

Development of a Preventive Long-Term Care System for the Elderly by the Individual Wellness Plan in the Community

*Vimol Banpoun, M.S.**

*Juthapuk Jenjitr, B.N.S.**

*Wanpinan Suebsak, B.N.S.**

Abstract

This study aimed to develop a preventive long-term care system for the elderly by the individual wellness plan in the community, which was performed in 3 steps: The preparation, the operation, and the performance tracking. A mixed-method study was used to collect quantitative data from a sample group of 1,074 people covering all four regions of the country and analyzed by descriptive statistics, and qualitative data carried out through in-depth interviews with elderly and selected one province for each region, namely Uttaradit, Nakhon Nayok, Khon Kaen, and Songkhla provinces. The content was analyzed according to the specified issues. This study was conducted during September 2019 and October 2020. The preventive long-term care system formats for the elderly were the guidelines according to the manual for health workers and the elderly, health care promotion plan for the individual elderly in the community, and the human resource development “Kru Kor.” The operating results revealed that 80 percent of the elderly received comprehensive health advice, especially about disease handling and prevention, and 8 out of 10 elderly received the health screening, including the assessment of activities of daily living (ADL) and exercise. Most elderly mentioned that this individual wellness plan was very useful, practical, and had a good and consistent transfer process. The individual wellness plan form can be recorded, so it serves as a reminder to practice good health behaviors. The content of guidelines for the elderly health promotion should be developed by integrating with the relevant agencies as well as the guidelines for knowledge transfer of health care for the elderly should be developed by building cooperation of network partners and other sectors and promoting the elderly to the health literacy.

Keywords: system development; wellness plan; individual aging care; guidelines for promoting good health-delaying aging and longevity for the elderly; aging care in community

**Bureau of Elderly Health, Department of Health.*

Received: February 6, 2021; Revised: February 26, 2021; Accepted: April 4, 2021

การพัฒนาระบบแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน

วิมล บ้านพวน, วท.ม.*

จุฑามาศ เจนจิตร, พย.บ.*

วัลภินันท์ สืบศักดิ์, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกันด้วย แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) ดำเนินการใน 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นตอนดำเนินการ และ 3) ขั้นการติดตามผลการดำเนินงาน โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมผสาน ติดตามการดำเนินงานด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่าง 1,074 คน ทั้ง 4 ภาคทั่วประเทศ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องภาคละ 1 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี นครนายก ขอนแก่น และสงขลา วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นที่กำหนด ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2562 ถึงตุลาคม 2563 ผลการศึกษา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกันได้แก่ แนวทางตามคู่มือการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ครู ก ผลการดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพครบทุกองค์ประกอบมากถึงร้อยละ 80 โดยเฉพาะคำแนะนำการควบคุมและป้องกันโรคผู้สูงอายุ 8 ใน 10 คน ได้รับการตรวจสุขภาพ รวมทั้งการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เห็นว่าแผนดังกล่าวนี้ มีประโยชน์มาก มีเนื้อหาแนวทางปฏิบัติที่ทำได้ มีกระบวนการถ่ายทอดที่ดีและสม่าเสมอ แบบฟอร์มแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลสามารถบันทึกได้ เป็นเครื่องย้ำเตือนให้ปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพดี ข้อเสนอควรพัฒนาเนื้อหาแนวทางปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ

ภาพผู้สูงอายุด้วยการบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพัฒนาแนวทางการ ถ่ายทอดองค์ความรู้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการสร้างความร่วมมือของภาคี เครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ และส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ; แผนส่งเสริมสุขภาพ; การดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล; คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชราชิวายีนยาว; การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

**สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย*

ได้รับต้นฉบับ 6 กุมภาพันธ์ 2564; แก้ไขบทความ: 26 กุมภาพันธ์ 2564; รัปลงตีพิมพ์: 4 เมษายน 2564

บทนำ

สังคมโลกเป็นสังคมผู้สูงอายุ ในปี 2559 โลกของเรามีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประชาคมอาเซียน ซึ่งมีสมาชิก 10 ประเทศ ประชากรของอาเซียนก็กำลังมีอายุสูงขึ้น เช่นเดียวกัน ใน พ.ศ. 2559 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศ ได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วได้แก่ 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)⁽¹⁾

สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี 2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นฐาน ในการประมาณการ พบว่า ในปี 2583 ประเทศ

ไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 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 ล้านคน ในปี 2583 โครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศ เนื่องจากการลดลงของจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยแรงงาน จะกระทบศักยภาพการผลิต นอกจากนี้การเพิ่มของประชากรสูงอายุยังสะท้อนการเพิ่มขึ้นของภาระทางการคลัง จากจำนวนประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสภาพชีวิตความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจากครอบครัวยากจน⁽²⁾

นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงาน และการดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ 1) ขณะที่มียังร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ⁽³⁾ จากรายงานผลการศึกษาคำใช้จ่ายด้านสุขภาพจากผลของการสร้างเสริมสุขภาพ TDR สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในอดีตถึงปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเมินการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยในอีก 15 ปีข้างหน้าตามหลัก OECD จะมีค่าประมาณ 4.8-6.3 แสนล้านบาท เมื่อผนวกกับปัจจัยสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไปถึง 1.4-1.8 ล้านล้านบาท⁽⁴⁾

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 เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ ในประเด็น 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนา

และเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่ยึดหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลด้านผู้สูงอายุ ซึ่งคณะรัฐมนตรีโดยนายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้แถลงนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557⁽⁴⁾ ได้กำหนดนโยบายการบริหารราชการแผ่นดิน 11 ด้าน โดยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือนโยบายด้านที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ ดังนี้ ข้อ 4 เตรียมความพร้อมสังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลที่บ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงิน การคลัง สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ⁽⁵⁾

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืนโดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”⁽⁶⁾ จึงได้ดำเนินการ “ศึกษาการพัฒนาระบบแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan)” ประจำปี พ.ศ. 2563 ขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อม

ผู้สูงอายุและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ ประชาชนได้รับการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน มีทักษะกาย ใจ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีสุขภาวะที่ดีเพื่อ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์การประเมินคัดกรองสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. พัฒนาระบบและนำระบบการจัดทำ “แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Health promotion & Prevention Individual wellness plan)” ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุ และบริบทเชิงพื้นที่
3. ติดตามการดำเนินงานโครงการ รวมทั้งความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) เสนอแนะรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไว้ด้วยกัน (Creswell & Vicki L. Plano Clark, 2017)⁽⁷⁾ เพื่อพัฒนาระบบ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และสร้างเครื่องมือ คู่มือในการดูแลส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้องและผู้สูงอายุแกนนำ ครู ก โดยนำร่องในจังหวัดที่มีความพร้อมทั่วประเทศ สำหรับการติดตามผลการดำเนินงานตามโครงการจะใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed-method study) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามผู้สูงอายุและข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

ขั้นตอนวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ เป็นขั้นตอนการปรึกษาและเตรียมความพร้อมโครงการ กำหนดกรอบประเด็นการพัฒนาจากสำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบและเครื่องมือ คู่มือในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ศึกษาวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูล ทบทวนสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. กำหนดพื้นที่นำร่องในการดำเนินการ จังหวัดที่มีความพร้อมด้านศักยภาพของผู้ให้บริการในพื้นที่ และยินดีเข้าร่วมนำร่องโครงการทุกกระบวนการจนสิ้นสุด
3. จัดประชุมชี้แจงกรอบแนวทางการดำเนินงานตามแผนงานโครงการแก่คณะทำงาน/ทีมศึกษา/ผู้เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย
4. สร้างและพัฒนาแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน

(Individual wellness plan) พร้อมคู่มือแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ โดยทีมศึกษาได้ยกร่างแนวทางการดำเนินงาน จัดประชุมชี้แจงแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลาง ศูนย์อนามัยเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างและพัฒนาแผนส่งเสริมสุขภาพดี จัดทำคู่มือแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ตามองค์ประกอบ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและตัวแทนผู้สูงอายุ ร่วมเสนอแนะให้ข้อคิดเห็นและนำไปปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น

5. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) พร้อมคู่มือแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ และแบบสอบถามแนวทางศึกษาผลการดำเนินงานนำเสนอ ขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญและนำไป Try out ในพื้นที่จริง โดยนำความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องด้านเนื้อหา การใช้ภาษา รวมทั้งลักษณะการจัดวางรูปแบบที่เข้าใจง่าย สื่อสารดึงดูดความสนใจของผู้สูงอายุจากแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) และคู่มือแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ มาปรับปรุงพัฒนาพร้อมกับขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญ และผู้สูงอายุอีกครั้งก่อนจะนำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาศักยภาพครู ก สำหรับแบบสอบถามแนวทางศึกษา

ผลการดำเนินงานเนื่องจากใช้แบบสอบถามการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ที่กรมอนามัยได้ดำเนินการอยู่ จึงดำเนินการปรับเนื้อหาบางข้อเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่ายมากขึ้น ไม่มีการวัดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ จึงเป็นข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ ได้แก่

1. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุแกนนำครู ก ประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้รับผิดชอบงานจากส่วนกลาง คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริหารและวิธีทำงาน (Cluster) กลุ่มผู้สูงอายุจากศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำผู้สูงอายุจากพื้นที่เป้าหมาย รวมทั้งสิ้น 80 คน

2. การถ่ายทอดรูปแบบ เครื่องมือคู่มือและองค์ความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล รวมทั้งแนวทางการสร้าง Health Literacy แก่เป้าหมาย

3. สนับสนุนกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามขั้นตอนในการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพดีชะลอชรา ชีวียืนยาว ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ คือ การเคลื่อนไหว/ ด้านโภชนาการ/ การดูแลสมองดี/ สุขภาพช่องปาก/ ความสุขของผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เยี่ยมเสริมพลังเพื่อปรับปรุง พัฒนาแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

5. สามารถร่วมกิจกรรมตามขั้นตอน (8 ขั้นตอน) ในการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพได้

6. มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ขั้นที่ 3 การติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาในโอกาสต่อไปให้มีความรอบด้าน การติดตามผล แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เชิงปริมาณ: เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุ

1.1) ประชากรที่ศึกษา: ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เป้าหมายที่จังหวัดคัดเลือกเข้าร่วมดำเนินการ

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. สามารถดูแลตัวเองช่วยเหลือตัวเองได้

1.4) การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. จำแนกพื้นที่การศึกษาเป็น 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้

2. คัดเลือกจังหวัดที่มีการดำเนินงานตามแผนโครงการสิ้นสุดหรือมีแนวโน้มดำเนินการแล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2563

3. สอบถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

1.5) การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างการสำรวจตามสมการข้างล่างนี้

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

โดยที่ $Z_{\alpha/2} = 1.96$ (ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%)

