในหมู่บ้านและจิตอาสาที่ยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน

ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (health promotion & prevention individual wellness plan)

- “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ” เป็นสโลแกนที่ผู้สูงอายุในกลุ่มทุกคนท่องได้ และสามารถอธิบายได้เลยว่าแต่ละคำ คือ อะไร ต้องทำอะไรบ้าง เพื่อให้ได้ตามที่พูด นอกจากนั้นในโรงเรียนผู้สูงอายุนี้ ได้เพิ่มคำเกี่ยวกับการนอน คือ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ นอนแสบตลอดคืน”
- เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลมาสอน มาให้ความรู้ประเด็น “ไม่ล้ม ไม่หลง ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ” ในปีนี้ประมาณ 4-5 ครั้ง แต่ละครั้งที่มาจะเน้นย้ำความรู้ในประเด็นดังกล่าว มีสื่อประชาสัมพันธ์ มีเครื่องมือ วีดีโอ มาเปิดสอน และให้ผู้สูงอายุแบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่มนี้ แล้วมาพูดคุย ปรึกษาหารือกันภายในกลุ่มว่า คืออะไร จะทำอย่างไรให้สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และนำแนวทางที่เราทำได้ไปบอกต่อกับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันในหมู่บ้านอย่างไรบ้าง แล้วมาคุยกันในวงใหญ่ และที่สำคัญจะมีการมาสอนและติดตามการเขียนแผนรายบุคคลหรือแบบบันทึกการปฏิบัติประจำวัน ตั้งแต่ตื่นจนถึงนอนหลับ และตื่นของอีกวัน ทำอะไรบ้าง และทำอะไรที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพตามข้อเสนอแนะในคู่มือ โปสเตอร์ วีดีโอ
- ผู้สูงอายุ เห็นตรงกันว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จากศูนย์อนามัยเขตที่ 7 ผอ.โรงเรียนผู้สูงอายุ และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีบทบาทสำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติต่อตัวเองและการปฏิบัติตัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเขตที่ 7 และ ผอ. รร.ผู้สูงอายุ ที่มีความมุ่งมั่น หา

แนวทางการสอน มีรูปแบบวิธีสอนให้ไม่น่าเบื่อ เป็นผลให้อยากทำตามคำแนะนำ และไม่ยากขาดเรียน รวมทั้งอยากให้เพิ่มวันเรียนมากกว่า 1 วัน/สัปดาห์ด้วย

- **แผนรายบุคคลหรือแบบบันทึกการปฏิบัติประจำวัน** ผู้สูงอายุเห็นตรงกันมากว่าเป็นรายการที่ดี ที่สามารถทำให้เรารู้ว่าแต่ละวัน ทำอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพใจ สุขภาพกายอะไรเราบ้าง ทำให้เรารู้ว่าเราทำประโยชน์กับใครในชุมชนหรือเพื่อนบ้านบ้าง มีประโยชน์ช่วยเตือนว่าเรายังขาดหรือไม่ได้ปฏิบัติอะไรบ้าง ซึ่งแต่ละวันควรที่จะปฏิบัติให้ครบตาม สโลแกน “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ นอนแบทตลอดคืน” ทำให้เรารู้ว่าวันไหนที่เรายังไม่ได้ทำก็จะหาวิธีมาเพิ่มเติม อันไหนทำเองได้ก็ทำด้วยตนเอง แต่สิ่งไหนที่คิดไม่ออกหรืออยากได้ข้อมูล เครื่องมือ วิธีการเพิ่มเติมก็จะปรึกษากับสมาชิกชมรม แต่อย่างไรก็ตาม แผนรายบุคคลนี้มีทั้งกรอกรายละเอียดเองและให้สมาชิกในครอบครัวกรอกให้ หลายคนมองว่าเป็นเรื่องที่ดี ทำให้ฝึกการเขียนด้วย แต่หลายคนมองว่ากิจกรรมที่ทำเริ่มจะซ้ำๆ จึงอยากให้เป็นการกากบาท แล้วถ้ากิจกรรมไหนเพิ่มเติมก็ค่อยเขียนเพิ่มเติมเข้าไป
- ผู้สูงอายุที่โรงเรียนผู้สูงอายุทุกคนที่ร่วมสนทนา สามารถตอบแนวทางปฏิบัติตาม สโลแกน “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ นอนแบทตลอดคืน” ยกตัวอย่างจากการสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่จะทำให้ไม่ล้ม ต้องทำอะไรบ้าง ผู้สูงอายุช่วยกันตอบอย่างชัดเจนและมีแววตาของการมีความสุข และบอกให้ผู้ถามได้รับรู้ว่าพวกเขาได้ทำจริงๆ และทำเป็นประจำ เช่น สอบถามประเด็น การไม่ล้ม ผู้สูงอายุอธิบายได้ว่าจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย ต้องดูแลพื้นไม่ให้ลื่น มีแสงสว่างให้เพียงพอ ไม่มีสิ่งกีดขวางการเดิน/วิ่งทั้งข้างในและนอกบ้าน และต้องดูแลสุขภาพตนเอง ออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน เป็นต้น
- “เมื่อเรามีชีวิตแล้ว เราต้องทำชีวิตให้ดีสมบูรณ์ และเราต้องมีชีวา ซึ่งชีวา เราต้องหา ต้องสร้าง และต้องมีคนช่วยทำสนับสนุน” คือคำกล่าวจากผู้สูงอายุคนหนึ่ง โดยผู้สูงอายุท่านนั้นได้อธิบายเพิ่มเติมว่า เมื่อเราเกิดมามีความครบพร้อมสมบูรณ์เป็นชีวิตหนึ่งขึ้นมาแล้ว เราจะต้องดูแลชีวิตของเราทั้งทางร่างกาย เช่น การกิน การอยู่ การออกกำลังกาย และทางจิตใจ เช่น เครียดได้แต่ต้องจัดการให้เป็น การหลับการนอนที่ดี และต้องทำให้ตัวมีชีวา คือ ความร่าเริง แจ่มใส ออกมาพบปะเพื่อนบ้าน มาโรงเรียนผู้สูงอายุ มาร่วมทำกิจกรรม สร้างประโยชน์ให้กับคนอื่น จากคำกล่าวนี้แสดงให้เห็นสะท้อนได้ว่า ผู้สูงอายุมิทัศนคติเชิงบวกเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ที่พึงประสงค์ และสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของผลลัพธ์ทางกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามแนวคิด “ชะลอชรา ชีวายุยืนยาว” เป็นอย่างยิ่ง แสดงได้ชัดว่าแนวคิด กระบวนการ เครื่องมือ แนวทางการถ่ายทอดเนื้อหาหรือองค์ความรู้กลาง ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายุยืนยาว ส่งถึงตัว ถึงใจ และถึงการปฏิบัติของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มาก
- เนื้อหาความรู้ของแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลในชุมชน ตามแนวทาง สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวายุยืนยาว “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าว อร่อย ซึ่งประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ” ผู้สูงอายุคิดว่าเป็นความรู้ และแนวทางปฏิบัติที่ผู้สูงอายุต้องรู้และทำให้ครบทุกองค์ประกอบ มีเนื้อหาที่เข้าใจได้และสามารถทำได้ บางคนคิดว่าเป็นคู่มือ คูีวิต สำหรับการพกพาไปไหนมาไหน หากลืมนก็จะนำออกมาอ่าน รวมทั้งบอกต่อเพื่อนผู้สูงอายุคนอื่น อีกทั้งทุกคนมองตรงกันว่าเนื้อหาความรู้ตาม 6 องค์ประกอบนี้ เป็นแนวทางปฏิบัติที่เคยได้รับการ

