ORIGINAL ARTICLE

รูปแบบการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ด้วยการประยุกต์แผนส่งเสริมสุขภาพดีในจังหวัดชลบุรี

Synthesizing the Integrated Model for Promoting Elderly Health by Wellness Plan Application in Chonburi Province

อภิรัต กตัญญุตานนท์, พ.บ., อว.เวชศาสตร์ป้องกัน

Apirat Katanyutanon, M.D., DPM.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

Chonburi Public Health Officer

Received: *October 18, 2023* **Revised:** *December 27, 2023* **Accepted:** *January 26, 2024*

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: การประยุกต์แผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness plan) ถือเป็นบทเรียนสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการในจังหวัดชลบุรี

วัตถุประสงค์: เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการประยุกต์แผนส่งเสริมสุขภาพดี

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงประยุกต์นี้เก็บข้อมูลแบบผสม มี 3 ระยะ คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการขับเคลื่อนงานสุขภาพผู้สูงอายุ การขับเคลื่อนระบบฯ ด้วยแผนส่งเสริมสุขภาพดี การติดตามและประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน และผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 750 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบวัดความรอบรู้ของผู้สูงอายุผ่านการตรวจคุณภาพเครื่องมือ เก็บข้อมูลระหว่างเมษายน-ตุลาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบ ด้วย paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงแก่นสาระและเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: รูปแบบการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี มีปัจจัยนำเข้า 3 ส่วน คือ บุคลากร งบประมาณ และหลักการดำเนินการตามแนวทาง PIRAB ที่ดำเนินการระดับอำเภอและตำบล ผ่านกลไกการขับเคลื่อนตั้งแต่การวางแผน การคัดกรองผู้สูงอายุ การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี การจัดกิจกรรมตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี การประเมินผล และการพัฒนาข้อเสนอ ปัจจัยความสำเร็จคือความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพ ผลการขับเคลื่อนพบว่า มีการใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี ร้อยละ 100 ภายหลังการใช้แผนฯ ผู้สูงอายุร้อยละ 75.5 มีความเสี่ยงลดลง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-7.103$, $p<0.001$)

สรุป: รูปแบบการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี มีกระบวนการขับเคลื่อนที่สำคัญจากเครือข่ายทั้งภาครัฐ ท้องถิ่นและแกนนำผู้สูงอายุ เกิดการเรียนรู้เรื่องแผนส่งเสริมสุขภาพดี ทั้งร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล มุ่งสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, แผนส่งเสริมสุขภาพดี

ABSTRACT

BACKGROUND: The implementation of a wellness plan to promote health among the elderly is regarded as a vital lesson in Chonburi province.

OBJECTIVE: To synthesize an integrated model for promoting health among older people through the implementation of a wellness plan.

METHODS: This applied research employed mixed-methods data collection, consisting of three phases: a situational analysis of activities promoting health among older people, the implementation of the wellness plan, and monitoring and evaluation. The sample groups consisted of 15 health promotion providers and 750 older people living in Chonburi. All research instruments met appropriate research tool quality standards. Data were collected between April and October 2023. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while the qualitative data were analyzed using both content and thematic analysis.

RESULTS: The success of an integrated model for promoting health comprises three key components: health workforce, budget, and implementation based on the PIRAB principles at the district and sub-district levels. This model operates through a mechanism of planning, elderly health screening, individual wellness plan development, implementation, evaluation, and recommendations for development. The success factors are contingent upon collaboration within the healthcare network. The results of the wellness plan implementation revealed that 100% of the older people used the individual wellness plan. After utilization of this plan, 75.5% of the older people had a statistically significant reduction in risk along with an increase in health literacy (t=-7.103, p<0.001).

CONCLUSIONS: The integrated model for promoting health among older people in Chonburi province involves crucial processes driven by a network that includes government, local sectors, and older leaders. This collaborative approach fosters learning about the wellness plan through planning, implementing, and evaluation, aiming for sustainable development.

KEYWORDS: integrated model, health promotion, older people, wellness plan

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นไปในทิศทางเดียวกันของประเทศไทย[1] โดยในปีงบประมาณ 2565 มีผู้สูงอายุร้อยละ 16.70 ของโครงสร้างประชากร[2] ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living: ADL) พบว่าผู้สูงอายุ ทั้งหมดจำนวน 144,779 คน ได้รับคัดกรองสุขภาพทั้ง 9 ด้านของผู้สูงอายุ ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข[3] พบว่ามีความเสี่ยงมากที่สุดด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 3.2) รองลงมา คือ ด้านการมองเห็น (ร้อยละ 3.0) ด้านสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 2.8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 2.5) ด้านภาวะขาดสารอาหาร (ร้อยละ 1.5) ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ (ร้อยละ 1.1) ด้านสภาพจิตใจที่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 1.0) และด้านความคิดความจำ (ร้อยละ 0.9) มีระบบการดูแลต่อเนื่องตามแนวทางดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) ในผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง (ร้อยละ 2.4) ในขณะที่กลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 97.6) ยังไม่มีระบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันความเสื่อมของร่างกาย แม้จะมีการคัดกรองสุขภาพดังกล่าว

