

โครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556

ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ร่วมกับ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ร่วมกับ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

ที่ปรึกษาโครงการ

1. นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย
2. นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 5
3. นายแพทย์ธีรพล โตพันธานนท์ รองอธิบดีกรมอนามัย
4. นายแพทย์ดเนย์ อีวันดา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ
5. นายแพทย์ไกรวุฒิ ก้วนหิน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
6. นายแพทย์สุเทพ เพชรหมาก ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา
7. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
8. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9. ผศ.ดร. ลีลี อิงศรีสว่าง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

คณะทำงาน

1. นายสุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
2. นายธีระ ศิริสมุด โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
3. นางสาวแก้วกุล ตันติพิสิฐกุล โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
4. ภญ.ธัญญา คู่พิทักษ์จร โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
5. นางวิมล บ้านพวน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
6. นางอรวิ รมยะสมิต สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
7. นางเบญจมาภรณ์ ศิริเฉลิม สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
8. นางสาวพิรญา จันทรคง สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
9. ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยเขต ที่ 1- 12 กรมอนามัย

การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

1 หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วน โดยพบว่าประชากรของประเทศไทยแก่ที่สุดในอาเซียน คือมีอายุ 65 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 7.4 หรือ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12 มีการคาดการณ์ว่า อีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ซึ่งหมายถึงมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 ขึ้นไป หรืออาจกล่าวได้ว่า ในอีก 10 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2564) ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์: Aged Society”[1] ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียว หรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อายุยิ่งสูงยิ่งเจ็บป่วย โดยเฉพาะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รักษาไม่หาย มีภาวะการพึ่งพาต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม และครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน[1] การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะการจัดให้มีสวนนั่งราบห้อยขาในทุกสถานบริการและในชุมชนเพื่อลดความรุนแรงจากโรคข้อเข่าเสื่อม และการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญ

จากรายงานโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2554 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554)[2] ดัชนีวัดที่ 8 สัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักมีผลการดำเนินงานเพียงร้อยละ 18.7 จากเป้าหมายการดำเนินงาน ร้อยละ 30 เช่นเดียวกับ ดัชนีวัดที่ 38 สัดส่วนของตำบลที่มีบริการสำหรับผู้สูงอายุต่อไป 1. สนับสนุนการดูแลระยะยาว 2. ระบบระดับประคอง 3. ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ 4. อาสาสมัครในชุมชน 5. สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานภายใต้ “ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว” ผลการประเมินคิดเป็นร้อยละ 34.3 จากเป้าหมาย ร้อยละ 50 ซึ่งไม่ผ่านการประเมิน

ในปี พ.ศ. 2555 กรมอนามัย ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงได้ร่วมกันดำเนินงานแผนงาน “โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการขึ้น โดยบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีเป้าหมายสำคัญเพื่อ 1) ส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์โดยผสมผสานมาตรฐานการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งสุขภาพกายและจิต 2) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม 3) เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพทั้งในสถานบริการและบริการเชิงรุกในชุมชน 4) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และ 5) เพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป [3]

หลังจากดำเนินงานตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการระยะเวลา 1 ปี สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ จึงได้จัดทำ “โครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556” ขึ้น โดยมุ่งหวังเพื่อค้นหาข้อมูลจากการดำเนินงานตามแผนงานดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน ปรับปรุงและพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการในการดำเนินงานตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการระยะต่อไป

