

รายงาน
สถานการณ์ระบบข้อมูลสุขภาพ
และการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน
(Situation of Health Information System and development of health
indicators in Older people : Lamphun Province)

ตอนที่ 2
การพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ

ผศ.ดร.จิตติณัฐ อัครเดชอนันต์

รศ.ดร.ทพญ.พัชรารัตน์ ศรีศิลป์นันท์

ผศ.ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ

รศ.นพ.พีรศักดิ์ เลิศตระการนนท์

อ.นพ.นฤมนัส คอวนิช

อ.ดร.ทศพร คำผลศิริ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ธันวาคม 2551

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	4
บทที่ 2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
บทที่ 3	วิธีดำเนินการ	25
บทที่ 4	ผลการดำเนินงาน	27
บรรณานุกรม		50

สารบัญ ตาราง

	หน้า
บทที่ 2	
ตารางที่ 2.1 ปัจจัยบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดต่างๆ	14
บทที่ 4	
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรด้านสุขภาพ(34 คน) และผู้ทรงคุณวุฒิ(25 คน)	28
ตารางที่ 4.2 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	30
ตารางที่ 4.3 ความคิดเห็นของบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	32
ตารางที่ 4.4 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุจากการตอบแบบสอบถาม	34
ตารางที่ 4.5 สรุปความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่ม	36
ตารางที่ 4.6 สรุปรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	43
ตารางที่ 4.7 จำนวนรายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ	47

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี 2547 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรสูงอายุหรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 6.2 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด 62 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2547) อีก 6 ปีข้างหน้า สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 9.2 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ของประชากร และเพิ่มขึ้นสูงเป็น 13.7 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรรวมจะเพิ่มจากร้อยละ 10 ในปัจจุบัน เป็นร้อยละ 20 อันเป็นอัตราการเพิ่มที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับปี 2549 จำนวนผู้สูงอายุมี 6,846,319 คน เพิ่มขึ้นจากพ.ศ.2548 จำนวน 152,839 คน และคาดว่าพ.ศ.2550 จะมีจำนวน 7,040,657 คน โดยในพ.ศ.2549 ผู้สูงอายุผู้ชายจะมีอายุยืนขึ้นถึง 69 ปี และผู้หญิง 76 ปี และในอีก 10 ปีข้างหน้า ผู้ชายจะมีอายุยืนถึง 71 ปี และผู้หญิง 78 ปี

ข้อมูลล่าสุดจากสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ประมาณการจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยในช่วงปี 2547-2550 ว่ามีอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยเกือบ 2 แสนคนต่อปี ทั้งนี้ เพราะมีการป้องกันโรค มีความสามารถในการดูแลตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ ทำให้มีอายุยืนยาว การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วจะส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา อาทิ ทำให้เศรษฐกิจไม่ขยายตัว เพราะประชากรวัยแรงงานไม่ขยายตัว และต้องเพิ่มภาระการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วย รวมทั้งปัญหาการจัดการด้านสิทธิต่างๆ ของผู้สูงอายุ อาจไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึงเป็นธรรม เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคมเป็นต้น

ภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ มีจิตใจที่มีความสุข มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น และมีจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2547) การวัดปัญหาสุขภาพโดยใช้การสูญเสียปีสุขภาพ (Disability Adjusted Life Year, DALY) เป็นตัวบ่งชี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติเนื่องจากความเสื่อมสภาพของร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ นั้นเอง องค์การอนามัยโลกได้กำหนดตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิต และเป็นผู้ที่มีพหุพิพลัง (active aging) ที่ประกอบด้วย ปัจจัยอิทธิพล 5 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล การบริการสุขภาพ สวัสดิการสังคมและเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (World Health Organization, 2002) นอกจากนี้ในประเทศอเมริกาและหลายประเทศในทวีปยุโรปที่มีประชากรสูงอายุจำนวนมากได้พัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพหรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้น สำหรับประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการพัฒนาดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพ หรือดัชนีชี้

วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสังคมไทย อีกทั้งระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุไทย ได้มีการจัดทำรวมอยู่ในฐานข้อมูลประชากร ซึ่งเป็นการยากที่จะแยกข้อมูลผู้สูงอายุออกจากฐานข้อมูลประชากรไทย

ตัวชี้วัด เป็น เครื่องมืออย่างหนึ่ง ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวัดหรือติดตามประเมินกิจกรรม หรือ โครงการต่างๆ ซึ่งมีหลายมิติ เช่น มิติด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ เป็นต้น หากยังไม่มีตัวชี้วัดดังกล่าวก็จะไม่ทราบแนวทางในการประเมิน หรือ การปรับปรุงนโยบายและกลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การที่มีการพัฒนาตัวชี้วัดในต่างประเทศนั้นได้มีการดำเนินการมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (Gerald, 2000) โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศในทวีปยุโรป และประเทศออสเตรเลีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ ปี ค.ศ 1970 เป็นต้นมา ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้ได้มีการนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดในการเปรียบเทียบคุณภาพ (quality) ประสิทธิภาพ (effectiveness) และประสิทธิผล (efficiency) นอกจากนั้นตัวชี้วัด ยังมีประโยชน์ในการเป็นจุดอ้างอิง (points of reference) ในการเปรียบเทียบคุณภาพหรือผลงานกับกลุ่มหน่วยงานหรือองค์กรในระดับเดียวกัน (peer) ในเวลาเดียวกัน หรือช่วยในการชี้วัดการบรรลุถึงจุดที่ตั้งเป้าไว้ เมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (desired objective) ต่อมาในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา ตัวชี้วัด ดังกล่าวไม่เพียงแต่ได้มีการนำมาใช้ ในเชิงของความสมัครใจ (voluntary) เท่านั้น แต่ยังได้มีการนำมาใช้ในด้านของการบังคับ (mandatory) กับสถาบันต่าง ๆ เพื่อแสดงถึงความรับผิดชอบที่มีของหน่วยงานหรือองค์กรต่อประชาชนและสังคม ซึ่งเป็นกลไกที่ช่วยกระตุ้นให้หน่วยงานหรือองค์กรสถาบันต่างๆ มีการพัฒนาและปรับปรุงทั้งโครงสร้าง กระบวนการของ และ ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน สำหรับในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประชาชน และตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยรวม เป็นต้นว่า ดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพของประชาชนไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าการพัฒนาตัวชี้วัดของหน่วยงานและองค์กรภาครัฐหลายหน่วยงาน เป็นต้นว่า ตัวชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2549) และตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ (กรมอนามัย, 2547) โดยยังไม่ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดสุขภาพของผู้สูงอายุแต่อย่างใด

คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อจะนำไปใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพและการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีความต้องการที่จะพัฒนาระบบสารสนเทศของตัวชี้วัดสุขภาพ เพื่อที่จะบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุด้านต่างๆ (ฐานข้อมูลตัวชี้วัด) และระบบสารสนเทศนี้สามารถประมวลระดับตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุที่จะใช้ในการเทียบเคียง (benchmark) กับค่ามาตรฐานในระดับชาติ ซึ่งระบบสารสนเทศตัวชี้วัดนี้จะเป็นนวัตกรรมที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะนำไปใช้ในการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและผลลัพธ์ของการให้/จัดบริการแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นการค้นหาโอกาสพัฒนาบริการ และเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยใช้จังหวัดลำพูนเป็นกรณีศึกษา

นิยามศัพท์

ตัวชี้วัดสุขภาพ หมายถึง รายการของข้อความที่สร้างขึ้น เพื่อใช้ในการวัดหรือติดตามประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 5 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล การบริการสุขภาพ สวัสดิการสังคมและเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

การพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพ หมายถึง กระบวนการจัดทำรายการตัวชี้วัดสุขภาพฯ ของตัวชี้วัดสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบท จังหวัดลำพูน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนารายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ตัวชี้วัด
 - 1.1 ความหมายของตัวชี้วัด
 - 1.2 ประเภทของตัวชี้วัด
 - 1.3 คุณสมบัติของตัวชี้วัด
 - 1.4 ประโยชน์ของตัวชี้วัด
 - 1.5 รูปแบบวิธีการพัฒนาตัวชี้วัด
2. ตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 2.2 องค์ประกอบของตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 2.2.1 ด้านภาวะสุขภาพ
 - 2.2.2 ด้านพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล
 - 2.2.3 ด้านการบริการสุขภาพ
 - 2.2.4 ด้านภาวะสังคมและเศรษฐกิจ
 - 2.2.5 ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

ความหมายของตัวชี้วัด

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับตัวชี้วัดไว้หลายท่าน เช่น จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ(2543)ให้ความหมายตัวชี้วัดไว้ว่าเป็นเครื่องมือในการวัดหรือประเมินคุณภาพวิธีหนึ่ง สามารถที่จะประเมินได้ทั้งทางโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ โดยบอกถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นเครื่องมือช่วยนำไปสู่การทบทวน หรือสอบสวนกระบวนการบริการหรือการดูแลรักษาเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนต่อไป นอกจากนี้ ตัวชี้วัด หมายถึง รายการหรือเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการวัด คัดกรองหรือส่งสัญญาณในการเฝ้าติดตาม ประเมินและปรับปรุงคุณภาพสำหรับเหตุการณ์เป้าหมายหรือการดูแล (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations: JCAHO, อ้างใน Fielo, 1993) ซึ่ง

บ่งบอกสถานะต่างๆว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ (องอาจ นัยพัฒน์, 2544) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งที่เป็นเครื่องมือหรือรายการที่ใช้ในการวัด หรือคัดกรอง หรือ ส่งสัญญาณในการเฝ้าติดตาม ประเมินและปรับปรุงคุณภาพในการบริหาร จัดการเรื่องที่ต้องการ โดยมิวัดอุปสรรคที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ในการประเมินคุณภาพซึ่งเป็นข้อกำหนดที่พัฒนาขึ้นอย่างมีระบบเพื่อบ่งบอกถึงแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้

สำหรับตัวชี้วัดสุขภาพในการศึกษารุ่นนี้หมายถึงรายการของข้อความที่สร้างขึ้น เพื่อใช้ในการวัดหรือติดตามประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเภทของตัวชี้วัด

โดนาบีเดียน (Donabedian, 1980) แบ่งประเภทของตัวชี้วัดตามแนวคิดรูปแบบคุณภาพการดูแล ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีระบบ ได้แก่

1. **ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (structure indicators)** ซึ่งอธิบายถึงลักษณะโครงสร้างองค์กร บุคลากร ทรัพยากร ที่เป็นปัจจัยนำเข้าในการสนับสนุนให้กระบวนการดำเนินงานให้บรรลุผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา เป็นเครื่องชี้วัดในเชิงปริมาณ มิได้บ่งบอกถึงคุณภาพการบริการโดยตรง โดยมีวัตถุประสงค์ใช้วัดและประเมินว่าหน่วยงานมีศักยภาพเพียงพอหรือไม่ที่จะจัดบริการ

2. **ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (process indicators)** เป็นเครื่องวัดกระบวนการหรือขั้นตอนของการทำงาน วัดอุปสรรคใช้วัดและประเมินว่ามีการปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดหรือไม่

3. **ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (outcome indicators)** เป็นเครื่องวัดผลที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นจากการกระทำหรือไม่กระทำกิจกรรม มีประโยชน์มากในการประเมินคุณภาพบริการ โดยประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น วัดอุปสรรคใช้วัดและประเมินว่าการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดนั้นก่อให้เกิดผลลัพธ์สุดท้ายกับผู้รับบริการอย่างไร ทั้งนี้เพื่อนำผลการวัดและประเมินที่ได้ไปเป็นข้อมูลย้อนกลับในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านบริหารจัดการ การกำหนดมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติ และการปฏิบัติตามมาตรฐาน

คุณสมบัติของตัวชี้วัด

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ (2543) และอนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2543) ได้กำหนดคุณสมบัติของตัวชี้วัดที่สำคัญ 4 ประการได้แก่

1. **มีความถูกต้องและความเชื่อมั่น** ตัวชี้วัดที่ดีต้องมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ เนื้อหาทันสมัยและเป็นที่ยอมรับในวงการวิชาการ โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ และมีความเชื่อมั่น

2. มีความจำเพาะ ตัวชี้วัดที่ดีต้องสามารถวัดสิ่งที่มีความสำคัญในเรื่องนั้นๆได้และสามารถทำให้เห็นโอกาสพัฒนา ที่ชัดเจนซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยระดับของการประเมินสำหรับตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ต้องอยู่ในวิสัยที่สามารถบรรลุผลที่กำหนดได้

3. สามารถนำไปปฏิบัติได้ ตัวชี้วัดที่ดีควรสามารถเก็บข้อมูลได้โดยง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนให้ความสะดวกต่อผู้เก็บข้อมูล ไม่รู้สึกรว้างเป็นภาระจนเกินไป นั่นคือต้องใช้เวลาและทรัพยากรน้อยที่สุด ทรัพยากรในที่นี้ได้แก่บุคคล เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ งบประมาณค่าใช้จ่ายและการบริหารจัดการ โดยที่การเก็บข้อมูลเพื่อวัดระดับคุณภาพต้องได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นและถูกต้อง

4. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องสามารถสะท้อนผลของการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ทันที ไม่เช่นนั้นอาจทำให้สรุปผลคลาดเคลื่อนได้ว่าวิธีการที่ระบุในตัวชี้วัดนั้นไม่ได้ผล โดยเฉพาะตัวชี้วัดด้านโครงสร้างและตัวชี้วัดด้านกระบวนการ

ในการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ ควรคำนึงถึงคุณสมบัติดังกล่าว แต่อย่างน้อย ควรมีคุณสมบัติที่สำคัญ ได้แก่ ความถูกต้องและความเชื่อมั่น และสามารถนำไปปฏิบัติได้

ประโยชน์ของตัวชี้วัด

การนำตัวชี้วัดไปใช้ก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ, 2543; สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543) ซึ่งสามารถจัดกลุ่มเป็นประโยชน์ในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการได้ดังนี้

1. ระดับบริหาร ใช้เป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพ ที่แสดงให้เห็นถึงผลในการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม เป็นแนวทางในการจัดสรรทรัพยากรบนพื้นฐานของการปฏิบัติงาน และเป็นเครื่องมือในการติดตามและควบคุมคุณภาพบริการ

2. ระดับปฏิบัติการ ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและค้นหาโอกาสในการพัฒนา เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและเพื่อการดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสม และยังเป็นเครื่องมือในการเปรียบเทียบผลงาน

ดังนั้น การนำตัวชี้วัดไปใช้ก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการทั้งในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ โดยอาจใช้เป็นข้อมูลในการเป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสม และยังสามารถบอกระดับของการพัฒนา (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543)

รูปแบบวิธีการพัฒนาตัวชี้วัด

แคมเบลและคณะ (Campbell et al. , 2002) ได้เสนอว่า วิธีการพัฒนาตัวชี้วัด ว่ามี 2 วิธีการหลัก ได้แก่ การพัฒนาเป็นระบบชัดเจน (systemic method) และไม่เป็นระบบชัดเจน (non-systemic method) ดังนี้

1. วิธีการพัฒนาตัวชี้วัดแบบไม่เป็นระบบชัดเจน (non-systemic method) เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดที่ไม่ได้ยึดหลักฐานที่ปรากฏ แต่ยึดตามข้อมูลหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริงหรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อดีที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้รวดเร็ว สะดวก และง่ายต่อการนำไปใช้

2. วิธีการพัฒนาตัวชี้วัดแบบเป็นระบบชัดเจน (systemic Method) มี 3 วิธีการย่อยดังนี้

2.1 การพัฒนาตัวชี้วัดแบบเป็นระบบชัดเจน โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดที่ยึดตามหลักฐานจากผลการวิจัย มากำหนดตัวชี้วัด

2.2 การพัฒนาตัวชี้วัดแบบเป็นระบบชัดเจน โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการหาฉันทามติ (evidence combined with consensus) เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดที่ยึดตามหลักฐานจากผลการวิจัย มากำหนดตัวชี้วัด แต่ในองค์ความรู้บางเรื่องอาจไม่มีหลักฐานจากรายงานผลการวิจัยที่ชัดเจน หรือยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุม จึงต้องอาศัยข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบในการพัฒนาตัวชี้วัด ซึ่งการหาฉันทามติมีกระบวนการ ได้แก่

1 เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เป็นวิธีการรวบรวมความคิดเห็น โดยการส่งแบบสอบถามความเห็นไปยังผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะไม่ทราบว่าผู้ใดบ้างที่อยู่ในกลุ่มเพื่อจัดอิทธิพลของกลุ่ม

2 เทคนิค RAND appropriateness เป็นวิธีการที่เป็นการเสวนาผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อคิดเห็นในระยะพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพโดยอาศัยหลักฐานที่ปรากฏ

3 การพัฒนาตัวชี้วัดแบบเป็นระบบชัดเจนโดยอาศัยแนวปฏิบัติที่มีอยู่ (guideline-driven indicators) เป็นการพัฒนาตัวชี้วัดที่มีขั้นตอน 5 รอบ โดยรอบที่หนึ่ง เป็นการอาศัยบุคคล 1-3 คน คัดเลือกตัวชี้วัด รอบที่สองเป็นการให้คะแนนตัวชี้วัดและเพิ่มเติมตัวชี้วัด รอบที่สาม เป็นการหาความเชื่อมั่นของตัวชี้วัด อาจใช้วิธีการหาความสอดคล้องภายใน หรือการหาความสอดคล้องของผู้ตรวจสอบ (interrater reliability) รอบที่สี่ เป็นการคัดเลือกตัวชี้วัด และรอบที่ห้า เป็นการกลั่นกรองและเลือกตัวชี้วัด

นอกจากนั้น ในการพัฒนาตัวชี้วัดที่มีวิธีการที่เฉพาะเทคนิคเดลฟาย หรือ ethnography มีรูปแบบที่แตกต่างกันในรายละเอียด เช่น จุมพล พูลภัทรชีวิน (2540) ได้เสนอแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัด 3 วิธี คือเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) Ethnographic future research (EFR) และ Ethnographic Delphi future research (EDFR) มีรายละเอียดดังนี้

1. **เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique)** เป็นวิธีการรวบรวมความคิดเห็น โดยการส่งแบบสอบถามความเห็นไปยังผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะไม่ทราบว่าผู้ใดบ้างที่อยู่ในกลุ่มกระบวนการนี้จะกระทำประมาณ 2-3 รอบหรือจนกว่าจะได้คำตอบที่เป็นฉันทามติ (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยในแต่ละรอบของแบบสอบถาม จะแสดงสรุปผลคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและคำตอบของผู้เชี่ยวชาญคนนั้นๆในรอบก่อน เพื่อแต่ละคนจะได้ทราบความเห็นของเขาแตกต่างจากของคนอื่นหรือไม่ กระบวนการรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการทางสถิติ จำนวนผู้เชี่ยวชาญไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแต่มีผู้เสนอแนะว่าควรมีตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ข้อดีคือผู้เชี่ยวชาญไม่ต้องมาประชุมกัน จึงไม่มีอิทธิพลต่อกันและแต่ละคนสามารถทบทวนคำตอบของผู้เชี่ยวชาญคนอื่นๆเปรียบเทียบกับของตนเอง

2. **Ethnographic future research (EFR)** โดยการกำหนดผู้เชี่ยวชาญและสัมภาษณ์ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือเป็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structure interview) แล้วใช้เทคนิคการสรุปสะสม (cumulative summarization) โดยผู้สัมภาษณ์สรุปการสัมภาษณ์ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังและให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขคำสัมภาษณ์ได้ จากนั้นวิเคราะห์ / สังเคราะห์ หาฉันทามติ ข้อดีคือผู้ให้สัมภาษณ์มีอิสระในการให้สัมภาษณ์อย่างเต็มที่และข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือ คือมีทั้งความตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) จากเทคนิคการสรุปสะสม แต่มีข้อเสียคืออาจทำให้แนวโน้มที่สำคัญต้องหลุดไป ทำให้ขาดระบบที่น่าเชื่อถือในการพิจารณาแนวโน้มที่มีฉันทามติ

3. **Ethnographic delphi future research (EDFR)** เป็นการรวมข้อดีของทั้งสองวิธีที่กล่าวมาและเป็นการแก้ไขจุดอ่อนของแต่ละวิธีเป็นอย่างดีโดยการกำหนดผู้เชี่ยวชาญ และสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยสามารถเลือกรูปแบบการสัมภาษณ์จากนั้นจึงวิเคราะห์ / สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถามเป็นแบบเดลฟายโดยนำเอาแนวโน้มที่ได้จากการสัมภาษณ์รอบแรกป้อนกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญทุกคนพิจารณาอีก แล้วดำเนินขั้นตอนตามเดลฟายเทคนิครอบที่สองต่อไปจากนั้นจึงสรุปผล ซึ่งมีข้อดีคือการสัมภาษณ์ในรอบแรก จะช่วยให้ผู้วิจัยได้แนวโน้มสามารถนำไปศึกษาในรอบต่อไปได้ และผู้วิจัยไม่ได้เป็นผู้กำหนดกรอบแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญเหมือนสองวิธีที่กล่าวมา และที่สำคัญคือทุกแนวโน้มจากรอบแรกจะได้รับการพิจารณาจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอีกใน EDFR รอบต่อไป จึงเป็นวิธีที่ได้แนวโน้มอย่างครอบคลุม เป็นระบบและน่าเชื่อถือมากกว่าเดลฟายหรือ EFR แต่ก็มีข้อเสียคือผู้วิจัยต้องมีความรู้ ความสามารถทั้งการสัมภาษณ์และการเขียนแบบสอบถาม

โฮเฟอร์, เบิร์นสแตน, เฮย์วอร์ด, และดีมอนเนอร์ (Hofer, Bernstein, Hayward & DeMonner, 1997) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นที่การดูแลทางคลินิกมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การเลือกตัวชี้วัดที่น่าสนใจและการทบทวนวรรณกรรม (review literature) ประกอบด้วย การเลือกตัวชี้วัดบนพื้นฐานของประสบการณ์ หาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความถี่ของปัญหาที่ค้นพบ 2) การกลั่นกรองโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ เป็นขั้นตอนที่มีการตั้งเกณฑ์หรือมาตรฐานที่จะใช้ในการเฝ้าติดตามระบบหรือเพื่อสร้างเครื่องมือในการทบทวนกระบวนการบริการ 3) การทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มที่พบว่าตัวชี้วัดบ่งชี้ว่ามีปัญหาเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบ่งชี้ เป็น

ขั้นตอนเพื่อศึกษาความไวและความจำเพาะของตัวชี้วัดในการค้นหาปัญหาคุณภาพโดยอาศัยการทบทวนกระบวนการของการให้บริการทั้งการทบทวนโดยนัย (implicit review) และการทบทวนโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ (explicit review) 4) การสมมติการใช้ (simulation) เพื่อศึกษาผลของตัวชี้วัดในสภาพแวดล้อมที่จะนำตัวชี้วัดไปใช้ เป็นขั้นตอนที่จะหาคำตอบเกี่ยวกับคุณค่าของตัวชี้วัดในการค้นหาผู้ให้บริการที่ด้อยคุณภาพได้อย่างแม่นยำ โดยมุ่งคำตอบที่ว่า ต้องใช้ขนาดตัวอย่างใหญ่เพียงใด ความแตกต่างของคุณภาพของผู้ให้บริการมีมากน้อยเพียงใด ระหว่างกลุ่มที่จัดว่ามีคุณภาพดี พอใช้และไม่ดี รวมทั้งผลของความผิดพลาดของการวัด (measurement error) และความแตกต่างของความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ไม่สามารถวัดได้ ระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ มีมากน้อยเพียงใด

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าในการพัฒนาตัวชี้วัดนั้นสามารถพัฒนาได้หลายวิธีและหลายขั้นตอนซึ่งแต่ละวิธีก็จะมีจุดเด่นจุดด้อยแตกต่างกันไป การพัฒนาคุณภาพของงานจึงจำเป็นต้องมีการประยุกต์ให้เหมาะสม ในการค้นหาปัญหา การแก้ปัญหาและการใช้ตัวชี้วัดเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจของหน่วยงาน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ สำหรับวิธีการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุนี้ใช้วิธีการ โฮเฟอร์, เบิร์นสไตน์, เฮย์วอร์ด, และดีมอนเนอร์ (Hofer, Bernstein, Hayward & DeMonner, 1997)

ตัวชี้วัดสุขภาพของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบของตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุด้านภาวะสุขภาพ และตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุด้านพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคต่าง ๆ มิใช่เพียงแต่จะเกิดจากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมไปตามวัยเท่านั้น พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญอันจะนำมาสู่การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุด้วยเช่นเดียวกัน (WHO, 2002) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นข้อสรุปจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุทั่วโลกจำนวน 21 ประเทศ ในการประชุมข้อตกลงของสหประชาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุโลก ครั้งที่ 2 ที่ประเทศ สเปน มีสาระสำคัญที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. การสูบบุหรี่ (Smoking) ในรายงานดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases) ได้แก่ มะเร็งปอด นอกจากนั้นยังทำให้กระดูกบาง กล้ามเนื้ออ่อนแรง และการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ อุบัติการณ์การเกิดปัญหาทางสุขภาพจะพบได้มากในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ

2. การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ซึ่งรวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมทางกาย ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การออกกำลังกายที่ต่อเนื่องจะสามารถชะลอเวลาของการเกิดโรคเรื้อรัง และหากมีการออกกำลังกายประเภทที่มีความหนักปานกลาง จะ

สามารถลดอัตราการเกิดโรคหัวใจ ถึง 20-25 % (Merz and Forrester, 1997) นอกจากนั้นยังมีการ รายงานอีกว่าการมีกิจกรรมทางกายที่สม่ำเสมอจะสามารถลดความพิการอันเกิดจากโรคหัวใจและโรค อื่น ๆ ได้ (U.S. Preventive Services Task Force, 1996) รวมทั้งสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุทรงตัวได้ดี ลดการเกิด อุบัติการณ์ของการหกล้ม อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้านนี้ได้ อย่าง เต็มที่ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจน้อยหรือผู้สูงอายุที่มีความพิการอยู่ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มี ความเชื่อหรือกลัวต่อการหกล้ม จึงทำให้ยังมีปัญหานี้อยู่ โดยเฉพาะในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุยังมิ มีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย เพียง ร้อยละ 41.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

3. การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (Healthy eating) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็น ปัญหาที่พบในวัยสูงอายุโดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ปัญหาดังกล่าวมีทั้งการได้รับสารอาหารไม่ ครบถ้วนและการบริโภคเกิน จากการสำรวจของสำนักงานสถิติ พบว่า ผู้สูงอายุไทย บริโภคผักและ ผลไม้ เพียงร้อยละ 63 ซึ่งจะนำไปสู่การขาดแร่ธาตุที่สำคัญบางตัว ได้แก่ แคลเซียม มีผลต่อการ เสริมสร้างเซลล์กระดูก และมีผลให้กระดูกหักง่ายกว่าวัยอื่น ๆ นอกจากนั้นยังมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะ ไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังในระบบหัวใจและหลอดเลือด

4. การดูแลสุขภาพฟัน สุขภาพฟันเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวอาหาร จากการวิจัย ที่รวบรวมโดยองค์การอนามัยโลก แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพฟัน นับตั้งแต่ โรคเหงือก ฟันแท้หลุดลง รวมถึงมะเร็งในช่องปาก มักจะสัมพันธ์กับการขาดสารอาหาร และเพิ่มอัตรา การเกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายกว่าในวัยอื่น ๆ (WHO, 2002) ดังนั้น การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้าน นี้ จึงมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพฟันแท้ที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุด และจัดบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุตามความจำเป็น

5. การดื่มน้ำ ผู้สูงอายุที่ดื่มน้ำดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ร่างกายจะขับออกลดลง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเผาผลาญ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดสูญเสียการทรงตัวได้ง่ายกว่าวัยผู้ใหญ่ เกิด การหกล้ม ซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่พบได้บ่อยในวัยนี้ จากฐานข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีผล รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2550 พบว่า ยังมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 3 ดื่มน้ำ เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และเพิ่มมากขึ้นในช่วง งานเทศกาลพื้นบ้าน

6. การใช้ยา เนื่องจากผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และจะมีอาการ กำเริบเป็นระยะ ๆ ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว การรักษาและบรรเทา อาการที่ปฏิบัติกันอยู่ คือการให้ยารักษาประเภทต่าง ๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโรค แสดงให้ เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมักได้รับยาจากแพทย์ และบ่อยครั้งที่มักซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งเป็นเหตุ ให้ผู้สูงอายุได้รับยาเกินขนาดได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายเพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับเภสัชศาสตร์ นอกจากนั้นยังพบอุบัติการณ์ของการติดยาบางชนิด เช่นยาแก้ปวด โดยเฉพาะ ในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

นอกจากนี้ จากรายงานการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตภาคเหนือ ของศิริรัตน์ ปานอุทัย, ดวงฤดี ลาสุขะ และกนกพร สุคำวัง (2550) โดยศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคข้อเสื่อม โรคมะเร็ง และโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือของประเทศไทย จำนวนทั้งหมด 4,536 คน จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) ด้านโภชนาการ (nutrition) ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity) ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation) และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (spiritual growth) อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายซึ่งรวมถึงการออกกำลังกายมีความเหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยบ่งชี้ของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่รวบรวมได้จากฐานข้อมูลต่าง ๆ มีความคล้ายคลึงกันและแตกต่างกันบางประเด็นขึ้นอยู่กับผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ที่ใช้เป็นกรอบแนวคิด ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ปัจจัยบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดต่าง ๆ

องค์การอนามัยโลก	นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ (เพนเดอร์และเพนเดอร์)
1. การสูบบุหรี่	1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
2. การมีกิจกรรมทางกาย	2. โภชนาการ
3. การบริโภคอาหาร	3. กิจกรรมทางกาย
4. การดูแลสุขภาพฟัน	4. การจัดการกับความเครียด
5. การดื่มสุรา	5. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล
6. การใช้ยา	6. การพัฒนาจิตวิญญาณ

3. ตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการบริการสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 เขียนไว้ว่า ระบบสุขภาพ คือ ระบบความสัมพันธทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ส่วนบริการสาธารณสุข คือ บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

ระบบการบริการสาธารณสุขที่ดี หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่มีอย่างพอเพียงเข้าถึงได้ อย่างเป็นธรรม มีคุณธรรม มีประสิทธิภาพ และไม่เป็นการค้ากำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุผล เป็นระบบที่มีบริการตั้งแต่การดูแลรักษาตัวเอง การดูแลในระดับครอบครัว การดูแลในระดับชุมชน บริการฉุกเฉิน

บริการระดับปฐมภูมิ บริการระดับทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ การบริการเฉพาะสาขาหรือเฉพาะทาง และการบริการฉุกเฉินทางการแพทย์โดยมีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพเป็นหลักประกันมาตรฐาน และคุณภาพบริการ รวมทั้งมีระบบการประเมินการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่ใช้ในการจัดบริการ สาธารณสุขอย่างเหมาะสม (สุวิทย์, 2550)

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการต่างๆที่จัดขึ้นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นแบบผสมผสาน หรือเฉพาะด้าน หรือเฉพาะเรื่อง แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือระบบบริการระดับปฐมภูมิ ระบบบริการระดับทุติยภูมิ และระบบบริการระดับตติยภูมิ (วิทยาลัยแพทยศาสตร์ศรีนครินทร์, 2548) หรือจำแนกตามระยะของการดูแลได้แก่ การดูแลระยะวิกฤต ฉุกเฉิน เฉียบพลัน ฟื้นฟูสภาพ เรื้อรัง ระยะยาว ระยะสุดท้าย (วรรณภา และคณะ, 2545)

จากการศึกษาของ วรรณภา และคณะ(2545) พบว่า ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย เริ่มปรากฏครั้งแรกในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2505 โดยมีโครงการสุขภาพผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุแห่งแรกขึ้น และมีคลินิกผู้สูงอายุแห่งแรกในปีถัดไป (สิรินทร, 2544) ได้สรุปการบริการทางสุขภาพจำแนกตามสถานบริการ ได้แก่

- โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบริการทั่วไป มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 44 แห่งแต่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าในโรงพยาบาลชุมชน มีการพัฒนาหอผู้ป่วยเฉพาะผู้สูงอายุในโรงพยาบาลให้บริการทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยรวมสถานบริการให้บริการส่วนใหญ่เป็นแบบเฉียบพลัน หอผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพยังมีน้อย เน้นการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ
- สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะเป็นการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานของภาคเอกชนให้บริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพยาบาลเฉพาะทางต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ มีลักษณะเป็นเอกเทศหรือเป็นกิจกรรมหนึ่งของโรงพยาบาลเอกชน เน้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไปไม่เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ให้บริการที่พักพร้อมสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย คิดค่าบริการ โรงพยาบาลรัฐบาลบางแห่งเริ่มมีลักษณะนี้
- โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นสถานศึกษาโดยการอนุญาตจากกรมการศึกษานอกโรงเรียน ที่ดำเนินการโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เปิดทำการสอนให้แก่ผู้ที่สนใจจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็กเล็กและ/หรือผู้สูงอายุ

- ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน (day care center) ผู้สูงอายุจะมารับบริการเฉพาะในช่วงกลางวัน เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวที่บ้านในช่วงที่ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน
- ศูนย์บริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จ หรือ รูปแบบบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชนและภาครัฐ เป็นบริการที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง โดยใช้แนวคิดยึดบ้านและผู้สูงอายุเป็นสำคัญ
- การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายหลังภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และได้ออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านแล้ว ดำเนินการโดยโรงพยาบาลทั่วไปและชุมชน
- สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ (บ้านพักคนชรา) เป็นบริการทางสังคมของรัฐที่ให้กับผู้สูงอายุ มี 2 ประเภท ประเภทแรกให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประเภทสองเป็นรูปแบบผสมระหว่างการให้บริการสังคมและเป็นลักษณะให้การพยาบาล

การศึกษาเรื่องการพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อส่งเสริมการวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ณธร และศุภสิทธิ์, 2549) ได้รวบรวมลักษณะฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ และประเมินศักยภาพของฐานข้อมูลต่อการนำไปใช้วิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ด้วยกระบวนการทบทวนวรรณกรรมในและต่างประเทศ ทบทวนฐานข้อมูลสุขภาพในประเทศไทยและประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิในการวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้ผลสรุปว่าในประเทศไทยสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีระบบฐานข้อมูลสุขภาพ แต่คุณภาพของข้อมูลในแง่ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง ยังไม่ดีนัก และยังไม่มีความสำคัญบางอย่าง เช่น คุณภาพชีวิต หรือข้อมูลบางอย่าง ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลให้มีมาตรฐานเดียวกัน และสามารถเชื่อมโยงได้ครอบคลุมทุกระดับ

4. ตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุด้านภาวะสังคมและเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านสังคมหลายปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ รายได้ ฐานะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมหรือการมีเครือข่าย ระดับการศึกษา ศาสนา การมีงานทำและสถานะการทำงาน สิ่งแวดล้อมทางสังคม เพศ (Chiva & Stears, 2001; Alberta Center for Injury Control Research 2002) การอาศัยอยู่คนเดียว การมีรายได้ต่ำ (Rosenberg and Moore, 1997) การอาศัยอยู่คนเดียวมีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ในรายงานสุขภาพผู้สูงอายุในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคม ระดับการศึกษา เพศ การมีส่วนร่วมในสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ (WHO, 2004) ความยากจนเป็นผลลัพธ์จากรายได้น้อย การไม่มีงานทำ การไม่มีที่ดินเป็นของตนเอง ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่สามารถได้รับอาหารที่มีประโยชน์ ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ (Druly 2002)

การมีส่วนร่วมในสังคมส่งผลในทางบวกต่อสุขภาพ (von Lengerke, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีวิถีชีวิตที่ไม่มีความตื่นตัว ที่เดียวดาย ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นส่งผลทำให้สุขภาพแย่ลง (Age Concern, 1974).

ในระดับนานาชาติ ฐานข้อมูลด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Statistical Information System) มีส่วนข้อมูลประชากรศาสตร์และสถานเศรษฐกิจสังคม ซึ่งกำหนดค่าสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นตัวชี้วัดทางสุขภาพ เป็นข้อมูลเดียวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ในฐานข้อมูลของ Pan American Health Organization (PAHO) กำหนดตัวชี้วัดด้านประชากรศาสตร์ 12 ด้าน ได้แก่ Population, Proportion of urban population, Proportion of population less than 15 years old, - Proportion of population 60 years and older, Dependency ratio, Annual population growth rate, Total fertility rate, Annual birth average Crude birth rate, annual death rate, Crude death rate, Life expectancy at birth (PAHO,) โดยมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ Proportion of population 60 years and older, Dependency ratio, annual death rate, Crude death rate, Life expectancy at birth

ส่วนข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคม มี ด้าน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ Highest 20%/Lowest 20% income ratio, Proportion of population below the international poverty line, Proportion of population below the national poverty line, Unemployed proportion of the labor force

ข้อมูลด้านสังคมในประเทศไทยมีรายงานเครื่องชี้ภาวะสังคมที่สำคัญ พ.ศ. 2549 (ฉบับย่อ) เป็นรายงานฉบับแรกของประเทศ จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อนำเสนอตัวชี้วัดภาวะสังคมที่สำคัญปี พ.ศ.2549 รายงานนี้เสนอตัวชี้วัดที่สำคัญทางสังคม 6 สาขา คือ ด้านประชากรและเคหะแรงงาน การศึกษา สาธารณสุข สวัสดิการสังคม และสถิติสังคมอื่นๆ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญและสามารถใช้ในการติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลง ทางด้านสังคมในช่วงปี พ.ศ.2540-2548 สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีแผนจะจัดทำเป็นประจำทุกปี ควบคู่ไปกับการจัดทำรายงานเครื่องชี้ภาวะเศรษฐกิจไทยที่สำคัญ

ในประเทศอื่นเช่นประเทศสวีเดน สำนักงานสถิติแห่งชาติมีการจัดทำรายงานด้านสังคมเป็นประจำทุกปี โดยจัดทำอย่างต่อเนื่องมานับตั้งแต่ปี 1970s เป็นต้นมา มีการกำหนดตัวชี้วัดทางสังคม 82 ตัวชี้วัด ตัวอย่างเช่น รายได้ ความยากจน การมีบ้านอยู่อาศัย การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน การไปโบสถ์การเข้าร่วมกิจกรรมนอกบ้าน เป็นต้น (Vogel, 2002)

ข้อมูลระดับชาติ

1. ฐานข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติเริ่มมีการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุระดับชาติเพื่อให้คณะอนุกรรมการติดตามการดำเนินการตามนโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถที่จะนำไปใช้ในการติดตามประเมินผล สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยกำหนดจะจัดทำการสำรวจอย่างน้อยทุก 5 ปี การสำรวจในปี 2550

เป็นการสำรวจครั้งที่ 3 การสำรวจประกอบด้วยข้อมูล ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ภาวะสุขภาพ ความมั่นคงในการดำเนินชีวิต การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การมีส่วนร่วมในชุมชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จะเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ และการรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุที่รัฐได้จัดให้