$P =$ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการดำเนินงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2562 ที่มีสัดส่วนร้อยละ 52

$$Q = 1-P$$

$d =$ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้จากการสำรวจ ที่วิจัยกำหนดที่ร้อยละ 5 (0.05)

จากสูตรดังกล่าว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 384 คน และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการแบ่งกลุ่มเป็น cluster ตามภูมิภาค จึงมีโอกาสเกิดความแปรปรวนได้ จึงต้องนำกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้มาปรับค่า โดยกำหนดให้ $design\ effect = 2$

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

นอกจากนั้น ผู้ศึกษาได้พิจารณาอัตราการตอบกลับหรือความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม (non-response rate) ที่ผู้สูงอายุมีโอกาสได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทางทีมศึกษาจึงกำหนดค่า non-response rate เป็นการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มไว้ในการศึกษาเชิงปริมาณที่ต้องสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง อาจเกิดกรณีที่ผู้สูงอายุ ปฏิเสธการให้ข้อมูลในระหว่างสอบถามแล้ว หรือไม่สามารถติดตามข้อมูล เป็นเหตุให้แบบสัมภาษณ์นั้นไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ได้ โดยกำหนดไว้ที่ร้อยละ 25

$$n\ (new) = n(old) / (1 - R)$$

$$n\ (adjust) = n(old) / (1 - 0.25) = 1,024\ \text{คน}$$

ดังนั้นในการเก็บรวบรวมครั้งนี้จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างน้อย 1,024 คน จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากภาคเหนือ 63 คน ภาคกลาง 665 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 154 คน และภาคใต้จำนวน 192 คน รวมทั้งสิ้น 1,074 คน

1.6) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถาม โดยมีโครงสร้างกรอบประเด็นการสัมภาษณ์

ที่ผ่านการทดสอบและหาค่าความเชื่อมั่นแล้ว ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถาม โดยมีโครงสร้างกรอบประเด็นการสัมภาษณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านเนื้อหาในการวัดผลการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุโดยผู้เชี่ยวชาญกรมอนามัย จำนวน 3 คน ไม่มีการวัดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ จึงเป็นข้อจำกัดในการศึกษานี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ

- การประเมินคัดกรองสุขภาพ

- การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

1.7) การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะศึกษาดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คณะศึกษานำแบบสอบถามประชุมชี้แจงแก่ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยมีบุคลากรจากศูนย์อนามัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุมกรมอนามัย และการประชุมผ่านระบบ VDO Conference

3. ทีมเก็บข้อมูลภาคสนามเก็บข้อมูล

4. คณะศึกษาดูตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้งลงรหัสในแบบสอบถาม

1.8) การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ โคลสแควร์ และสถิติถดถอยพหุคูณ

2. เชิงคุณภาพ: เก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประเด็นด้านมุมมองต่อระบบการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Health promotion & prevention Individual wellness plan)

2.1) ประชากรที่ศึกษา: ศึกษาใน 3 กลุ่มประชากร จากพื้นที่เข้าร่วมโครงการและยินดีให้ข้อมูล 1) ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเขต โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 3) ประธานและกรรมการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ

2.2) พื้นที่ศึกษา: คัดเลือกแบบเจาะจงพื้นที่ ที่มีการดำเนินงานตามแผนส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลที่โดดเด่น มีการจัดทำแผนฯ เป็นรูปธรรม มีความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่/แกนนำชมรมผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกภาคละ 1 จังหวัด ได้แก่ 1) ภาคเหนือ จังหวัดอุตรดิตถ์ 2) ภาคกลาง จังหวัดนครนายก 3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น และ 4) ภาคใต้ จังหวัดสงขลา

2.3) วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล: การสนทนากลุ่ม (focus group) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 5-10 คน/จังหวัด 2) เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเขต โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน/จังหวัด 3) ประธาน และกรรมการชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 2-3 คนต่อจังหวัด ทั้งนี้หากต้องการข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมจะทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว

2.4) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามประเด็นที่กำหนด ได้แก่ 1) ความคิดเห็นต่อระบบการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน 2) ความคิดเห็นต่อองค์ความรู้/เนื้อหาความรู้ 3) ความคิดเห็นต่อเครื่องมือในการประเมินสุขภาพด้วยตนเองตาม 6 องค์ประกอบ 4) ความคิดเห็นต่อโปรแกรม/เมนู แนะนำการส่งเสริมสุขภาพดี 5) ความคิดเห็นต่อแบบฟอร์ม Individual wellness plan ต่อการนำไปใช้จริง 5) ความคิดเห็นต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในผู้สูงอายุ

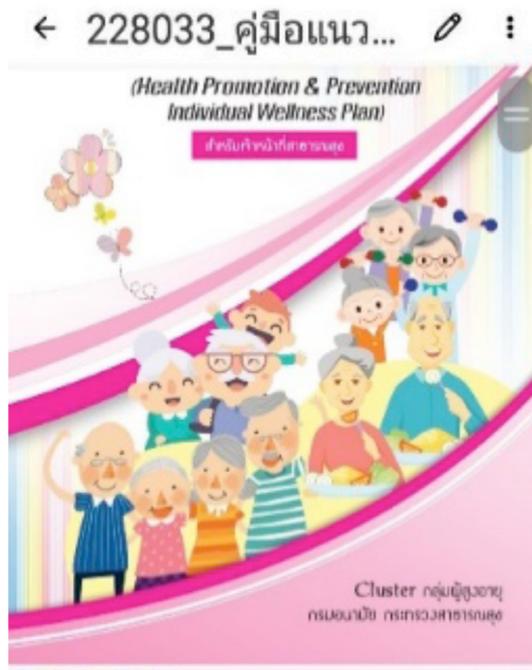
2.5) การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นที่กำหนด