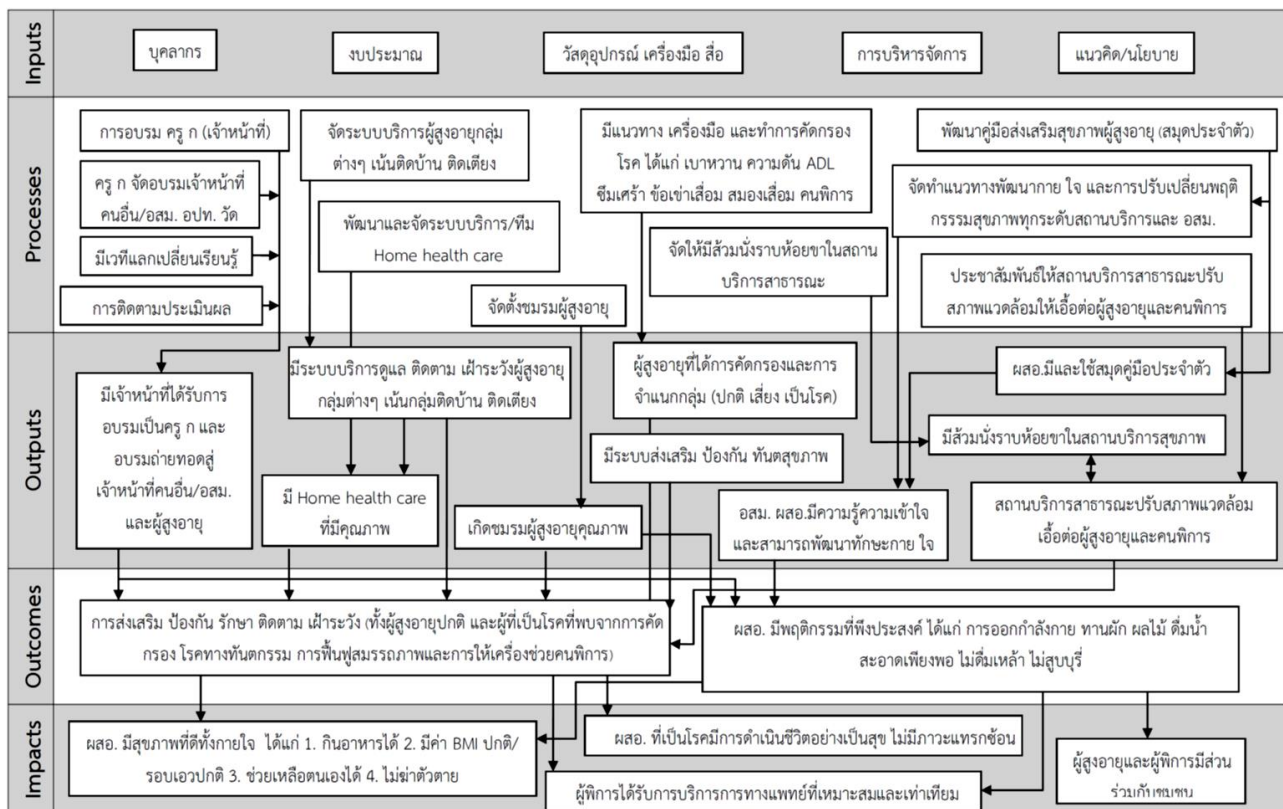
2 วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อสำรวจสถานการณ์ปัญหาสภาวะของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2556
- 2.2 เพื่อติดตามผลการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงอนามัย
- 2.3 เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารในการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ

3 ระเบียบวิธีวิจัย

การสำรวจครั้งนี้ ต้องการศึกษาลักษณะที่เกิดจากการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นการศึกษาตลอดทั้งการดำเนินงานของโครงการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2556) ซึ่งประเด็นที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ในงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ การบริหารจัดการ แนวคิดและนโยบาย ศึกษาวิธีการหรือกระบวนการดำเนินงาน (Processes) ของแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ศึกษาผลการดำเนินงานของกิจกรรมโครงการ (outputs) ตามแผนงานดังกล่าว เพื่ออธิบายผลลัพธ์ตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ต้องการของโครงการ (outcomes) นอกจากนั้นยังศึกษาผลกระทบระยะสั้นที่จะเกิดขึ้นจากโครงการดังกล่าว (Impacts) ดังนั้น การสำรวจครั้งนี้จึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 ส่วน นั่นคือ 1) ข้อมูลฝั่งผู้ให้บริการ สถานพยาบาลและระบบบริการ และ 2) ข้อมูลสภาวะและการใช้บริการของผู้สูงอายุ โดยทีมวิจัยกำหนดกรอบการสำรวจ ดังนี้

3.1 กรอบการสำรวจ



การสำรวจแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย 2) การสำรวจข้อมูลการให้บริการสถานพยาบาล มีรายละเอียดของระเบียบวิธีวิจัยในแต่ละส่วนดังนี้

1. การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย

รูปแบบและขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวาง (cross-sectional household survey) โดยการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ที่อาศัยในหมู่บ้านหรือชุมชนในทุก 12 ศูนย์อนามัยเขต อย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง

การสำรวจครั้งนี้นำเสนอผลหรือสะท้อนข้อมูล 2 ระดับ คือ ระดับศูนย์อนามัยเขตและระดับประเทศ ดังนั้นผู้สูงอายุที่จะสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างจะคำนวณตามแต่ละศูนย์อนามัยเขต ตามสูตรการสำรวจข้อมูลที่ทราบจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NPQ}{Z_{\alpha/2}^2 PQ + N\epsilon^2}$$