จากสถานการณ์ดังกล่าว จังหวัดชลบุรี ได้ริเริ่มระบบการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ผ่านกลไกการบริหารระดับอำเภอตามแนวทางของกลยุทธ์ PIRAB ที่กำหนดหลัก 5 ประการ[4] คือ สร้างภาคีเครือข่าย (partner and build alliance) ลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน (invest) พัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ (regulate and legislate) สร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (advocacy) และพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (build capacity) และใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness plan) เป็นเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับบุคคลเฉพาะราย จัดทำแผนตามความเสี่ยงและใช้แผนเพื่อพัฒนาทักษะทั้งร่างกายและจิตใจ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามองค์ประกอบของแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่จัดการความเสี่ยง 6 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ประเด็นสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ และประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ[5] โดยมุ่งเน้นบริบทพื้นที่ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุผ่าน 5 ประเด็นสำคัญ (key message) ได้แก่ 1) การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม 2) ใช้อาหารเป็นยา 3) การเคี้ยวข้าวอร่อย 4) การไม่ลื่นไม่ล้ม 5) ไม่ลืม

ดังนั้นการดำเนินงานพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในครั้งนี้ควรมีการศึกษาสังเคราะห์รูปแบบการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่ดำเนินการในจังหวัดชลบุรี เพื่อเป็นบทเรียนของกระบวนการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพและสามารถนำไปประยุกต์ในการดำเนินงานของพื้นที่อื่นๆ ต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการประยุกต์แผนส่งเสริมสุขภาพดี ได้แก่ สถานการณ์ด้านการขับเคลื่อนงานสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี กระบวนการขับเคลื่อนระบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี ผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ได้แก่ ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ผลการจัดทำแผนและใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะต่อการขับเคลื่อนระบบการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการระดับจังหวัดและอำเภอ

วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่องรูปแบบของการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey study) เก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (mix method) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามหนังสือเลขที่ CBO Rec 66-022

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง

กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้รับบริการ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ 1) บุคลากรผู้ขับเคลื่อนการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณการจังหวัดชลบุรี ระดับอำเภอ และจังหวัด รวม 15 คน และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ ชมรมละ 20 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างตาม Krejcie & Morgan[6] เก็บข้อมูลเพิ่ม 2 เท่าจำนวน 750 คน ขั้นตอนการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการขับเคลื่อนงานสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในระดับจังหวัดเรื่อง สถานการณ์และกระบวนการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากทุติยภูมิประเมินสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) เรื่องผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน จากฐานข้อมูลคลังสุขภาพ HDC จังหวัดชลบุรี ของปีพ.ศ. 2565

ระยะที่ 2 การขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแผนส่งเสริมสุขภาพดี โดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบการจัดบริการผู้สูงอายุระดับจังหวัดและระดับอำเภอ 4 แห่ง จำนวน 15 คน เกี่ยวกับกระบวนการขับเคลื่อนการเสริมสร้างระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ที่ครอบคลุมประเด็นด้านภาคีเครือข่าย (partner and build alliance) ด้านการลงทุน (invest) ด้านนโยบายและมาตรการ (regulate and legislate) ด้านความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (advocacy) และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (build capacity) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการประยุกต์แผนส่งเสริมสุขภาพดี

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี โดยการเก็บข้อมูลที่เป็นผลลัพธ์ของรูปแบบระบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก 1) ระบบการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐ ประกอบด้วยผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ช่วงกันยายน พ.ศ.2566 จากฐานข้อมูลคลังสุขภาพ HDC จังหวัดชลบุรี และผลการจัดทำแผนตามความเสี่ยง 6 ประเด็นและใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี [5] จากฐานข้อมูลกรมอนามัย 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ประเด็นสำคัญของผู้สูงอายุ 750 ราย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้สร้างขึ้นเองโดยการศึกษาข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การหาความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนให้ตรงกับเนื้อหา วัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขจากคณะสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาลัยการสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC)[7] จำนวน 3 ชุด ได้แก่

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรูปแบบการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณการจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อคำถามเชิงคุณภาพประเด็นบริบทและกระบวนการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรีจำนวน 11 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จำนวน 7 ข้อ และมี 4 ข้อ ที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ

แบบสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับอำเภอประเด็นการจัดทำและใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และกระบวนการจัดทำและใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดีจำนวน 5 ข้อ ทุกข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีผลการตรวจคัดกรองมีความเสี่ยง (Health literary) 5 ประเด็น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปจำนวน 10 ข้อ และข้อมูลคำถามวัดความรอบรู้ 5 เรื่องหลัก ทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านสวนที่ไม่ได้เข้าโครงการ จำนวน 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค

ได้ 0.7 โดยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนเก็บข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล: ผู้วิจัยขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์และบันทึกเสียงโดยเครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลแบบสอบถามผ่าน Google form โดยผู้ช่วยวิจัยระดับอำเภอ ประสานขออนุญาตใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC จังหวัดชลบุรี ณ กันยายน พ.ศ. 2565 และฐานข้อมูลการมีและใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและบันทึกด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลคุณภาพถอดเทปและสรุปประเด็นตามวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การมีและใช้แผนสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และเปรียบเทียบความเสี่ยงตามองค์ประกอบต่าง ๆ ตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี ด้วยสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยตัวแปรเชิงปริมาณที่ใช้ในการเปรียบเทียบได้ตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติด้วยการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test และมีค่า $p>0.05$

ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงแก่นสาระ (thematic analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่ ตีความและตรวจสอบความหมายของข้อมูล รวมถึงสังเคราะห์ข้อสรุปจากข้อมูลเชิงคุณภาพ[8] เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวางแผนระบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี พบว่า สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี พบว่า ประชากรในจังหวัดชลบุรีจำนวน 1,167,144 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 208,375 คน (ร้อยละ 17.6) อำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด คือ อำเภอเมืองชลบุรี ร้อยละ 21.7 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 54.86 สำหรับผลการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (barthel activities of daily living: ADL)[12] ของผู้สูงอายุจำนวน 98,816 คน (ร้อยละ 47.4) พบว่า กลุ่มติดสังคมมีจำนวนมากที่สุด 96,045 คน (ร้อยละ 97.2) ในกิจกรรมที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง คือ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะพึ่งพิงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2566 มีจำนวนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan จำนวน 4,088 คน (ร้อยละ 97.4) อำเภอหนองใหญ่และอำเภอเกาะสีชัง ถือเป็นอำเภอที่จำนวนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงซึ่งได้รับการดูแลตาม Care Plan มากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ อำเภอสัตหีบ (ร้อยละ 97.8) และอำเภอบ้านบึง (ร้อยละ 99.5) ผู้สูงอายุจำนวน 2,441 คนที่ได้รับการคัดกรองพบว่ามีคะแนน Activities of Daily Living (ADL) แบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,334 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 1,107 คน ในจังหวัดชลบุรีมีระบบการดูแลของผู้จัดการพยาบาล (care manager :CM) จำนวน 166 คน ในสังกัดหน่วยบริการ 166 คนและท้องถิ่น 12 คน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (care giver: Cg) จำนวน 1,125 คน (ในสังกัดสาธารณสุข 1,088 คนและท้องถิ่น 37 คน) สัดส่วนเฉลี่ย 1:7 คน โดยจังหวัดชลบุรีมีจำนวน 92 ตำบล และมีจำนวนชมรมผู้สูงอายุทั้งสิ้น 127 ชมรม ครอบคลุมทั้ง 11 อำเภอ

นโยบายการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี พบว่า การบูรณาการนโยบายในระดับจังหวัด เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับบริบทพื้นที่ ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดถ่ายทอดลงให้ระดับอำเภอดำเนินการ เพื่อคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 9 ด้าน ซึ่งจำแนกตามความเสี่ยงและกลุ่มผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียง ดำเนินการตามนโยบายกองทุน Long term care: LTC ส่วนกลุ่มติดสังคมให้มีการรวมกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ และมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ตามนโยบายของขวัญของผู้สูงอายุ มอบแว่นผ้าอ้อม รากฟันเทียมของงบกองทุน และนโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมโดยใช้แนวทางแผนส่งเสริมสุขภาพดีของกรมอนามัย โดยใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตสุขภาพที่ 6 และมีการบูรณการในระดับจังหวัด กำหนด 5 ประเด็น สำคัญ

เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม “ลดหวาน มันเค็ม อาหารเป็นยา เคี้ยวข้าวอร่อย ไม่ลื่นไม่ล้ม” สอดคล้องกับ 6 องค์ประกอบของแผนส่งเสริมสุขภาพดี