รายละเอียดข้อมูลมีดังนี้

1.1 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์

1.1.1 สัดส่วนผู้สูงอายุ

รายงานเป็นคำร้อยละ แบ่งเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัย คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป)

1.1.2 สถานภาพสมรส

1.1.3 ระดับการศึกษาที่สำเร็จ และการอ่านออกเขียนได้

1.1.4 คำนีผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้คำนีผู้สูงอายุ หมายถึง อัตราส่วนของจำนวนประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อจำนวนประชากรวัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) 100 คน

1.1.5 อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุหรืออัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุ (Aging Dependency Ratio) อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุหรืออัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุ หมายถึง จำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) 100 คน

1.1.6 อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ กำหนดให้อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ หมายถึง จำนวนคนในวัยแรงงาน (อายุ 15 - 59 ปี) เทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)

1.2 ข้อมูลการทำงาน และรายได้

1.2.1 ภาวะการงานของผู้สูงอายุ

1.2.2 สถานภาพการทำงาน

1.2.3 จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อสัปดาห์

1.2.4 ความต้องการทำงาน

1.2.5 แหล่งที่มาของรายได้หรือทรัพย์สิน

1.2.6 แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ

1.2.7 ความเพียงพอของรายได้

1.2.8 การออม และมูลค่าการออม

1.3. ข้อมูลลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ (ครอบครัว)

1.3.1 ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ได้แก่การอยู่โดยลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสหรือลูกหลาน

1.3.2 สถานภาพของผู้สูงอายุในครัวเรือน

1.3.3 การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย

1.3.4 การมีผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.4 ข้อมูลการเกื้อหนุน และการติดต่อเยี่ยมเยียน

1.4.1 การเกื้อหนุนทางการเงิน ข้อมูลแสดงถึงบุคคลที่เป็นผู้ให้การเกื้อหนุนเช่นบุตรหลาน

1.4.2 การเกื้อหนุนด้านอาหาร เสื้อผ้า/ของใช้

1.4.3 การติดต่อ และการเยี่ยมเยียน

รายงานผลเป็นร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการเกื้อหนุนด้านรายได้และด้านสิ่งของอื่นๆ การได้รับสิทธิเบี้ยยังชีพมีความจำเป็นต้องได้ข้อมูลความยากจนและการต้องการความช่วยเหลือ เพื่อนำมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา

1.5 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในสังคม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

1.5.1 การเป็นสมาชิก และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม

1.5.2 การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน

1.5.3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์

1.5.4 การรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ การใช้บริการ และความพึงพอใจ

1.6 ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546

ข้อมูลสวัสดิการการรักษายาบาลมีการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติที่เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ (การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ) เก็บข้อมูลในลักษณะของการได้รับสวัสดิการและไม่ได้รับสวัสดิการ

2. ฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข

2.1 ระบบข้อมูลสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายด้านระบบข้อมูลข่าวสารในระยะแรกให้กับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นคลังข้อมูลในระดับจังหวัด ที่เก็บรวบรวมและประมวลผลข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (Individual Medical Record) ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อส่งข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม และ 12 แฟ้ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลไปประมวลผล เพื่อแสดงข้อมูลสถานะสุขภาพของประเทศไทยเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการสาธารณสุขด้านต่างๆ และใช้ในงานสาธารณสุข

ทั้งทางด้านการบริหาร บริการ และวิชาการ ตลอดจนเพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้ต่อสาธารณะผ่าน Home Page <http://healthdata.moph.go.th> โครงการนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2547

ต่อมาสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีข้อตกลงการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลสถานีนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชน (ข้อมูล 18 แฟ้ม) ในระดับจังหวัดและส่วนกลาง เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านข้อมูลดังกล่าว ให้กับจังหวัดในทุกระดับ เริ่มตั้งแต่วันที่ 9 พฤษภาคม 2550

ข้อมูลระดับจังหวัด

ข้อมูลระดับจังหวัดเป็นข้อมูลที่ทางสำนักงานสถิติจังหวัดได้รับคืนมาจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในรูปแบบรายงานเป็นรูปเล่ม แต่ไม่มีฐานข้อมูลที่จังหวัด แต่มีเว็บไซต์ที่สามารถสืบค้นข้อมูลได้ ข้อมูลล่าสุดที่สามารถเข้าถึงได้จากเว็บไซต์เป็นข้อมูลจากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2545

1. จำนวนและอัตราร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความเพียงพอของรายได้ เพศ และเขตการปกครอง
2. จำนวนและอัตราร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามความต้องการการช่วยเหลือจากรัฐบาล การใช้บริการสวัสดิการต่างๆ ที่มีอยู่ กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง
3. จำนวนและอัตราร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทความเกือหนุนที่ได้รับในรอบปีที่ผ่านมา กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง
4. จำนวนและอัตราร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งที่มาของรายได้ กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง
5. จำนวนและอัตราร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพศ และเขตการปกครอง
6. จำนวนและอัตราร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของการจัดสวัสดิการที่ผู้สูงอายุคิดว่ารัฐบาลควรจัดให้แก่ผู้สูงอายุ กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง
7. จำนวนและอัตราร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการเป็นสมาชิกและการเข้าร่วมกิจกรรม เพศ และเขตการปกครอง

5. ตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย องค์การอนามัยโลกระบุให้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Determinants related to the physical environment) เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิต (active aging) ของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังกล่าวประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) ความปลอดภัยในบ้าน (safety housing) การพลัดตก

หกล้ม (falls) และความสะอาดและความปลอดภัยของน้ำดื่ม น้ำใช้ อากาศและอาหารที่บริโภค (clean water, clean air, safety food) ในการศึกษาสถานการณ์ระบบข้อมูลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ครั้งนี้ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชน (Physical environment)

หมายถึงสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตราย อุบัติเหตุ หรือเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บในผู้สูงอายุ ซึ่งสภาพแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนได้แก่บริการการขนส่งมวลชน (รถประจำทาง) รวมไปถึงสภาพถนนหนทางและการจราจรที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่ (60%) อาศัยอยู่ในชนบท นอกจากนั้นความเจริญของเมืองใหญ่ๆทำให้คนหนุ่มสาวอพยพเพื่อเข้ามาทำงานในเมือง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังในชนบทโดยมีบริการสนับสนุนช่วยเหลือน้อยและอาจมีบริการสุขภาพและบริการสังคมน้อยหรือไม่มีเลย ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องเดินทางไปรับบริการต่างๆเช่นบริการทางสุขภาพในที่ไกลๆขนส่งมวลชนจึงเป็นบริการหนึ่งที่จะต้องพิจารณาและควรจัดให้สำหรับผู้สูงอายุ

นอกจากนั้นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเหล่านี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในแง่ที่ทำให้เกิดความแตกต่างของการพึ่งพาตนเองในผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยหรืออาศัยในบริเวณที่มีอุปสรรคด้านร่างกายหลายอย่าง เช่น ไม่มีบริการรถขนส่งมวลชน หรือมีน้อย โรงพยาบาลอยู่ไกล การจราจรแออัด เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ต้องการออกไปนอกบ้าน และมีแนวโน้มที่จะเกิดการแยกตัวจากสังคม มีอาการซึมเศร้า ส่งผลให้ความแข็งแรงของร่างกายลดลง และมีปัญหาในการเคลื่อนไหว เป็นต้น

2. ความปลอดภัยของที่พักอาศัย (Safety Housing)

หมายถึงความปลอดภัยของสภาพสิ่งแวดล้อมรอบๆที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ได้แก่การมีท่าเลที่ตั้งของที่พักอาศัยอยู่ในบริเวณที่มีความปลอดภัย มีการคมนาคมสะดวก ลูกหลานสามารถไปมาหาสู่ได้ง่าย การมีเพื่อนบ้านที่ดี เป็นต้น

3. การพลัดตกหกล้ม (falls)

การพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยภายในร่างกายและภายนอก ร่างกาย ซึ่งมักจะสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันทั้งสองปัจจัย ปัจจัยภายในร่างกายได้แก่ ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากความชรา ปัจจัยจากความผิดปกติและพยาธิสภาพของโรค ที่สำคัญคือ ระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมการทรงตัวของร่างกาย การใช้ยาที่มีผลกระทบต่อความดันและการเคลื่อนไหวของร่างกาย สำหรับปัจจัยภายนอก ร่างกายหมายถึงปัจจัยซึ่งชักนำให้เกิดการรับรู้ที่ผิดพลาด หรือเสียการทรงตัวจากการลื่น หรือการสะดุด ซึ่งได้แก่สภาพแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและรอบๆตัวบ้านที่ที่พักอาศัยที่ไม่ปลอดภัยและอาจเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มหรือก่อให้เกิดอันตราย และเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมดังกล่าวประกอบด้วย

3.1 สภาพแวดล้อมภายในตัวบ้าน ได้แก่ ห้องครัว ห้องรับแขก ห้องน้ำ ห้องนอน บันได มีลักษณะหรือการจัดที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่นมีแสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น พื้นต่างระดับ ไม่มีที่ยึดเกาะ วางของเกะกะ เป็นต้น

3.2 สภาพแวดล้อมรอบๆบ้าน ได้แก่ ถนนหรือทางเดินภายในบริเวณบ้าน, สนามหรือรอบๆ บริเวณบ้านมีแสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น พื้นต่างระดับ พื้นขรุขระเป็นหลุมเป็นบ่อ หรือมีของวาง เกะกะ เป็นต้น

จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 (พ.ศ.2546-2547) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) พบว่าผู้สูงอายุชายร้อยละ 30 และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 50 เคยหกล้มโดยจำนวนครั้งที่หกล้มเฉลี่ย ประมาณ 3-4 ครั้ง สำหรับสถานที่ที่เคยมหกล้มพบว่าการหกล้มนอกบ้านในเพศชายมีสัดส่วนสูงสุด เมื่อเทียบกับสถานที่อื่นๆ ส่วนเพศหญิงเนื่องจากไม่ค่อยได้ออกนอกบ้านจึงมีการหกล้มในบ้านและในห้องน้ำมาก ส่วนสาเหตุหลักที่ทำให้ทั้งผู้สูงอายุเพศชายและหญิงหกล้มเกิดจากปัจจัยภายในร่างกายคือ อาการเวียนศีรษะและการทรงตัวที่ไม่สมดุล อย่างไรก็ตามถึงแม้สิ่งแวดล้อมในบ้านจะไม่ได้เป็นสาเหตุหลักของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแต่จากการสำรวจข้อมูลด้านที่พักอาศัยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2545 พบว่าภายในที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมรอบๆที่พักอาศัยของผู้สูงอายุไม่เอื้ออำนวยต่อสภาพด้านสรีระร่างกายของผู้สูงอายุ เช่นร้อยละ 42.4 อยู่ในบ้านที่ยกพื้นสูงต้องใช้บันได ในการขึ้นลงตัวบ้าน และร้อยละ 86.6 ยังคงใช้ส้วมซึมที่ต้องนั่งยองๆ เป็นต้น

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เช่นเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย (30 %) หรือบาดเจ็บรุนแรงซึ่งพบเพียง 4-6 % (Ash, Maoleod & Clark, 1998) การได้รับบาดเจ็บรุนแรงนี้ รวมถึงการแตกหักของกระดูก เช่น กระดูกสะโพก เลือดคั่งในสมอง มีเลือดออกในร่างกาย มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออย่างรุนแรง ซึ่งการบาดเจ็บดังกล่าวไม่เพียงจะทำให้เกิดความพิการทางร่างกายตามมามากเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจตามมาด้วย เช่น มีภาวะซึมเศร้า สูญเสียความมั่นใจ เกิดความวิตกกังวล กลัวการหกล้มซ้ำ เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ปกติซึ่งนำมาสู่การต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีคุณภาพชีวิตลดลง (Oliver et al., 2004) นอกจากนี้การบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม ยังทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น

4. ความสะอาดของน้ำและอากาศ ความปลอดภัยของอาหาร (Clean water, clean air, Safety food) หมายถึงความสะอาดและความปลอดภัยของสาธารณูปโภครวมทั้งมลภาวะต่างๆจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. น้ำดื่มน้ำใช้ ได้แก่ แหล่งน้ำ คุณภาพ ของน้ำโรค/ความเจ็บป่วยที่เกิดจากน้ำดื่ม/น้ำใช้
2. อากาศ ได้แก่ คุณภาพของอากาศ มลภาวะ โรค/ความเจ็บป่วยที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ
3. อาหาร ได้แก่ แหล่งและคุณภาพของอาหาร โรค/ความเจ็บป่วยที่เกิดจากอาหาร

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทั้งที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติและจากการพัฒนาประเทศที่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก ทำให้ปัจจุบันปัญหาสิ่งแวดล้อมทั้งด้านคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ คุณภาพอากาศรวมทั้งมลพิษทางอากาศ และปัญหาการก่อกองของเสียและสารอันตรายทวีความรุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยได้รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ.2548-2550 ในด้านคุณภาพอากาศและเสียง ด้านน้ำสะอาด สุขอนามัยและสุขภาพจิต ด้านขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย ด้านสารเคมีที่เป็นพิษและสารอันตราย ดำเนินการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศโลก รวมทั้งด้านสาธารณสุขภัยต่างๆ อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลระดับประเทศโดยทั่วไปที่ไม่เน้นเฉพาะเจาะจงไปที่วัยใดวัยหนึ่ง