โดยที่

n = จำนวนผู้สูงอายุตัวอย่าง

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

N = จำนวนประชากรผู้สูงอายุในแต่ละศูนย์อนามัยเขต

P = สัดส่วนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่พึงประสงค์ (การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2554 (ตารางที่ 1))

e = ขนาดความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดจากการวิจัย = 3%

หมายเหตุ: สัดส่วนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่พึงประสงค์ของแต่ละภาค (P1-P4) จะถูกนำไปคิดคำนวณกลุ่มตัวอย่างในแต่ละศูนย์อนามัยเขตที่อยู่ในภูมิภาคนั้นๆ

ตารางที่ 1 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ จำแนกตามภาค[4]

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์	ร้อยละ
กลาง (ตะวันออกและตะวันตก) (P1)	0.79
เหนือ (P2)	0.83
ตะวันออกเฉียงเหนือ (P3)	0.83
ใต้ (P4)	0.80
รวมทั้งประเทศ	0.81

จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 14,070 คน มีรายละเอียดชั้นและวิธีการคำนวณ ดังนี้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 รายละเอียดชั้นและวิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. แทนค่าในสูตรข้างต้น	8,510
2. กำหนดอัตราการไม่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 10	9,361
3. ปรับค่าความแปรปรวนที่เกิดจากการออกแบบงานวิจัยที่มีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เป็น 1.5 เท่า	14,042
4. กำหนดให้เก็บข้อมูลหมู่บ้าน/ชุมชนละ 30 คน คำนวณหาจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนตัวอย่าง โดยนำขนาดตัวอย่างแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพหารกับ 30 และพิจารณาปรับกลุ่มตัวอย่างตามความเหมาะสม	14,070

- **การเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง** การสำรวจครั้งนี้ได้สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นภูมิ (stratified two-stage sampling) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกพื้นที่ตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling-SRS) มีขั้นตอนดังนี้

1. แบ่งพื้นที่การเก็บข้อมูลออกเป็น 12 หน่วย (ตามเครือข่ายบริการสุขภาพ ยกเว้น กทม.)
2. หาจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ของเครือข่ายบริการสุขภาพนั้นๆ
3. คัดสรรส่วนประชากรผู้สูงอายุจากทั้งหมดของแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพ
4. กำหนดจำนวนพื้นที่ตัวอย่าง โดยมีข้อกำหนด ได้แก่
 - 4.1 เครือข่ายบริการสุขภาพที่มีผู้สูงอายุ <10% สุ่มเลือก 2 จังหวัด
 - 4.2 เครือข่ายบริการสุขภาพที่มีผู้สูงอายุ ≥10% สุ่มเลือก 3 จังหวัด
5. สุ่มเลือกจังหวัดอย่างง่าย (Simple Random Sampling - SR) แต่ให้จังหวัดที่สุ่มเลือกมีการกระจายไปตามขนาดของพื้นที่จังหวัด และกระจายให้ครอบคลุมทั่วภูมิภาคตามแผนที่ประเทศไทย

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกหมู่บ้านหรือชุมชนอย่างง่าย (SR) มีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดให้พื้นที่ตัวอย่างกระจายตามเขตการปกครอง คือเขตเทศบาลและนอกเขต ในอัตราส่วน 1:2

2. กำหนดการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหมู่บ้าน/ชุมชนละ 30 คน และนำไปคำนวณโดยหารกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ของแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพ จะได้จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนตัวอย่างของแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพ
3. กำหนดจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนในจังหวัดที่ถูกเลือกของเครือข่ายบริการสุขภาพนั้นๆ ตามขนาดสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ
4. สุ่มเลือกหมู่บ้าน/ชุมชนอย่างง่ายตามจำนวนของแต่ละจังหวัด และตามอัตราส่วนระหว่างเขตเทศบาลและนอกเขตในจังหวัดที่สุ่มเลือก
5. แบ่งกลุ่มอายุเป็น 3 ชั้นภูมิ ได้แก่ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป คำนวณสัดส่วนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มช่วงอายุ (จากการสำรวจผู้สูงอายุคนไทยปี 2553^[4] พบสัดส่วนแต่ละกลุ่มเป็น 58, 32, 10 หรือ 6:3:1) ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุดังนี้ อายุ 60-69 ปี จำนวน 18 คน (ชาย 9 หญิง 9) อายุ 70-79 ปี จำนวน 9 คน (ชาย 4 หญิง 5) อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน (ชาย 1 หญิง 2)
6. สุ่มเลือกผู้สูงอายุในแต่ละชั้นภูมิด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (SR) กำหนดให้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุครัวเรือนละ 1 คน โดยสัมภาษณ์หมู่บ้านหรือชุมชนละ 30 คน