กลไกการขับเคลื่อนรูปแบบระบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ระดับจังหวัด พบว่ามีการขับเคลื่อนตามแนวทาง PIRAB ประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างภาคีเครือข่ายการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยพบว่ามีชมรมผู้สูงอายุครอบคลุมทุกตำบลเป็นการดำเนินการทั้งภาครัฐและท้องถิ่น จนเกิดความเข้มแข็งเป็นชมรมที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 84.1) โดยมีภาคีหลักคือหน่วยบริการของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และท้องถิ่นที่สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชมรม 2) กระบวนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและผู้สูงอายุ ระดับจังหวัดมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย และอบรมทีมนำผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุทั้ง 138 แห่ง ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว สำหรับผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2566 การเสริมพลังด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและสนับสนุนให้โรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 3) กระบวนการสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุพบว่าระดับจังหวัดมีนโยบายการสร้างความรอบรู้ของจังหวัดชลบุรี มีการบูรณาการกลุ่มงานและกำหนด 5 ประเด็นสำคัญจากการคัดกรองที่พบความเสี่ยงในผู้สูงอายุ ในการสื่อสารเชิงรุกในการสร้างความรอบรู้ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว สำหรับผู้สูงอายุ 4) การลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน มีการจัดระบบการรายงานผลใน HDC เป็นฐานข้อมูลหลักเพื่อที่ตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานคัดกรองได้ และพัฒนาช่องทางการสื่อสารผ่าน Official Account (OA) เพื่อสื่อสารความรู้และให้คำปรึกษากับผู้สูงอายุ 5) พัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ พบว่ามีประกาศนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และแนวทางการขับเคลื่อนการบูรณาการระบบการส่งเสริมสุขภาพเสริมสร้างความรอบรู้ใน 5 ประเด็นสำคัญร่วมกัน

ระยะที่ 2 การขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแผนส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีการดำเนินการ 4 ขั้นตอนที่สำคัญ ทั้งขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการ ขั้นการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ขั้นการดำเนินการตามแผน และขั้นการติดตามประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการ พบว่ามีกระบวนการสื่อสารกับผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายผู้สูงอายุระดับอำเภอ โดยบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ เพื่อทำความเข้าใจและเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อนำเข้าสู่ขั้นตอนต่อไป ร่วมกับการประสานวิทยากรผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดแผนในการดำเนินการ

ขั้นจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี โดยบุคลากรแต่ละ รพ.สต. ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อประเมินความเสี่ยง 6 องค์ประกอบตามแผนส่งเสริมสุขภาพดีเพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายบุคคล

ขั้นดำเนินการตามแผน หน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้จัดกิจกรรมปรับพฤติกรรมประสานเตรียมสถานที่ บุคลากร วิทยากร ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้ามาร่วมจัดกิจกรรมตามแนวทางของจังหวัด ปรับเอาตามสถานการณ์ และมีสอดแทรกการสันทนาการ จัดกิจกรรมโดยวิเคราะห์ได้เป็น 4 รูปแบบคือ รูปแบบที่ 1 อำเภอให้ รพ.สต. แห่งเดียวดำเนินการเฉพาะสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุของพื้นที่ มีการปรับกระบวนการปรับพฤติกรรมโดยนำความเสี่ยงของรายคนขึ้นสไลด์และนำไปสู่การแก้ปัญหาความเสี่ยงรายคน รูปแบบที่ 2 รพ.สต. ที่เป็นแม่ข่ายจัดอบรม รพ.สต. อื่นๆ นำผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเข้ามาร่วมกิจกรรม รูปแบบที่ 3 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการจัดกิจกรรม โดยนำมีวิทยากรจาก รพ.สต. และ รพ. ในอำเภอมาช่วยใช้สถานที่โรงพยาบาล และรูปแบบที่ 4 โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโดยมีวิทยากรจาก รพ.สต.และ รพ. ในอำเภอ

ขั้นการติดตามผล เป็นการใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุใน 4 ครั้ง ของการเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีแบบประเมินตามแนวทางของจังหวัด ได้แก่ แบบ

ประเมินความเสี่ยงวัดผลซ้ำทั้ง 4 ครั้ง แบบวัดความรู้ 6 องค์ประกอบ และแบบวัดความรอบรู้ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4 บันทึกผ่าน Google form และ QR code ตามแนวทางของกรมอนามัย

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สรุปได้ว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการมีและใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี คือการจัดทำแผนปรับพฤติกรรมความเสี่ยง 6 ด้านของแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายบุคคล ของผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกัน และการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายให้มีการจัดกิจกรรมปรับพฤติกรรมต่อเนื่องรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่วนปัญหาและอุปสรรคของการมีและใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี คือ ความไม่สะดวกในการเดินทางของผู้สูงอายุจากหลายที่มารวมกัน โดยบุคลากรใน รพ.สต. ได้มีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยการให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันและเจ้าหน้าที่เป็นคนสนับสนุนการเดินทาง ร่วมกับปัญหาด้านความไม่พร้อมของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำผ่าน QR code จึงมีผลให้บุคลากรใช้ระยะเวลาและอุปกรณ์จำนวนมากเกินกว่าที่ได้เตรียมไว้