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน ประกอบด้วย

1) แนวทางตาม “คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” ซึ่งสาระสำคัญประกอบด้วย แนวคิด แนวทางการส่งเสริมสุขภาพดีชะลอชรา ชีวียืนยาว นิยามและ

ขั้นตอนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี แนวทางการประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุ องค์กรประกอบ 6 ด้านในการส่งเสริมสุขภาพดี คือ การเคลื่อนไหว/ ด้านโภชนาการ/ การดูแลสมองดี/ สุขภาพช่องปาก/ ความสุขของผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan)



รูปที่ 1 คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2) แนวทางตาม “คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว สำหรับผู้สูงอายุ” สาระสำคัญประกอบด้วยสถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย นิยามและขั้นตอนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี แนวทางการประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุ องค์กรประกอบของการส่งเสริมสุขภาพดี และแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan)



รูปที่ 2 คู่มือสำหรับผู้สูงอายุ

3) แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) สำคัญประกอบด้วย การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ความคาดหวังด้านสุขภาพและผลลัพธ์ที่ต้องการ และรายละเอียดกิจกรรมของแผนส่งเสริมสุขภาพที่รายสัปดาห์รายบุคคล

แผนส่งเสริมสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan)
 แผนส่งเสริมสุขภาพที่ ฉบับที่ _____ วันที่ _____ ปี (พ.ศ.) _____

ชื่อ-นามสกุล _____	ชื่อ _____
วันเกิด _____ (ปี/ค.ศ.) _____ (ค.ศ.) _____	หมายเลขบัตร _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____	ที่อยู่ชุมชนและพื้นที่บริการ _____
ข้อมูลสุขภาพ	
โรคประจำตัว _____	โรคประจำตัว _____
สูบบุหรี่ _____	สูบบุหรี่ _____
ดื่มแอลกอฮอล์ _____	ดื่มแอลกอฮอล์ _____
การออกกำลังกายเป็นประจำหรือไม่ใช่ (โดยทำเป็น (A)) _____	การออกกำลังกายเป็นประจำหรือไม่ใช่ (โดยทำเป็น (A)) _____
ความดันโลหิต _____	ความดันโลหิตสูงหรือไม่ใช่ (โดยทำเป็น (A)) _____
น้ำตาลในเลือด _____	น้ำตาลในเลือดสูงหรือไม่ใช่ (โดยทำเป็น (A)) _____
น้ำหนัก _____	น้ำหนักเกินหรือไม่ใช่ (โดยทำเป็น (A)) _____
มีสิ่งใด โปรดใส่ในช่องว่าง ✓ สำหรับท่านเป็นข้อสงสัย	
1) วัตถุประสงค์สุขภาพที่ตนเองอยากได้	
2) ผลที่คาดหวังเมื่อสุขภาพดีขึ้น	
3) วัตถุประสงค์สุขภาพที่ตนเองอยากได้	
4) วัตถุประสงค์สุขภาพที่ตนเองอยากได้	

ผู้ดูแลสุขภาพรายบุคคลในชุมชน (Community Health Promoter) _____

ผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ) _____

รายละเอียดกิจกรรมตามแผนส่งเสริมสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน รายสัปดาห์
 ฉบับที่ _____ วันที่ _____ ปี (พ.ศ.) _____

เวลา	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์	หมายเหตุ/กิจกรรมเสริมสุขภาพ
8:30								
9:30								
10:30								
11:30								
12:30								
13:30								
14:30								
15:30								
16:30								
17:30								
18:30								
19:30								
20:30								
21:00								
22:00								

ผู้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล _____

ผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ) _____

รูปที่ 3 แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล

4) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุแกนนำครู ก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข และกรมอนามัยได้นำแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual wellness plan) เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานกลุ่มวัยผู้สูงอายุผ่านแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต ประจำปี 2564⁽⁸⁾

ผลการติดตามการดำเนินงาน

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ

จากการดำเนินงานตามแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชนที่ผ่านมา และได้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,074 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในภาคกลาง คือ ร้อยละ 61.9 รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 17.9 ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ร้อยละ 14.3 และภาคเหนือ ร้อยละ 5.9

1.1 ข้อมูลทั่วไป: 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 บาทขึ้นไป ร้อยละ 44.5 มีที่มาของรายได้จากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 71.6 มีความพอเพียงของรายได้ในการดำรงชีวิต ร้อยละ 63.2 และได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 82.5

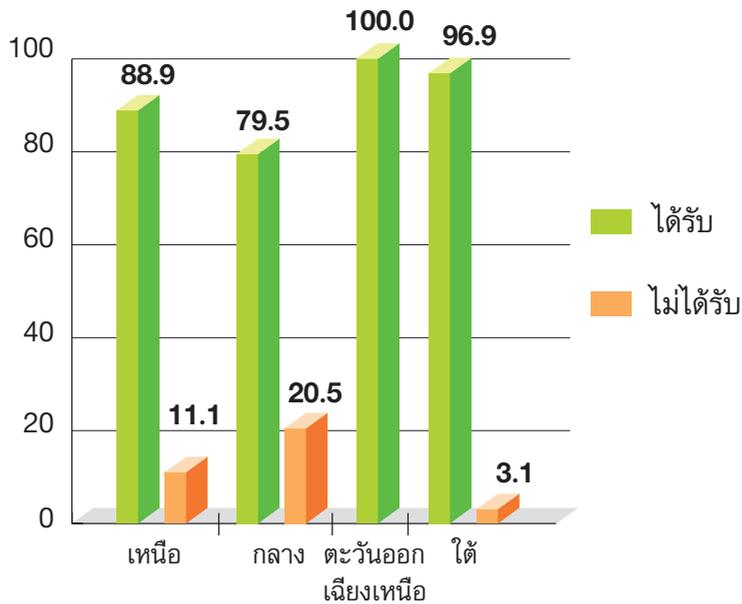
1.2 ข้อมูลด้านการตรวจสุขภาพ:

