

## การศึกษาสถานการณ์สุขภาพและการเตรียมความพร้อม เพื่อป้องกันภาวะถดถอยทางกายในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดสระบุรี

### A Study of Health Situation and Readiness Preparation to Prevent A Deconditioning in Social Bound Elderly People in Saraburi Province

เปรมวดี สาริชีวิน, ยอดชาย สุวรรณวงษ์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

Premwadee Sarisheewin, Yodchai Suwannawong  
Saraburi Provincial Public Health Office

Received 23 Dec 2020, Revised 14 Jan 2021, Accepted 14 Jan 2021

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ของจังหวัดสระบุรี และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะถดถอยทางกาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 60,494 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 103 คน ประกอบด้วย สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะถดถอย และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิง พรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ไม่พบภาวะถดถอยทางร่างกาย (ร้อยละ 54.71) และพบภาวะถดถอยทางกาย (ร้อยละ 45.29) ปัญหาที่พบสูงสุด คือ ภาวะถดถอยด้านการมองเห็น (ร้อยละ 63.14) ด้านช่องปาก/การขบเคี้ยว (ร้อยละ 45.44) และด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 36.80) ในขณะที่สังคมสระบุรีตระหนักต่อปัญหาสำคัญ 3 ด้าน คือ 1) ภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหว 2) ภาวะถดถอยด้านความคิดความจำ และ 3) ภาวะถดถอยด้านการขาดสารอาหาร และการกลืนปัสสาวะ แนวทางการส่งเสริมป้องกันภาวะถดถอยประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

2) ครอบครัวต้องเรียนรู้และเข้าใจธรรมชาติผู้สูงอายุสังเกต ดูแล ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ 3) ชุมชน หรือสังคม สนับสนุนทรัพยากรส่งเสริมให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ และ 4) ผู้ให้บริการสุขภาพ มีการตรวจคัดกรอง และจัดระบบบริการสุขภาพแบบครอบคลุมผสมผสาน และจัดระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ

**คำสำคัญ :** สถานการณ์สุขภาพ, ภาวะถดถอยทางกาย, ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

### Abstract

This descriptive research aim to survey the deconditioning and the guideline to promote health of the Social-Bound Elderly People (SBEP) in Saraburi Province. The samples were 60,494 cases of the SBEP and 103 cases of the stakeholder, included as a member of the elderly families, the community leaders, the village health volunteers and the public health personnel. The research instrument were a community screening, focus group discussion, analyzed by descriptive statistic, content analysis. The result of this study found that: the SBEP in the age of 60-69 years were not deconditioning (54.71 %) and have deconditioning (45.29 %). most of deconditioning were vision recession (63.14%), oral and crunch problem (45.44%). The problem of movement recession (36.80%). On the other hand, Saraburi society concerned an important for three problems were 1) The problem of movement recession 2) Mild Cognitive Impairment (MCI) and 3) Malnutrition and Urinary incontinence. The guideline to promote health of the SBEP in Saraburi Province consist of; 1) An elderly have a personal self-care awareness 2) An elderly family member have to learning and understanding in a nature of an elderly, observing, helping and encouraging 3) Community have to resource support and to promote health activities and 4) Health care providers have a community screening, hospital care service, comprehensive care and seamless referral system.

**Keywords :** Health situation, Deconditioning, Social bound elderly people

## บทนำ

ปัจจุบันนานาประเทศกำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) จากรายงานกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNPF) ระบุว่าระหว่างปี ค.ศ. 2001-2100 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ และมีการคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี ค.ศ. 2050 โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุ 1 ใน 4 จะมีอายุ 65 ปีขึ้นไป<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด<sup>(2)</sup>

ธรรมชาติของผู้สูงอายุ (Elderly) เป็นวัยที่มีร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะ เริ่มถดถอยลง ร่างกายอ่อนแอลง และความต้านทานต่อโรคลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงและโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (United Nation, 1995) โดยภาวะถดถอยหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและวิถีสภาพที่ผ่านมามีในอดีตและอายุที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีเศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมในปัจจุบันก็เป็นหนึ่งในปัจจัย

สำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเป็นทั้งโอกาส และอุปสรรคที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง และสามารถขยายไปสู่ผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ<sup>(3)</sup> ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในประเด็นการพัฒนาของนานาประเทศเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการป้องกัน และลดปัญหาจากภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสุขภาพซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิต และกระทบในเชิงพลวัตต่อระบบเศรษฐกิจ และสังคม

สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย จากรายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ระบุว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 ป่วยเป็นโรคความดันเลือดสูง และมากกว่าร้อยละ 10 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ซึ่งพบในเพศหญิง ร้อยละ 42.3 และเพศชาย ร้อยละ 36.8 และผู้สูงอายุมีภาวะอ้วน ร้อยละ 35 และเกือบร้อยละ 50 มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ และมีการคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมและมีปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความคิด และบุคลิกภาพ ร้อยละ 8.1 พบในชาย ร้อยละ 6.8 และหญิงร้อยละ 9.2 และข้อมูลจากแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ระบุว่าอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุกๆ 5 ปี หลังจากอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทำให้สามารถพบภาวะสมองเสื่อมได้สูงถึงร้อยละ 45 ในกลุ่มประชากร

ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 85 ปี<sup>(4)</sup> นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกร้อยละ 91 ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัย จนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางหรือรุนแรงแล้วจึงจะได้รับการวินิจฉัย<sup>(5)</sup> และจากรายงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระบุว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเสี่ยงภาวะซึมเศร้ามากกว่า 2 ล้านคนซึ่งอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเป็นโรคซึมเศร้าและตัดสินใจฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 60-64 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายมาก ถึง 9-10 คน ต่อแสนประชากร<sup>(6)</sup> ในด้านคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 10 อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 4 เคยหกล้มในบ้านของตนเองในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป พบมากถึงร้อยละ 7 และหนึ่งในสามของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 34.3) มีรายได้ต่ำกว่า 2,647 บาทต่อเดือน ซึ่งต่ำกว่าเส้นความยากจนที่เป็นตัวชี้วัดสถานภาพทางเศรษฐกิจ และเป็นมาตรฐานการครองชีพขั้นต่ำที่เป็นจำนวนเงินซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายของปัจเจกบุคคล เพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารและสิ่งจำเป็นที่ไม่ใช่อาหาร ในขั้นพื้นฐานที่ทำให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้<sup>(7)</sup> และเมื่อเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจากข้อมูลสถานะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายระดับขั้นปานกลางถึงหนัก มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 32-47 เหลือร้อยละ 19 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 35-30 เหลือร้อยละ 16 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 25-15 เหลือร้อยละ 13 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป<sup>(8)</sup>

อีกทั้งปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุขที่ทันสมัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ขณะเดียวกันก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง ตลอดจนกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะอยู่ในภาวะพึ่งพิงจากการเจ็บป่วย และภาวะทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวในปัจจุบัน และครอบครัวใหม่ในอนาคตต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ก็ยิ่งจะทำให้การดูแลรักษามีความซับซ้อนและยากลำบากเพิ่มมากขึ้น ภายใต้สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุข้างต้น ในปี พ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับ Active Ageing เป็นกระบวนการในการเสริมสร้างด้านสุขภาพ (Healthy) การมีส่วนร่วม (Participation) และความปลอดภัย (Security) ในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อแสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและกำหนดเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลก<sup>(9)</sup> ประเทศไทยนำแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยกำหนดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เพื่อใช้เป็นแนวทางและมาตรการในการเตรียมความพร้อมต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคมสูงวัย ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับสิทธิการคุ้มครองในด้านต่าง ๆ

