

พัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
ตำบลนาดัน อำเภอนาดัน จังหวัดมหาสารคาม

Model development for managing the recession of the elderly by family and
community in Na Dun Subdistrict, Na Dun District, Mahasarakham Province

ศิริวิมล สุระพล, จิตตรา ประทุมขำ
Siriwimol Surapol, Chittra Pratumkham
โรงพยาบาลนาดัน
Na dun Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนาดัน กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 15 คน, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน, และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 30 คน 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะถดถอย จำนวน 60 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน Timed Up and Go test (TUG) แบบประเมิน Abbreviated Mental Test (AMT) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ยร้อยละ สถิติก่อน-หลัง Pared t-test เปรียบคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) สภาพปัญหาผู้สูงอายุเสี่ยงด้านการมองเห็น มากที่สุด ร้อยละ 20.70 ปัญหาช่องปาก ร้อยละ 19.01 ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 18.77 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบ ได้แผนงานดังนี้ (2.1) การจัดอบรมภาคทฤษฎีโดยการอบรมให้ความรู้ตามหลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าว อร่อย” และจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (2.2) การฝึกภาคปฏิบัติ โดยผู้สูงอายุนำแผนการดูแลสุขภาพ ไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลร่วมด้วย (2.3) ติดตามดูแลและประเมินการทํากิจกรรมทุก 3 เดือน 3) ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุไม่พบการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน การประเมินด้านความจำและความคิด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น การประเมินภาวะซึมเศร้า ไม่พบภาวะซึมเศร้า และการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ 1) ด้านกิจกรรมออกกำลังกาย 2) การรับประทานผัก ผลไม้สด 3) การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4) การสูบบุหรี่ 5) การมาพบแพทย์ตามนัด 6) การดื่มน้ำสุรา 7) การดูแลสุขภาพช่องปาก สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ และผลการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.55, SD = 0.19) สรุปการศึกษานี้ทำให้มีรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบ, ผู้สูงอายุ, ภาวะถดถอย

Abstract

This study employed a Participatory Action Research (PAR) approach to investigate and develop a model for managing frailty among older adults through the participation of families and the community in Na dun Sub-district. The target groups were: (1) stakeholders involved in the model development, including 15 healthcare professionals (physicians, professional nurses, pharmacists, and public health academics), 60 caregivers of older adults, and 30 village health volunteers and 60 older adults at risk of frailty, selected through purposive sampling. Data collection tools included general information records, the Timed Up and Go (TUG) test, the Abbreviated Mental Test (AMT), a depression assessment scale, a desired health behavior evaluation form, and a satisfaction assessment form. Quantitative data were analyzed using means, percentages, and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed:

1. The most common health problems among older adults at risk were vision issues (20.70%), oral health problems (19.01%), and mobility difficulties (18.77%).
2. A workshop was conducted to develop the model, resulting in the following steps: (2.1) Theoretical training: Knowledge was provided through the curriculum "No Falls, No Forgetfulness, No Depression, Enjoy Meals," alongside the creation of individualized health care plans. (2.2) Practical training: Older adults implemented their health care plans at home with support from VHVs. (2.3) Monitoring and evaluation: Activities were reviewed and assessed every three months.
3. The evaluation of the developed model demonstrated significant improvements: No falls were reported within six months. Cognitive function scores improved. No cases of depression were detected. Desired health behaviors, such as physical activity, consumption of fresh fruits and vegetables, drinking at least eight glasses of water daily, oral health care, regular medical appointments, reduced smoking, and decreased alcohol consumption, significantly improved. Satisfaction with the model was rated at the highest level ($\bar{x} = 4.55$, $SD = 0.19$)

In conclusion, this study successfully developed a sustainable and effective model for managing frailty among older adults through collaboration with families and the community, resulting in improved quality of life and well-being for the elderly population.