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.3) เคยได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 55.8 เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 81.7

ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพมากที่สุด 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

ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพ (คำแนะนำการดูแลสุขภาพ) 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 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เมื่อจำแนกตามภาคพบว่าตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้สูงอายุเคยได้รับการประเมิน ADL ทุกราย ส่วนภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนือ มีผู้สูงอายุเคยได้รับการประเมินฯ ร้อยละ 93.2, 78.2 และ 77.8 ตามลำดับ

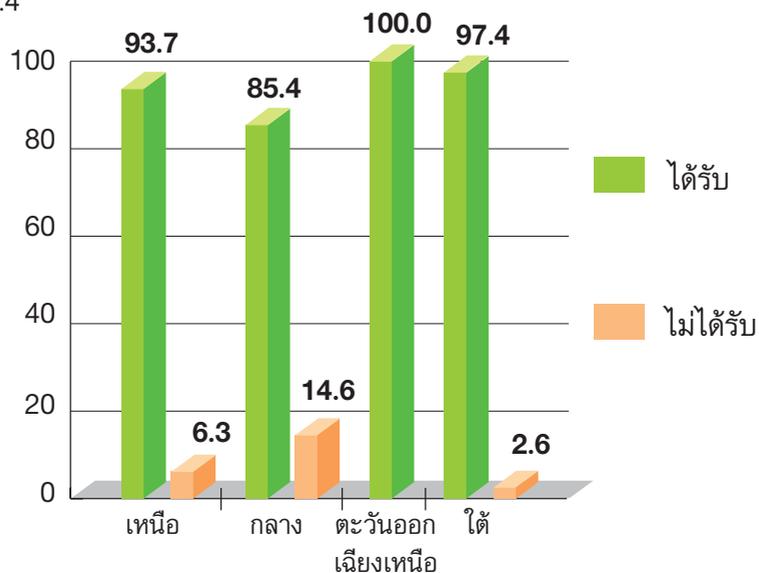
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 96.9 ภาคเหนือ ร้อยละ 88.9 และภาคกลาง ร้อยละ 79.5



รูปที่ 4 ร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการสำรวจ

1.2.1 การได้รับการประเมินภาวะอ้วนลงพุง โดย วัดเส้นรอบเอว

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยวัดเส้นรอบเอวทุกราย รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 97.4 ภาคเหนือ ร้อยละ 93.7 และภาคกลาง ร้อยละ 85.4



รูปที่ 5 ร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยวัดเส้นรอบเอว

1.2.2 การได้รับการประเมิน

การทกล้ม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการประเมินการทกล้มทุกราย รองลงมาคือภาคใต้ ร้อยละ 86.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 74.6 และภาคกลาง ร้อยละ 71.7

1.2.3 การได้รับคำแนะนำ

เรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้าน ภาคใต้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้าน มากที่สุด คือ ร้อยละ 98.4 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 95.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 95.2 และ ภาคกลาง ร้อยละ 86.3

1.2.4 การได้รับคำแนะนำ

เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภาคใต้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากที่สุด คือ ร้อยละ 99.0 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 95.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 92.1 และ ภาคกลาง ร้อยละ 86.3

1.2.5 การได้รับคำแนะนำ

เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก และฟัน ภาคใต้ มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน มากที่สุดคือ ร้อยละ 98.4 รองลงมา คือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 95.5 ภาคเหนือ ร้อยละ 84.1 และภาคกลาง ร้อยละ 79.4

1.2.6 คำแนะนำในการ

ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามแนวทาง 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 มากที่สุดคือร้อยละ 95.5 รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ ร้อยละ 94.8 ภาคเหนือ ร้อยละ 76.2 และภาคกลาง ร้อยละ 69.9

1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติโคสแควร์ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาค สถานภาพสมรส อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ในการดำรงชีวิต การตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี

1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคของผู้สูงอายุด้วยสถิติโคสแควร์ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (p-value < 0.05) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำการป้องกันและควบคุมโรคของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาค สถานภาพสมรส อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ในการดำรงชีวิต และการได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี

2) ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ มุมมองต่อ “ระบบการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน” (Health promotion & prevention individual wellness plan)

ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ทั้ง 4 ภูมิภาค โดยภาพรวมมีความเห็นสอดคล้องในทิศทางเดียวกันเกี่ยวกับแผนการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทาง “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ตาม 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1) **ประเด็นด้านเครื่องมือ เนื้อหา** ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ผู้สูงอายุต้องรู้และทำให้ครบทุกองค์ประกอบ มีเนื้อหาที่เข้าใจและสามารถทำได้ “เป็นคือหนังสือสวดมนต์ อยากรู้แต่จำไม่ได้กะเอาขึ้นมาอ่าน ดีคัก อ่านกะอ่านง่าย โดหนังสือ กะใหญ่” แต่อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ บางคนยังทำไม่ได้ตามแนวทางปฏิบัติมากนัก เนื่องจากความไม่เข้าใจที่ต้องแก้และความไม่มีเวลาของผู้สูงอายุ 2) **ประเด็นด้านการถ่ายทอด/การสอน** โดยส่วนใหญ่เน้นการถ่ายทอดในวันที่จัดกิจกรรมในชมรม

ผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ วิทยากรเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลและจากศูนย์อนามัยเขต “อยากให้เจ้าหน้าที่มาถ่ายทอดบ่อยๆ อ่านเองไม่สู้กับฟังเอา” 3) **ประเด็นต่อแบบฟอร์ม Individual wellness plan** ผู้สูงอายุคิดว่าแบบฟอร์มแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ไม่ได้เป็นเรื่องยากลำบากสำหรับการลงบันทึก เป็นเรื่องที่ดี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของทุกพื้นที่รับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการลงบันทึกประจำวัน ที่มีประโยชน์สำหรับเป็นเครื่องย้ำเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ที่พึงประสงค์ แต่มีผู้สูงอายุบางคนยังเชื่อมโยงการทำแผนรายบุคคลกับประโยชน์ที่จะเกิดกับตัวเองไม่ได้ชัดเจนมากนัก ยังไม่รู้วัตถุประสงค์ของการจัดทำแผน บางคนทำตามเพื่อนไปก่อน บางคนไม่ค่อยอยากจะบันทึก “ตอนแรกเห็นเขาทำก็ทำไปก่อน ยังไม่รู้เอาไปใช้อะไร แต่นานๆ ไปพอลกลับมาดูของตัวเอง เริ่มรู้ว่าตัวเองไม่ได้ทำบางอย่าง ก็กลับมาทำใหม่”

นอกจากนั้น ผู้สูงอายุทั้ง 4 ภูมิภาค เห็นตรงกันว่า แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชนนี้เป็นกระบวนการแนวทางการดำเนินชีวิตเพื่อทำให้ตนเองมีสุขภาพดี โดยส่วนใหญ่มองว่าสิ่งที่มิในแผนฯ เป็นเรื่องที่เคยดำเนินการส่งเสริมสุขภาพมาแล้ว และเป็นเรื่องที่ต้องทำในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุระบุว่าเนื้อหาองค์ความรู้ แนวทางการประเมิน ข้อปฏิบัติจากโปรแกรมคำแนะนำที่ถูกระบุไว้ในคู่มือ เครื่องมือนี้ เป็น “ของแท้ของจริง” ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับ “ตัวกลางกระบวนการ และความต่อเนื่อง” ของการนำสิ่งต่างๆ ในแผนส่งเสริมสุขภาพฯ ไปสู่

ผู้สูงอายุ จะต้องมีการบวนการที่หลากหลาย
ง่าย เข้าใจเร็ว ทำได้เลย และที่สำคัญต้อง
มีความต่อเนื่อง

อภิปรายและสรุปผล

คณะผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษา
ตามวัตถุประสงค์การศึกษา และ จุดเด่นที่พบ
จากการศึกษา ดังนี้

1) การพัฒนาระบบและนำระบบ
การจัดทำ “แผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูง
อายุรายบุคคลในชุมชน (Health promotion
& Prevention Individual wellness plan)”
ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับศักยภาพของ
ผู้สูงอายุ และบริบทเชิงพื้นที่ ซึ่งการศึกษานี้
มุ่งหวังเห็นภาพการจัดการเชิงระบบหรือรูป
แบบรวมทั้งเครื่องมือ คู่มือในการดูแล
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน
อีกทั้งนำร่องในจังหวัดที่มีความพร้อมทั่ว
ประเทศ การดำเนินงานเน้นการมีส่วนร่วม
ของหน่วยงานเชิงนโยบายและผู้ปฏิบัติการ
ในพื้นที่ การศึกษาตามโครงการนี้ได้พิจารณา
การดำเนินงานให้ผนวกกับปัจจัยกำหนด
สุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลง
ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว 2) การ
เปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้
มีการพัฒนาสินค้า บริการรวมถึงแหล่งข้อมูล
ที่ผู้บริโภคเลือกได้มากขึ้น สามารถผลิตตรงกับ
ความต้องการ กระทั่งต่อวิถีการดำเนินชีวิต
นอกจากนั้นสื่อยังเป็นตัวกำหนดจิตสำนึก
ครอบงำความคิดได้ 3) การเปลี่ยนแปลงด้าน
วัฒนธรรม การติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนทั้ง
ทางด้านวัตถุและทางวัฒนธรรมมากขึ้น มีผล
กระทบต่อจริยธรรม คุณค่า ค่านิยมซึ่งส่งผล

ต่อไปถึง พฤติกรรมของคนรุ่นใหม่ในสังคม⁽⁹⁾
อีกทั้งพิจารณา ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้สูง
อายุสุขภาพดี นั่นคือ “การมีพฤติกรรมสุขภาพ
ที่ถูกต้องและเหมาะสม” หรือ self-care
behavior โดยต้องดำเนินการด้วยภาวะที่ต้อง
เข้าถึงภาวะพุดมพลัง (Active Ageing) ซึ่ง
ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ
การมีสุขภาพที่ดี (Health) การมีส่วนร่วมใน
สังคม (Participation) และการมีหลักประกัน
หรือความมั่นคง (Security)^(6,10)

