

แบบรายงานการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และสถานการณ์การจัดบริการ
ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการ
สาธารณสุขเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ที่ 11 และ 13 ปี 2550 – 2552

ของ

ชื่อ นางพรพิมล ช้างสาร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
(เดิมตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6ว)
ตำแหน่งเลขที่ 2210
กลุ่มงาน/ฝ่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
กรมอนามัย

เพื่อขออนุมัติตัวบุคคลให้ได้รับเงินประจำตำแหน่ง
สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ

(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและสถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
ในสถานบริการสาธารณสุข เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13
ปี 2550 – 2552
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม 2552 – กันยายน 2553
3. สัดส่วนของผลงานที่ผู้เสนอปฏิบัติ 100%
4. บทคัดย่อ

การศึกษาสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและสถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
ในสถานบริการสาธารณสุข เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 ปี 2550 – 2552
เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) โดยมี
วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและ แนวโน้มของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพผู้สูงอายุ และ
การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในเขตตรวจ
ราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 โดยการส่งแบบสอบถามไปยังพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 104
แห่ง ในเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2553 และได้รับการตอบกลับมา จำนวน 81 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.89
และได้สอบถามกลับไปยังผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด ซึ่งเป็นผู้รวบรวม ข้อมูลส่วนที่ขาดแต่ไม่ได้
รับการตอบกลับ ทั้งนี้ได้กำหนดระยะเวลาการตอบกลับข้อมูลไม่เกินเดือนกันยายน 2553

ผลการศึกษาข้อมูลตั้งแต่ปี 2550-2552 พบว่า มีจำนวนประชากรทั้งหมดจำนวน 1,895,062 คน,
1,928,871 คน และ 2,214,000 คน ตามลำดับ และเป็นผู้สูงอายุจำนวน 204,336 คน, 215,636 คน และ
243,301 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 10.78, 11.17 และ 10.99 ตามลำดับ โดยมีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วย
โรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก คือ เบาหวาน ข้อเสื่อมหรือสะโพกเสื่อม และความดันโลหิตสูง โรคและสาเหตุ
การเสียชีวิตในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ และ อุบัติเหตุ
ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพตั้งแต่ปี 2550-2552 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 74.15
75.12 และ 79.52 ตามลำดับ และได้รับการตรวจคัดกรองมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การประเมินภาวะ
โภชนาการ การตรวจสุขภาพช่องปาก และการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า

สำหรับสถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มากที่สุด คือ
การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว และรอบสะโพก วัดความดันโลหิต และ ตรวจ
สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 100.0 รองลงมาคือ การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะโภชนาการ และ
การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมทางศาสนา และ กิจกรรมบำเพ็ญ
ประโยชน์ ร้อยละ 98.77 และ การบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย (Home Health Care) ร้อยละ 95.67

ส่วนบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่มีการจัดบริการมากที่สุด คือ การตรวจภายใน ร้อยละ 50.61,
รองลงมา คือ การตรวจการได้ยิน ร้อยละ 49.39 และการฟังหัวใจ ร้อยละ 43.21

5. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทย กำลังก้าวเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ ตามข้อบ่งชี้ประการหนึ่ง ระบุว่า การที่ประเทศไทย จะถูกจัดให้อยู่ใน “สังคมผู้สูงอายุ” ประเทศนั้นจะต้องมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากร ทั้งหมด สถานการณ์การวิจัยหลายสถาบันพบข้อมูลที่สอดคล้องกันดังนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติ(2551) ได้สำรวจโครงสร้างประชากรไทย พบว่า เริ่มตั้งแต่ปี 2548 มีผู้สูงอายुर้อยละ 10.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 นอกจากนี้ ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน (2551) ผู้เชี่ยวชาญด้านประชากรศาสตร์ของไทย ได้คาดการณ์ว่า สัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุของไทยจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคตข้างหน้า โดยในปี พ.ศ. 2555 ประชากรผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 12.4 ของประชากร ทั้งหมด

ข้อมูลการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุประจำเดือน กันยายน 2551 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สะท้อนให้ทราบว่าจังหวัดต่างๆในขอบเขตประสานงานของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี มีแนวโน้มก้าวเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัย เมื่อเทียบกับประชากรวัยอื่นๆทั้งหมดแล้ว ในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 11.0 โดยพบว่า สองจังหวัดแรกที่มีประชากรสูงอายุสูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดยโสธร และ จังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ 17.19 และ 11.52 ตามลำดับ)

การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีโอกาสก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยเรื้อรัง เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2547 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมากที่สุด ทั้งนี้ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 60-69 ปี สูงสุด โดยเป็นเพศชายร้อยละ 47.3 และเพศหญิงร้อยละ 48.1 รวมถึงปัญหาการสูญเสียฟันและสุขภาพช่องปาก อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุและมีค่าใช้จ่ายสูงในการใส่ฟันทดแทน อีกทั้งปัญหาขาดผู้ดูแลในยามเจ็บป่วย การที่จะให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพต้องมีการส่งเสริมสุขภาพ ในผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี ให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อยืดเวลาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้หายหรือทุเลาจากการป่วยลดการเกิดความพิการหรือทุพพลภาพและยืดเวลาของการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไปให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

กรมอนามัย โดยศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ได้มีการจัดทำระบบรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ระดับจังหวัด ขึ้นในปี 2552 เพื่อเฝ้าระวังติดตามสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่เขตตรวจราชการ สาธารณสุข 11 และ 13 ซึ่งพบว่ารายงานที่ได้ขาดความสมบูรณ์ของข้อมูล จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ สถานการณ์ภาพรวมของพื้นที่ได้ และจากรายงานการนิเทศติดตามการดำเนินงานอนามัยผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในพื้นที่เขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 โดยศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ระหว่างปีงบประมาณ 2550-2551 พบว่า สถานบริการสาธารณสุขให้บริการแก่ผู้สูงอายุในสองลักษณะ ขึ้นอยู่กับนโยบาย การให้ความสำคัญ กับประชากรผู้สูงอายุของแต่ละสถานบริการ ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี โดยเน้นกิจกรรมบริการตาม ชุติสนธิประโยชน์การให้บริการตามลักษณะความเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุมารับบริการ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีการบันทึกผลการให้บริการดังกล่าวในแหล่งบันทึกข้อมูล ได้แก่ โปรแกรม

บันทึกข้อมูล, สมุดทะเบียนบริการ บัตรผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ขาดการนำข้อมูลจากแหล่งต่างๆนี้ มาวิเคราะห์เป็นภาพรวมสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน ฐานะศูนย์วิชาการ จำเป็นต้องมีข้อมูลสถานการณ์สุขภาพระดับจังหวัด เพื่อศึกษาหาปัญหา แนวโน้มของโรค ที่เป็นปัญหาสำคัญต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผน กำหนดทิศทาง และพัฒนาการดำเนินงาน ทั้งผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องต่อไป

6. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 6.1 เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและ แนวโน้มของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพผู้สูงอายุ
- 6.2 เพื่อศึกษาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุข

7. วิธีการดำเนินงาน /วิธีการ/ขอบเขตงาน

7.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาจากแหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ (Secondary data) ที่มีการบันทึกข้อมูลไว้ในแหล่งต่างๆ เช่น ในบัตรผู้ป่วยนอก สมุดบันทึกการเยี่ยม บ้าน สมุดข้อมูลกิจกรรม หรือเก็บบันทึกโดยโปรแกรมสำเร็จรูป เช่น โปรแกรม Health Center Information System (HCIS) เป็นต้น หน่วยงานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ สถานีอนามัย โรงพยาบาล เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และ สำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ ตามลำดับพื้นที่รับผิดชอบ

จากการสอบถามการไหลเวียนรายงานด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุข จาก ผู้รับผิดชอบงานอนามัยผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 พบว่า การสรุปข้อมูลระดับอำเภอ ใน 1 อำเภอ รวบรวมจาก 2 แหล่ง คือ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ในอำเภอนั้น ซึ่งข้อมูลการรับ บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ จะถูกส่งต่อตามระบบดังกล่าว จึงนำมากำหนดเป็นประชากรและประชากร กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษา

7.2 ประชากรในการศึกษา คือ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 (ดังตารางที่ 1)