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี พบว่า ผลการคัดกรองผู้สูงอายุ ตามความเสี่ยง 9 ด้าน (จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข) ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 9 ด้าน จำนวน 154,021 คน (ร้อยละ 76.2) กลุ่มติดสังคม จำนวน 96,045 คน (ร้อยละ 97.2) มีความเสี่ยงด้านการมองเห็นมากที่สุด 6,505 คน (ร้อยละ 4.2) รองลงมาความเสี่ยงช่องปาก 4,508 คน (ร้อยละ 2.9) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3,829 คน (ร้อยละ 2.5) การได้ยิน 867 คน (ร้อยละ 0.9) ความคิดความจำ 837 คน (ร้อยละ 0.5) ขาดสารอาหาร 725 คน (ร้อยละ 0.5) การกลั้นปัสสาวะ 714 คน (ร้อยละ 0.5) ภาวะซึมเศร้า 322 คน (ร้อยละ 0.2) (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจากการคัดกรอง 9 ด้าน จำแนกรายด้าน

การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี โดยประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีของผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน จำนวน 6 องค์ประกอบ และเข้ารับการปรับพฤติกรรมตามโปรแกรมที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำแนวทางให้ระดับอำเภอดำเนินการจัดอบรม 4 ครั้ง พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่รับการประเมินความเสี่ยงตามองค์ประกอบ แผนส่งเสริมสุขภาพดี มีความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปากมากที่สุด ร้อยละ 94.0 รองลงมาด้านโภชนาการ ร้อยละ 67.0 ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 74.9 ด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 27.1 ด้านมีความสุข ร้อยละ 9.2 และด้านผู้สูงอายุสมองดี ร้อยละ 9.0 ตามลำดับ และพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม 4 ครั้ง พบว่า

ครั้งที่ 1 มีระดับความเสี่ยงระดับมาก ร้อยละ 0.4 เสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 44.3 และมีความเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 55.3

ครั้งที่ 2 มีระดับความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 มีความเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 57.2 และไม่เสี่ยงร้อยละ 2.8

ครั้งที่ 3 มีระดับความเสี่ยงระดับปานกลาง

ร้อยละ 12.7 มีความเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 70.1 และไม่เสี่ยงร้อยละ 17.2

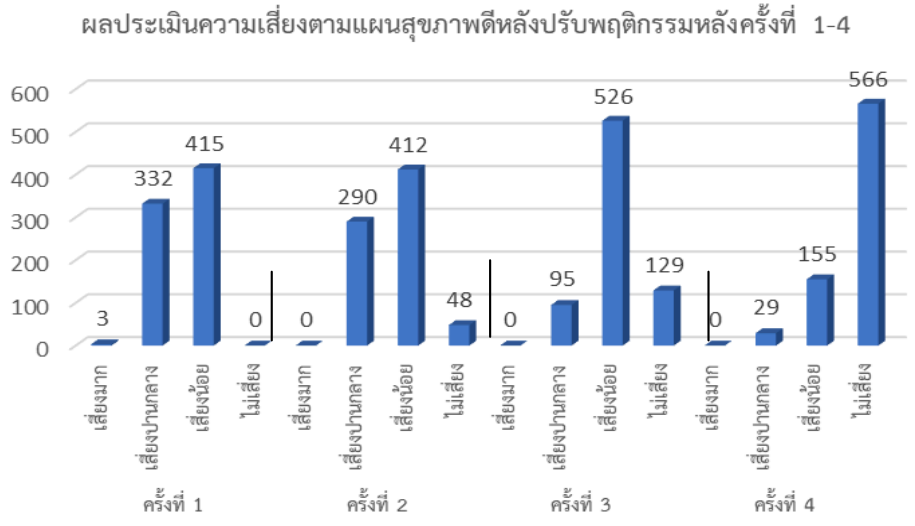
ครั้งที่ 4 มีระดับความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 3.9 มีความเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 20.7 และไม่เสี่ยงร้อยละ 75.5

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 5 ประเด็นสำคัญ ของผู้สูงอายุ พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้โดยรวมหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-7.103, p<0.001) โดยก่อน (72.6±1.8) และหลัง (80.9±1.7) และมีความแตกต่างกันทุกด้าน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		mean±SD	t-test	*p*-value
ลดหวานมันเค็ม	ก่อน	71.8±2.1	-5.010	<0.001
	หลัง	80.6±2.3		
อาหารเป็นยา	ก่อน	76.9±3.0	-4.680	0.001
	หลัง	84.5±2.4		
เคี้ยวข้าวอร่อย	ก่อน	80.4±0.9	-7.991	<0.001
	หลัง	85.2±0.9		
ไม่ลืม	ก่อน	60.9±2.2	-11.473	<0.001
	หลัง	77.8±2.3		
ไม่ล้ม	ก่อน	65.8±2.8	-4.543	0.001
	หลัง	76.6±2.3		
รวม	ก่อน	72.6±1.8	-7.103	<0.001
	หลัง	80.9±1.7		