กรณีไม่สามารถหากกลุ่มตัวอย่างได้ครบตามข้อ 3.2 ได้ ควรสัมภาษณ์อย่างน้อย 25 คนและกระจายทุกกลุ่มอายุ

ตารางที่ 3 พื้นที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสำรวจ

ศูนย์เครือข่ายฯ	ประกอบด้วยจังหวัด...	จน.ผู้สูงอายุ	สัดส่วน	จน.จังหวัดตัวอย่าง	จังหวัดที่สุ่มเลือก	จน.หมู่บ้าน	จน.หมู่บ้าน จ. 1	จน.หมู่บ้าน จ. 2	จน.หมู่บ้าน จ. 2	จน.กลุ่มตัวอย่าง (ปรับปรุง)	จน.ตัวอย่าง จ. 1	จน.หมู่บ้าน จ. 2	จน.หมู่บ้าน จ. 3
1	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	810,643	11	3	1.เชียงใหม่ 2.พะเยา 3. ลำพูน	39	25* (8,17)**	7 (2,5)	7 (2,5)	1170	750	210	210
2	ตาก พิชญโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์	458,478	6	2	1.สุโขทัย 2.เพชรบูรณ์	39	16 (5,11)	23 (8,15)		1170	480	690	
3	กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ และอุทัยธานี	438,353	6	2	1.กำแพงเพชร 2.อุทัยธานี	39	25 (8,17)	14 (4,10)		1170	750	420	
4	นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง	673,637	9	2	1.อ่างทอง 2.ปทุมธานี	39	12 (4,8)	27 (9,18)		1170	360	810	
				2	1. สระบุรี 2.สิงห์บุรี	39	13 (4,9)	26 (6,20)		1170	390	780	
5	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี	677,715	9	2	1.สมุทรสงคราม 2.กาญจนบุรี	33	8 (3,5)	25 (8,17)		990	240	750	
6	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ	564,412	8	2	1. สระแก้ว 2.ชลบุรี	33	10 (3,7)	23 (8,15)		990	300	690	
7	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	628,540	9	2	1.มหาสารคาม 2.ร้อยเอ็ด	33	14 (4,10)	19 (6,13)		990	420	570	
8	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	593,114	8	2	1.หนองบัวลำภู 2. เลย	33	13 (4,9)	20 (7,13)		990	390	600	

ศูนย์เครือข่ายฯ	ประกอบด้วยจังหวัด...	จน.ผู้สูงอายุ	สัดส่วน	จน.จังหวัดตัวอย่าง	จังหวัดที่สุ่มเลือก	จน.หมู่บ้าน	จน.หมู่บ้าน จ. 1	จน.หมู่บ้าน จ. 2	จน.หมู่บ้าน จ.2	จน.กลุ่มตัวอย่าง (ปรับปรุง)	จน.ตัวอย่าง จ. 1	จน.หมู่บ้าน จ. 2	จน.หมู่บ้าน จ. 3
9	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	844,125	11	3	1.ชัยภูมิ 2.นครราชสีมา 3.สุรินทร์	33	7 (2,5)	17 (6,11)	9 (3,6)	990	210	510	270
10	มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ	604,595	8	2	1.อุบลราชธานี 2.ยโสธร	33	25 (8,17)	8 (3,5)		990	750	240	
11	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี	513,304	7	2	1.ชุมพร 2.กระบี่	38	24 (8,16)	14 (4,10)		1140	720	420	
12	ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา สตูล	536,327	7	2	1.สงขลา 2.นราธิวาส	38	26 (8,18)	12 (4,8)		1140	780	360	
	76 จังหวัด	7,343,243	100	28	28 จังหวัด	469	218	235	16	14,070	6,540	7,050	480