อบรม ถ่ายทอดและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมาตั้งแต่เริ่มต้นการเข้าชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเนื้อหาความรู้ไม่ได้แตกต่างกัน แต่ในครั้งนี้นี้ จะทำให้แยกย่อยออกไปว่า ในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหว การดูแลสุขภาพช่องปาก การทำให้สมองดี สิ่งแวดล้อมปลอดภัย และการทำให้ตนมีความสุข มีวิธีปฏิบัติอย่างไรบ้าง ต้องทำบ่อยแค่ไหน ปริมาณเท่าไร ซึ่งสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างคำสามารถอธิบายแนวทางปฏิบัติจากเนื้อหาความรู้ในแต่ละองค์ประกอบค่อนข้างชัดเจนและสมบูรณ์มาก แต่อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจริงบางคนยังทำไม่ได้ตามแนวทางปฏิบัติมากนัก เช่น ด้านโภชนาการ ยังไม่สามารถรับประทานอาหารตามส่วนประกอบอาหาร 1 มื้อ มากนัก ส่วนประเด็นการเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก ประเด็นสมองดีด้วยการนอนหลับถูกวิธี สิ่งแวดล้อมในบ้าน/นอกบ้านปลอดภัย และสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ผู้สูงอายุมีความสุข ผู้สูงอายุกลุ่มที่ร่วมสนทนากลุ่มและที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ บอกตรงกันว่า สามารถปฏิบัติตามเนื้อหาความรู้นี้ได้

- ประเด็นที่ผู้สูงอายุค่อนข้างพูดถึงได้อย่างเข้าใจดีและเป็นรูปธรรม คือ “องค์ประกอบที่ 6 มีความสุข” โดยอธิบายได้ชัดเจนว่า การมีความสุขหรือมีชีวิตที่มีชีวานี้ ต้องทำให้จิตใจตนเองเบิกบาน เข้าวัดฟังธรรม เข้าหาพูดคุยกับเพื่อน มาพบปะสมาชิกที่ชมรมผู้สูงอายุ นำประสบการณ์ เรื่องดีๆ เล่าให้กันฟังหรือลูกหลานฟัง หากมีเรื่องเครียดก็ไม่เก็บไว้คนเดียว ออกหาปรึกษาพูดคุยกับเพื่อน สมาชิกในครอบครัว หรือหางานอดิเรกทำ ออกกำลังกาย เข้าวัดเข้าวา เป็นต้น
- หลังจากผู้สูงอายุได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จะนำมาพูดคุยและนำมาผนวกรวมกับความสามารถของแต่ละคน เช่น บางคนชอบเล่าเรื่อง เล่าแล้วสนุกมีคนฟังมาก จะให้เป็นวิทยากรถ่ายทอดเพื่อน บางคนถนัดแต่งกลอนรำ สรภัญญะ ลำเต้ย ก็จะทำขึ้นมา แล้วหาคนร้องเป็น เล่นดนตรีได้มาประกอบกัน ยกตัวอย่าง กลอนรำที่ผู้สูงอายุร่วมกันแต่งและขับขานกัน เป็นกลอนรำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทาง 5 อ. ดังนี้