ผลการประเมินความเสี่ยง 6 องค์ประกอบของแผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness plan) ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม 750 คน และพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมครั้งที่ 1-4 ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุจัดทำแผนสุขภาพดี (wellness plan) 750 คน ในชมรมผู้สูงอายุ หลังเข้าโปรแกรมระดับความเสี่ยงลดลง 566 คน (ร้อยละ 75.46) (รูปที่ 2)



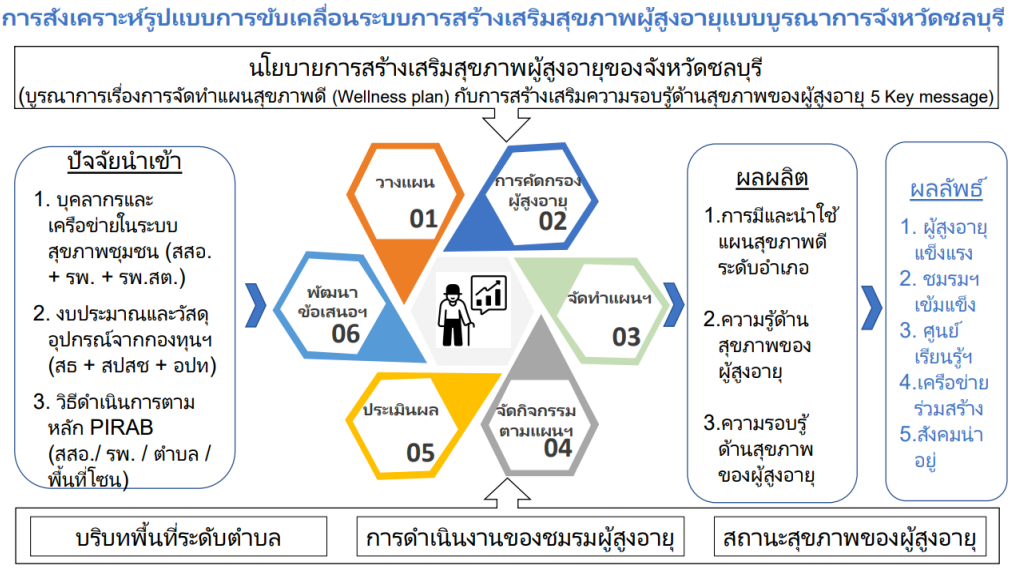
รูปที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมครั้งที่ 1-4 จำแนกตามความเสี่ยงแผนสุขภาพดี

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความเสี่ยงตาม 6 องค์ประกอบ (wellness plan) ก่อนและหลัง การมีและใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี จำแนกรายองค์ประกอบ

ความเสี่ยง		mean±SD	t-test	*p*-value
ด้านการเคลื่อนไหว	ก่อน	74.8±20.0	-4.04	0.002
	หลัง	89.8±9.0		
ด้านโภชนาการ	ก่อน	54.9±24.5	-5.86	<0.001
	หลัง	78.8±12.8		
ด้านสิ่งแวดล้อมปลอดภัย	ก่อน	68.1±26.1	-2.76	0.02
	หลัง	80.7±15.1		
ด้านสุขภาพช่องปาก	ก่อน	54.2±25.2	-8.56	0.002
	หลัง	72.9±17.2		
ด้านสมองดี	ก่อน	86.1±15.3	-2.32	0.04
	หลัง	90.1±12.3		
ด้านสุขภาพจิตดี	ก่อน	92.7±8.5	-2.47	0.03
	หลัง	96.7±4.4		
รวมทุกองค์ประกอบ	ก่อน	62.3±8.3	-14.44	<0.001
	หลัง	91.6±10.5		