* สัมภาษณ์หมู่บ้านละ 30 คน ** กำหนดการกระจายเขตการปกครองด้วยอัตราส่วน 1:2 (ในเขตเทศบาล:นอกเขตเทศบาล)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุไทย ที่พักอาศัยในหมู่บ้าน/ชุมชนตัวอย่างอย่างน้อย 6 เดือน (นับจากวันที่สัมภาษณ์)
2. เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2496 หรือก่อนหน้านั้น
3. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ถึงแม้มีความผิดปกติทางจิตหรือทางกาย โดยขึ้นอยู่กับการประเมินของทีมวิจัยหรือเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล
4. ยินดีให้ความร่วมมือ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุไม่ครบ 60 ปี คือเกิดหลังปี พ.ศ. 2496
2. เป็นผู้สูงอายุคนที่ 2 หรือมากกว่าในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุที่สุ่มเลือกสัมภาษณ์
3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ
4. เป็นผู้ที่เจ้าหน้าที่ได้ประเมินและสรุปว่าไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ได้ อาจเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิตหรือทางกายกำเริบ ตีมีสุราและอาจเป็นอันตรายต่อผู้สัมภาษณ์ เป็นต้น

เครื่องมือในการสำรวจ ในการสำรวจประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลด้านสุขภาพ และการได้รับบริการสุขภาพ 3) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) ข้อมูลสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

■ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สรรหาและกำหนดนักวิจัยภาคสนามที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ หรือมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ
2. หัวหน้าและทีมสำรวจภาคสนามเข้าร่วมในการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือแบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจ
3. คณะทำงานส่วนกลางจะออกหนังสือประสานพื้นที่ในนามสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยทีมนักวิจัยภาคสนามวางแผนเก็บข้อมูลในระดับจังหวัด และประสานพื้นที่เพื่อเตรียมพื้นที่ตัวอย่าง การอำนวยความสะดวก เส้นทางเดินทาง รวมทั้งประสานขอความร่วมมือ รพ.สต. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ตัวอย่างนั้นๆ
4. รพ.สต. ที่รับผิดชอบชุมชนหรือหมู่บ้านตัวอย่าง ติดต่อกลุ่มเป้าหมายแต่ละชุมชน/หมู่บ้านจำนวน 30 คน และเป็นผู้สูงอายุครัวเรือนละ 1 คน แบ่งเป็นอายุ 60-69 ปี จำนวน 18 คน (ชาย 9 หญิง 9) อายุ 70-79 ปี จำนวน 9 คน (ชาย 4 หญิง 5) อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน (ชาย 1 หญิง 2)
5. หัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามประสานงานพื้นที่เพื่อยืนยันการเก็บรวบรวมข้อมูล

■ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

1. หัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามบริหารจัดการทีมสำรวจให้สามารถดำเนินการตามขั้นตอนและข้อกำหนด

2. การลงพื้นที่เก็บข้อมูลจะต้องกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการในแต่ละวัน ได้แก่ ผู้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสำรวจ
3. ทีมสำรวจภาคสนามติดต่อผู้ประสานงานผู้นำทางไปพื้นที่เป้าหมาย
4. ผู้สัมภาษณ์ชี้แจง และพิทักษ์สิทธิของผู้ยินยอมให้ข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลรับคำยินยอม ให้ตัวอย่างเซ็นยินยอม ในกรณีที่ตัวอย่างไม่สามารถเซ็นยินยอมได้ด้วยสาเหตุทางกายภาพ ให้ป้อนลายนิ้วหัวแม่มือ พร้อมบันทึกกำกับว่า เป็นลายนิ้วมืออะไรข้างไหน และมีพยานเซ็นรับรอง 2 คน
5. ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล กำหนดให้ทำการตรวจสอบ 3 ครั้ง โดยไม่ซ้ำผู้ตรวจสอบ ดังนี้
 - การตรวจสอบครั้งที่ 1 โดยผู้สัมภาษณ์ ทำการตรวจสอบก่อนออกจากพื้นที่ ถ้าไม่ครบถ้วนให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
 - การตรวจสอบครั้งที่ 2 โดยหัวหน้าทีมภาคสนามทำการตรวจสอบก่อนออกจากพื้นที่ ถ้าไม่ครบถ้วนให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
 - การตรวจสอบครั้งที่ 3 โดยหัวหน้าทีมนักวิจัย หรือผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลในการสำรวจของหน่วยงาน ก่อนส่งคณะทำงานกลาง ถ้าไม่ครบถ้วนให้ประสานพื้นที่ขอข้อมูลเพิ่มเติม

หัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามสรุปรายงานการสำรวจและจัดส่งแบบเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับคณะทำงานส่วนกลาง

คณะทำงานส่วนกลางตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพก่อนส่งให้ทีมงานบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