7.3 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 52 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 52 แห่ง ในเขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) สุ่มเลือกร้อยละ 50 ของ จำนวนอำเภอในแต่ละจังหวัด รวมเป็น 104 แห่ง (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขต 11 และ 13

| อุบลราชธานี | | ศรีสะเกษ | | ยโสธร | | อำนาจเจริญ | | มุกดาหาร | | นครพนม | | สกลนคร | | รวม | |
|-------------|------|----------|------|---------|------|------------|------|----------|------|----------|------|----------|------|-----------------|------|
| 25 อำเภอ | | 22 อำเภอ | | 9 อำเภอ | | 7 อำเภอ | | 7 อำเภอ | | 12 อำเภอ | | 18 อำเภอ | | 100อำเภอ | |
| สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. |
| 25 | 21 | 22 | 19 | 9 | 9 | 7 | 7 | 7 | 7 | 12 | 11 | 18 | 18 | 100 | 92 |
| แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง |
| รวม | | | | | | | | | | | | | | 192 แห่ง | |

ตารางที่ 2 การสุ่มเลือกร้อยละ 50 ของจำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด

| อุบลราชธานี | | ศรีสะเกษ | | ยโสธร | | อำนาจเจริญ | | มุกดาหาร | | นครพนม | | สกลนคร | | รวม | |
|-------------|------|----------|------|--------|------|------------|------|----------|------|---------|------|---------|------|-----------------|------|
| 13อำเภอ | | 11อำเภอ | | 5อำเภอ | | 4 อำเภอ | | 4 อำเภอ | | 6 อำเภอ | | 9 อำเภอ | | 52อำเภอ | |
| สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. | สตอ. | รพ. |
| 13 | 13 | 11 | 11 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 6 | 9 | 9 | 52 | 52 |
| แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง | แห่ง |
| รวม | | | | | | | | | | | | | | 104 แห่ง | |

7.4 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistic) นำเสนอในรูปแบบจำนวน และร้อยละ

8. ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

การศึกษาสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและสถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในสถานบริการสาธารณสุข เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 ปี 2550 – 2552 สามารถสรุปได้ 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในสถานบริการสาธารณสุข ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

1.1 ข้อมูลทั่วไป

ในระหว่างปี 2550-2552 มีจำนวนประชากรทั้งหมด จำนวน 1,895,062 คน 1,928,871 คน และ 2,214,000 คน ตามลำดับ และเป็นผู้สูงอายุจำนวน 204,336 คน, 215,636 คน และ 243,301 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 10.78, 11.17 และ 10.99 ตามลำดับ

ประชากรผู้สูงอายุ ในปี 2550-2552 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 10.78 , 11.17 และ 10.99 ตามลำดับ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.45 , 54.67 และ 54.70 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มอายุ พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.96 , 51.40 และ 56.37 ตามลำดับ รองลงมา คือ ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) คิดเป็นร้อยละ 32.63, 36.86 และ 30.44 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.49 , 71.57 และ 64.78 ตามลำดับ และมีบุตร/หลาน/ญาติเป็นผู้ดูแลหลักและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 52.05 , 51.84 และ 57.11 ตามลำดับ รองลงมาคู่สมรสเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 43.03 , 43.30 และ 38.35 ตามลำดับ

1.2 สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรกในปี 2550-2552 คือ โรคเบาหวาน, โรคข้อเสื่อมหรือตะโพกเสื่อม และโรคความดันโลหิตสูง

โรคและสาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ มากที่สุด 5 อันดับแรกในปี 2550-2552 ลำดับที่ 1 คือ โรคมะเร็ง ลำดับที่ 2 คือ โรคเบาหวาน ลำดับที่ 3 คือ โรคความดันโลหิตสูง ลำดับที่ 4 คือ โรคหัวใจ ลำดับที่ 5 อุบัติเหตุ ผลการศึกษา ชี้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังสูงขึ้น สาเหตุอาจเกิดจากเศรษฐกิจ การบริโภคอาหาร วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีภาวะเครียด ส่งผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

การตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสอบสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 74.15 , 75.12 และ 79.52 และได้รับการตรวจมากที่สุด 3 อันดับแรกประเมินภาวะโภชนาการ , การตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายผอม (BMI < 18.5 กก./ม²) มีแนวโน้มลดลง คิดเป็นร้อยละ 15.62 , 15.44 และ 14.71 ตามลำดับ มีปัญหาทางสายตา คือ ตามัว คิดเป็นร้อยละ 17.14 , 17.57 และ 17.71 ตามลำดับ และ ตามองไม่เห็น คิดเป็นร้อยละ 0.54 , 1.07 และ 0.78 ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีปัญหาหูตึง คิดเป็นร้อยละ 7.81 , 13.66 และ 13.83 ตามลำดับ และ หูหนวก คิดเป็นร้อยละ 0.80 , 0.82 และ 0.91 ตามลำดับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีระดับน้ำตาล ในเลือดสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.09 , 10.65 และ 10.38 ตามลำดับ รองลงมาคือ ความเข้มข้นเลือดต่ำ คิดเป็นร้อยละ 5.58 , 5.75 และ 5.54 ตามลำดับ ระดับไขมันในเส้นเลือดต่ำ คิดเป็นร้อยละ 3.0 , 3.50 และ 3.68 ตามลำดับ และผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 0.94, 1.18 และ 0.45 ตามลำดับ มีพื้นที่ว่างน้อยกว่า 20 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 37.10 , 38.51 และ 35.21 ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 2.19 , 1.50 และ 1.97 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย คิดเป็นร้อยละ 35.54 , 30.0 และ 25.29 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 21.90 , 25.58 และ 19.96 ตามลำดับ , ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในการขับถ่าย คิดร้อยละ 19.0 , 16.55 และ 12.81 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในการทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 23.58 , 17.67 และ 16.75 ตามลำดับ

โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพที่บ้านเพิ่มสูงขึ้น เห็นได้จากในปี 2550-2552 ผู้สูงอายุได้รับบริการดูแลที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 41.01, 42.86 และ 50.68 ตามลำดับ ผู้สูงอายุได้รับบริการดูแลที่บ้านเมื่อเจ็บป่วย (Home Health Care) คิดเป็นร้อยละ 49.83 , 60.0 และ 44.62 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่ได้รับบริการเยี่ยมบ้านแต่ไม่มีภาวะเจ็บป่วย (Home visit Care) คิดเป็นร้อยละ 50.17 , 40.0 และ 55.38 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุข

โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 จำนวน 81 แห่ง มีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ มากที่สุด คือ ชั่งน้ำหนัก , วัดส่วนสูง , ค่าดัชนีมวลกาย , วัดรอบเอว และรอบสะโพก , วัดความดันโลหิต และ ตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 100.0 รองลงมาคือ การประเมินภาวะซึมเศร้า , การประเมินภาวะโภชนาการ และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ , กิจกรรมทางศาสนา และ กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ ร้อยละ 98.77 และ การบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย (Home Health Care) ร้อยละ 95.67 ส่วนบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่มีการจัดบริการมากที่สุด คือ การตรวจภายใน ร้อยละ 50.61 รองลงมา คือ การตรวจการได้ยิน ร้อยละ 49.39 และ การฟังหัวใจ ร้อยละ 43.21

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานะสุขภาพผู้สูงอายุ จากผลการศึกษานี้จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรังคือ โรคเบาหวาน , โรคความดันโลหิตสูง และโรคข้อเสื่อมหรือสะโพกเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) พบว่าโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็น 5 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม/ปวดข้อ และโรคกระเพาะ/ลำไส้ และ สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพคนไทยปี 2552 โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า ปัญหาสำคัญของคนไทยที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาด้านสุขภาพพบสามลำดับแรกคือ 1.ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2.โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3. โรคเรื้อรัง อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงโรคมะเร็งปวย ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวส่งผลให้มีผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลรวมกว่า 1.4 ล้านคน ซึ่งมีค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพรวมแล้วกว่า 134,587 ล้านบาท ซึ่งโรคเรื้อรังอาจเกิดจากสาเหตุ พฤติกรรมสุขภาพ จึงควรมุ่งเน้นการให้บริการด้านสาธารณสุขเชิงรุก แก่ประชากรตั้งแต่วัยทำงาน โดยการให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง 3อ.คือ ออกกำลังกาย , อาหาร และอารมณ์ ตามหลักการส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย ดูแลให้มีสุขภาพที่ดี ชีวิตยืนยาวปราศจากโรคที่ป้องกันได้