ของผู้สูงอายุ รวมถึงจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ขึ้น ซึ่งปัจจุบันเป็นฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) โดยมีปรัชญาหลัก คือ สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ โดยเริ่มจากการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว ให้การเกื้อหนุน ชุมชนให้ความช่วยเหลือ และสุดท้าย คือ สังคม ภาครัฐให้การเกื้อหนุนตามลำดับ และคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ทุกวัยๆ ต้องได้รับการเกื้อหนุนที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล<sup>(10)</sup> อย่างไรก็ดีตามหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผลมาจากความเสื่อมของร่างกาย และการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ Non-Communicable Diseases (NCDs) ที่มีสาเหตุหลักมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่เหมาะสม คือ การนำกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategies) มาใช้เป็นแนวปฏิบัติในการสร้างกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนและความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี ทั้งกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เจ็บป่วย โดยมุ่งพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทุกด้านให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ในฐานะหน่วยงานหลักที่มีบทบาทของการสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติด้านสาธารณสุข และการแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค ทั้งด้านการเสริมสร้างสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ให้คุณภาพชีวิต ที่เหมาะสม ซึ่งจากฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดสระบุรี ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 107,244 คน โดยจำแนกเป็นเพศหญิง 61,084 คน และเพศชาย 46,160 คน คิดเป็นสัดส่วนผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 16.60 ของประชากรทั้งหมด และมีอัตราของประชากรสูงอายุมากเป็นลำดับที่ 38 ของประเทศ ซึ่งจังหวัดสระบุรีเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) ในไม่ช้า<sup>(11)</sup> และเมื่อพิจารณาตามหลักการช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living: ADL) สามารถจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มติดสังคม จำนวน 101,058 คน คิดเป็นร้อยละ 96.25 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 3,228 คน คิดเป็นร้อยละ 3.07 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 713 คน คิดเป็นร้อยละ 0.68<sup>(12)</sup> จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่ากลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ในการส่งเสริมเพื่อป้องกันและลดภาวะเจ็บป่วยที่จะเป็นสาเหตุของการเป็นภาวะพึ่งพิงที่จะกลายเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมในอนาคต ก็คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งยังเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพทั่วไปดี ช่วยเหลือตนเองได้ อาจมีโรคเรื้อรังแต่ควบคุมได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมช่วยเหลือคนอื่นได้ ซึ่งหากมีการเตรียมพร้อมที่ดีก็สามารถเปลี่ยนให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นพลังทางสังคมได้ และจะช่วยให้อายุยืน มีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตได้ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี จึงดำเนินการสำรวจภาวะถดถอยทางกาย (Functional

Decline) ในผู้สูงอายุกลุ่ม ดิตสังคมของจังหวัดสระบุรี เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มสุขภาพและความเสื่อมของร่างกายซึ่งจะกลายเป็นภาวะโรคของผู้สูงอายุในอนาคตได้ และศึกษาแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันผู้สูงอายุกลุ่ม ดิตสังคมที่มีภาวะถดถอยทางกายจากมุมมองของผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้ประกอบการพิจารณาในการกำหนดรูปแบบหรือวิธีการในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุของจังหวัดสระบุรี อันจะนำไปสู่กระบวนการในการแก้ไขปัญหที่แท้จริง และลดผลกระทบ ที่เกิดจากภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในอนาคต

## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจ (Survey) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่โครงการวิจัย EC 027/2563 วันที่ 11 มิถุนายน 2563

### กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มดิตสังคม โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) พิจารณาตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living

(ADL) ที่มีค่า ADL Score ตั้งแต่ 12 ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 63,328 ตัวอย่าง ครอบคลุม 13 อำเภอ 2) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้ผ่านการอบรมและ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และ 3) กลุ่มแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) และประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในรูปแบบเครือญาติและอาศัยอยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครการวิจัย จำนวน 52 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเงื่อนไขเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) อาสาสมัครการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ประเภท ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (Community Screening) 2) แบบคำถามประเด็นการสนทนากลุ่ม และ 3) กระบวนการสนทนากลุ่ม โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

1. แบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (Community Screening) โดยเป็นแบบประเมินภาวะถดถอยทางร่างกาย ของผู้สูงอายุที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยการประยุกต์ชุดข้อมูลคู่มือการคัดกรองประเมินผู้สูงอายุ<sup>(12)</sup> โดยปรับปรุงข้อมูลเฉพาะที่ต้องการใช้ในการตอบวัตถุประสงค์การ

ศึกษาและเพื่อความสะดวกในการนำไปประยุกต์ใช้ประเมินผู้สูงอายุในชุมชน และแบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (Community Screening) จะใช้ร่วมกับชุดเครื่องมือแบบประเมินมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบด้วยชุดข้อคำถามและการคัดกรอง จำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) เลขประจำตัวบัตรประชาชน 2) ชื่อ-สกุล 3) วัน/เดือน/ปี เกิด 4) อายุ 5) เพศ 6) ที่อยู่ปัจจุบัน และ 7) การอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงสังคม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัย และความเพียงพอเกี่ยวกับรายได้ แบบเลือกตอบตามลักษณะข้อมูลเชิงสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) การอยู่อาศัยหรือผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย 2) ลักษณะของที่อยู่อาศัย และ 3) ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองผู้สูงอายุ ในส่วนนี้เป็นลักษณะของการสอบถามร่วมกับการทำกิจกรรมตามแบบคัดกรองความถดถอยของร่างกายผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อคำถามจากการประเมินความถดถอยทางร่างกาย 9 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความคิดความจำการประเมินในด้านนี้ใช้ร่วมกับแบบทดสอบความคิดความจำ (Mini Cog) ซึ่งเป็นประเมินภาวะสมองเสื่อมตามกิจกรรม 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการบันทึกความจำโดยใช้คำ 3 คำ, ขั้นตอนการวาดรูปนาฬิกา, และขั้นตอนการทบทวนหรือระลึกความจำโดยคำ 3

คำขั้นตอนการประเมินและการแปลผลการประเมินตามมาตรฐานเครื่องมือ Mini Cog<sup>(13)</sup>

2) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นการประเมินด้วยแบบการคัดกรองภาวะหกล้ม Timed Up and Go Test (TUGT)<sup>(15)</sup> โดยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การประเมินจากการเดินของผู้สูงอายุตามเงื่อนไขระยะเวลา และระยะทางและข้อคำถามเกี่ยวกับประวัติการหกล้มในระยะเวลา 6 เดือน ขั้นตอนการประเมินและการแปลผลการประเมินตามมาตรฐานเครื่องมือ Timed Up and Go Test (TUGT)

3) ด้านการขาดสารอาหาร เป็นการประเมินด้วยการตอบคำถาม 2 ข้อ เกี่ยวกับการมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก และมีความอยากอาหารลดลง โดยเลือกตอบว่า มีหรือไม่มี โดยหากตอบคำถามว่ามีในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสอง หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

4) ด้านการมองเห็น เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการมองเห็นในชีวิตประจำวันจำนวน 1 ข้อคำถาม หากตอบว่ามีถึงเสี่ยงต่อภาวะถดถอยด้านการมองเห็น

5) ด้านการได้ยิน เป็นการทดสอบแบบง่ายโดยการฟังเสียงที่เกิดจากการถุนิ้วระหว่างนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ห่างจากหูผู้สูงอายุ ประมาณ 1 นิ้ว ที่ละข้าง การประเมินผลหากพบว่าไม่สามารถได้ยินเสียงถุนิ้วข้างใดข้างหนึ่งหรือ ทั้งสองข้าง หมายถึง มีความเสี่ยงการถดถอยด้านการได้ยิน

6) ด้านภาวะซึมเศร้า เป็นการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามาตรฐาน ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q จำนวน 2 คำถาม<sup>(16)</sup> มาใช้ในการประเมินภาวะเสี่ยงด้านภาวะซึมเศร้า การประเมินผลหากตอบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ถือว่าเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