Keywords : Develop, Elderly, Recession

บทนำ

ปัจจุบันนานาประเทศกำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) จากรายงานกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNPF) ระบุว่าระหว่างปี ค.ศ. 2001-2100 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุซึ่งแต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ และมีการคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี ค.ศ. 2050 โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุ 1 ใน 4 จะมีอายุ 65 ปีขึ้นไป (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2012) สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปอย่างมากในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาจากประชากรเยาว์วัยมาเป็นประชากรสูงวัย ในปี 2513 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งหมด แต่ในปี 2563 ประชากรสูงอายุได้เพิ่มเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด ปัจจุบันประชากรไทยกำลังเพิ่มช้าลงอย่างต่อเนื่อง และในอนาคตอีก 20 ปีข้างหน้าอัตราการเพิ่มประชากรไทยจะยิ่งช้าลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ในขณะเดียวกันประชากรสูงอายุกลับจะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 3.5 ต่อปี และประชากรสูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 7.1 ต่อปี โดยอีก 20 ปีข้างหน้า คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะมีมากถึง 3.4 ล้านคน โดยคิดเป็นร้อยละ 5.2 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย , 2561)

ทั้งนี้เมื่อเข้าสู่วัยของผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ความเจ็บป่วย ทางด้านร่างกายและจิตใจ นำมาสู่ความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ เช่น ความเสื่อมของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ระบบหลอดเลือด และความเสื่อมของระบบประสาท ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และนำมาสู่ภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสภาวะของบุคคลที่มีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถของร่างกาย จิตใจ ตลอดจนความสามารถทางด้านระดับสติปัญญาทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตได้ในแต่ละวัน เกิดความต้องการการช่วยเหลือเกื้อกูลในด้านต่างๆ จากบุคคลอื่น เช่น ด้านการดำรงชีวิตทำกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยสี่ การเงิน รวมไปถึงความรัก ความอบอุ่น ความห่วงใย และความปลอดภัย เพื่อตอบสนองความต้องการในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติหรือกระทำด้วยตนเองได้ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553) ธรรมชาติของผู้สูงอายุ (Elderly) เป็นวัยที่มีร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะเริ่มถดถอยลง ร่างกายอ่อนแอลง และความต้านทานต่อโรคลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงและโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (United Nation, 1995) โดยภาวะถดถอยหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ผ่านมาในอดีตและอายุที่เพิ่มมากขึ้นอีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีเศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมในปัจจุบันก็เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเป็นทั้งโอกาส และอุปสรรคที่เป็นภัยคุกคามต่อสภาวะของผู้สูงอายุโดยตรง และสามารถขยายไปสู่ผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (สมศักดิ์ ศรีสันติ, 2550)

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในประเด็นการพัฒนาของนานาประเทศเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการป้องกัน และลดปัญหาจากภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสุขภาพซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิต และกระทบในเชิงพลวัตต่อระบบเศรษฐกิจ และสังคม ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรมในด้าน

ต่างๆทั้งร่างกายและจิตใจอาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษา เช่นความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจตีบเป็นต้น และตามทฤษฎีว่าด้วยการถดถอย(Wear and Tear Theory) ที่เชื่อว่าคนเราที่มีอายุมากหรือสูงอายุเซลล์ของร่างกายจะถูกทำลายจากการใช้งานมากเกินไปหรือใช้งานไม่ถูกต้อง ไม่รู้จักดูแลสุขภาพ รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงได้และอาจทำให้เกิดปัญหาตามมา (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศุทธิดา ชนวนวัน, กาญจนา เทียนลาย, 2555)

จากการศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคามปี 2565 และ 2566 จำนวน177,7938 และ195,455 คน คิดเป็นร้อยละ18.74 และ 20.61 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2566) และอำเภอนาดูน มีผู้สูงอายุ จำนวน 5,935 และ 6,450 คน คิดเป็นร้อยละ 15.87 และ17.31 ตำบลนาดูน มีผู้สูงอายุ จำนวน 784 และ 808 คน คิดเป็นร้อยละ 16.50 และ 17.07 (โรงพยาบาลนาดูน, 2566) จากการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุจำนวนมากและเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วพบปัญหาการเกิดภาวะถดถอยมากขึ้น ผลการคัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ 9 ด้านตำบลนาดูน ปี 2566 พบมีความเสี่ยงด้านการมองเห็นคิดเป็นร้อยละ 20.70, ด้านช่องปากร้อยละ 19.01 และด้านการเคลื่อนไหวร่างกายร้อยละ 18.77ตามลำดับ ซึ่งภาวะถดถอยที่เกิดกับผู้สูงอายุดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปี แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การจัดการปัญหาในชุมชนที่เป็นรูปธรรม มีโรงเรียนผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุที่จัดบริการกลุ่มที่สามารถเดินทางมารับบริการได้สะดวกเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีความต้องการที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยผู้สูงอายุนี้นี้ขึ้นมาเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและการดำเนินงานในการที่จะนำไปแก้ปัญหาในชุมชนตำบลนาดูน นี้ขึ้นมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research) ดำเนินการดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย
 - 1.1 กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลหลักในการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 15 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 30 คน รวมจำนวน 105 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
 - 1.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะถดถอยอย่างน้อย 1 ด้าน จำนวน 60 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
- เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ ของกลุ่มผู้สูงอายุ (Inclusion criteria)
 - 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะถดถอยอย่างน้อย 1 ด้าน
 - 2) มีอายุตั้งแต่ 60 – 90 ปี