จากตารางที่ 2 พบว่าความเสี่ยงก่อนและหลังจัดทำและใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=14.44, p<0.001) ก่อนเฉลี่ย 62.3±8.3 และหลังเฉลี่ย 91.6±10.5 โดยทุกองค์ประกอบก่อนและหลังมีและใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการสังเคราะห์รูปแบบการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี เกิดจากการสรุปมีข้อค้นพบระดับจังหวัด มีนโยบายการดำเนินงานจากกรมต่างๆ กำหนดตัวชี้วัดถ่ายทอดลงให้ระดับอำเภอ ในเรื่องคัดกรอง 9 ด้าน การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ตามนโยบายกองทุน LTC และมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ นโยบายของขวัญของผู้สูงอายุ มอบแว่น ผ้าอ้อม รากฟันเทียมของงบกองทุน และนโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมโดยใช้แนวทางแผนส่งเสริมสุขภาพดี ของกรมอนามัย โดยใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตสุขภาพที่ 6 และมีการบูรณการในระดับจังหวัด กำหนด 5 ประเด็นสำคัญ ให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม “ลดหวานมันเค็ม อาหารเป็นยา เคี้ยวข้าวอร่อย ไม่ลื่นไม่ล้ม” สอดคล้องกับ 6 องค์ประกอบของแผนส่งเสริมสุขภาพดีระดับอำเภอ นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทของพื้นที่ระดับตำบล การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ และออกแบบการสร้างเสริมสุขภาพจากวิเคราะห์สถานสุขภาพจากการคัดกรองตามแนวทางของจังหวัด โดยระบบการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ภาคีเครือข่ายในระบบสุขภาพ (สสอ./รพ./รพ.สต.) งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพและการขับเคลื่อนตามแนวทาง PIRAB มีกระบวนการขับเคลื่อนได้แก่ การวางแผน การคัดกรองผู้สูงอายุ การจัดทำแผน การจัดกิจกรรมตามแผน การประเมินผลและการพัฒนาข้อเสนอ ผลผลิตที่ได้ประกอบด้วยการมีและใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพแผนและส่งมอบองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมต่อให้ท้องถิ่น ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับผู้สูงอายุแข็งแรง ชมรมเข้มแข็งเกิดศูนย์เรียนรู้เครือข่ายร่วมสร้าง และสังคมน่าอยู่ (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 การสังเคราะห์รูปแบบการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี

อภิปรายผล

ผลการสังเคราะห์รูปแบบการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการจังหวัดชลบุรี ในครั้งนี้ พบว่าระดับจังหวัดกำหนดตัวชี้วัดถ่ายทอดลงให้ระดับอำเภอ นโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมโดยใช้แนวทางจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี มีการบูรณาการในระดับจังหวัด กำหนด 5 ประเด็นสำคัญให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม “ลดหวานมันเค็ม อาหารเป็นยา เคี้ยวข้าวอร่อย ไม่ลื่นไม่ล้ม” โดยปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ภาคีเครือข่ายในระบบสุขภาพ (สสอ./รพ./รพ.สต.) งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพและการขับเคลื่อนตามแนวทาง PIRAB[5] มีความโดดเด่นของ 1) กระบวนการสร้างภาคีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุครอบคลุมทุกตำบลเป็นการดำเนินการทั้งภาครัฐและท้องถิ่น จนเกิดความเข้มแข็งเป็นชมรมคุณภาพร้อยละ 84.1 ที่แสดงถึงคุณภาพของการดำเนินงานของชมรม[9] 2) กระบวนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและผู้สูงอายุ ระดับจังหวัดมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับอำเภอโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่ายและอบรมทีมนำผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุทั้ง 138 แห่ง ซึ่งสอดคล้องกับผลการคัดกรองที่พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมากจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 97.2) ที่รวมกลุ่มร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ถือว่าเป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี 3) กระบวนการสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการบูรณาการงานโดยกำหนด 5 ประเด็นสำคัญ ที่มีความเสี่ยงในผู้สูงอายุ สื่อสารสร้างความรอบรู้ “ลดหวานมันเค็ม อาหารเป็นยา เคี้ยวข้าวให้อร่อย ไม่ลืมไม่ล้ม” และพัฒนารูปแบบการสื่อสารกับชมรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าการประยุกต์จากแบบจำลองระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้สมาชิกรู้จำลองฝึกทำได้ต่อเนื่องจนดีต่อสุขภาพและบอกต่อสิ่งที่ทำได้ดี”[10] ผลการวิจัยได้สนับสนุนแนวคิดการพัฒนาระบบ สร้างเสริมสุขภาพ ผ่านกระบวนการสร้างความรอบรู้ ในระดับบุคคล โดยใช้ รูปแบบของ Smart คำที่จำได้ง่าย 4) การลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน มีการจัดระบบการรายงานผลใน HDC เป็นฐานข้อมูลหลัก เพื่อที่ตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานคัดกรองได้ เพื่อแก้ไขปัญหาความซ้ำซ้อนและขาดความเชื่อมโยงจากโปรแกรมที่กรมต่างๆ ได้พัฒนาขึ้น 5) พัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพ มีประกาศนโยบายของ สสจ. ขับเคลื่อนระบบการส่งเสริมสุขภาพเสริมสร้างความรอบรู้ผ่านกระบวนการปรับพฤติกรรมรายบุคคลและกลุ่มในระดับอำเภอ 4 รูปแบบ ผลการขับเคลื่อนพบว่า คัดกรองความเสี่ยง (ร้อยละ 6.2) มีความเสี่ยงด้านการมองเห็นมากที่สุด (ร้อยละ 4.2) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรีกลุ่มติดสังคมอายุระหว่าง 60-69 ปี มี