น้ำดื่ม น้ำใช้ การมีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดปลอดภัยเป็นความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตและสุขภาพ อย่างไรก็ตามพื้นที่บางส่วนของประเทศยังขาดแคลนน้ำสะอาดสำหรับบริโภค จากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในปี 2549 พบว่า 4 จังหวัดในภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ น่าน แม่ฮ่องสอน และตากไม่ผ่านเกณฑ์ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคตลอดปีร้อยละ 95 อยู่ 10 จังหวัด ซึ่ง (กรมอนามัย, 2549) โดยขาดแคลนในชนบทมากกว่าในเมือง และพบว่าแหล่งน้ำฝนยังเป็นแหล่งน้ำดื่มที่สำคัญ สำหรับคุณภาพของน้ำที่บริโภคบางส่วนยังไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเนื่องจากการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรีย ปนเปื้อนสารเคมี หรือมีปัญหาทางกายภาพเช่นมีความขุ่น เป็นดิน ทำให้ประชาชนเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยในระบบทางเดินอาหาร (สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2550) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุขปี 2548 พบว่าอัตราป่วยของโรคที่เกิดจากการบริโภคน้ำที่ไม่สะอาด ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และโรคบิดพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) เป็นอันดับ 2 รองจากเด็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี ส่วนอัตราการเกิดโรคพบในกลุ่มผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 3 โดยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและอหิวาตกโรคมีอัตราป่วยสูงสุดในภาคเหนือ (กรมควบคุมโรค, 2548)

อากาศและมลพิษทางอากาศซึ่งหมายถึงภาวะที่บรรยากาศภายนอกมีสารใหม่ที่ไม่เคยมีอยู่ในบรรยากาศ หรือเป็นสารที่มีอยู่แล้วในบรรยากาศแต่มีปริมาณเพิ่มขึ้นจากส่วนประกอบตามปกติ และคงอยู่เป็นเวลานานจนสามารถทำให้เกิดหรือมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อสิ่งมีชีวิตต่างๆ สารมลพิษในบรรยากาศที่ประเทศไทยได้กำหนดมาตรฐานไว้ ได้แก่ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ ก๊าซโอโซน ฝุ่นละออง ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และตะกั่ว (กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม, 2547) มลพิษทางอากาศมักเป็นปัญหาหลักด้านสิ่งแวดล้อมในเขตชุมชนขนาดใหญ่เนื่องจากมียานพาหนะ มีการก่อสร้าง มีการขนส่ง และบางพื้นที่มีโรงงานอุตสาหกรรมมากว่าในชนบทหรือเมืองเล็กๆ จากการที่ชุมชนเมืองอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษทางอากาศนานจนเกิดความเคยชิน ทำให้ไม่ได้ใส่ใจต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ จากสถิติสาธารณสุขปี 2548 พบว่าการเสียชีวิตจากโรคระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 5 นอกจากมลพิษทางอากาศ

ในเขตเมืองแล้ว ปรากฏการณ์เอลนีโญทำให้เกิดภาวะแห้งแล้งกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดไฟฟ้าและทำให้เกิดปัญหาหมอกควัน (Haze) ซึ่งประกอบด้วยฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนทำให้มีระยะแขวนลอยในอากาศได้นานตามมา และเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของมลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา ตาก น่าน และแม่ฮ่องสอนในเดือนมีนาคม 2550 ที่ผ่านมา ผลกระทบของมลพิษต่อสุขภาพพบว่าฝุ่นละอองเหล่านี้บางส่วนจะถูกขับออกมาพร้อมเสมหะ และมีบางส่วนซึ่งไม่สามารถจัดออกมาได้จะสะสมในเนื้อปอดและทำให้เกิดโรคปอดแข็งจากภาวะฝุ่นจับปอด (pneumoconiosis) นอกจากนั้นฝุ่นละอองดังกล่าวอาจทำให้เกิดปัญหาในการหายใจ เช่นหลอดลมหดรัด หายใจติดขัด หอบเหนื่อย หลอดลมอักเสบเรื้อรังจนถึงขั้นอาจเป็นมะเร็งปอดได้ เป็นต้น นอกจากผลกระทบที่เกิดกับระบบทางเดินหายใจแล้ว ฝุ่นละอองเหล่านี้ยังทำให้ปริมาณออกซิเจนลดลง ส่งผลให้การทำงานของสมองและหัวใจผิดปกติ หรืออาจส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่นเช่นผิวหนัง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2549)

อาหาร ในสถานการณ์ปัจจุบันความปลอดภัยจากการบริโภคอาหารมีแนวโน้มลดลงโดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่เนื่องจากประชาชนต้องออกไปทำงานนอกบ้านและรูปแบบการบริโภคเปลี่ยนไปเป็นการรับประทานอาหารนอกบ้านมากขึ้น ซึ่งมีโอกาสบริโภคอาหารที่มีสารปนเปื้อนได้มาก ซึ่งสาเหตุของการปนเปื้อนของอาหารในสถานประกอบการอาจเกิดจากผู้สัมผัสอาหาร เช่น มือไม่สะอาด เก็บอาหารไม่เหมาะสม มีการปนเปื้อนระหว่างอาหารต่างชนิด หรืออาจเกิดจากไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขาภิบาล เช่น น้ำใช้ ไม่สะอาด การกำจัดน้ำเสียหรือขยะไม่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งการควบคุมสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปรุงอาหารเพื่อไม่เกิดอันตรายต่อผู้บริโภคจากโรคอาหารเป็นพิษหรือที่เรียกว่าสุขาภิบาลอาหารนั้น มีหน่วยงานที่ดูแลและเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยของอาหารคือกองสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ (review literature) แล้วนำผลการศึกษามาสังเคราะห์เป็นภาพรวมของตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การชี้แนะของวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านตัวชี้วัด

2) นำตัวชี้วัดทั้งหมด ที่สังเคราะห์ได้มาจากข้อ 1. มาสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

3) คัดเลือกตัวชี้วัดที่ได้ และได้ทำการรวมตัวชี้วัดบางตัวและแยกตัวชี้วัดบางตัวเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัด และสามารถตรวจสอบได้ง่ายขึ้น พร้อมทั้งได้ปรับปรุงภาษาในแต่ละตัวชี้วัดเพื่อให้เหมาะสม

4) ส่งแบบสอบถามรายการตัวชี้วัดไปยังผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย/ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วประเทศ เพื่อให้ความเห็นและให้ข้อเสนอแนะแก่คณะผู้วิจัยดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากผู้สูงอายุในจังหวัดลำพูน

กลุ่มที่ 2 ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในจังหวัดลำพูน

กลุ่มที่ 3 ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้สูงอายุสูงอายุทั่วประเทศ

5) นำข้อมูลที่วิเคราะห์จากแบบสอบถามในขั้นตอนที่ 4 มาจัดองค์ประกอบและจำแนกองค์ประกอบ พร้อมทั้งได้ปรับปรุงภาษาและให้ความหมายของรายการตัวชี้วัด

6) สัมภาษณ์และประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิที่รับผิดชอบ/มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยเพื่อถกเถียงรายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุที่จัดทำในขั้นตอนที่ 5

7) การทบทวนรายการตัวชี้วัดที่ผ่านการถกเถียงเทียบกับรายการตัวชี้วัดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัดสุขภาพมาตรฐานทั่วไป (explicit review)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดลำพูน จำนวน 148 คน

2. บุคลากรด้านสุขภาพและผู้ทำงานเกี่ยวข้องในการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพในสถานบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 10 คน ระดับทุติยภูมิ จำนวน 5 คน ระดับตติยภูมิจำนวน 5 คน ระดับสาธารณสุขมูลฐานจำนวน 10 คน และระดับผู้นำ/เครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 4 คน ผู้สูงอายุในจังหวัดลำพูน จำนวน 34 คน

3. ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิที่รับผิดชอบ/มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศเพื่อกลั่นกรองรายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุที่จัดทำขึ้น จำนวน 25 คน (สัมภาษณ์ 3 คน ประชุมกลุ่ม 22 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. คณะผู้วิจัยและผู้วิจัยภาคสนาม เป็นเครื่องมือที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งซึ่งต้องมีความรู้และทักษะในการเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณและคุณภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการสอบถามผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย/ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ชุดที่ 1-3 แบบตรวจสอบคุณภาพรายการตัวชี้วัด เป็นแบบสอบถามผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย/ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของตัวชี้วัด เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า ดังนี้ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ควรปรับปรุง (ระบุรายละเอียด)

ชุดที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และการทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) เกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ ความสำคัญ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และการทำการสนทนากลุ่ม ที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ช่วยตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้รวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่และร้อยละ)

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยายโดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4.1)

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (ตารางที่ 4.2)

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (ตารางที่ 4.3)

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

4.1 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจากการตอบแบบสอบถาม (ตารางที่ 4.4)

4.2 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่ม (ตารางที่ 4.5)

ส่วนที่ 5 สรุปรายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ (ตารางที่ 4.6)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรด้านสุขภาพ (34 คน) และผู้ทรงคุณวุฒิ (25 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	บุคลากรด้านสุขภาพ		ผู้ทรงคุณวุฒิ	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	20.6	14	56.00
หญิง	27	79.4	11	44.00
อายุ				
21 – 30 ปี	5	14.71	-	-
31 – 40 ปี	12	35.29	1	4.00
41 – 50 ปี	15	44.12	10	40.00
51 – 60 ปี	2	5.88	10	40.00
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	-	-	4	16.00
คุณวุฒิทางการศึกษา				
ปริญญาตรี	25	73.52	6	24.00
ปริญญาโท	4	11.76	6	24.00
ปริญญาเอก	-	-	6	24.00
อื่น ๆ	4	11.76	5	20.00
ไม่ตอบ	1	2.94	2	8.00
ตำแหน่งปัจจุบัน			-นักสังคมสงเคราะห์ 8 ว. -ประธาน AgeNet -นักวิชาการสาธารณสุข (4) -สถิติจังหวัดลำพูน -เลขานุการมูลนิธิพัฒนาสตรีภาคเหนือ -หัวหน้ากลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย -ผู้อำนวยการมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ -นักพัฒนาสังคม -นักวิชาการมหาวิทยาลัย (5) -ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ -รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข -ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาฐานข้อมูลและ ตัวชี้วัดทางสังคม -พยาบาลวิชาชีพ -ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ -ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ -ผู้อำนวยการโรงพยาบาล -เจ้าหน้าที่งานนโยบายและแผน -ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ -ประธานอนุกรรมการโครงการ สสส.	
พยาบาลวิชาชีพ	12	35.29		
นักวิชาการสาธารณสุข	8	23.53		
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	5	14.71		
เจ้าหน้าที่บริหารงาน สาธารณสุข	3	8.82		
ทันตแพทย์	2	5.88		
นักกายภาพบำบัด	1	2.94		
นักพัฒนาสังคม	1	2.94		
ไม่ตอบ	2	5.88		

ข้อมูลส่วนบุคคล	บุคลากรด้านสุขภาพ		ผู้ทรงคุณวุฒิ	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในตำแหน่ง				
1- 10 ปี	12	35.29	11	44.00
11- 20 ปี	11	32.35	5	20.00
21 – 30 ปี	9	26.47	5	20.00
มากกว่า 30 ปี ขึ้นไป	2	5.88	2	8.00
ไม่ตอบ	-	-	2	8.00
ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ				
1- 10 ปี	25	37.53	13	52.00
11- 20 ปี	8	23.53	9	36.00
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	1	2.94	1	4.00
ไม่ตอบ	-	-	2	8.00
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุอย่างน้อยเพียงใด				
มากที่สุด	-	-	-	-
มาก	9	26.47	-	-
ปานกลาง	20	58.82	-	-
น้อย	4	11.76	-	-
น้อยที่สุด	1	2.94	-	-
การเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรม องค์การที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหรือไม่				
เป็น	9	26.47	-	-
ไม่เป็น	25	73.53	-	-

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
ตารางที่ 4.2 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

รายการตัวชี้วัด	ความคิดเห็น (n = 148)	
	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)
1. ด้านภาวะสุขภาพ		
1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e0)	138 (93.2)	9 (6.1)
1.2 อัตราการตาย	106 (70.9)	41 (27.7)
1.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรคและโรคที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละพื้นที่	113 (76.4)	35 (23.6)
1.4 ความบกพร่องของการมองเห็น	123 (83.1)	25 (16.9)
1.5 ความบกพร่องทางการได้ยิน	113 (76.4)	35 (23.6)
1.6 สุขภาพในช่องปาก	127 (85.8)	21 (14.2)
1.7 การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง	146 (98.6)	2 (1.4)
1.8 ภาวะซึมเศร้า	97 (68.5)	50 (33.8)
1.9 ความจำกัดในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ	117 (79.1)	30 (20.3)
1.10 การที่ต้องอาศัยผู้ดูแล (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)	118 (79.7)	29 (19.5)
1.11 การที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วย/กายอุปกรณ์	120 (81.1)	28 (18.9)
2. พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล		
2.1 สถานภาพสมรส	117 (79.1)	31 (20.9)
2.2 ระดับการศึกษา	128 (86.5)	19 (12.8)
2.3 การออกกำลังกาย	140 (94.6)	7 (4.7)
2.4 ความอ้วน	82 (55.4)	64 (43.2)
2.5 การตระหนักรับรู้ภาวะสุขภาพ	139 (93.9)	9 (6.1)
2.6 การอ่านออกเขียนได้	145 (98.0)	2 (1.4)
2.7 การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ	138 (93.2)	10 (6.8)
2.8 การสูบบุหรี่	76 (51.4)	70 (47.3)
2.9 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	70 (47.3)	75 (50.7)
3. การบริการสุขภาพ		
3.1 การใช้บริการด้านสุขภาพ	146 (98.6)	2 (1.4)

