

# การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิลาส จังหวัดนราธิวาส

สุนันทา กาญจนพงศ์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

วันรับ 20 มีนาคม 2566, วันแก้ไข 19 กรกฎาคม 2566, วันตอบรับ 21 กรกฎาคม 2566

## บทคัดย่อ

จากการเพิ่มสูงขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้พบภาวะผิดปกติด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ซึ่งเกิดจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุ มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันหกล้ม ไม่หลงลืม ไม่ซึมเศร้า และให้รับประทานอาหารอร่อย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จะต้องทราบและเข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องมีการจัดระบบบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ ให้เหมาะสม และปลอดภัย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนารูปแบบฯ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pre-test Post-test design) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 382 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป็นผู้สูงอายุที่สมัครใจ รวบรวมข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังทดลอง หลังจากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่โปรแกรมพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน กิจกรรมที่ 2 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมที่ 3 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 4 จัดมหกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้แนวคิดชราวิลาส กิจกรรมที่ 5 สร้างชุมชนต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิลาส และเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดความยั่งยืนต่อไป ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิลาส จังหวัดนราธิวาส นำมาใช้ พบว่าผลการทดสอบทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) การทดสอบการเดินการทรงตัว และการประเมินภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p < 0.05$

**คำสำคัญ :** รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ชราวิลาส

# The Development of Elderly Health for Preventive Care Do not fall, do not forget, do not depress and good eats, based on the Concept : Charathiwas, Narathiwas.

**Sunanta Kanjanapong**

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

**Chaiwat Pattanapisalsak**

Narathiwas Provincial Public Health Office

Received 20 March 2023, Revised 19 July 2023, Accepted 21 July 2023.

## Abstract

The increasing elderly population has led to a rise in health abnormalities, especially geriatric syndromes. Geriatric syndromes arise from the deterioration of various bodily functions and cause significantly impact the quality of life for the elderly. Current elderly care is more complex than before including in preventing falls, memory loss, depression. and eating. Medical and public health eating personnel must be aware and understand the health impacts on the elderly, and there should be a well-organized and safe health care system to improve their quality of life. This is a research and development project. It comprises of three stages: Stage 1 involves studying the problem and seeking empirical evidence for model development; Stage 2 involves developing the model; Stage 3 involves evaluating the effectiveness of the model. It employs a quasi-experimental design, specifically the one-group pre-test post-test design. Study participants were selected with a purposive sampling of 382 individuals who are elderly residents of Narathiwas province. All participants join the program voluntarily. Data was collected before and after the experimental, following an initial health assessment. The sample group was incorporated into the model development, which includes five activities activity 1. Appointment of committees and working groups, activity 2. training to develop potential for elderly care covering multidisciplinary fields, activity 3. sharing activities in elderly care, activity 4. Organizing a health promotion fair Under the concept of Charathiwas, activity 5. Build a model community in caring for the elderly to prevent falling, forgetting, depression, and eating delicious food. under the concept of Charathiwas for sustainability. Finding shows that after developing a model for elderly health care to prevent falls, memory loss, depression, and ensure good nutrition, under the concept of 'Elderly-friendly Narathiwas Province, Before and after the model development that the body mass index (BMI), walking balance test, and assessment of depression There was a statistically significance at  $p < 0.05$

**Keywords :** Elderly Health for Preventive Care , Do not fall, do not forget, do not depress and good eats, Charathiwas

■ บทนำ

สังคมโลกกำลังกลายเป็นสังคมสูงอายุ คือภาวะผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว<sup>(1)</sup> จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2593 สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเป็นสองเท่าจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22<sup>(2)</sup> ในปี 2563 อาเซียนมีผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 73 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 และมีมากถึง 6 ประเทศในอาเซียนได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้วรวมถึงประเทศไทย โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 18.1<sup>(3)</sup> คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 28 เป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society)<sup>(4)</sup> จังหวัดนครราชสีมาก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 และประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรสูงอายุ จำนวน 82,715 คน คิดเป็นร้อยละ 12.77 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2563 ที่สัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 11.4<sup>(5)</sup>

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้นและโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพคาดประมาณการงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี<sup>(6)</sup> จังหวัดนครราชสีมาที่ผ่านมา การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การคัดกรองสุขภาพซ้ำซ้อนและการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปริมาณมาก ทำให้ปฏิบัติงานได้ไม่ครอบคลุม อีกทั้งปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ

ได้แก่ ภาวะหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงที่จะส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ<sup>(6)</sup> การส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การประเมินภาวะหกล้ม การออกกำลังกายป้องกันภาวะหกล้ม การคัดกรองสุขภาพสายตา การฝึกสมอง และการประเมินภาวะซึมเศร้า นโยบาย “ชราธิวาส” เป็นแนวคิดของนายแพทย์ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ได้รับการบริการแบบไร้รอยต่อและเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้กิจกรรมการคัดกรองภาวะ Geriatric syndrome

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนครราชสีมา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม

ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิด  
ชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส

จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 3 คน  
แพทย์ที่เป็นประธานโซน 2 คน พยาบาลผู้รับ  
ผิดชอบงานผู้สูงอายุ ในคลินิก ชุมชน จาก  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 คน นักกายภาพ

### ■ กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า  
และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส

1. ด้านสังคม (ที่อยู่อาศัย) มองถึงมิติการป้องกันการหกล้ม
  - การปรับสภาพบ้าน สิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมของครอบครัว  
ชุมชน และภาคีเครือข่าย
2. ด้านพัฒนาเรียนรู้ มองถึงมิติการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
  - การฝึกสมอง ฝึกความจำ การบริหารสมอง
3. ด้านประชากร (พฤติกรรม) มองถึงมิติการป้องกันภาวะซึมเศร้า
  - จัดกิจกรรมการรวมกลุ่มแก่ผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์เรียนรู้  
เทศบาลเมืองสุโขทัย-ลก สร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุ
4. ด้านสุขภาพ มองมิติกินข้าวอร่อย
  - การคัดกรองภาวะ Geriatric syndrome การประเมินภาวะ  
โภชนาการ



ผู้สูงอายุ

- ไม่ล้ม
- ไม่ลืม
- ไม่ซึมเศร้า
- กินข้าวอร่อย

### ■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา  
(Research and Development) โดยแบ่ง  
การศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดำเนินการศึกษา  
ระหว่างวันที่ 15 มกราคม-30 เมษายน 2566  
รายละเอียดดังนี้

**ระยะที่ 1** เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน  
ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม  
ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิด  
ชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส โดยดำเนินการศึกษา  
2 ขั้นตอน คือ

**ขั้นตอนที่ 1** การสนทนากลุ่ม (Focus  
group discussion) โดยกลุ่มตัวอย่างคัดเลือก  
แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)  
จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ประธานโซนของ  
จังหวัดนราธิวาส 1 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน  
โภชนาการ 1 คน เกษตรกร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน  
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน อสม. ดูแล  
ผู้สูงอายุ/ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
จำนวน 3 คน และผู้สูงอายุ 2 คน โดยผู้เข้าร่วม  
สนทนากลุ่มต้องเป็นผู้ที่ 1) ปฏิบัติงานโดยตรง  
ด้านผู้สูงอายุ 2) มีประสบการณ์ ในการดูแล  
ผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และ 3) สัมผัสเข้าร่วม  
การศึกษา การสนทนากลุ่มใช้แบบสัมภาษณ์  
ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ เพื่อ  
ระดมสมองร่วมกัน วิเคราะห์ สังเคราะห์ สภาพ  
ปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบ  
เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาที่สำคัญ  
และนำเสนอรูปแบบฯ ที่คาดหวังและต้องการ  
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูล  
เชิงเนื้อหา (content analysis) และจัดเป็น

ประเด็น (theme)

**ขั้นตอนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews)** กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ประธานโชนของจังหวัดนราธิวาส 1 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 3 คน แพทย์ที่เป็นประธานโชน 2 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ในคลินิก ชุมชน จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 คน นักกายภาพ 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน โภชนากร 1 คน เกษัชกร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน อสม. ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3 คน ผู้สูงอายุ 2 คน โดยผู้สัมภาษณ์เชิงลึกต้องเป็นผู้ที่ 1) ปฏิบัติงานโดยตรงด้านผู้สูงอายุ 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษากิจการสัมภาษณ์ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จำนวน 2 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ Index of Item Objective Congruence : IOC เพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) และจัดเป็นประเด็น (theme) เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบฯ โดยสรุปเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการต่อไปได้

**ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ

เจาะจงจำนวน 30 คน ประกอบด้วย ประธานโชนของจังหวัดนราธิวาส 1 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 3 คน แพทย์ที่เป็นประธานโชน 2 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในคลินิกชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 คน นักกายภาพ 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน โภชนากร 1 คน เกษัชกร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน อสม. ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3 คน ผู้สูงอายุ 2 คน จัดประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนา การดูแลผู้สูงวัยด้วยสายใยหลากหลายมิติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ (ร่าง) คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส ที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำคู่มือฉบับร่างให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และเนื้อหาของคู่มือ และปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำรูปแบบไปใช้ในระยะที่ 3

**ระยะที่ 3** ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส โดยมีการดำเนินการดังนี้

3.1 การพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ความรู้เรื่องสถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุในยุค

สมัยใหม่ การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย การดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ และประเมินความรู้ ก่อนและหลัง โดยใช้แบบทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิด ชราธิวาส ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบคุณภาพ ของเครื่องมือโดยใช้ Index of Item Objective Congruence : IOC เพื่อหาค่าความเที่ยงตรง ของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้อง ภายใน (Internal Consistency Reliability) กับ กลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (standard deviation)

3.2 การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และ กินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราธิวาส จังหวัด นราธิวาส ไปทดลองใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดย การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pre-test Post-test design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 382 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตาราง เครซี่มอร์แกน โดยดำเนินการใน 3 โซนและ จำนวนผู้สูงอายุแต่ละโซนแบ่งตามสัดส่วนของ ผู้สูงอายุแต่ละโซนและแต่ละอำเภอ ดังนี้

โซน 1 ผู้สูงอายุจำนวน 168 คน (อ.เมือง นราธิวาส 67 คน อ.ยี่งอ 26 คน อ.บาเจาะ 27 คน อ.เรือเสาะ 33 คน อ.ศรีสาคร 15 คน)

โซน 2 ผู้สูงอายุจำนวน 113 คน (อ.ตากใบ 36 คน อ.ระแงะ 44 คน อ.เจาะไอร้อง 17 คน อ.จะแนะ 16 คน)

โซน 3 ผู้สูงอายุจำนวน 101 คน (อ.สุไหโง-ลก 35 คน อ.สุไหโงปาดี 29 คน อ.สุคีริน 12 คน อ.แว้ง 25 คน)

การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง และผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วม โครงการฯ คือ 1) ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปี 2) มีคะแนน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่มีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป และ 3) สม่ครใจเข้าร่วมโครงการฯ สำหรับเกณฑ์ การคัดออกคือผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการสื่อสาร เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

- แบบประเมินการดูแลผู้สูงอายุ 4 ด้าน ของกรมอนามัยและกรมสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยได้นำมา พัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ Index of Item Objective Congruence: IOC เพื่อหาค่า ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน รายละเอียด ดังนี้

1) การประเมินด้านกินข้าวอร่อย ใช้ การประเมินค่าดัชนีมวลกาย<sup>(7)</sup>

2) แบบวัดภาวะซึมเศร้า ใช้แบบ ประเมิน (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ของกรมสุขภาพจิต<sup>(8)</sup>

3) การประเมินด้านภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)<sup>(7)</sup>



4) การประเมินด้านการหกล้ม ใช้การทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>(7)</sup>

- แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส เป็นแบบทดสอบความรู้ชนิดเลือกตอบ 2 ระดับ คือ ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง จำนวน 10 ข้อ นำแบบทดสอบความรู้ไปหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (reliability) โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient)

● สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Statistical analysis) ดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะทางประชากร และสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. วิเคราะห์ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส ของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ก่อนและหลัง และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส ของผู้สูงอายุก่อนและหลัง ใช้สถิติ Paired samples t-test

3. วิเคราะห์ดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม การเดินและการทรงตัว ก่อนและหลัง ใช้สถิติ McNemar's test

● การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การ

วิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัสโครงการวิจัย 16/2565 ลงวันที่ 12 มกราคม 2566 ผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการแปลผล โดยอธิบายว่าข้อมูลที่ได้จากกระบวนการทั้งหมดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ดำเนินการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ตามความสมัครใจ ปราศจากการบังคับและผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ในการที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือออก

**■ ผลการศึกษา**

**ระยะที่ 1** ผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส จังหวัดนครราชสีมา พบว่า

**ด้านสังคม** มีความยากลำบากในการขนส่งและเดินทาง ไม่มีรถสาธารณะให้บริการ บ้านอยู่ห่างไกลจากสถานบริการ ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางคนเดียวได้ เป็นภาระของลูกหลานและคนอื่น