“อ.ที่ 1 เต๋อเจ้าให้เน้นเรื่องอาหาร พวกร้อน หวาน มัน เค็ม ให้ลดลงเนื้อหมูเจ๋า อ.ที่ 2 เต๋อหมูเจ๋า อารมณ์เฮาให้คงที่ อย่าเส้าไปจู้ใจฮ้ายชู้ยาม อ.ที่ 3 เพ็นเน้นการออกกำลังกาย สยามสายหรือแลง ช่วงใดจะทำได้ ผู้สูงวัยควรฮู้ คิดดูเต๋อฮี้แม่ อย่าซิพลาดลาดต้ม ตายทิมบ่หยั่ง อ.ที่ 4 นั้นดิให้หนีที่แออัด บอนใดที่ลมพัด ผ่อนกายหายฮ้อน ควรไปนอนเฮาเล่น เย็นกายหายเหน้อย พัดลมเย็นจ้อยๆ ใจก่อขึ้นตื่นตา มาฮ้อน อ.ที่ 5 เน้นเรื่องอนามัยให้ดูแลเทิงกาย ใจ ถ่ายตียมเข้า ถึงเวลากินข้าว มือเฮาให้ล้างก่อน แปรงฟันแต่ละมือ 2 ครั้ง จังซิติ ใม่ทำได้จังซี อายุชียินยาว คั่นอยากเป็นหนุ่ม-สาวพันปี ให้หมั่น ดู เฮ็ดเต๋อเจ้า”

- ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญกับเครื่องมือ สื่อ เนื้อหาที่เจ้าหน้าที่นำมาถ่ายทอดอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญคือ หากสอนและมีความรู้แล้ว ถ้าไม่ปฏิบัติ สิ่งที่เจ้าหน้าที่ทำ เจ้าหน้าที่สอนก็ไม่มีประโยชน์ จึงต้องเริ่มทำ โดยทำกับตัวเองให้ได้ ถ้าตัวเองทำได้แล้วไปบอกต่อคนอื่น จะทำให้คนอื่นอยากทำตาม สิ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุทำและทำให้ต่อเนื่อง คือ การมาหากัน พูดกัน เล่าให้กันฟัง กระตุ้นกันบ่อย และที่สำคัญมากอย่าง

หนึ่ง คือ การติดตามให้กำลังใจผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่ ซึ่งวันนี้ก็เช่นกัน ผู้สูงอายุชื่นชอบมากที่มีเจ้าหน้าที่มากระตุ้นเตือนความรู้และมาเยี่ยมชมให้กำลังใจโรงเรียนผู้สูงอายุ

- ผู้สูงอายุบางคนมีสโลแกนการจำเนื้อหาที่เจ้าหน้าที่ถ่ายทอด คือ “ต้องจำ แล้วทำ มาสอนกัน และบอกต่อ”
- การสอนหรือถ่ายทอดความรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยากให้เจ้าหน้าที่หรือผู้เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เน้นย้ำทุกรอบ/ทุกครั้งที่มาและอยากเห็นรูปแบบการถ่ายทอด การสอนที่แตกต่างออกไป จะทำได้ง่ายขึ้นและลอกแบบไปสอนต่อ
- เนื้อหาในคู่มือค่อนข้างชัดเจน แต่ขอให้เนื้อหาที่สรุปเป็นแผ่นพับอยากให้เป็นแผ่นพับขนาดใหญ่ มีการ์ตูนประกอบ สีสดใสสวยงาม รวมทั้งแบบบันทึกประจำวันหรือแผนรายบุคคลอยากให้นำไปปิดไว้ที่บ้านได้ ซึ่งสิ่งๆ เหล่านี้ ผู้สูงอายุยืนยันว่าเป็นประโยชน์มาก เป็นแนวทาง หรือนำทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หากล้มก็หยิบมาดู
- แผ่นพับ ตัวหนังสือใหญ่ชัดเจน มีการ์ตูนแสดงให้เห็นประกอบ แต่ขนาดไม่ควรใหญ่มากเพราะอยากพกพาไปไหนมาไหน ถ้าใหญ่ก็จะพกพาลำบาก
- จากการประเมินด้วยการสอบถามความเข้าใจตาม 6 องค์ประกอบๆ การปฏิบัติตัวรายวันของแต่ละคนของโรงเรียนบ้านยางคำ สามารถระบุได้ว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจ (knowledge) มีทัศนคติเชิงบวกต่อการส่งเสริมสุขภาพตน (attitude) และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ (practice) ที่ได้ถ่ายทอดจากเจ้าหน้าที่ โดยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ สื่อการเรียนรู้ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่จำเพาะต่อความสนใจและความเข้าใจของผู้สูงอายุได้ ได้จริง และกลุ่มเหล่านี้สามารถคัดเลือกแกนนำเป็นครู ก เพื่อถ่ายทอดต่อได้

2) จังหวัดสงขลา

ข้อมูลทั่วไปและกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

- การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุหลายๆ คนให้เหตุผลเพราะอยากมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว หลายคนเคยเห็นผู้สูงอายุในหมู่บ้านไปโรงพยาบาลค่อนข้างบ่อย เจ็บป่วยบ่อย ไม่อยากเป็นแบบนั้น เลยหันมาดูแลตัวเอง เพราะกลัวเสียชีวิต อีกทั้งเดิมตัวเองป่วยหลายโรค และการเป็นสมาชิกผู้สูงอายุนี้เป็นทางเลือก ทางออกที่ดีทางหนึ่ง
- อสม ที่เข้าร่วมชมรมและกิจกรรมชมรม เคยมีน้ำหนัก 65 ภายหลังเข้าชมรมได้ออกกำลังกายและลดอาหาร ทำให้ลดน้ำหนักได้ 8 กิโล ในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งถึงแม้ไม่ใช่ผู้สูงอายุ แต่ก็ชอบเข้าร่วมกิจกรรมชมรม เพราะเห็นว่าดีต่อสุขภาพและเห็นผลลัพธ์ที่ดีต่อร่างกาย
- ชมรม มีกิจกรรมปลูกผัก ทำปุ๋ย กิจกรรมสังสรรค์ เย็บผ้า ทำขนม
- ชมรม มีนิยามของโครงการอยู่ คือ เต็ม รำ ทำ กิน เป็นคำสรุปของกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชมรม
- ชมรม มีไลน์กลุ่ม มีเครื่องเสียง แต่ไม่มี TV มีแต่ Notebook ที่พอเปิดได้ แต่สื่อความรู้ที่ได้และสะดวกต่อการใช้กว่า คือ คู่มือหนังสือ โปสเตอร์ใหญ่ๆ ที่ติดข้างฝา หรือ โฟมบอร์ด