รายการตัวชี้วัด	ความคิดเห็น (n = 148)	
	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)
3.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	130 (87.8)	15 (10.1)
3.3 การใช้บริการที่มีในชุมชน	144 (97.3)	3 (2.0)
4. ภาวะสังคมและเศรษฐกิจ		
4.1 ความยากจน	123 (83.1)	24 (16.2)
4.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	120 (81.1)	28 (18.9)
4.3 การมีงานทำ	130 (87.8)	15 (10.1)
4.4 ปัญหาเกี่ยวกับที่พักอาศัย	113 (76.4)	34 (23.0)
4.5 การสนับสนุนทางสังคม	135 (91.2)	13 (8.8)
4.6 สวัสดิการทางสังคม เช่นการได้รับเบี้ยยังชีพ	134 (90.5)	14 (9.5)
4.7 การใช้บริการบ้านพักที่รัฐบาลจัดหาให้	106 (71.6)	42 (28.4)
5. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี		
5.1 มลภาวะที่เป็นพิษ	148 (100)	-
5.2 การมีน้ำดื่มน้ำใช้ที่ปลอดภัย	146 (98.6)	2 (1.4)
5.3 สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพลัดตกหกล้ม	107 (72.3)	41 (27.7)
5.4 สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย	145 (98.0)	3 (2.0)
5.5 อาหารถูกสุขอนามัย	143 (96.6)	5 (3.4)

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
ตารางที่ 4.3 ความคิดเห็นของบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

รายการตัวชี้วัด	ความคิดเห็น (n = 34)		
	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ควรปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)
1. ด้านภาวะสุขภาพ			
1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e0)	20 (58.8)	11 (32.4)	1 (2.9)
1.2 อัตราการตาย	33 (97.1)	-	1 (2.9)
1.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรคและโรคที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละพื้นที่	32 (94.1)	-	2 (5.9)
1.4 ความบกพร่องของการมองเห็น	32 (94.1)	-	2 (5.9)
1.5 ความบกพร่องทางการได้ยิน	33 (97.1)	-	1 (2.9)
1.6 สุขภาพในช่องปาก	31 (91.2)	2 (5.9)	1 (2.9)
1.7 การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง	32 (94.1)	1 (2.9)	1 (2.9)
1.8 ภาวะซึมเศร้า	32 (94.1)		2 (5.9)
1.9 ความจำกัดในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ	29 (85.3)	2 (5.9)	1 (2.9)
1.10 การที่ต้องอาศัยผู้ดูแล (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)	29 (85.3)	3 (8.8)	1 (2.9)
1.11 การที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วย/กายอุปกรณ์	26 (78.5)	4 (11.8)	2 (5.9)
2. พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล			
2.1 สถานภาพสมรส	30 (88.2)	4 (11.8)	-
2.2 ระดับการศึกษา	31 (91.2)	1 (2.9)	2 (5.9)
2.3 การออกกำลังกายทางกาย	33 (97.1)	-	1 (2.9)
2.4 ความอ้วน	34 (100)	-	-
2.5 การตระหนักรู้รู้ภาวะสุขภาพ	33 (97.1)	1 (2.9)	-
2.6 การอ่านออกเขียนได้	30 (88.2)	2 (5.9)	1 (2.9)
2.7 การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ	33 (97.1)	1 (2.9)	-
2.8 การสูบบุหรี่	33 (97.1)	-	1 (2.9)
2.9 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	32 (94.1)	2 (5.9)	-
3. การบริการสุขภาพ			

รายการตัวชี้วัด	ความคิดเห็น (n = 34)		
	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ควรปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)
3.1 การใช้บริการด้านสุขภาพ	29 (85.3)	2 (5.9)	2 (5.9)
3.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	30 (88.2)	1 (2.9)	3 (8.8)
3.3 การใช้บริการที่มีในชุมชน	33 (97.1)	2 (2.9)	-
4. ภาวะสังคมและเศรษฐกิจ			
4.1 ความยากจน	33 (97.1)	1 (2.9)	-
4.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	31 (91.2)	1 (2.9)	1 (2.9)
4.3 การมีงานทำ	32 (94.1)	-	-
4.4 ปัญหาเกี่ยวกับที่พักอาศัย	30 (88.2)	3 (8.8)	-
4.5 การสนับสนุนทางสังคม	32 (94.1)	1 (2.9)	1 (2.9)
4.6 สวัสดิการทางสังคม เช่นการได้รับเบี้ยยังชีพ	33 (97.1)	-	-
4.7 การใช้บริการบ้านพักที่รัฐบาลจัดหาให้	28 (76.5)	5 (14.7)	2 (5.9)
5. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี			
5.1 มลภาวะที่เป็นพิษ	32 (94.1)	-	1 (2.9)
5.2 การมีน้ำดื่มน้ำใช้ที่ปลอดภัย	33 (97.1)	-	-
5.3 สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	31 (91.2)	-	2 (5.9)
5.4 สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย	-	-	-
5.5 อาหารถูกสุขอนามัย	32 (94.1)	-	1 (2.9)

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.4 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุจากการตอบ

แบบสอบถาม

รายการตัวชี้วัด	ความคิดเห็น (n = 25)		
	เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ควรปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)
1. ด้านภาวะสุขภาพ			
1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e0)	21 (84.00)	2 (8.00)	2 (8.00)
1.2 อัตราการตาย	22 (88.00)	1 (4.00)	2 (8.00)
1.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรคและโรคที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละพื้นที่	21 (84.00)	-	4 (16.00)
1.4 ความบกพร่องของการมองเห็น/การได้ยิน	22 (88.00)	-	3 (12.00)
1.5 สุขภาพในช่องปาก	16 (64.00)	1 (4.00)	7 (28.00)
1.6 การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง	18 (72.00)	1 (4.00)	5 (20.00)
1.7 ภาวะซึมเศร้า	21 (84.00)	2 (8.00)	2 (8.00)
1.8 ความจำกัดในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ	20 (80.00)	1 (4.00)	4 (16.00)
1.9 การที่ต้องอาศัยผู้ดูแล (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)	21 (84.00)	1 (4.00)	2 (8.00)
1.10 การที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วย/กายอุปกรณ์	21 (84.00)	3 (12.00)	1 (4.00)
2. พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล			
2.1 สถานภาพสมรส	19 (76.00)	3 (12.00)	3 (12.00)
2.2 ระดับการศึกษา	21 (84.00)	4 (16.00)	-
2.3 การอยู่คนเดียว	22 (88.00)	2 (8.00)	1 (4.00)
2.4 การออกกำลังกาย	18 (72.00)	4 (16.00)	2 (8.00)
2.5 ความอ้วน	19 (76.00)	3 (12.00)	2 (8.00)
2.6 การตระหนักรับรู้ภาวะสุขภาพ	21 (84.00)	2 (8.00)	1 (4.00)
2.7 การอ่านออกเขียนได้	20 (80.00)	-	5 (20.00)
2.8 การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ	20 (80.00)	-	5 (20.00)
2.9 การสูบบุหรี่	24 (96.00)	1 (4.00)	-
2.10 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	22 (88.00)	2 (8.00)	1 (4.00)

รายการตัวชี้วัด	ความคิดเห็น (n = 25)		
	เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ควรปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)
3. การบริการสุขภาพ			
3.1 การใช้บริการด้านสุขภาพ	22 (88.00)	1 (4.00)	2(8.00)
3.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	19 (76.00)	-	6 (24.00)
3.3 การใช้บริการที่มีในชุมชน	19 (76.00)	3 (12.00)	3 (12.00)
4. ภาวะสังคมและเศรษฐกิจ			
4.1 จำนวนผู้สูงอายุ	24 (96.00)	1 (4.00)	-
4.2 ความยากจน	15 (60.00)	2 (8.00)	8 (32.00)
4.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	17 (68.00)	4 (16.00)	3 (12.00)
4.4 การมีงานทำ	18 (72.00)	2 (8.00)	5 (20.00)
4.5 ปัญหาเกี่ยวกับที่พักอาศัย	22 (88.00)	1 (4.00)	2 (8.00)
4.6 การสนับสนุนทางสังคม	22 (88.00)	-	2 (8.00)
4.7 สวัสดิการทางสังคม เช่นการได้รับเบี้ยยังชีพ	20 (80.00)	2 (8.00)	2 (8.00)
4.8 การใช้บริการบ้านพักที่รัฐบาลจัดหาให้	19 (76.00)	2 (8.00)	3 (12.00)
5. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี			
5.1 มลภาวะที่เป็นพิษ	19 (76.00)	2 (8.00)	3 (12.00)
5.2 การมีน้ำดื่มน้ำใช้ที่ปลอดภัย	21 (84.00)	1 (4.00)	2 (8.00)
5.3 สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	18 (72.00)	2 (8.00)	4 (16.00)
5.4 สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย	22 (88.00)	1 (4.00)	1 (4.00)
5.5 อาหารถูกสุขอนามัย	19 (76.00)	5 (20.00)	1 (4.00)

ตารางที่ 4.5 สรุปความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจากการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่ม

รายการตัวชี้วัด	ข้อเสนอแนะ
1. ด้านภาวะสุขภาพ 1.1 อายุคาดเฉลี่ย e0 และ e60 (Life expectancy)	- ควรใช้ e0 - ปรับรายการตัวชี้วัดเป็นอายุคาดเฉลี่ยตั้งแต่แรกเกิด - ปรับความหมายให้ชัดเจน
1.2 อัตราการตาย (Crude mortality rate)	- ชัดเจนดีแล้วและให้คงไว้
1.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรคและโรคที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละพื้นที่ (Chronic health conditions)	- ควรรวมโรคอัลไซเมอร์ด้วย - เพิ่มเติมความหมายของโรคเรื้อรังคือโรคที่รักษาไม่หาย - <u>ควรพิจารณา</u> 1. แหล่งของข้อมูล 2. วิธีการจัดเก็บ 3. วัตถุประสงค์ของการนำไปใช้
1.4 ความบกพร่องของการมองเห็น/การได้ยิน (Sensory impairments)	- น่าจะแยกเป็นความบกพร่องของการมองเห็นหรือทางสายตา และความบกพร่องของการได้ยิน - ขอพิจารณากำหนดเกณฑ์ของ <u>Impairment</u> ที่ทำให้มีความจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน , ต้องมีนิยามให้ชัดเจนว่าถึงขนาดไหนที่จะเรียกว่า impairment ตัวอย่างการนิยามเช่น ด้านการได้ยิน คือการฟังวิทยุแล้วไม่รู้เรื่อง ส่วนด้านการมองเห็น คือการดูทีวีแล้วไม่รู้เรื่อง - หากแยกคนละข้อก็จะดีมาก

รายการตัวชี้วัด	ข้อเสนอแนะ
1.5 สุขภาพในช่องปาก (Oral health)	-เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกันควรระบุว่าประเมินได้อย่างไรเช่น ประเมินจากการเคี้ยวอาหาร โดยไม่จำเป็นต้องใช้ฟันแท้ทั้งหมด (ฟันปลอมก็ได้) - รวมถึงการที่มีปัญหาโรคเหงือกหรือเปลา - น่าจะสอบถามปัญหาสุขภาพช่องปากอื่น ๆ เช่น แผล ลิ้น เชื้อรา ฯลฯ - ควรปรับความหมายให้เป็น“จำนวนฟันแท้ที่ใช้งานได้” ความหมายมีสองด้านคือ ทางด้านการแพทย์คือจำนวนคู่ฟันที่สบกันได้ ส่วนทางด้านของบุคคลทั่วไปคือสามารถรับประทานอาหารได้ <u>ข้อมูลจากประเทศญี่ปุ่นหมายถึง</u> - ในญี่ปุ่นใช้ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันแท้เกิน 20 ซี่ - รับประทานอาหารได้ยากขึ้นใช่หรือไม่ - มีการสำลักหรือหายใจระหว่างรับประทานอาหารหรือไม่ - ปากแห้ง/คอแห้ง
1.7 การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง (Respondent-assessed health status)	- ช่วงอายุควรแยกระดับแค่ 3 วัยคือ young elderly 60-69, old elderly 70-79 และ oldest old หรือthe very elderly คือ มากกว่า 80 ปี - น่าจะแบ่งตามพัฒนาการ (ระดับต้น, กลาง, และปลาย) - เป็น Subjective เกินไป - น่าจะประเมินจากจำนวนการไม่ไปพบหมอในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา - ควรจะแยกช่วงอายุเป็น 3 กลุ่ม