■ **การประมวลผลข้อมูล** ผู้ประสานงานแต่ละศูนย์อนามัยเขตเป็นผู้บรรณาธิการข้อมูลภาคสนาม โดยนักวิจัยส่วนกลางเป็นผู้บรรณาธิการข้อมูลอีกครั้ง และนำแบบสัมภาษณ์ลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยมีการตรวจสอบข้อมูลในทุกขั้นตอนจากนักวิจัยจากส่วนกลาง ก่อนที่นำข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่ระบบของการวิเคราะห์

■ การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวนร้อยละสัดส่วนค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพและการได้รับบริการสุขภาพ และข้อมูลสถานะแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) เพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมายตามกรอบการวิเคราะห์แสดงในภาพที่ 2 โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

- เปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้สถิติ Chi-Square test และ Fisher's exact test
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติความถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) เพื่อได้ adjusted odd ratio (OR_{adj.}) และ 95% Confidence Interval กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. การสำรวจข้อมูลการให้บริการสถานพยาบาล

รูปแบบและขอบเขตการศึกษา

เป็นการสำรวจข้อมูลการให้บริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ และระดับตติยภูมิในพื้นที่ดำเนินโครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556

กลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจครั้งนี้นำเสนอผลการจัดบริการและติดตามผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ดังนั้นสถานพยาบาลกลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสท.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ทั้งหมดที่อยู่ในพื้นที่ดำเนินการสำรวจสุขภาพไทยปี 2556 จำนวน 28 จังหวัด

เครื่องมือในการสำรวจ

เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 13 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานของสถานบริการ รวมถึงงบประมาณ การบันทึกและรายงานผล ข้อมูลการจัดบริการผู้สูงอายุทั่วไป ข้อมูลการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุและผู้พิการ และข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของสถานบริการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้รับผิดชอบแต่ละสถานพยาบาล เป็นผู้กรอกข้อมูลตามแบบสอบถาม และส่งข้อมูลกลับมายังส่วนกลาง โดยนักวิจัยส่วนกลางทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูล ลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูล และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา

4 ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2556 - มกราคม 2557 รวมระยะเวลา 3 เดือน

กิจกรรม	พ.ศ. 2556		พ.ศ.2557
	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.
1. พัฒนาโครงร่างวิจัย เครื่องมือสำรวจ และคู่มือปฏิบัติการภาคสนาม			
2. ทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือสำรวจ			
3. ติดต่อประสานงานพื้นที่ศูนย์อนามัยเขต			
4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเครื่องมือสำรวจ และคู่มือปฏิบัติการภาคสนาม รวมทั้งเตรียมความพร้อมในการสำรวจภาคสนามร่วมทีมวิจัยภาคสนาม 12 ศูนย์อนามัยเขต			
5. ทีมวิจัยภาคสนามดำเนินการเก็บข้อมูล			
6. ทีมวิจัยส่วนกลางนิเทศ ติดตาม เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค ความต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม			
7. ทีมวิจัยภาคสนามตรวจสอบ และลงรหัสข้อมูล และส่งกลับไปที่ทีมส่วนกลาง			
8. ทีมวิจัยส่วนกลางจัดการข้อมูล ได้แก่ ตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุงบันทึกข้อมูล			
9. วิเคราะห์ข้อมูล			
10. สรุปผลข้อมูลเบื้องต้นและจัดทำรายงานผลการศึกษาลำร่าง			
11. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำเสนอและวิพากษ์ผลการศึกษา			
12. จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์และส่งกลับให้ทีมวิจัยภาคสนามในแต่ละพื้นที่			

5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) มีข้อมูลที่สำคัญและมีความจำเป็นในการวางแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในระดับเขตบริการสุขภาพและในภาพรวมของประเทศ
- 2) มีข้อมูลผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการเพื่อรายงานต่อกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล
- 3) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

6 งบประมาณในการดำเนินงาน จำนวน 1,866,370.00 บาท

7 เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ้ว. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2556.
2. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชโยวรรณ, มალიณี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, วรเวศม์ สุวรรณระดา, วิราภรณ์ โพธิศิริ, และคณะ. รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
3. กรมอนามัย, กรมควบคุมโรค, กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, สำนักตรวจและประเมินผล, และคณะ. แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (8 Flagship Project) นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.]
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2555.

ภาคผนวก

ภาพที่ 1 แผนผังการเลือกพื้นที่ทำการสำรวจ