- 3) ญาติหรือผู้ดูแลยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย
- เกณฑ์คัดออกจากโครงการ ของกลุ่มของผู้สูงอายุ (Exclusion Criteria)
- 1) อาสาสมัครเกิดการเจ็บป่วยหรือมีเหตุที่ไม่คาดคิดอันส่งผลทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย
 - 2) ขาดการทำกิจกรรมตามแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลนาน 1 เดือน
 - 3) เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
2. ขอบเขตพื้นที่ดำเนินการ เทศบาลตำบลนาตุน อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม
 3. ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย เดือน 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Kemmis S, McTaggart R. (1988) ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย 1)ระยะการวางแผน 2) ระยะการดำเนินการ 3) ระยะการกำกับติดตาม 4) ระยะการประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการวางแผน เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ศึกษาปัญหา สำรวจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามแบบประเมินคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน ของกรมอนามัย ทั้งหมด 10 หมู่บ้าน ทำการรวบรวมข้อมูล และคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ด้าน ที่มีโอกาสจะเกิดการเจ็บป่วยได้ และประเมินพฤติกรรมพึงประสงค์ ของผู้สูงอายุ 8 ข้อ

กิจกรรมที่ 2 สัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้านตามแบบสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และจัดประเด็น เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญ นำเสนอกลุ่มทีมสุขภาพและตัวแทนองค์กรชุมชนเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การสนทนากลุ่มทีมสุขภาพและตัวแทนองค์กรชุมชน เกี่ยวกับการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดและตัวแทนองค์กรชุมชน จำนวน 15 คนซึ่งการสนทนากลุ่มนั้นผู้วิจัยนำเสนอความรู้และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพและความต้องการ การได้รับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยโรงพยาบาลนาตุน ที่พบจากข้อที่ 1 ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้ช่วยกันกับทีมสุขภาพและตัวแทนองค์กรชุมชน ระดมสมองเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการและการได้รับการดูแลสุขภาพที่ค้นพบเพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาที่สำคัญและนำเสนอรูปแบบที่คาดหวังและต้องการ โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมเขียนปัญหาและความต้องการที่พบของแต่ละข้อควรสร้างกิจกรรมการแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือในชุมชนอย่างไร ลงในกระดาษของแต่ละคน ผู้วิจัยนำมารวบรวมและจัดเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อยแล้วให้ทีมสุขภาพและตัวแทนองค์กรชุมชนในที่ประชุมร่วมกันวิเคราะห์ สังเคราะห์ และร่างรูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพในที่ประชุมโดยกำหนดเป็นรูปแบบ เพื่อนำสู่การพัฒนาในขั้นระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะการดำเนินการ เป็นขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 ผ่านเวทีการประชุมระดมสมองร่วมคิด ร่วมวางแผน ซึ่งในขั้นตอนนี้ได้ร่วมโดยการประชุมทีมสุขภาพและตัวแทนองค์กรชุมชน ขั้นตอนการประชุมเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจภาวะถดถอยของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินของกรมอนามัย แบบประเมินพฤติกรรมพึงประสงค์ การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างของครอบครัวผู้สูงอายุ การสนทนากลุ่มของทีมเจ้าหน้าที่สรุปข้อมูลปัญหาและเสี่ยงสะท้อนจากชุมชน ทีมเจ้าหน้าที่ได้นำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมา

2.2.2. ประเมิน : Abbreviated Mental Test (AMT)

ข้อแนะนำ แบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ใช้คัดกรองภาวะการรับรู้คิดในผู้สูงอายุด้วยการสอบถาม ซึ่งคำตอบที่ถูกต้องจะเป็นข้อมูลที่เป็นจริงขณะทำการสอบถามโดยมี 10 ข้อคำถาม