- ทีมชมรม มีการเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง ร่วมกับ อสม. ในส่วนการประชุมมีเป็นประจำทุกเดือน แต่มีการประชุม สามัญใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง ในส่วนการทำกิจกรรมถ้าออกกำลังกายจะเจอกันทุกวัน ถ้าเป็นการทำขนม เย็บผ้า ก็ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง / เรื่องของการสอนเรื่องสุขภาพ เรื่องอื่นๆ จะมีเครือข่ายมาสอนอยู่เรื่อย ๆ
- เจ้าหน้าที่จะมีการสำรวจความต้องการในการของชมรม เช่น เกษตรอำเภอ เรื่องการปลูกพืชผักสวนครัว
- การได้รับความรู้ มี รพสต โรงพยาบาล และเครือข่าย มอ. มาร่วมให้องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพ
- ชมรม มีต้นแบบในการดูแลสุขภาพหลายท่าน ส่วนใหญ่ทราบปัญหาสุขภาพตนเอง จึงเกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและมีผลสุขภาพดีขึ้น ก็เกิดความภาคภูมิใจและทำต่อ แต่บางครั้งก็มีอดไม่ได้ ควบคุมความหิว ความอยากของตัวเองไม่ได้ โดยเฉพาะ หน้าผลไม้
- การดูแลสุขภาพ รองประธาน เสนอว่า ได้ตั้งปณิธานไว้ว่าจะทำตาม พ่อ (ในหลวง ร.9) เมื่อเกษียณออกมาจึง ทำทุกอย่างที่คิดว่าเป็นประโยชน์ และเป็นวิทยากรในเรื่องของเศรษฐกิจพอเพียงในกับชมรม ชุมชน และ เครือข่าย สิ่งที่ได้ทำเริ่มทำที่บ้านตนเองให้เป็นแบบอย่าง และทำในชมรมต่อ ทำให้ไม่ต้องซื้อและเหลือก็ แบ่งปัน เรื่องสุขภาพ ตนเองไม่มีโรคประจำตัว
- การทำแผน กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ คิดว่าน่าจะทำได้และสามารถเขียนได้ ถ้าตั้งใจทำ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (health promotion & prevention individual wellness plan)

- ด้านสุขภาพ ชมรมมีการประเมินในเรื่อง เช่น การวัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน เจาะปลายนิ้ว เพื่อหา น้ำตาลในเลือด ซึ่งทำโดยตัวสมาชิกในชมรมร่วมกับ อสม.
- กิจกรรมที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น ร้องเพลง เต้นบาสโลปซึ่งเป็นที่นิยมมาก กิจกรรมดังกล่าวมีแกนนำ ที่เป็นสมาชิกในชมรม เป็น อสม และ CG ด้วย
- ผู้สูงอายุ รู้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุ มี 3 กลุ่ม สามารถบอกได้ว่าตนเองติดสังคม และสามารถบอกได้ว่าผู้สูงอายุใน ชุมชนที่มีลักษณะต่าง ๆ อยู่ในกลุ่มใด
- เรื่องไม่ล้ม รู้ไหมว่าทำอะไรจึงจะไม่ล้ม ผู้สูงอายุ ตอบว่า ต้องดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม ต้องมีการออกกำลังกาย เรื่องช่องปาก ต้องมีการดูแลฟันปลอม ถอดล้างแช่น้ำ และฟันก็ต้องดูเรื่องอาหารที่กิน
- ด้านความรู้ด้านสุขภาพ อสม คิดว่ามีความรู้พอหรือยัง สามารถไปสอนได้หรือยัง และอยากได้อะไรเพิ่มเติม อสม ตอบว่า ความรู้เราก็อยากได้เพิ่มเติมเรื่อย ๆ ทั้งจากสื่อต่าง ๆ เพื่อเอาไปสอนผู้สูงอายุ และญาติ โดย เรื่องที่ตนเองคิดว่าอยากได้อันดับ 1 เลย คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพราะเป็นปัญหาหลักของพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่มีผลไม้รสหวานค่อนข้างเยอะ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพที่เจ้าหน้าที่มาให้ความรู้ อสม ได้รับความรู้เยอะ ที่จะไปบอกผู้สูงอายุเพื่อที่จะใช้ดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวัน ความรู้ที่ได้ตัวเองสามารถ ทำได้
- เรื่องการงด อดผลไม้หวานทำได้ยาก เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการสะสมเรื่องการกินผลไม้มาตั้งแต่เล็ก จัดการ ความอยากลำบาก
- สื่อเอกสารความรู้ที่ส่งทางไลน์ บางส่วนเข้าถึงได้ แต่บางส่วนก็เข้าไม่ถึงเพราะไม่มีเน็ต ไม่มีไลน์