2) การดำเนินงาน ขับเคลื่อนผ่าน
กลไกชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ
การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูง
อายุ เป็นเป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ให้ความสำคัญ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติด
สังคมและกลุ่มติดบ้าน เป็นกลุ่มที่ถือว่า
สุขภาพดี มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผ่าน
กลไกรายบุคคล ระดับครอบครัว และชุมชน
ส่งเสริมให้ชุมชนดูแลจัดการสุขภาพตนเองโดยมี
อสม. เป็นแกนหลักและมี รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยง
ด้วยเครื่องมือ วิธีการที่หลากหลาย รวมทั้ง
มีการสนับสนุน ผลักดันให้เกิดการสร้างเสริม
สุขภาพผ่าน “ชมรมผู้สูงอายุ” และ “โรงเรียน
ผู้สูงอายุ” ด้วยการบูรณาการกับหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาลังคม
และความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย
โดยองค์การปกครองท้องถิ่น มีหน่วยงานด้าน
สุขภาพให้การสนับสนุน ได้แก่ ศูนย์อนามัย
เขต, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาล,
และ รพ.สต. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นสมาชิก
ชมรมส่วนใหญ่เกิดจากการชักชวนของเพื่อน
บุคคลากรทางการแพทย์และสมาชิกในครอบครัว

และพิจารณาแล้วเห็นว่าการเข้าร่วมและเป็นสมาชิกชมรมเป็นประโยชน์กับตนเอง เช่น ได้ความรู้เพื่อดูแลตนเอง ได้เพื่อนและได้รับความสนุกสนาน⁽¹¹⁾ การตัดสินใจเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และประโยชน์ที่จะได้รับ 2) ความคาดหวังหรือความต้องการบริการจากการเป็นสมาชิกชมรม ได้แก่ ความต้องการในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต ทักษะทางปัญญา ทักษะทางสังคม⁽¹²⁾ ด้วยเหตุนี้หากผู้สูงอายุเห็นว่าการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีประโยชน์และตรงกับความต้องการ จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในชมรมและกิจกรรมได้ด้วยเหตุนี้ กิจกรรมในแผนงานฯ นี้จึงดำเนินการโดยใช้แนวคิดเหล่านี้ในการพัฒนากระบวนการ เครื่องมือและวิธีการ ถ่ายทอด รวมทั้งการติดตามประเมินสุขภาพด้วยตัวของผู้สูงอายุเอง

3) การติดตามการดำเนินงานตามแผนงานนี้ เก็บและรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดที่คัดเลือกเข้าร่วมดำเนินการและยินดีเข้าร่วมให้ข้อมูล จำนวน 1,074 คน กระจายครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาคในประเทศไทย รวมทั้งศึกษาเชิงคุณภาพใน 4 จังหวัด ได้แก่ 1) ภาคเหนือ จังหวัดอุตรดิตถ์ 2) ภาคกลาง จังหวัดนครนายก 3) ภาคตะวันออก เชียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น และ 4) ภาคใต้ จังหวัดสงขลา ซึ่งผลการดำเนินการตามแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน ตามแนวทาง “สุขเพียงพอ

ชะลอชรา ชีวียืนยาว ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพครบทุกองค์ประกอบ มากถึง ร้อยละ 78.4 ขณะที่คำแนะนำในการควบคุมและป้องกันโรคผู้สูงอายุ (prevention & control) การควบคุมและป้องกันโรคผู้สูงอายุ ในการศึกษา นี้หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการควบคุมและป้องกัน และคำแนะนำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย เลิกบุหรี่ เลิกเหล้า) เมื่อพิจารณาจากผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำการควบคุมและป้องกันโรค มากถึง ร้อยละ 87.4 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในกิจกรรมโครงการนี้ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีความต้องการ (need) และเปิดใจพร้อมรับกับองค์ความรู้ในด้านต่างๆ โดยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องลำดับต้นๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการ จะเห็นได้ว่าข้อมูลต่างๆ เหล่านี้มีสัดส่วนค่อนข้างสูง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่ากระบวนการ คู่มือ เครื่องมือ การถ่ายทอดความรู้จากแผนงานโครงการนี้ได้จัดทำและดำเนินการตามองค์ประกอบหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้แก่ กระบวนการมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ความต้องการของผู้สูงอายุ การผนวกรวมกับบริบท การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการอบรมการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านช่องทางในหมู่บ้าน

เช่น หอกระจายข่าว วิทยุ ที่สอดคล้องกับหลายๆ งานวิจัย ที่ดำเนินมาในระดับพื้นที่⁽¹³⁻¹⁹⁾

4) การดำเนินงานตามแผนนี้พบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 4 ภูมิภาคเห็นตรงกันว่าแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชนนี้ จะเป็นกระบวนการ แนวทางการดำเนินชีวิตเพื่อทำให้ตนเองมีสุขภาพดี ผู้สูงอายุระบุว่าเนื้อหาองค์ความรู้ แนวทางการประเมินสุขภาพ ข้อปฏิบัติจากโปรแกรมคำแนะนำที่ถูกระบุไว้ในคู่มือ เครื่องมือนี้ เป็น “ของแท้ ของจริง” ซึ่งอาจจะบรู๋อีกนัยหนึ่งได้ว่าเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสุขภาพดีที่ตกผลึก “เป็นแก่นแท้” แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเห็นว่าจะต้องพัฒนาแผนงานโครงการนี้โดยเฉพาะ ความต่อเนื่องของการดำเนินงาน กระบวนการและตัวกลางในการถ่ายทอดความรู้ในแผนส่งเสริมสุขภาพฯ ไปสู่ผู้สูงอายุให้มีความหลากหลายวิธีการและหลากหลายช่องทาง รวมทั้งดำเนินการสม่ำเสมอ ค่อยเป็นค่อยไป อีกทั้งการดำเนินงานตามแผนงานดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องจัดการให้ชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุดำเนินงานด้วยตนเอง โดยมีการจัดกิจกรรมให้ตามลำดับความสำคัญจนปฏิบัติได้ และสามารถนำไปประกอบการไปถ่ายทอด ควรสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ให้ดำเนินกิจกรรมที่ยกระดับการพัฒนาความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการเยี่ยมเสริมพลังและติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. การนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์