การแปลผล : ถ้าตอบ “ถูก” ≤ 7 ข้อ แสดงว่าด้านความจำผิดปกติ

2.2.3. การประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q จำนวน 2 คำถาม

วิธีการ สอบถามผู้สูงอายุถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์ถามทีละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ ถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความ ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

เกณฑ์ประเมิน 1) ถ้าตอบ “ไม่มี ” ทั้ง 2 ข้อ ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

2) ถ้าตอบ “มี ” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ถือว่า “เป็นผู้มีความเสี่ยง”

2.3 แบบประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 1)มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 30 นาที 2)รับประทานผัก ผลไม้สด เป็นประจำ 3) ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4)ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่ 5)ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า) 6)ได้พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจสุขภาพประจำปี 7)มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 - 8 ชั่วโมง และ8)ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สำหรับทีมเจ้าหน้าที่ อสม.และผู้ดูแล โดยแบ่งเป็นแบบ 5 ระดับคะแนน (Rating scale) ประกอบด้วย พอใจน้อยที่สุด (1) พอใจน้อย (2) พอใจปานกลาง (3) พอใจมาก (4) และพอใจมากที่สุด (5) เกณฑ์การตัดสินผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความพึงพอใจ มีการแปล ผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 4.51 – 5.00 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 3.51 – 4.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 2.51 – 3.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง 1.51 – 2.50 หมายความว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย 1.00 – 1.50 หมายความว่าระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติก่อน-หลัง Paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลนาตูน วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เลขที่จริยธรรมวิจัย ND 17/2565 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 จากการศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุเสี่ยงด้านการมองเห็นมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 20.70, ช่องปากร้อยละ 19.01 ด้านการเคลื่อนไหวร้อยละ 18.77 ด้านที่น้อยที่สุดคือภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4.60 ,ด้านครอบครัวส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมฐานะยากจนปานกลาง รับจ้างทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาดูแล,ด้านชุมชนมีโรงเรียนผู้สูงอายุดูแลจัดกิจกรรมความรู้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.65 มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ติดตามเยี่ยมกลุ่มติดบ้านติดเตียง และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมกลุ่มติดสังคมปีละ 1 ครั้ง

จากการสนทนากลุ่มที่มัสยิดและตัวแทนองค์กรชุมชน เกี่ยวกับการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบปัญหาในการให้บริการผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเดินทางหรือการเข้าถึงสถานที่ให้บริการ 2) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเรื้อรังที่ต้องการการติดตามเป็นพิเศษ หรือภาวะสมองเสื่อมที่อาจทำให้การสื่อสารและการตัดสินใจยากขึ้น 3) ครอบครัวหรือผู้ดูแลขาดความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับความเสี่ยงภาวะถดถอย หรือไม่เข้าใจถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวัยชรา

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เกี่ยวกับการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบปัญหาในการให้บริการผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลขาดความรู้และหลักปฏิบัติที่เหมาะสมในการป้องกันภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ 2) มีความเข้าใจว่าผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายที่มากขึ้น 3) มีปัญหาด้านการเดินทางหรือขาดการสนับสนุนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เช่น การไปพบแพทย์หรือตรวจสุขภาพ 4) การสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุมีปัญหาโดยเฉพาะปัญหาด้านการได้ยินหรือการพูด 5) ผู้ดูแลขาดการฝึกอบรมหรือข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะโรค เช่น โรคเบาหวาน ความดันสูง หรืออัลไซเมอร์