รายการตัวชี้วัด	ข้อเสนอแนะ
1.8 ภาวะซึมเศร้า (Depressive symptoms)	- มีการประเมินโดยใช้แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต จำนวน 14 ข้อเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์แบบเจาะจง - ไม่สามารถประเมินเป็นแบบรายปีได้ เพราะอาจเกิดขึ้นได้เป็นบางช่วงระยะ - ภาวะทางสังคมก็สะท้อนให้เห็นถึงระดับความซึมเศร้าด้วย (สังคมเมือง/สังคมชนบท) - จากสนง.สถิติสำนวน โรคภาวะซึมเศร้ามีจำนวนมาก และสาเหตุการตายจากโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้น (กลุ่มวัยรุ่น) - ใช้ผลค่าคะแนนตามดัชนีที่เป็นสากล
1.9 ความจำกัดในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ (Functional limitation)	- ถ้าจะใช้ Katz Index of Independence ADL - เสนอให้เปลี่ยนเป็น “ภาวะพึ่งพา”
1.10 การที่ต้องอาศัยผู้ดูแล (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) (personal assistance)	- ควรเพิ่มเติมประเมินการที่ผู้สูงอายุต้องเป็นผู้ดูแลผู้อื่นด้วย
1.11 การที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วย/กายอุปกรณ์ (equipment)	
2. พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล	
2.1 สถานภาพสมรส (Marital status)	- น่าจะมีตัวเลือกเป็น “สมรส” (อยู่ด้วยกัน/หม้าย/หย่า) และ “โสด” - สถานภาพโสด (ไม่เคยสมรส) ก็น่าจะมีความสำคัญ - น่าจะแยกเป็นตัวชี้วัดด้านปัจจัยส่วนบุคคล/สังคม น่าจะดีกว่า - ละเอียดยกข้อเพิ่ม เช่น เคยสมรส เพราะปัจจุบันสมรสแล้วเปลี่ยนเป็นนางสาว - ผู้สูงอายุที่แต่งงานและโสดเมื่ออายุมากขึ้น อาจไม่ได้ดูแลกันเสมอไป

รายการตัวชี้วัด	ข้อเสนอแนะ
2.2 ระดับการศึกษา (Educational Attainment)	- คำว่า “การศึกษาภาคบังคับ” มีความรู้ในระดับใดในข้อนี้ - โครงสร้างผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะชนบทจะจบแค่ระดับป.4 / ป.6 / ป.7 - น่าจะเป็นระดับประถมเพราะผู้สูงอายุปัจจัยยังมีเพียง ป.4 เท่านั้นและประชากรไทยในอนาคตอีก 10-15 ปีข้างหน้า ข้อมูลก็ชี้ว่า 25% ยังคงจบแค่ ป.4
2.3 การอาศัยอยู่คนเดียว (Living arrangements)	- เปรูเซ็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวก็น่าเป็น indicate ที่ดี - ปรับภาษาเป็น “การอยู่อาศัย” (อยู่คนเดียว, อยู่กับครอบครัว) - เสนอให้ใช้คำว่าผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งจะชัดเจนดีกว่า
2.4 การออกกำลังกายทางกาย (Physical activity)	- ควรแบ่งกลุ่มอายุและนิยามความหมายของคำว่าออกกำลังกายให้ชัดเจน - การทำกิจวัตรประจำวันถือว่าเป็นการออกกำลังกายไปในตัว
2.5 ความอ้วน (Obesity)	- กำหนดค่า BMI เกณฑ์ภาวะอ้วนในกลุ่มผู้สูงอายุให้ชัดเจน - วัด/ประเมินจากรอบเอวน่าจะทันสมัยกว่า
2.6 การตระหนักรับรู้ภาวะสุขภาพ (awareness)	- ผู้สูงอายุตระหนัก รับรู้แต่ไม่ปฏิบัติดีต่อสุขภาพ ก็ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพ
2.7 การอ่านออกเขียนได้ (Literacy)	- การวัดระดับการอ่านออกเขียนสำหรับสังคมไทยจะวัดอย่างไร - เป็น Demographic data และมีผลทางอ้อม ไม่แสดงถึง Behavior โดยตรง - วัดได้ยาก การเก็บข้อมูลทำได้ลำบาก - เพิ่มความหมายของคำว่า “เขียนได้” - เน้นอ่านออกและต้องเขียนได้ด้วย

รายการตัวชี้วัด	ข้อเสนอแนะ
2.8 การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ (Health literacy)	- ในระดับชาวบ้านคงไม่สามารถทำในข้อ 3 (คำนวณดัชนีมวลกาย)+ 4 (ศัพท์การแพทย์) ได้ - ความหมายในข้อ 4 จะสามารถค้นหาอย่างซับซ้อนได้ไหม - ปัญหาอยู่ที่การวัดการรับรู้ - น่าสนใจตัวชี้วัดนี้ แต่ค่อนข้างเป็นเรื่องใหม่อาจจะประเมินหรือวัดได้ยาก - การวัดระดับประเทศน่าจะเก็บข้อมูลได้ยาก หากจะใช้จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ - ผู้สูงอายุสุขภาพดี ไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ มีความรู้แล้วแต่ไม่ปฏิบัติก็ไม่เป็นผล
2.9 การสูบบุหรี่ (Cigarettes smoking)	- จะระบุจำนวนที่เป็นอันตรายหรือไม่ เช่น ถ้าสูบบุหรี่ 5 มวนถือว่าเป็นอันตราย
2.10 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	- ควรระบุปริมาณที่ดื่มให้ชัดเจน
3. การบริการสุขภาพ	
3.1 การใช้บริการด้านสุขภาพ (Use of health care services)	- มีความสงสัยว่าผู้ป่วยไปรักษามากดีหรือไม่ดี เช่น ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพดีเพราะหมั่นไปหาหมอ - น่าจะระบุช่วงเวลาประเมินด้วย เช่น ในช่วง 6 เดือนหรือ 1 ปี
3.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health care expenditures)	- ถ้าผู้สูงอายุมีเงินจ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพน่าจะดี - ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเป็นคำถามเปิดที่หาคำตอบได้ยาก เพราะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้งที่คิดเป็นมูลค่าได้และคิดเป็นมูลค่าไม่ได้ - จะได้ข้อมูลจากแหล่งใด - ปรับความหมายเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุจ่ายเอง - เก็บข้อมูลได้เฉพาะที่ไปรักษากับทางโรงพยาบาล

รายการตัวชี้วัด	ข้อเสนอแนะ
3.3 การใช้บริการที่มีในชุมชน	- ปรับแยกเป็น 2 ข้อคือ 1. การมีบริการสุขภาพที่มีในชุมชนและ 2. การใช้บริการที่มีในชุมชน - บริการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงบริการจากสถานบริการสุขภาพหรือสาธารณสุข คงต้องตีความให้ชัดเจนยิ่งขึ้น - ควรประเมินการรับรู้ว่ามีหรือไม่ และสามารถไปใช้บริการได้หรือไม่ด้วย (access to care)
4. ภาวะสังคมและเศรษฐกิจ	
4.2 จำนวนผู้สูงอายุ	
4.3 ความยากจน (Poverty)	- ประเมินจาก poverty line ของประเทศ (ข้อมูลจากสภาพัฒน์ฯ) - เส้นความยากจนปี 2550-2551 ที่เท่ากับ 1,440 บาท/เดือน
4.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (Income)	- จะได้ข้อมูลจากแหล่งใด - ควรใช้รายได้เฉลี่ย/คน/เดือน - ควรระบุแหล่งที่มาของรายได้ทุกแหล่ง
4.4 การมีงานทำ (work/ participation in the labor force)	- ควรแยกข้อมูลตามกลุ่มอายุ - ควรแยกกลุ่มมีงานทำ, กำลังหางาน ออกจากกันเพราะลักษณะต่างกัน - ควรปรับเป็น “ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีงานทำหรือยังมีกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของการยังชีพ/ดำรงชีวิต” - การมีงานทำ ณ ปัจจุบัน (ทุกรูปแบบ) - ในอนาคต : อาจจะเป็นการทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนทั้งในรูปแบบของตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน
4.5 ปัญหาเกี่ยวกับที่พักอาศัย (Housing problems)	- น่าจะแตกเป็น 2 ประเด็น (1) กรรมสิทธิ์ในที่พักอาศัย (ของตนเอง/ของลูกหลาน/ญาติ/ไม่มี เช่น อยู่สถานสงเคราะห์) (2) ปัญหา (พื้นที่คับแคบ, ระบายอากาศไม่ดี, สาธารณูปโภคไม่ดี, โครงสร้างไม่มั่นคง, มลพิษทั้งทางเสียง ควัน น้ำเสีย) - การระบุคำนิยามกว้าง ๆ จะเก็บข้อมูลได้ยาก - ข้อความของรายการตัวชี้วัดอาจทำให้สับสนกับการที่ที่อยู่อาศัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

รายการตัวชี้วัด	ข้อเสนอแนะ
4.6 การสนับสนุนทางสังคม	- ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวอาจมีทรัพย์สินและต้องการอยู่คนเดียว - หัวข้อตัวชี้วัดน่าจะเป็นการถูกทอดทิ้ง เพราะการสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นของที่ได้รับทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ
4.7 การถูกทำร้าย	
4.7 สวัสดิการทางสังคม เช่นการได้รับเบี้ยยังชีพ	- การได้รับ“เบี้ยยังชีพ” ประเด็นนี้สำคัญอยากให้แยกออกจากสวัสดิการอื่น ๆ
4.8 การใช้บริการบ้านพักที่รัฐบาลจัดหาให้ (Residential services)	- ปรับรายการตัวชี้วัดเป็น <u>บ้านพักคนชรา</u>
5. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี	
5.1 มลภาวะที่เป็นพิษ	- อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดหรือนอกชุมชนเมืองออกไปใช้เครื่องมืออะไรวัด - กำหนดค่าของมลภาวะอย่างไร - จะระบุได้อย่างไรว่าบริเวณไหนมีมลภาวะทางอากาศ - ควรให้คำนิยาม “มลภาวะทางอากาศ” เพื่อความเข้าใจตรงกัน - ควรระบุความหมายให้ครอบคลุม ชัดเจน(หายใจสะดวก ปลอดภัย โปร่ง)
5.2 การมีน้ำดื่มน้ำใช้ที่ปลอดภัย	- น้ำสะอาด หมายถึง น้ำประปาใช้หรือไม่
5.3 สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Falls)	- เน้นชนิดของส้วม ห้องน้ำมีราวจับ บันไดมีราวจับ - จะได้ข้อมูลจากแหล่งใด สอบถามผู้สูงอายุหรือต้องทำการสำรวจ - คำนิยามสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการเก็บข้อมูล จะดำเนินการอย่างไร
5.4 สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย(Unsafe environment)	- อาจเป็น SERIES เดียวกันคือคำถามเป็นค่าของความปลอดภัย ถ้ามีทั้งปลอดภัยและไม่ปลอดภัย เวลาตอบอาจผิดพลาดได้ - ควรใช้ดัชนีที่เป็น positive ทั้งหมด
5.5 อาหารถูกสุขอนามัย (Safe foods)	- น่าจะหมายถึงการที่ผู้สูงอายุทำเองหรือซื้อสำเร็จรูป

ส่วนที่ 5 สรุปรายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.6 สรุปรายการตัวชี้วัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

รายการตัวชี้วัด	ความหมาย
1. ด้านภาวะสุขภาพ	
1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e0)	อายุเฉลี่ยของประชากรผู้สูงอายุในประเทศแยกตามเพศ
1.2 อัตราการตาย	จำนวนผู้สูงอายุที่เสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คน
1.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรคและโรคที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละพื้นที่	ร้อยละของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 5 โรคที่มีอัตราการเจ็บป่วยสูงสุด
1.4 ความบกพร่องของการมองเห็น	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น
1.5 ความบกพร่องทางการได้ยิน	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน
1.6 สุขภาพในช่องปาก	จำนวนฟันแท้ที่ใช้งานได้ (สามารถใช้บดเคี้ยวอาหารได้)
1.7 การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดีถึงดีมากแยกตามช่วงอายุ 60-69, 70-79 และ 80 ปีขึ้นไป
1.8 ภาวะซึมเศร้า	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต จำนวน 14 ข้อ
1.9 ภาวะพึ่งพา	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity daily living) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป ประเมินโดยใช้ Katz Index of Independence ADL
1.10 การที่ต้องอาศัยผู้ดูแล	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

รายการตัวชี้วัด	ความหมาย
1.11 การที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วย/กายอุปกรณ์	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วย/กายอุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน
2. พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล	
2.1 สถานภาพสมรส	ร้อยละของผู้สูงอายุที่สมรส(อยู่ด้วยกัน/หม้าย/หย่า) และร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็น โสด
2.2 ระดับการศึกษา	ร้อยละของผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาภาคบังคับ (ป.4)
2.3 การอาศัยอยู่คนเดียว	ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว โดยไม่มีญาติพี่น้องดูแล
2.4 การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยวันละ 30 นาที, 3 วันต่อสัปดาห์)
2.5 ความอ้วน	ร้อยละของผู้สูงอายุที่อ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าค่าปกติ และร้อยละของผู้สูงอายุที่มีขนาดของรอบเอวสูงกว่าค่าปกติในผู้สูงอายุ
2.6 การอ่านออกเขียนได้	ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถอ่านหนังสือได้และร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถเขียนหนังสือได้
2.7 การสูบบุหรี่	ร้อยละของผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่
2.8 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
3. การบริการสุขภาพ	
3.1 การใช้บริการด้านสุขภาพ	-จำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อปี (ผู้ป่วยใน) -จำนวนครั้ง (visit) ที่ผู้สูงอายุมารับบริการจากสถานบริการด้านสุขภาพต่อปี (ผู้ป่วยนอก)