- สิ่งที่ยากให้ปรับหากจะต้องขยายการดำเนินงานทั่วประเทศ ชมรมเสนอเรื่องของการปรับโครงสร้างสถานที่ อยากรได้สื่อจอโปรเจกเตอร์เพื่อใช้ดูสื่อ ซึ่งปกติต้องขอยืมจาก อบต. อยากรได้งบประมาณเพื่อจัดสร้างเรื่องโครงสร้าง ซึ่งชมรมของบ้าน อบต. แต่ยังไม่คืบหน้า / ชมรมนี้ยังไม่ได้พัฒนาเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ แต่มีแผนพัฒนาอยู่
- ทางทีมสำนักสอบถามว่า การประเมินตาม 6 องค์ประกอบอยากใหม่ ทางชมรมตอบว่า ไม่อยาก แต่ต้องทำความเข้าใจก่อน สิ่งสำคัญของผู้สูงอายุ คือ เรื่องความจำ บางทีพอเป็นเรื่องใหม่ถ้าไม่ได้ทำตลอดก็ลืม เนื้อหาความรู้ถ้าเป็นค่าง่ายๆสั้นๆจำง่ายก็ดีขึ้น
- ชมรม เสนอว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุต้องค่อยๆเป็นค่อยๆไป ซึ่งถ้ามีเจ้าหน้าที่ที่เป็นพี่เลี้ยงด้วยก็จะทำได้ง่ายมากขึ้น
- สาเหตุที่จะปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ทางชมรมตอบว่า ความรู้ ความเข้าใจ สำคัญ พอรู้เข้าใจเราก็นำไปปรับพฤติกรรม และเมื่อทำได้ดี คนอื่นเห็น ก็สามารถเป็นแบบอย่างและบอกต่อได้
- เรื่องสมุนไพร ในชมรมมีต้นแบบคือท่านรองประธาน ที่สามารถทำเป็นแบบอย่าง และทำขายเป็นอาชีพ
- ทีมศูนย์สอบถามว่า เจ้าหน้าที่คิดว่าเรื่องการทำแผนฯ มีปัญหาอุปสรรคหรือสามารถทำได้หรือไม่ เจ้าหน้าที่อนามัย ตอบว่า น่าจะสามารถทำได้ เนื่องจากชมรมมีต้นทุน และมีทรัพยากรบุคคลค่อนข้างเยอะที่จะช่วยกัน แต่อยากทราบว่ากิจกรรมสำคัญต่อจากนี้จะทำอะไรต่อไป
- แผนส่งเสริมสุขภาพดี ตั้งเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี โดยทำในลักษณะวงจร คือประเมิน ทำแผน ปรับพฤติกรรม และประเมินตนเองต่อเพื่อดูภาวะสุขภาพว่าดีขึ้นไหม สิ่งสำคัญคือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของการวางแผนว่าเป็นพื้นฐานที่ควรปฏิบัติในชีวิตประจำวันของตน ซึ่งในอนาคตอาจถูกโยงไปในเรื่องของสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับหากผู้สูงอายุมีสุขภาพดี โดยปีนี้ขอเป็นพื้นฐานก่อนว่าถ้าจะมีการขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมในระดับประเทศ เครือข่ายหรือใครบ้างที่จะเข้ามาร่วมเกี่ยวข้อง
- ทีมศูนย์ เสนอว่า การจัดทำแผนดังกล่าวให้ฝึกทำให้เป็นนิสัย ประเมิน และฝึกปฏิบัติไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และเมื่อตนเองทำงานเป็นนิสัยหรือเคยชินแล้ว ก็อาจขยายสู่คนในครอบครัว และชมรมต่อไปได้

ข้อสังเกต

- ผู้สูงอายุ ยังไม่เข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
- ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุ ยังไม่เข้าใจนิยามในหัวข้อการประเมิน เช่น การมีกิจกรรมทางกาย

3) จังหวัดนครนายก

ข้อมูลทั่วไปและกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

- การจัดกิจกรรมจัดทุกวันที่ 2 ของเดือนกลุ่มผู้สูงอายุจะมาชุมนุมกันเพื่อทำกิจกรรมผู้สูงอายุซึ่งมี 2 กลุ่มคือ กลุ่ม อสม.และ กลุ่มผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน

- กิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดผู้สูงอายุกล่าวว่าการที่จะทำให้มีความสุข คือ ไม่ต้องเครียด การรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ การพักผ่อนที่เพียงพอ มีการพูดคุยพบปะเพื่อนฝูง กิจกรรมออกกำลังกายเช่น การรำไม้พลอง
- กลุ่มผู้สูงอายุที่มาให้ข้อมูลทุกคนอยู่ในชมรมผู้สูงอายุและเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง ช่วยเหลือคนอื่นตลอดจนช่วยเหลือสังคมได้

การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายुरายบุคคลในชุมชน (health promotion & prevention individual wellness plan)