ระยะที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนวิชาการประยุกต์แนวคิดตามหลักสูตร “ไม่ล้ม(ด้านการพลัดตกหกล้ม) ไม่ลืม(ด้านความจำ) ไม่ซึมเศร้า(ด้านภาวะซึมเศร้า) กินข้าวอร่อย(พฤติกรรมพึงประสงค์)” และภายใต้กรอบแนวคิดไม่ล้ม 4 ด้าน, ไม่ลืมของโปรแกรม SCD, ไม่ซึมเศร้าใช้ สุข 5 มิติ และการให้ความรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงได้รูปแบบจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตำบลนาโดน อำเภอนาโดน จังหวัดมหาสารคามขึ้นมา ประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ 1) ภาคทฤษฎีโดยการอบรมให้ความรู้ตามหลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าว อร่อย” และเขียนแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล เป็นเวลา 3 วัน 2) ภาคปฏิบัติโดยผู้สูงอายุนำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคลไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านและมีอาสาสมัคร สาธารณสุขที่เป็นคู่ดูแลพิเศษ (อสม.บัดดี) ติดตามดูแลและรายงานการทำงานกิจกรรมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนาโดนทราบทุกวันศุกร์ทางกลุ่มไลน์ “ตำบลนาโดนเปี่ยมสุข” ดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 เดือน เจ้าหน้าที่จะมีการประเมินการทำงานทุก 3 เดือน

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาตามลำดับดังนี้ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย 60 คนเข้ารับการตรวจยืนยันด้วยวิธี Telemedicine กับแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจากครอบครัว และอสม. ที่รับผิดชอบติดตาม (บัดดี) ตามหลักสูตร “ไม่ล้ม” มี 4 ด้านคือ (1) การจัดการสิ่งแวดล้อม (2) การใช้ยา (3) การเคลื่อนไหวและการทรงตัว (4) กิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ “ไม่ล้ม” ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม, ฝึกความจำจากโปรแกรม SCD คือ A=ADL, H=Happiness, F=Family and Caregiver และ J=Join social Spiritual “ไม่ซึมเศร้า” จากกิจกรรมสุข 5 มิติคือ สบาย, สนุก, สงบ, สว่าง และสง่า และ “กินข้าวอร่อย” ความรู้พฤติกรรมพึงประสงค์ 8 ข้อ การอบรมมีระยะเวลา 3 วัน 3) เขียนแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ นำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านโดยมี อสม.รับผิดชอบทุกคน 4) ติดตามทุกวันศุกร์ เป็นระยะเวลาทุก 6 เดือน และ 5) ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา

ระยะที่ 4 ระยะการประเมินผลได้ผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 68.3 เพศชาย ร้อยละ 31.7 อายุเฉลี่ย 70.82 ปี มากสุด 90 ปี น้อยสุดที่ 63 ปี สถานภาพ สมรสร้อยละ 78.0 นับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 100 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.33 ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 3.33 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 6.67 อาศัยร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 95 อาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 5

2. ผลการเปรียบเทียบการประเมินภาวะถดถอยทางร่างกายของผู้สูงอายุตำบลนาตุน อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 60 คน ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการหกล้ม หลังการพัฒนา ($\bar{x}$ = 9.45, SD = 1.37) ลดลงต่ำกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 10.71, SD = 1.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001

สมรรถภาพสมอง ด้านความจำ และความคิดของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับด้านความจำ และความคิด ของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนน ($\bar{x}$ = 9.00, SD = 0.77) สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 7.92, SD = 0.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการประเมินภาวะถดถอยทางร่างกายของผู้สูงอายุตำบลนาตุน (N=60)

รายการประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		T-test	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความเสี่ยงต่อการหกล้ม (TUG)	10.71	1.71	9.45	1.37	6.24	0.001
ด้านความจำ และความคิด (AMT)	7.92	0.97	9.00	0.77	7.35	0.001
ภาวะซึมเศร้า	0.03	0.18	0.00	0.00	1.43	0.159

3. ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุตำบลนาตุน จำนวน 60 คน จาก พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมออกกำลังกาย ก่อนพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 0.63, SD = 0.48) หลังพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 0.88, SD = 0.32) 2) การรับประทานผัก ผลไม้สด ก่อนพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 1.23, SD = 0.56) หลังพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 1.50, SD = 0.50) 3) การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ก่อนพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 0.65, SD = 0.48) หลังพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 1.00, SD = 0.00) 4) การสูบบุหรี่ ก่อนพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 0.22, SD = 0.41) หลังพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 0.10, SD = 0.30) 5) การมาพบแพทย์ตามนัด ก่อนพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 0.87, SD = 0.34) หลังพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 1.00, SD = 0.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 6) การดื่มน้ำก่อนพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 0.92, SD = 0.27) หลังพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 0.83, SD = 0.76) 7) การดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 0.85, SD = 0.36) หลังพัฒนารูปแบบ ($\bar{x}$ = 0.87, SD = 0.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ในส่วนของการนอนหลับพักผ่อน พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนการนอนหลับพักผ่อน ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุตำบลนาตูน (N=60)

รายการประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		T-test	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. กิจกรรมออกกำลังกาย	0.63	0.48	0.88	0.32	3.22	0.001
2. การรับประทานผัก ผลไม้สด	1.23	0.56	1.50	0.50	-4.00	0.001
3. การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	0.65	0.48	1.00	0.00	-5.64	0.001
4. การสูบบุหรี่	0.22	0.41	0.10	0.30	-2.79	0.001
5. การดื่มสุรา	0.92	0.27	0.83	0.76	-2.31	0.05
6. การมาพบแพทย์ตามนัด	0.87	0.34	1.00	0.00	3.01	0.001
7. การนอนหลับพักผ่อน	1.07	0.52	1.08	0.27	-1.00	0.321
8. การดูแลสุขภาพช่องปาก	0.85	0.36	0.87	0.34	-2.31	0.05

4. ผลการประเมินความพึงพอใจการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สำหรับทีมเจ้าหน้าที่ อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.55, SD=0.19) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สำหรับทีมเจ้าหน้าที่ อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N=105)

ข้อความถาม	ผลการวิเคราะห์		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1.รูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ	4.90	0.29	มากที่สุด
2.กระบวนการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามรูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ	4.85	0.38	มากที่สุด
3.สภาพแวดล้อมในการทำงาน	3.88	0.33	มาก

ข้อคำถาม	ผลการวิเคราะห์		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ
4.การประสานงานของรูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะ ถดถอยของผู้สูงอายุ	4.53	0.50	มากที่สุด
5.ติดตามการดำเนินงานรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของ ผู้สูงอายุ	4.61	0.51	มากที่สุด
ภาพรวม	4.55	0.19	มากที่สุด

อภิปรายผล

พัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนาตุน อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า 1) สภาพปัญหาผู้สูงอายุเสี่ยงด้านการมองเห็น มากที่สุด ร้อยละ 20.70 ปัญหาช่องปาก ร้อยละ 19.01 ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 18.77 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบ ได้แผนงานดังนี้ (2.1)การจัดอบรมภาคทฤษฎีโดยการอบรมให้ความรู้ตามหลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าว อร่อย” และจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (2.2) การฝึกภาคปฏิบัติ โดยผู้สูงอายุนำแผนการดูแลสุขภาพ ไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลร่วมด้วย (2.3)ติดตามดูแลและประเมินการทํากิจกรรมทุก 3 เดือน 3) ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุไม่พบการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน ด้านความจำ และความคิด โดยใช้แบบประเมิน AMT มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้า ไม่พบภาวะซึมเศร้า และการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ด้าน 1)กิจกรรมออกกำลังกาย 2) การรับประทานผัก ผลไม้สด 3) การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4) การสูบบุหรี่ 5) การมาพบแพทย์ตามนัด 6) การดื่มน้ำสุรา 7) การดูแลสุขภาพช่องปาก สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ ในส่วนของการนอนหลับพักผ่อน พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยคะแนนการนอนหลับพักผ่อน ไม่มีความแตกต่างกัน และผลการประเมินความพึงพอใจของการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.55$, $SD=0.19$)

ซึ่งรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนาตุน อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม มีกระบวนการของรูปแบบ 4 กิจกรรม “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าว อร่อย”โดยขั้นตอนที่นำไปสู่ความร่วมมือทางสังคม คือ การสร้างข้อตกลงความร่วมมือขององค์การหลัก 3 องค์การ ได้แก่ ภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคท้องถิ่น เป็นกลไกสำคัญให้เกิดการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายซึ่งสอดคล้องกับบัวพา บัวระภา, ชัยยง ขามรัตน์ และอัจฉรา จินวงษ์ (2559) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี.พบว่ารูปแบบการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจะต้องประสานหน่วยงาน/กลุ่ม/องค์กรเครือข่ายเพื่อสร้างพันธมิตรสัญญาและบริหารจัดการร่วมกัน โดยเฉพาะเครือข่ายภาครัฐและภาคประชาชนจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในระยะยาวและมีปฏิสัมพันธ์ที่จะเชื่อมต่อการสนับสนุนและบูรณาการทรัพยากรตามศักยภาพ การดำเนินงานผู้สูงอายุที่จะให้มีประสิทธิภาพและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องนั้นต้องมีคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเป็นผู้กำกับและติดตามผลการดำเนินงาน ประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ แนะนำแนวทางการเขียนแผนการดูแลผู้สูงอายุ กระตุ้นให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุออก

ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสอดคล้อง กับอุทัยวรรณ โคกตา ทอง (2561) ผลการศึกษา พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชนเป็นความเข้มแข็งของชุมชนที่นำไปสู่ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผลการศึกษาสอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งสรุปได้ว่าผลการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีการศึกษาวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบกับภาวะถดถอยทางร่างกายและจิตใจ โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการดูแลและสนับสนุน ซึ่งมีผลสำคัญดังนี้: 1)การเสริมสร้างความรู้และทักษะ : แก่ การให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชนเกี่ยวกับภาวะถดถอยของผู้สูงอายุช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสามารถให้คำแนะนำในด้านการดูแลทั้งทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ 2)การสนับสนุนจากครอบครัว : ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการให้การสนับสนุนและการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การฝึกอบรมและการเสริมสร้างทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอย ทำให้ครอบครัวสามารถช่วยเหลือได้ดีขึ้น 3)การร่วมมือของชุมชน : ชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุจะช่วยเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม เช่น การจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ 4)การพัฒนาูปแบบการจัดการที่เหมาะสม : การสร้างรูปแบบการจัดการที่ผสมผสานการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนสามารถลดภาวะถดถอยของผู้สูงอายุได้ในระยะยาว โดยมีการใช้ทรัพยากรจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อสนับสนุน

สรุปผลลัพธ์ที่ได้ ผู้สูงอายุตำบลนาตุน อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการถดถอยทางร่างกายและจิตใจ เพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขและมั่นคง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดหลักสูตรหรือโปรแกรมการศึกษาที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุสำหรับครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในบ้าน เพื่อให้สามารถจัดการกับภาวะถดถอยของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การฝึกการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพ หรือการช่วยเหลือด้านจิตใจ
2. ควรฝึกอบรมผู้นำชุมชนให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยสามารถทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการส่งเสริมกิจกรรมและการสนับสนุนผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ยังสามารถเป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงทรัพยากรจากภายนอกมาช่วยเหลือได้
3. ควรจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุและคนในครอบครัว รวมถึงคนในชุมชนต่างวัย ได้มาร่วมทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น กิจกรรมงานฝีมือ การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือการจัดกิจกรรมนันทนาการ เพื่อสร้างความสัมพันธ์และเพิ่มการมีส่วนร่วมระหว่างวัย
4. ควรพัฒนาบริการการดูแลที่มีความหลากหลายให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น การดูแลที่บ้าน การจัดบริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หรือการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการตรวจสอบสุขภาพ การให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์หรือออนไลน์
5. ควรพัฒนารูปแบบการจัดการที่เหมาะสมกับลักษณะและทรัพยากรของแต่ละชุมชน เช่น การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หรือการสนับสนุนการตั้งกลุ่มดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นเพื่อให้การดูแลมีความยั่งยืนและสามารถขยายผลได้

6. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือ เช่น การประเมิน Timed Up and Go Test (TUG) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถนำไปใช้ในการตรวจคัดกรองและติดตามภาวะถดถอยในโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน และใช้แนวทางการติดตามดูแลทุก 3 เดือน เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ : บริษัท ฌันดา ศรีเอชัน จำกัด.
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ.(2555). บทสรุปสำหรับผู้บริหาร สูงวัยในศตวรรษที่ 21: การเฉลิมฉลองและความท้าทาย. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ.
- บัวพา บัวระภา, ชัยยง ขามรัตน์, และอัจฉรา จินวงษ์.(2559). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ , 17(2), 50-70.
- บุญชม ศรีสะอาด.(2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย . (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เด็อนตุลา.
- โรงพยาบาลนาตาล.(2566). รายงานประจำปี. มหาสารคาม : โรงพยาบาลนาตาล.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2550).สังคมวิทยาภาวะผู้สูงอายุ: ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2565) รายงานประจำปี. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.(2553). คู่มือสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ : สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.
- อุทัยวรรณ โคกตาทอง.(2561). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5.วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 41(3),113-118.
- Kemmis S, McTaggart R. (1988). The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University.