ภาวะถดถอยทางกายด้านการมองเห็นมากที่สุด[9] สำหรับการมีใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี 750 ราย ในชมรมผู้สูงอายุความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปากมากที่สุด (ร้อยละ 94.0) หลังเข้าโปรแกรมระดับความเสี่ยงลดลง 566 ราย (ร้อยละ 75.5) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยก่อน (72.6±1.8) และหลังเข้าโปรแกรม (=80.9±1.7) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-7.103, p<0.001) ซึ่งพบว่าปัจจัยความสำเร็จคือ กระบวนการปรับพฤติกรรมจากการใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดีรายบุคคลของผู้สูงอายุ มีกระบวนการจัดทำแผนร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่มและรายบุคคลต่อเนื่อง 4 ครั้ง และเครือข่ายผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายร่วมกันสนับสนุนการมาร่วมจัดกิจกรรมปรับพฤติกรรม ขณะเดียวกันความเสี่ยงสุขภาพรายบุคคล เช่น สุขภาพช่องปาก แม่ข่ายโรงพยาบาลจัดทันตแพทย์ตรวจสุขภาพช่องปากได้ทันที สอดคล้องกับการศึกษาหลังการใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] เช่นเดียวกับการศึกษากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดีด้าน “ไม่ล้ม” “กินข้าวอร่อย” “ไม่ซึมเศร้า” และ “ไม่ลืม” เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจนบอกต่อได้มากที่สุด[10]

ประโยชน์และการนำไปใช้ มีดังนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำผลการสังเคราะห์รูปแบบการขับเคลื่อนระบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัด และขยายผลไปสู่การดำเนินการในชมรมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2567 เป็นต้นไป และจัดทำแนวทางการดำเนินการ แผนส่งเสริมสุขภาพดีให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในระดับประเทศ

จากการศึกษาในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม การนำกระบวนการขับเคลื่อนด้วยกลยุทธ์ PIRAB พร้อมกันทั้งระดับจังหวัด อำเภอ เครือข่ายชุมชน และท้องถิ่น โดยเครื่องมือแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายบุคคล จะเป็นประโยชน์ในการชะลอความถดถอยของสุขภาพในผู้สูงอายุ ทั้งนี้กำหนดเป็นนโยบายให้ระดับปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายระดับชุมชนและท้องถิ่นที่พบว่าเป็นผู้ดำเนินการในชมรมผู้สูงอายุ และมีพัฒนาศักยภาพในประเมินสุขภาพ 6 ประเด็นของแผนส่งเสริมสุขภาพดี เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีรายบุคคลของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องต่อไป และควรพัฒนาบทบาทและศักยภาพของอาสาสมัคร CG ให้สามารถประเมินความเสี่ยงตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี และจัดทำแผนร่วมกับผู้สูงอายุกลุ่มปกติ ที่ไม่เข้าชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนได้

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัดระยอง ในการดำเนินงาน แผนส่งเสริมสุขภาพดีชะลอชรา ชีวายืนยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยวิจัยทุกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พัชนา ใจดี อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ในฐานะที่ปรึกษางานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1 Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2016. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research; 2017.

2. Ministry of Public Health. Health data center [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 29]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/

3. Ministry of Public Health. Manual for geriatric screening. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021.

4. Hfocus. MPC adopts ‘PIRAB’ strategy to take cares for people longevity and good health system [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 29]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2017/03/13678

5. Ministry of Public Health. Wellness plan. Nonthaburi: Bureau of Elderly Health; 2022.

6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activity, educational and psychological measurement. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-10.

7. Srisa-atB.Basic research.10thed. Bangkok: Suweerivasarn; 2017.

8. Teddlie CB, Tashakkori AM. Foundations of mixed methods research: integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences. California: SAGE Publications; 2009.
9. Ministry of Public Health. Manual to drive the operation of the elderly health club. Nonthaburi: Bureau of Elderly Health; 2022.
10. Maleevong K, Durongrittichai V, Buajalearn H, Sawangsalee S, Jantapol B, Hattapornsakwan Y, et al. Elderly health promotion system development through a health literacy process in elderly clubs of the Bangkok metropolitan. Journal of Public Health Nursing 2020;34(2): 84–101.
11. Sarisheewin P, Suwannawong Y. A study of health situation and readiness preparation to prevent a deconditioning in social bound elderly people in Saraburi province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2021;5(2):129-51.
12. Phuhongsai S, Chanphon K, Faikhao A, Chanahan P. Developing knowledge about health-promoting behavior of the elderly in elderly school: region 7 [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 25]. Available from: http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2566003401.pdf