- เนื้อหาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับองค์ประกอบ 6 ด้าน เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่รับผิดชอบถ่ายทอดความรู้ให้ผู้สูงอายุในชมรมผ่านการสอนโดยเขียนใส่กระดาษฟลิปชาร์ต และให้ผู้สูงอายุกรอกข้อมูลจากแบบสอบถามคัดกรองเกี่ยวกับ 6 องค์ประกอบสุขภาพมีเรื่อง การดูแลช่องปาก การดูแลการขับถ่าย ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารให้ครบและเหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด ไม่ว่าจะเป็นหวาน มัน เค็ม เผ็ด การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในและนอกบ้าน อย่าวางสิ่งของกีดขวางทางเดิน รวมทั้งการออกกำลังกาย และการหลับการนอน
- ผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนและการถ่ายทอดเบื้องต้นคิดว่าความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องดี เป็นเรื่องไม่ไกลตัวในการปฏิบัติมากนัก โดยเฉพาะเรื่องการอยู่ การกิน การออกกำลังกาย และทำบ้านให้น่าอยู่ น่าเดิน แต่ที่เป็นห่วงคือ ผู้สูงอายุกลัวตัวเองลืมทำหรืออดใจไม่ได้ทำการทำพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสม เช่น เรื่องการกิน เพราะบางครั้งมีอาหารหรือผลไม้ตามฤดูกาล และช่วงนั้นมักจะพบว่าผู้สูงอายุหลายในที่ร่วมให้ข้อมูลมีค่าระดับน้ำตาลสูง
- ผู้สูงอายุเห็นว่าแบบบันทึกประจำวัน หรือแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลที่ได้รับแนะนำและให้นำไปใช้นี้ จะเป็นยา “กัณฐิม” ที่จะทำให้รู้ว่าตนเองต้องทำอะไรที่จะทำให้สุขภาพกายและใจดี โดยหลายคนบอกว่าจะเอาไปติดข้างฝาบ้านในสถานที่ที่เห็นง่าย เพื่อเป็นเครื่องเตือนว่าแต่ละวันต้องปฏิบัติตัวให้ไม่เสี่ยง
- กิจกรรมด้านการเคลื่อนไหวร่างกายในชมรมผู้สูงอายุก็มีคัลิ่ววีดีโอสอนการออกกำลังกาย เช่น การรำไม้พลองให้ผู้สูงอายุทำตาม ซึ่งชมรมนี้ทำอยู่บ่อยครั้งจนจำได้ สำหรับสื่อวีดีโอในโครงการนี้ ผู้สูงอายุก็ได้รับการสอนและได้ดูเหมือนกัน ทุกคนบอกว่าทำได้ ไม่ใช่เป็นเรื่องยากนัก แต่จะต้องมาที่ชมรมถึงจะได้เรียน ได้รู้ ได้ทำกลับไปบ้านก็ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง แต่ก็พยายามทำเท่าที่ทำได้
- ด้านโภชนาการ จากการทำแบบสอบถามคัดกรองทำให้เรารู้ว่าในชีวิตประจำวันของเราเองนั้นการปรุงอาหารส่วนไหนเกินไปบ้างเช่น เรื่องความหวาน ความเค็ม มากเกินไปเราก็จะลดลงทำให้เราปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเราเป็นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้นของตนเองที่ดีได้ประโยชน์มาก
- ส่วนของกิจกรรมอื่นๆ ในแผนส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายुरายบุคคลนั้นทางชมรมผู้สูงอายุยังไม่ได้ได้รับการสอนจากเจ้าหน้าที่เนื่องจากเป็นพื้นที่แรกและกิจกรรมเพิ่งเริ่มดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีความสนใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองสังเกตได้ว่าผู้สูงอายุมีการสอบถามให้ความสนใจเนื้อหาที่เจ้าหน้าที่ถ่ายทอด

โดยจากการประเมินตนเองจากแบบสอบถามการคัดกรองสุขภาพ มีการพูดคุยกันว่าตัวเองเสี่ยงด้านไหน ด้านนี้ ต้องกลับไปปรับพฤติกรรม กลับไปทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

- ผู้สูงอายุ เห็นตรงกันว่าสื่อที่ได้มาเข้าใจง่าย เรียนรู้ทำความเข้าใจเร็ว มีสื่อวิดีโอประกอบด้วย แต่อย่างไรก็ตาม นอกจากสื่อการสอนที่ได้มา สิ่งที่ยากได้มากกว่าคืออยากให้มีคนมาคอยย้ำ คอยบอก คอยสอน ไม่ว่าจะป็นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. / รพ. อสม. หรือแม้กระทั่งผู้สูงอายุที่เก่งๆ ในชมรมเอง เพราะจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้อยากทำให้ตนเองสุขภาพดีทั้งกาย ใจ อย่างต่อเนื่อง
- ผู้สูงอายุทุกคนที่ร่วมให้ข้อมูล บอกว่าจะทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล โดยเกือบทุกคนจะทำเอง บางคนจะให้ลูกหลานทำ และคิดว่าทำได้ แต่หากไม่เข้าใจจะมาถามสมาชิกผู้สูงอายุในชมรม เจ้าหน้าที่ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ด้วย

ข้อเสนอแนะ

- ผู้สูงอายุเสนอว่าอยากให้มีคนนำออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม และทำเป็นประจำ
- อยากให้ทำเป็นคลิป วิดีโอ เพื่อสอนการออกกำลังกายที่หลากหลาย เปลี่ยนไปบ่อยๆ
- เนื้อหาในเรื่องอาหารอยากให้มีการแนะนำที่ถูกหลักโภชนาการ แสดงให้เห็นชัดเจนว่าเป็นอาหารอะไร เป็นไปได้อยากเห็นภาพอาหารของจริง และเป็นไปตามพื้นที่

ข้อสังเกต

- ผู้สูงอายุ ยังไม่ตีความเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ไม่ถ่องแท้มากนัก เพราะยังยึดติดกับพฤติกรรมหรือลักษณะที่ตนเองทำอยู่ปัจจุบัน เกือบทุกคนยังแยกไม่ออกกว่าที่ตนทำอยู่กับการที่อยากให้ทำมันต่างกันหรือไม่ นั้นแสดงว่า อาจจำเป็นต้องวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลเพื่อแสดงให้เห็นชัดว่า “พฤติกรรมปัจจุบันของผู้สูงอายุที่ทำอยู่นี้ มีความแตกต่างกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือไม่ อย่างไร” และภายหลังการวิเคราะห์แล้วจะพบว่าผู้สูงอายุแต่ละคนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นพฤติกรรมสุขภาพอะไรบ้าง แล้ววิเคราะห์ปัญหาที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นรายบุคคล นำสู่การค้นหาแนวทางในการปฏิบัติตัว หาสื่อ หาเครื่องมือ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรายนั้นมีสุขภาพดี และคำว่าพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นจะต้องวัดผลอย่างไร ใช้อะไรมาวัด

4) จังหวัดอุดรธานี

ข้อมูลทั่วไปและกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

- ชมรมผู้สูงอายุตำบลทุ่งยังมีทั้งหมด 6 หมู่บ้าน แต่ละเดือนจะมีการหมุนเวียนกันในการเป็นเจ้าภาพเพื่อจัดกิจกรรมต่างๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมอื่นๆ โดยมีเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้