**ด้านสิ่งแวดล้อม** บ้านไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำผู้สูงอายุ กำจัดขยะไม่ถูกต้องและไม่ถูกที่ ชุมชนแออัด พื้นที่ที่ไม่เหมาะสม ทั้งในบ้านและพื้นที่สาธารณะไม่ปลอดภัย

**ด้านครอบครัว** เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่คนเดียว บางคนมีญาติดูแลแต่รู้สึกว่าเป็นภาระแก่ผู้อื่น

**ด้านชุมชน** ไม่มีกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ต่างคนต่างอยู่ พื้นที่ห่างไกล ขาดระบบการดูแลเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุไม่ค่อยอยากทำกิจกรรม ชอบความเป็น

ส่วนตัว

**ด้านประชากร** (พหุวัฒนธรรม) ผู้สูงอายุขาดการทำกิจกรรมในการรวมกลุ่ม เนื่องจากปัญหาสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ (รายได้ปากท้อง) เช่น ค่าใช้จ่าย เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพ รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น บางครั้งต้องหยุดงานทำให้ขาดรายได้ ยังคงต้องทำงานเลี้ยงชีพ

**ด้านพัฒนาการเรียนรู้** (การป้องกันภาวะโรคสมองเสื่อม) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ชุมชนและครอบครัวไม่มีความรู้ขาดการประชาสัมพันธ์เชิงรุก ในการคัดกรองโรคสมองเสื่อม

**ด้านสุขภาพ** (เน้นมิติ กินข้าวอร่อย) เกี่ยวกับโภชนาการรวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความรู้ด้านการปฏิบัติตัวในเรื่องสุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านโภชนาการน้อย ทำให้มีปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปาก ผู้ดูแลเตรียมอาหารไม่เหมาะสม ดิรสนชาติ หวาน มัน เค็ม มีปัญหาด้านการเข้าถึงอาหาร เนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย เบื่ออาหาร เคี้ยวไม่สะดวก เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ไม่ชอบใส่ฟันปลอม ท้องผูกบ่อย ไม่ค่อยตื่นนอน

**ระยะที่ 2** ผลการพัฒนา รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** ขับเคลื่อนโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานในการดำเนินงานพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้

แนวคิดชราวิวาส โดยแบ่งเป็น 3 โซน แต่ละโซน จะมีการประชุมติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานผู้สูงอายุเป็นประจำทุกเดือนและมีการรายงานผลในการประชุมคณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด

**กิจกรรมที่ 2** จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ความรู้เรื่องสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในยุคสมัยใหม่ การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ

**กิจกรรมที่ 3** จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส เพื่อค้นหา Best Practice พบว่ามีผลงานที่เป็นเชิงประจักษ์ ได้แก่ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักการอิสลาม ซึ่งเรียกว่า ชราสลาม

**กิจกรรมที่ 4** จัดมหกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้แนวคิดชราวิวาส โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ การสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อม และจัดประกวดผลงานการดำเนินงานผู้สูงอายุดีเด่นระดับจังหวัด

**กิจกรรมที่ 5** สร้างชุมชนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส และเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

**ระยะที่ 3** ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส จังหวัดนราธิวาส พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.55



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n = 382)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	353	84.55
ชาย	59	15.45
<b>อายุ (ปี)</b>		
60-69	122	31.94
70-79	191	50.00
80 ปีขึ้นไป	69	18.06
<b>การศึกษาสูงสุด</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	319	83.51
ระดับประถมศึกษา	38	9.95
สูงกว่าประถมศึกษา	25	6.54

และเพศชาย ร้อยละ 15.45 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ อายุ 60-69 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.94 และ 18.06 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

หลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิสา จังหวัด นครราชสีมา มาทดลองใช้ ผู้สูงอายุมีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งก่อนและหลัง ร้อยละ 57.85 และ 75.65 ตามลำดับ การเดินและการทรงตัว (TUGT) (5 นาที) พบว่าการเดินและการทรงตัว หลังจากใช้รูปแบบฯ มีผลการทดสอบการเดิน และการทรงตัว <12 วินาที (ปกติ) สูงกว่าก่อน การพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 69.69 และ 57.85 ตามลำดับ การประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) (20 นาที) ผู้สูงอายุที่มี คะแนน ≤ 14 (ผู้สูงอายุปกติ ไม่เรียนหนังสือ ก่อนมีการพัฒนารูปแบบร้อยละ 89.97 และหลัง

มีการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 98.75 ด้านการ ประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) (15 นาที) พบว่า หลังมีการพัฒนารูปแบบที่พัฒนามาใช้แล้วพบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น หลังจากนำรูปแบบมาใช้แต่ในด้านเริ่มมีอาการ ซึมเศร้ามีการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบดังกล่าว จากร้อยละ 25.13 เป็นร้อยละ 16.75 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังมีบางกลุ่มที่เป็นโรคซึมเศร้าอยู่ซึ่งต้องเข้าระบบการรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่วนผลการ ทดสอบทางสถิติของข้อมูล ก่อนและหลังการ พัฒนารูปแบบ ฯ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) การทดสอบการเดินและ การทรงตัว การประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) (15 นาที) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ 0.05 (ตารางที่ 2)

ผลการประเมินความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ

ตารางที่ 2 แสดงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้นโยบายจิตเวช จัหวัดนราธิวาส

ข้อมูลทั่วไป	ก่อน (N = 382)		หลัง (N = 382)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index :BMI)</b>					
ปกติ	220	57.59	289	75.65	.002
ผอม	58	15.18	32	8.38	
น้ำหนักเกิน	69	18.06	36	9.42	
อ้วน	35	9.16	25	6.54	
<b>การทดสอบการเดินและการทรงตัว</b>					
≤12 วินาที (ปกติ)	221	57.85	266	69.63	< .001
13 -20 วินาที (เสี่ยงปานกลาง)	110	28.50	86	22.51	
>20 วินาที (เสี่ยงสูง)	51	13.35	30	7.85	
<b>การประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE)</b>					
≤ 14 (ผู้สูงอายุปกติ ไม่เรียนหนังสือ)	287	89.97	315	98.75	< .001
≤ 17 (ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา)	34	89.47	36	94.74	
≤ 22 (ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา)	22	88.00	24	96.00	
<b>การประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) (15 นาที)</b>					
0-12 (ไม่มีภาวะซึมเศร้า)	244	63.87	283	74.08	.044
13-18 (ซึมเศร้าเล็กน้อย)	62	16.23	44	11.52	
19-24 (ซึมเศร้าปานกลาง)	44	11.52	32	8.38	
25-30 (ซึมเศร้ารุนแรง)	32	8.38	23	6.02	

p-value < 0.05

ผู้สูงอายุ พบว่าหลังการให้ความรู้ฯ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูงกว่าก่อนการให้ความรู้ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < .001) (ตารางที่ 3)

### ■ อภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า

และกินข้าวอร่อย ภายใต้นโยบายจิตเวช จัหวัดนราธิวาสในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 สถานการณ์ที่พบในการพัฒนาารูปแบบ ได้แก่ การขนส่งและเดินทางของผู้สูงอายุ มีความยากลำบากในเข้าถึงบริการ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำผู้สูงอายุ สภาพสิ่งแวดล้อมไม่เป็นระเบียบ กำจัดขยะไม่ถูกต้อง ไม่มีความปลอดภัย ผู้สูงอายุบางคนเป็นครอบครัวเดี่ยวอยู่คนเดียว บางคนมีญาติดูแล แต่รู้สึกว่

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส ก่อนและหลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	6.37	1.098	8.43	0.626	10.798	< 0.001
ผู้สูงอายุ	7.52	1.054	8.23	1.045	13.843	< 0.001

เป็นภาระแก่ผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ กายจนา ปัญญาธร และชลกร ทรงศรี<sup>(9)</sup> ที่พบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัยไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ได้รับอาหารไม่เหมาะสม พักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาขาดผู้ดูแลและไม่มีเงิน ในการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการดูแลและความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคลากรสุขภาพ บุตรหลาน และเพื่อนบ้าน เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก การจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และการดูแลด้านความปลอดภัย จึงควรมีการจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลความปลอดภัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในระยะที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้พัฒนานี้เป็นการบริการแบบไร้รอยต่อและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้กิจกรรมการคัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา (Geriatric syndrome) รวมถึงการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในทุกสถานบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างไร้รอยต่อ ใกล้เคียง ใกล้ใจ โดยสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงวัย เป้าหมายหลัก อายุยืนต้องมีสุขภาพดี เพื่ออายุยืนต้องมีระบบ มีสวัสดิการชุมชน ตลอดจนระบบกองทุน