2. สถานการณ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ในเขตพื้นที่ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ 13 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการจัดบริการตามคู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่มีการดำเนินการเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทั้งด้านคัดกรองภาวะสุขภาพ การให้บริการเยี่ยมบ้าน ทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย และการจัดกิจกรรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพ แต่ในพื้นที่ยังขาดการคัดกรองสถานะสุขภาพ ที่สำคัญ เช่น สมองเสื่อม การกลืนปัสสาวะ ซึ่งมีความสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และการจัดบริการตีปายและจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุในการเข้ารับบริการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งยังไม่ครบ ร้อยละ 100 รวมทั้งมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 61.73 จึงควรมุ่งเน้นให้มีการจัดช่องทางด่วน และตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่ เพื่อรองรับกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น และอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ช่วยเสริมความมีคุณค่าในตัวเองแก่ผู้สูงอายุ

3. การจัดบริการการตรวจคัดกรองสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ตรวจสุขภาพ ปี 2550-2552 คิดเป็นร้อยละ 25.84, 25.88 และ 20.48 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) สถานการณ์ปัจจุบันของการได้รับบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยกลุ่ม ผู้สูงอายุเปราะบางไม่ได้รับการตรวจสุขภาพถึงร้อยละ 24.9 ซึ่งจากผลการวิจัยโรคและสาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ มากที่สุด 5 อันดับแรก ลำดับที่ 1 คือ โรคมะเร็ง ลำดับที่ 2 คือ โรคเบาหวาน, ลำดับที่ 3 คือ โรคความดันโลหิตสูง ลำดับที่ 4 คือ โรคหัวใจ ผลการสำรวจชี้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถบ่งชี้โรคได้จากการตรวจสุขภาพ ประจำปี จึงควรมีการจัดบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ครบ ร้อยละ 100 เพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ และหากพบโรคก็สามารถทำการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ได้อย่างทันทั่วถึง

9. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ผลการศึกษาได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และข้อมูลกิจกรรมบริการด้านสุขภาพที่สถานบริการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาจัดทำฐานข้อมูล วางแผน กำหนดทิศทางในการพัฒนาการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ต่อไป

2. เผยแพร่ข้อมูลการศึกษาแก่ผู้รับผิดชอบงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้รับทราบ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนพัฒนาการดำเนินงาน และจัดรูปแบบการให้บริการทั้งในสถานบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม และจัดรูปแบบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่เหมาะสมตามบริบทในแต่ละพื้นที่

10. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน / ปัญหา/อุปสรรค

ข้อมูลในการศึกษาได้ไม่ครบตามกำหนด ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาการตอบกลับข้อมูลไม่เกินเดือนกันยายน 2553 และสอบถามกลับไปยังผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด ถึงข้อมูลส่วนที่ขาดแต่ไม่ได้รับการตอบกลับ

11. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

1. สถานบริการในพื้นที่ควรมีการจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้บริการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- การตรวจคัดกรองสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
- จัดให้มีช่องทางด่วนในการเข้าการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 เพื่อให้ได้รับบริการอย่างทันทั่วถึงและครอบคลุม

- การเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี

2. ชุมชนควรมีการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกันเองได้ ถือเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

3. ครอบครัวควรเป็นจุดเริ่มต้นในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเชื่อมโยงให้ชุมชนเช่น บ้าน วัด โรงเรียน อปท. ฯลฯ มีส่วนร่วมในการดูแล เกิดเป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ลดภาวะพึ่งพิง

12. กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาของ นายคนัย ธีวันดา ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ นางสาวตติยา สารธิมา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจแก้ โครงร่างงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ นางนพภาภรณ์ สุทธิกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นางประไพ เจริญผล นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ นางสาวนภัชชล รอดเที่ยง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และ นางสาวปิยนุช พันธุ์ศิริ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร มุกดาหาร นครพนม และสกลนคร รวมทั้งหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานจัดเก็บข้อมูล เพื่อใช้ในการศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านและบุคคลที่ผู้วิจัย มิได้เอ่ยชื่อนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความสนับสนุน และมีส่วนร่วมทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงด้วยดี

13. เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ.**

กรุงเทพมหานคร.2548.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร.2540.