- สมาชิกชมรมมีทั้งหมด 150 คน มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็น ผู้สูงอายุ และกลุ่มที่เป็น อสม.โดยมีข้าราชการเกษียณเป็นประธานชมรม) เป็นแกนนำร่วมกับกลุ่ม อสม.และมีเจ้าหน้าที่รพ.สต.เป็นที่ปรึกษา
- การอบรมและถ่ายทอดองค์ความรู้การดูแลสุขภาพ ได้ได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัยเขตที่ 2 และเครือข่ายจากมหาวิทยาลัยนครสวรรค์
- กิจกรรมที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น กิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระ การร้องเพลง เต็มรับ รำวงชาวบ้าน ออกกำลังกายรำไม้พลอง แจกของขวัญวันเกิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีวันคล้ายวันเกิดตรงกับในเดือนนั้นๆ กิจกรรมพบปะสังสรรค์ จัดขึ้นทุกเดือนแต่เดือนจะมีการหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพเจ้าของสถานที่ กิจกรรมดังกล่าวมีแกนนำ ซึ่งเป็นสมาชิกในชมรมและเป็น อสม.
- กิจกรรมการออกกำลังกายเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. มาสอนและนำกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุเดือนละครั้ง
- สมาชิกชมรมที่เข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ส่วนสมาชิกที่เป็นผู้ชายนั้นไม่สะดวกเข้าร่วม ส่วนมากไปทำงานและทำกิจกรรมอยู่ที่บ้าน
- ผู้สูงอายุให้เหตุผลที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ โดยส่วนมากต้องการมาพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนพูดคุยกันระหว่างเพื่อนๆ เพื่อผ่อนคลายจิตใจ เข้าร่วมจากการประชาสัมพันธ์ ชักชวนกันมาเข้ากลุ่ม โดยเพื่อนๆชักชวนมา แล้วลองมาร่วมกิจกรรมเห็นว่าชมรมมีกิจกรรมที่หลากหลาย และเป็นกิจกรรมที่ดีส่งเสริมทั้งสุขภาพกายและใจ ก็เลยชวนเพื่อนๆ ที่สนใจมาเข้าชมรม ส่วนคนที่ไม่ได้เข้าร่วมชมรมก็เป็นเพราะว่าต้องออกไปทำงานตามไร่นาตามสวน อีกอย่างบางครอบครัว มีระยะทางของบ้านตั้งอยู่ไกลจากเพื่อนบ้าน ทำให้การเดินทางไม่สะดวก
- ใน 10 คนที่เข้าร่วมให้ข้อมูลมี 3 คนที่มีโรคประจำตัวคือไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง นอกเหนือจากนั้นก็สุขภาพแข็งแรงดี อายุโดยส่วนใหญ่ 70 ปีขึ้นไป ยังแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตัวเอง ช่วยเหลือสังคมได้
- กิจกรรมมีการลงพื้นที่ร่วมกันกับ อสม. เพื่อเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงนำของไปให้ เป็นประจำและทำอย่างต่อเนื่องมาเกือบ 10 ปี

การดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (health promotion & prevention individual wellness plan)

- ผู้สูงอายุเล่าให้ฟังว่าตนตื่นตีสี่ ตื่นเข้ามาผู้สูงอายุที่เป็นผู้หญิงก็ล้างหน้าแปรงฟันอาบน้ำผู้สูงอายุบางคนก็ออกกำลังกาย โดยการเดิน ปั่นจักรยาน ทำงานบ้านเพื่อเป็นการยืดเส้นยืดสาย โดยเฉลี่ยแล้วการออกกำลังกายก็ประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นก็ทำอาหาร ตักบาตร หลังจากนั้น ก็ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ หากวันไหนตรงกับวันพระก็จะไปวัดทำบุญที่วัด หลังจากเสร็จภารกิจกิจกรรมผ่อนคลายก็มานั่งดูทีวี ดูละคร และกิจกรรมเหล่านี้ได้บันทึกไว้แผนกิจวัตรส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล เกือบทุกคนสามารถทำได้ตามที่ลงบันทึก แต่บางคนก็ไม่สามารถทำได้ แต่ก็พยายามขังน้ำหนักรการทำงานกิจต่างๆ เพื่อให้สุขภาพเรารคงที่
- ด้านอาหารโภชนาการ ส่วนมากผู้สูงอายุทานผักน้ำพริกที่ปลูกไว้ และหาได้ตามบ้าน ส่วนมากทำอาหารกินร่วมกันทั้งครอบครัว และส่วนหนึ่งได้จากการอบรม ถ่ายทอดองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ และได้จากเอกสารสื่อตามแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนี้ด้วย