1.1 สำหรับศูนย์อนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ cluster ผู้สูงอายุ ควรนำสิ่งที่ได้จากการศึกษานี้ ไปเป็นบทเรียนตัวอย่างของการพัฒนาระบบแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน ที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ในการวางแผนและการดำเนินงานในการพัฒนาบุคลากรและงานทั้งหลายในการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน ได้อย่างน่าภาคภูมิใจ นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าของหน่วยงาน/องค์กร ยิ่งๆขึ้นไป

1.2 สำหรับกรมอนามัย สามารถให้การสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์อนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ cluster ผู้สูงอายุ ในการพัฒนาต่อไปจนเป็น Prototype ของประเทศ นำมาซึ่งชื่อเสียงของกรมอนามัยและประเทศไทย ตามนโยบายของรัฐบาล

1.3 สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ที่ดูแลผู้สูงอายุทั่วประเทศ สามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปเป็นตัวอย่าง ของการพัฒนางานตามภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข สู่งานวิจัย ที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำได้จริง ในบริบทของแต่ละพื้นที่ ที่มีลักษณะแตกต่างกัน โดยไม่ยุ่งและไม่ยาก ใช้งบประมาณไม่มาก ผู้ปฏิบัติทุกคนสามารถทำได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

2.1 ควรพัฒนาให้ครอบคลุม “ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน” ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านปริมาณงานที่ทำและที่ได้รับจากการดำเนินงาน ด้านคุณภาพของผลการดำเนินงาน ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง และด้านเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินงาน

2.2 ควรทำเป็นวิจัยและพัฒนา (R&D) จนได้ “ตัวแบบ (Prototype)” ของงานการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน ที่ดีและมีประสิทธิภาพสูง ยิ่งๆขึ้น อย่างยั่งยืน

2.3 ควรประยุกต์สิ่งที่ได้จากการศึกษานี้ไปใช้ในการเพิ่มคุณค่าจากสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานในทุกๆ กิจกรรมที่ทำ โดยใช้แนวคิด หลักการ และวิธีการ ของการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM)

การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน (Sustainable Community Development) และการพัฒนาด้วย Public-Private-Partnership (PPP) เน้นการใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง ด้วย การบูรณาการจากทุกภาคส่วน อย่างกลมกลืน

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาพบว่า แพลนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชนนี้จะเป็นกระบวนการแนวทางการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สร้างสังคมแห่งสุขภาวะ ลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาล สมควรที่จะกำหนดหรือเพิ่มเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2562.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556-2573 [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 17 ก.ย.2563]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/47>.
3. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2563-2565) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2563.
6. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือการปฏิบัติงานการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; นนทบุรี: กรมอนามัย; 2557.
7. Creswell JW, Clark VLP. Designing and Conducting Mixed Methods Research [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 17]. Available from:<https://us.sagepub.com/en-us/nam/designing-and-conducting-mixed-methods-research/book> 241842
8. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัยสุขภาพจิต ประจำปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธ.ค.2563]. เข้าถึงได้จาก:http://planfda.fda.moph.go.th/newplan/meethr1/training__description.php?agenda__description=81
9. สามารถ ใจเตี้ย. การเสริมสร้างสุขภาพสังคมผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28 (ฉบับเพิ่มเติม 2):s187- 94.
10. พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว, รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย2559;21:94-108.
11. อัศนี วันชัย, นันทา พิริยะกุลกิจ, กัลยา ศรีมหันต์. ประสบการณ์การตัดสินใจเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง: การวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลสหประชาชาติไทย 2563;13:116-28.

12. นันทา พิริยะกุลกิจ, อัศนี วันชัย. การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและความต้องการการบริการจากชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2562;11:238-51.
13. พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว, รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย 2559;21:94-108.
14. กมลลา สดับพจน์, พัชญา ศษศิริพงศ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28:s43-54.
15. พงศธร ศิลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิตวิชาเอกการจัดการการสร้าส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
16. วรณลักษณ์ เมียนเกิด, เดชา สังขวรรณ, นภา เทพภาพ. กลไกการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ 2562;27:1-31.
17. ทิววรรณ พุดดอน. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองหัวแรต อำเภอ หนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2560; 3:73-89.
18. ปิยธิดา คูศิริบุญรัตน์, อมรรัตน์ รัตนลิริ, บังอรศรี จินดาวงค์, ไพรินทร์ เนธิบุตร, ลำดวน วัชนะปาน, ชนกานต์ จันทะคุณ และคณะ. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2561;33:153-60.
19. พระเศวตฉัตร กิตติปัญญา, สมบูรณ์ บุญฤทธิ, ลัญจกร นิลกาญจน์. ศึกษาการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหลักช้าง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2561;3:34-44.
20. กานดาวลี มาลีวงษ์, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ยงยศ หัตถพรสวรรค์. ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”: กรณีศึกษา เขตดอนเมือง. วารสารเกื้อการุณย์ 2561;25:119-36.