ชื่น เตชามหาชัย. งานผู้สูงอายุในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 และ โครงการต่างๆ ของ

ชูศักดิ์ เวชแพทย์. **สรีรวิทยาของการออกกำลังกาย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

นภาพร ชโยวรรณ. **สถานการณ์ผู้สูงอายุปัจจุบัน ในคณะกรรมการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วย**

ผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2542.

ประคอง อินทรสมบัติ. **การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ.** รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2539.

ประเวศ วะสี. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์.** กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี, 2543.

มิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์. **การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในบางประเทศ.** สำนักโครงการปฏิรูป

ระบบบริการสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข, 2540.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

วันเพ็ญ วงศ์จันทร์. **แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ**

จังหวัดเชียงใหม่ . ปริญญาณิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) เชียงใหม่ :

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และคณะ. **รายงานการวิจัยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ผู้ที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล.**

2540.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. **สวัสดิการผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.

(จ) ข้อเสนอแนะแนวคิด / วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. **ชื่อผลงานเรื่อง** ประเมินผลการดำเนินงานอนามัยผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ในพื้นที่รับผิดชอบ 7 จังหวัด
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** ตุลาคม 2554 – กันยายน 2555
3. **สรุปเค้าโครงเรื่อง**

3.1 หลักการและเหตุผล

จากข้อมูลการขึ้นทะเบียนหลักสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ประจำปีเดือนกันยายน 2551 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สะท้อนให้ทราบว่าจังหวัดต่างๆ ในขอบเขตประสานงานศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี มีแนวโน้มก้าวเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยเมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 11.0 โดยพบว่าสองจังหวัดแรกที่มีประชากรสูงอายุที่สุด ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดยโสธร (ร้อยละ 11.52 และ 10.73 ตามลำดับ) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 13 กันยายน 2551)

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี สังกัดกรมอนามัย เป็นศูนย์วิชาการในระดับภูมิภาค มีบทบาทและภารกิจในการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี รวมถึงการถ่ายทอดองค์ความรู้และสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ในฐานะเป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาค ซึ่งดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย ซึ่งได้นำตัวชี้วัดการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์มาเป็นแนวทางการดำเนินงานและการจัดทำโครงการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ถือเป็นหน่วยงานในพื้นที่ที่ให้การสนับสนุน และปฏิบัติงานด้านอนามัยผู้สูงอายุ ร่วมกับ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี มาโดยตลอด ทั้งนี้ เพื่อให้ทราบผลการดำเนินงาน จึงได้จัดทำ การประเมินผลการดำเนินงานอนามัยผู้สูงอายุ ในสำนักงานสาธารณสุขขึ้น

3.2 บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ข้อเสนอ

การประเมินผลเป็นกระบวนการตรวจสอบผลของการดำเนินงาน โดยนำมาเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดทำหรือบริหารแผนงาน โครงการ ให้ได้ผลดียิ่งขึ้น รวมถึงการปรับปรุงหรือยุติการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการนั้น ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า การประเมินผล เป็นกระบวนการในการตรวจสอบว่าเมื่อได้ดำเนินโครงการนั้นแล้ว ผลของการดำเนินงานเป็นไปตามจุดมุ่งหมายหรือผลที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการมากน้อยเพียงใด ซึ่งสามารถทำได้ในขณะที่กำลังดำเนินงานหรือเมื่อสิ้นสุดโครงการ

วิธีการศึกษา

- การวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research)
- โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ตามทฤษฎีโปรแกรม ประกอบด้วย Action Model และ Change Model

ในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่รับผิดชอบ 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, ยโสธร, อำนาจเจริญ, มุกดาหาร, นครพนม และสกลนคร

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ผลการประเมินเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้ดียิ่งขึ้น

2. ได้แนวทางในการพิจารณาตัดสินใจการดำเนินงานผู้สูงอายุ ตามวิธีการที่ดีที่สุด

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ได้ผลสรุปการดำเนินงานของสำนักสาธารณสุขจังหวัดและ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่รับผิดชอบ 7 จังหวัด เพื่อใช้เป็นแนวทางวางแผนพัฒนาการดำเนินงานอนามัยผู้สูงอายุ ต่อไป

ลงชื่อ

(นางพรพิมล ช้างสาร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้เสนอแนวคิด

...../...../.....