- ผู้สูงอายุตอบตรงกันในประเด็นการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุว่าต้องแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งในรายที่ใส่ฟันปลอมกลางคืนก็จะถอดแช่น้ำไว้
- ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุมีการจัดข้าวของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ ไม่กีดขวาง บางคนบอกว่าเพื่อตนเอง จะได้ไม่กีดขวางทางเดินและเพื่อลูกหลาน เด็กเล็กจะได้ปลอดภัย บริเวณรอบบ้านก็เหมือนกัน บางคนนำตาข่ายมาปิดตรงท่อน้ำทิ้ง เพื่อป้องกันงู สัตว์มีพิษเข้ามาตามท่อระบายน้ำทิ้งเพราะบ้านอยู่ติดทุ่งนา
- เจ้าหน้าที่จากศูนย์อนามัยเขตที่ 2 พิษณุโลกได้มาสอนและเปิด วีดีโอแนะนำ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพดีมี 6 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ดี การถ่ายทอดมีทั้งการอบรม เปิดวีดีโอ สอบถามสุขภาพผู้สูงอายุ วันนั้นเจ้าหน้าที่สอบถามผู้สูงอายุแต่ละคนถึง “การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล” ตาม 6 องค์ประกอบ ผู้สูงอายุจดจำเนื้อหาได้ โดยอ้างถึงเอกสารประกอบในวันที่เจ้าหน้าที่มาถ่ายทอดความรู้ด้วย
- เจ้าหน้าที่จากกรมอนามัยได้นำแผ่นพับ “ชะลอชรา ชีวียืนยาว 6 เรื่องต้องรู้สูงวัยสุขภาพดี” มาให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนและแนะนำให้กับผู้สูงอายุอีกครั้ง รวมทั้งตารางแสดงรายละเอียดกิจกรรมแผนส่งเสริมสุขภาพดีดูแลสุขภาพรายบุคคลในชุมชน รายสัปดาห์ รวมถึง ตัวอย่างการจดบันทึกมาแสดงให้ผู้สูงอายุได้ดู จากการสอบถามผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่า เป็นสิ่งที่ดี หากมีการให้จดบันทึกเพราะจะได้ทราบแต่มีผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่สามารถจดบันทึกเองได้หากให้ทำก็จะต้องให้ลูกหลานช่วยจดบันทึกให้
- ส่วนของเนื้อหาทั้ง 6 ประกอบผู้สูงอายุเห็นตรงกันทุกคนว่าเป็นเรื่องที่ดีและเป็นเรื่องที่ทำมานาน ไม่ได้เป็นเรื่องใหม่และทำได้ยาก เสมือนอยู่ในชีวิตประจำวัน แต่อยากให้ขยายขนาดตัวหนังสือให้มีขนาดใหญ่กว่านี้
- สำหรับช่องทางการสื่อสาร การถ่ายทอดองค์ความรู้ กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสะดวกผ่านทางชมรมหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ส่วนหอกระจายข่าวของหมู่บ้านเสียงไม่ค่อยชัดเจนและไม่ค่อยมีคนสนใจเท่าที่ควร ส่วนโทรศัพท์สมาร์ตโฟน ผู้สูงอายุส่วนมากไม่มีและใช้ไม่เป็นหากจะมีการขยายผลต่อก็ควรจะทำเป็นวีดีโอมาสอนหรือให้เจ้าหน้าที่พาทำจะดีกว่า
- การจดบันทึก “แผนส่งเสริมสุขภาพดีดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” ทางกลุ่มผู้สูงอายุอยากให้ทำเป็นตัวอย่างให้ดู โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นที่เลี้ยงให้ และถ้าเป็นไปได้ก็เป็นแผนสุขภาพดีของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. พาผู้สูงอายุทำ
- เจ้าหน้าที่กรมอนามัยเสนอ อยากรู้ให้ผู้สูงอายุทดลองบันทึกตามแผน และปฏิบัติตามตามแผนการส่งเสริมสุขภาพ 6 องค์ประกอบ” ประมาณ 6 เดือน แล้วลองประเมินติดตามผลอีกครั้งหนึ่ง
- สำหรับการขยายผลต่อยอดการชักชวนให้กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมนี้ในชมรม ผู้สูงอายุส่วนมากพูดแบบเดียวกันว่า เป็นเรื่องยากสักหน่อย เนื่องจากผู้สูงอายุนี้ยังไม่ค่อยสนใจ อาจจะยังไม่เห็นความสำคัญของการเป็นสมาชิกชมรมหรือประโยชน์จากการทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ (กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดี) และไม่ค่อยได้เจอกัน บางหมู่บ้านการชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นเรื่องยากมาก “แบบหืดขึ้นคอเลย ยากมาก” แต่หากบางหมู่บ้านที่มีผู้นำ คณนำที่เข้มแข็ง กลุ่มก็จะเข้มแข็งตาม เช่น บางหมู่บ้านที่ประธานเข้มแข็งพานำทำกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุก็จะทำตาม (ประธานเป็นข้าราชการเกษียณ)

- ผู้สอบถามข้อมูลได้ถามคำถามเชิงการประเมินการดำเนินงานฯ ถ้าอยากให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีต้องทำอะไรบ้าง ซึ่งผู้สูงอายุร่วมกันตอบว่าต้องออกกำลังกาย กินอาหารให้ครบ 5 หมู่กินปลา กินผัก ต้มกินน้ำพริก กินอาหารรสไม่จัด นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อากาศดี
- หากถามว่า ผู้สูงอายุถึงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ว่ามีอะไรบ้าง : ผู้สูงอายุยังไม่เข้าใจและยังตอบไม่ได้ เจ้าหน้าที่จากกรมอนามัยช่วยทบทวนให้อีกครั้ง หลังจากที่ได้พูดให้ความรู้ไปก่อนหน้านี้ในช่วงเช้า
- ช่วงสุดท้าย เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ได้เพิ่มเติมในส่วนของการออกกำลังกายในน้ำที่ได้มีการสอนให้ผู้สูงอายุในชมรมเพื่อช่วยในเรื่องของข้อต่อซึ่งจะสามารถทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีปัญหาขาหรือก้นขาได้สูงขึ้นและก็ช่วยในการทรงตัวและสุดท้ายจะมีการร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุบ่อยขึ้น

ข้อสังเกต

- ผู้สูงอายุ ยังไม่เข้าใจหมายความพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวอยู่เป็นประจำ

ภาคผนวก 3
ภาพการลงพื้นที่ 4 จังหวัด

จังหวัดขอนแก่น



จังหวัดนครนายก



จังหวัดสงขลา



จังหวัดอุตรดิตถ์