รายการตัวชี้วัด	ความหมาย
3.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อคนต่อปีในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายด้วยตนเองและค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของประเทศในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อคนต่อปี
3.3 การมีบริการสุขภาพที่มีในชุมชน	จำนวนสถานบริการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขที่มีในชุมชน
3.4 การใช้บริการที่มีในชุมชน	จำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการจากสถานบริการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขที่มีในชุมชน
4. ภาวะสังคมและเศรษฐกิจ	
4.6 จำนวนผู้สูงอายุ	ร้อยละของผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศ
4.7 ความยากจน	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปีก่อนหักภาษีน้อยกว่ารายได้เฉลี่ยต่อปีก่อนหักภาษีของประชากรในประเทศ (คิดจากเส้นความยากจนในแต่ละปีที่ได้ข้อมูลจากสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)
4.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุต่อคนต่อเดือน
4.4 การมีงานทำ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีงานทำหรือยังมีกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของการยังชีพ/ดำรงชีวิตทุกรูปแบบ
4.5 ปัญหาเกี่ยวกับที่พักอาศัย	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับที่พักอาศัยได้แก่ ที่พักคับแคบ ลักษณะทางกายภาพไม่เหมาะสม ไม่มีที่พัก ที่พักหนาแน่น (อยู่อาศัยหลายคนทำให้ไม่มีพื้นที่ส่วนตัว)
4.6 ทรัพย์สินในที่พักอาศัย	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง
4.7 การสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือถูกละทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง
4.8 สวัสดิการทางสังคม	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ
4.9 การใช้บริการบ้านพักคนชรา	ร้อยละของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักคนชรา
5. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี	
5.1 มลภาวะที่เป็นพิษ	ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีมลพิษ ซึ่งได้แก่ ของเสีย วัตถุอันตราย และสารพิษอื่น ๆ

รายการตัวชี้วัด	ความหมาย
5.2 การมีน้ำดื่มน้ำใช้ที่ปลอดภัย	ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีแหล่งน้ำสะอาดในการอุปโภค บริโภค
5.3 สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการพลัดตก หกล้ม	ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักอาศัยที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น ห้องน้ำ บันไดที่ไม่มีราวจับ
5.4 สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย	ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักอาศัยที่ไม่เสี่ยงต่อการถูกทำร้าย มีเพื่อนบ้านที่ดี ใกล้ญาติพี่น้องหรือเพื่อน
5.5 อาหารที่ถูกสุขอนามัย	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ประกอบอาหารโดยวัตถุดิบที่ปลอดสารพิษหรือบริโภคอาหารจากร้านอาหารที่สะอาด

ตารางที่ 4.7 จำนวนรายการตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุ

รายการตัวชี้วัด	จำนวนใน แบบสอบถาม	จำนวนรายการ ที่ตัดออก	จำนวนรายการ ที่เพิ่มเติม	สรุปจำนวน รายการตัวชี้วัด
ด้านที่ 1 ด้านภาวะสุขภาพ	11	1	1	11
ด้านที่ 2 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะ เสี่ยงต่อสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล	20	12	-	8
ด้านที่ 3 ด้านการบริการสุขภาพ	12	8	-	4
ด้านที่ 4 ด้านภาวะเศรษฐกิจและสังคม	13	4	-	9
ด้านที่ 5 ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพดี	6	1	-	5
	62	26	1	37

ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่นๆ จากกลุ่มตัวอย่าง

- เป็นงานวิจัยที่น่าสนใจมาก เพราะเป็นการกำหนดรายการตัวชี้วัดได้ครอบคลุม หลากหลายและทุกตัวมีประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม (ทั้งสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม)
- งานวิจัยชิ้นนี้น่าจะเป็นงานวิจัยที่สามารถนำไปสู่การพิจารณาใช้ประโยชน์ทั้งทางด้านการแพทย์/สังคม เนื่องจากตัวชี้วัดเหล่านี้ล้วนเป็นเป้าหมายของการทำงานของทีมงานผู้สูงอายุของเกือบทุกหน่วยงาน การกำหนดตัวชี้วัดเหล่านี้จากข้อสรุปจากเอกสาร / การอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องทั้งระดับนโยบาย/ปฏิบัติ รวมทั้งองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จะทำให้เกิดทั้งองค์ความรู้ ทักษะ ที่จะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและทิศทางการทำงานผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ และสอดคล้องกับสภาพข้อเท็จจริงในแต่ละพื้นที่ได้มากที่สุด
- รายละเอียดที่ควรเพิ่มเติม ควรให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย ๆ เพราะบางทีคำถามที่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจ อาจทำให้คำตอบคลาดเคลื่อนได้ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ ถ้าเน้นถามเรื่องการออกกำลังกาย ออกสัปดาห์ละกี่ครั้ง ถ้าตอบว่าเดือนละ 1-2 ครั้งก็แสดงว่าไม่เข้าใจเรื่องสุขภาพ เป็นต้น
- เรื่องอาหารปลอดภัยก็เช่นเดียวกัน คนตามชนบทอาจคิดว่าอาหารที่ปลอดภัยคืออาหารที่กินแล้วอร่อยดี ถูกปาก
- รายการตัวชี้วัดมากเกินไป ถ้าเป็นข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถทำได้ แต่ถ้าจะกำหนดเป็นตัวชี้วัดเฉพาะตัวหลักสำคัญ ๆ น่าจะเพียงพอ

- ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ชัดเจนตัวชี้วัด เช่น โรคที่เกิดโดยไม่ตั้งใจ เช่น เกิดจากการกระทำที่ผิดพลาดของบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร
- ตัวชี้วัดชัดเจน ครอบคลุมและเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง และเห็นประโยชน์ที่จะเกิดจากการวิจัยที่มีอย่างมากมาย ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยที่เลือกพื้นที่จังหวัดลำพูน เป็นพื้นที่วิจัย
- ควรแยกประเด็นผู้สูงอายุชาย-หญิง ในแต่ละตัวชี้วัด (หากเป็นไปได้)
- ควรเพิ่มตัวชี้วัดด้านการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพจิตที่ดี เช่น 1. โอกาสในการทำกิจกรรมผ่อนคลายหรือบริหารจัดการร่วมกับครอบครัว มิตรสหายและชุมชน โดยดูความถี่ของโอกาสในการทำกิจกรรม 2. การดำเนินชีวิตประจำวัน โดยดูร้อยละของผู้สูงอายุที่ดำเนินชีวิตเป็นประจำอยู่กับลูกหลาน
- การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยหลัก Comprehensive Geriatric Assessment จะประเมินหลักอยู่ 5 ด้านคือ 1. Physical health ประเมินด้วย musculoskeletal impairment and immobility, morbidity, และ visual and hearing impairment 2. Mental health ประเมินด้วย Cognitive impairment และ Depression 3. Social and Economic Status 4. Functional Status ประเมินโดย Katz scale of ADL และ IADLS 5. Environmental Characteristic อาจเพิ่มรายการใช้วัดบางอย่างในแบบสอบถาม
- ลำพูนขอเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลผู้สูงอายุดังนี้
 - การมีหลักประกันสุขภาพและประเภทของการประกันสุขภาพ เช่น บัตรผู้สูงอายุ บัตรทอง 30 บาท ประกันสังคม เบิกราชการ ประกันชีวิตและสุขภาพ
 - ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องรับภาระในครอบครัว เช่น ภาระด้านการจ่าย ดูแลบุตรหลาน หรือคนพิการ
 - ร้อยละของผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง
 - ร้อยละของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรู้สึกเครียด เบื่อหน่ายสิ้นหวัง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ความพยายามฆ่าตัวตาย การคิดฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายสำเร็จ
 - ความต้องการให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สนับสนุนด้านใด
- Indicator ต่าง ๆ นอกจากจะคิดรวมผู้สูงอายุทั้งหมดแล้ว ควรจะแยกผู้สูงอายุออกเป็นอย่างน้อย 3 กลุ่มคือ 1. ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69ปี) 2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79ปี) 3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (80ปีขึ้นไป)
- น่าจะเพิ่มเรื่อง 1. ปัญหาสมองเสื่อม 2. ปัญหาการกลืนปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้
- ข้อมูลที่ต้องการนี้ต้องให้ชัดเจนว่าเป็นข้อมูลระดับบุคคล หรือระดับชุมชนหรือระดับอื่นใด

- ภาพโดยรวมคือตัวชี้วัดเหล่านี้ก็ดี แต่คิดว่ามีจำนวนตัวชี้วัดมากเกินไปและก่อนจะนำไปสรุปต้องชัดเจนก่อนว่า
 - ตัวชี้วัดเหล่านี้ หน่วยงานใดจะนำไปใช้ประโยชน์และนำไปใช้ทำอะไร
 - ข้อมูลตามตัวชี้วัดเหล่านี้ หน่วยงานใดรับผิดชอบในการจัดเก็บ และเก็บข้อมูลเหล่านี้มาได้อย่างไร
 - ตัวชี้วัดเหล่านี้จะเก็บข้อมูลเมื่อไร, ทุกปีหรือไม่
 - มีงบประมาณในการจัดเก็บข้อมูลจากแหล่งใด
- การเก็บข้อมูลต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุในระดับประเทศยังพบว่า สำนักงานสถิติแห่งชาติยังไม่สามารถเก็บข้อมูลตามที่ต้องการได้ โดยเฉพาะข้อมูลที่แยกตามกลุ่มอายุให้ครบถ้วน ดัชนีต่าง ๆ เสมือนมีความจำเป็นในส่วนใหญ่ หากไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลสนับสนุน การดำเนินงานให้ได้ตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้จะมองดูเหมือนทำงานบกพร่อง
- การดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มักมีปัญหาต้องอาศัยการพึ่งพาบ้าง จนกระทั่งพึ่งพาโดยสมบูรณ์ การมุ่งเฉพาะภาวะด้านกายอย่างเดียว รวมกับสวัสดิการสังคมบ้างจะเป็นการไม่เพียงพอ น่าจะมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและความสุขในชีวิตด้วย
- ควรเพิ่มตัวชี้วัดของการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แสดงถึงสุขภาพทางสังคม ควรตั้งประเด็นคำถามด้วย
- เพิ่มเติมด้านสุขภาพจิต สุขภาพใจ เช่น การปฏิบัติกิจทางศาสนา
- กิจกรรมนันทนาการ (การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และเกิดความสุข) เช่น ลูกหลานพาไปเที่ยว ทานอาหารนอกบ้าน การไปเที่ยวกับกลุ่ม
- ควรปรับการใช้ภาษาให้เข้ากับบริบทไทย
- น่าจะเพิ่มเติมการประเมินทุนทางสังคมหรือทักษะที่ผู้สูงอายุมีอยู่, ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ (การเก็บข้อมูลภูมิรู้ของผู้สูงอายุเพื่อใช้คงอยู่ต่อไป) เช่น การนวดแผนไทย การใช้ลูกประคบ ฯลฯ

บรรณานุกรม

- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547, 2547.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาราเดช และศรานุช โดมรศักดิ์. (2543). เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2540). การวิจัยแบบ EDFR. ในทศนา เขมณีและสร้อยสน สกลรักษ์ (บรรณาธิการ.), *แบบแผนและเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา* (หน้า 259-271). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2544). ตัวบ่งชี้ เกณฑ์และมาตรฐานในการประเมิน. *วารสารการวัดผลการ ศึกษา*, 23(67), 42-56.
- Berensson, MA, Carlson, P., Granath, M., Urwitz, V. (2001). Quality indicators for health promotion program. *Health Promotion International*, 16, 187-195.
- Campbell, SM, Braspenning, Journal., Hutchinson, A, & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 358-364
- Donabedian, A. (1980). *Eexplorations in quality and monitoring volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Ann Arbor.
- Gagliardi, AR., Fung, MF., Langer, B., Stern, H., Brown, AD. (2005). Development of ovarian cancer surgery quality indicators using a modified Delphi approach. *Gynecologic Oncology*, 97, 446-456.
- Gerald, G. (1999). Measuring up: The promises and pitfalls of performance indicators in higher education. ERIC Digest. Available via WWW: http://www.ed.gov/databases?ERIC_Digests/ed383278.html
- Hofer, T. P., Bernstein, S. J., Hayward, R. A., & DeMonner, S. D. (1997). Validating quality indicators for hospital care. *Journal of Quality Improvement*, 23, 455-467.
- Marshall, M., Leatherman, SL., Mattke, S., & Members of the OECD Health Promotion, Prevention, and Primary Care Panel. (2004). *Selecting indicators for the quality of health promotion, prevention, and primary care at the health systems level in OECD countries*. London: Organization for Economic Co-operation and Development.