รักษาและประกันดูแลระยะยาวที่เท่าเทียมได้ และเพื่ออายุยืนต้องปรับตัวได้ คือสามารถเรียนรู้และอยู่อย่างอิสระ โดยโปรแกรมต่างๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาขึ้นด้วยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร สุธรรมชัย และคณะ<sup>(10)</sup> ที่พบว่ารูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ได้แก่ การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เน้นเรื่องการดูแลภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย หรือการให้บริการดูแลเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือบุคลากรทางสาธารณสุข และการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญา ศิลปวัฒนธรรม เพื่อสร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ การจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงประกอบด้วย นโยบาย คน ระบบ และชุมชน เป็นต้น

ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราวิวาส จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผลการทดสอบทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ฯ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) การ

ทดสอบการเดินการทรงตัว และการประเมินภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากมีกิจกรรมการให้ความรู้ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย มาใช้ในการจัดกิจกรรม เช่น การสร้างชุมชนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราชีวาาส ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้ผ่านความคิดเห็นและความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการทำงานเป็นทีม มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีต่อไป อีกทั้งพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูงกว่าก่อนการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุก็มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูงขึ้นกว่าก่อนการให้ความรู้ฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา แก้วเมือง<sup>(11)</sup> พบว่า หลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีค่านัชฐานของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย การมีเป้าหมายเดียวกันของทีม การปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การประสานงานของทีมและการสื่อสารกับชุมชน การเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และการมีส่วนร่วมของทีม

## ■ ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวิเคราะห์และประเมินผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราชีวาาส จังหวัดนราธิวาส อย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุ ในมิติอื่น ๆ ที่ต้องบูรณาการร่วมกับหน่วยงานงานอื่น ๆ เช่น มิติด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม

2. ควรนำผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราชีวาาส จังหวัดนราธิวาส เผยแพร่ไปยังจังหวัดต่างๆ ในประเทศและต่างประเทศ

3. ควรมีการติดตามประเมินผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุป้องกันไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ภายใต้แนวคิดชราชีวาาส ระยะยาว ได้แก่ 1 ปี และ 2 ปี เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

## ■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก นายแพทย์ไพจิตร วราชาติ ที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์เจษฎา ฉายคุณรัฐ อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12 นายแพทย์สมชัย อิศวสุดสาคร อดีตสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 12 นายแพทย์ดุษฎี คงตระกูลทรัพย์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง นายแพทย์วิโรจน์ โยมเมือง รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลสตูล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ช้แนะข้อบกพร่อง ให้แนวคิดต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบที่มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เหมาะสมต่อการนำไปใช้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ตลอดจนคอยสนับสนุนและให้กำลังใจ

ตลอดมา สามารถดำเนินงานวิจัยจนประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ประธานโชนและทีมงานชราชีवास ที่ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 โชน คณะกรรมการวิจัยชราชีवास

ในเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รวมถึงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ที่สำคัญผู้สูงอายุที่ได้ให้ความร่วมมือในดำเนินการตามโปรแกรมฯ ดังกล่าว จนประสบความสำเร็จ ล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322>
2. World Health Organization: WHO. Ageing and health [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 3]. Available from: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
3. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ; UNFPA. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร สูงวัยในศตวรรษที่ 21: การเฉลิมฉลองและความท้าทาย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub>.
4. กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://eh.anamai.moph.go.th/th/kpi-65-1-20/download?id=89141&mid=36311&mkey=m\\_document&lang=th&did=26665](https://eh.anamai.moph.go.th/th/kpi-65-1-20/download?id=89141&mid=36311&mkey=m_document&lang=th&did=26665).
5. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48)
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=39772>
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อม... สำหรับประชาชน “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช 2537;46(1):1-9.
9. กาญจนา ปัญญาธร และชลการ ทรงศรี. การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังตำบลบ้านตาด อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2563;2(2): 41-52.
10. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญพัฒนา และนภัส แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24(6):1017-29.
11. สุพัตรา แก้วเมือง. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนตำบลลุดรัง อำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://202.28.34.124/dspace/handle123456789/1219>.