7) ด้านการกลืนปัสสาวะ เป็นข้อคำถามอย่างง่ายเกี่ยวกับการมีภาวะปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะรด ในชีวิตประจำวัน จำนวน 1 ข้อคำถาม การประเมินผลหากตอบว่ามีภาวะดังกล่าว หมายถึงเสี่ยงต่อภาวะถดถอยด้าน การกลืนปัสสาวะ

8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการประเมินโดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน ADL แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)<sup>(17)</sup> การประเมินผลตามมาตรฐานเครื่องมือ โดยหากพบว่ามีความผิดปกติ หมายถึง มีภาวะถดถอยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

9) ด้านช่องปาก เป็นการประเมินด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ ความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร และอาการเจ็บปวดในช่องปาก การประเมินผลหากตอบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะถดถอยในช่องปาก

2. แบบคำถามประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามสำหรับเป็นประเด็นในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเวทีการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 2 ข้อ ได้แก่

ประเด็นที่ 1 แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย โดยมีข้อคำถามย่อย จำนวน 3 ข้อคำถาม ดังนี้ สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในมุมมองของท่านเป็นอย่างไร ใครควรมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างไร และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมุมมองของท่านเป็นอย่างไร

“ประเด็นที่ 2” ความพร้อมของหน่วยบริการชุมชน และครอบครัวในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยด้านทรัพยากร ด้านองค์ความรู้ และความต้องการการสนับสนุน

3. กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยดำเนินการตามหลักการจัดการสนทนากลุ่ม ภายใต้อาการเหมาะสมของจำนวนผู้ร่วมกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และกระบวนการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(18)</sup> และอุปกรณ์การบันทึกข้อมูลขณะสนทนากลุ่ม ได้แก่ กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเคมี กระดาษขาว และเครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัล

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และด้านการวิจัย จำนวน 3 คน ด้วยวิธี Index of item Objective Congruence (IOC)<sup>(19)</sup> และหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และข้อมูลการทดสอบความถดถอย ทางร่างกาย วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย และความพร้อมของหน่วยบริการและชุมชนในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้ทั้งหมดจำแนกประเภทข้อมูลให้เห็นถึงส่วนประกอบ (Typological Analysis) และเปรียบเทียบข้อมูล (Comparative Analysis) กับแนวคิดทฤษฎีเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบของเหตุการณ์หรือประเด็นที่ศึกษา

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีสัดส่วนระหว่างเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 57.84 และร้อยละ 42.17) โดยมีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี (ร้อยละ 32.13) รองลงมา อายุระหว่าง 65 - 69 ปี (ร้อยละ 23.60) โดยอาศัยอยู่ในบ้านร่วมกับสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 1 คน (ร้อยละ 96.75) และเมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยมีคนดูแล (ร้อยละ 96.94) และลักษณะสภาพที่อยู่อาศัยมั่นคงแข็งแรงหรือไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ (ร้อยละ 98.41) และมีรายได้เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 89.37)

### 2. การทดสอบภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ของจังหวัดสระบุรี

ผู้สูงอายุไม่มีภาวะถดถอยทางร่างกาย (ร้อยละ 54.71) และมีภาวะถดถอยทางกาย (ร้อยละ 45.29) และ เมื่อพิจารณาภาวะถดถอยทางกายในรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะถดถอยด้านความคิดความจำปกติ (ร้อยละ 84.54) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถการเดินทางไปและกลับด้วยตนเอง 6 เมตร ภายใน 12 วินาที (ร้อยละ 83.58) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 93.67) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะน้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัม ภายในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนัก (ร้อยละ 95.01) และส่วนใหญ่ไม่มีความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ 92.26) และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับดวงตา เช่น การมองเห็นไกล การอ่านหนังสือ (ร้อยละ 71.84) และส่วนใหญ่ไม่มีความถดถอยด้านการได้ยิน (ร้อยละ 89.36) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง และไม่มีรู้สึกเบื่อทำอะไร ก็ไม่เพลิดเพลินใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ (ร้อยละ 95.79 และ ร้อยละ 94.71) และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะราด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 93.65) และส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น (ร้อยละ 94.68) และส่วนใหญ่ไม่มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร (ร้อยละ 79.72) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บปวดในช่องปาก (ร้อยละ 94.17) รายละเอียดดังตารางที่ 1

## ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละผลการประเมินภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดสระบุรี

ข้อมูลการประเมินภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	จำนวน	(ร้อยละ)
1. ความถดถอยด้านความคิดความจำ (n=59,313)		
- ปกติ	50,145	84.54
- ผิดปกติ	9,168	15.46
2. การเดินไปและกลับด้วยตนเอง 6 เมตร ภายใน 12 วินาที (n=59,337)		
- ทำได้	49,591	83.58
- ไม่สามารถทำได้	9,746	16.42
3. ประวัติหกล้มใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง (n=59,251)		
- ไม่มี	55,501	93.67
- มี	3,750	6.33
4. น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัมในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา โดยไม่ได้ตั้งใจ (n=59,252)		
- ไม่มี	56,296	95.01
- มี	2,956	4.99
5. มีความอยากอาหารลดลง (n=59,258)		
- ไม่มี	54,671	92.26
- มี	4,587	7.74
6. การมีปัญหากเกี่ยวกับดวงตา เช่น การมองระยะไกล การอ่านหนังสือ (n=59,377)		
- ไม่มี	42,655	71.84
- มี	16,722	28.16
7. ความถดถอยด้านการได้ยิน (n=59,254)		
- ได้ยินทั้ง 2 ข้าง	52,948	89.36
- ไม่ได้ยินข้างเดียว	3,551	5.99
- ไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง	2,755	4.65

ข้อมูลการประเมินภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	จำนวน	(ร้อยละ)
8. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ รู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง (n=59,272)		
- ไม่มี	56,779	95.79
- มี	2,493	4.21
9. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ รู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน (n=59,277)		
- ไม่มี	56,143	94.71
- มี	3,134	5.29
10. ภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะรด จนเกิดปัญหาในการใช้ ชีวิตประจำวัน (n=59,281)		
- ไม่มี	55,519	93.65
- มี	3,762	6.35
11. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น ลดลง (n=58,607)		
- ไม่มี	55,490	94.68
- มี	3,117	5.32
12. ความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร (n=59,329)		
- ไม่มี	47,295	79.72
- มี	12,034	20.28
13. อาการเจ็บปวดในช่องปาก (n=59,244)		
- ไม่มี	55,789	94.17
- มี	3,455	5.83

### 3. สถานการณ์สุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย มีภาวะถดถอยทางกายในด้านการมองเห็น (ร้อยละ 63.14) รองลงมาภาวะถดถอยด้านช่องปาก/การขบเคี้ยว โดยมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร (ร้อยละ

45.44) และรองลงมาภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหว โดยไม่สามารถเดินไป และกลับด้วยตนเอง 6 เมตร ภายใน เวลา 12 วินาที (ร้อยละ 36.80) และเคยหกล้มใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง (ร้อยละ 14.16) รองลงมาภาวะถดถอยด้านความคิด ความจำ (ร้อยละ 34.62) รายละเอียดดังตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของสถานการณ์สุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกาย

ข้อมูลภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (n=26,484)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. ด้านความคิดความจำ	9,168	34.62
2. ด้านการเคลื่อนไหว		
- ไม่สามารถเดินไปและกลับด้วยตนเอง 6 เมตร ภายในเวลา 12 วินาที	9,746	36.80
- เคยหกล้มใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง	3,750	14.16
3. ด้านโภชนาการ		
- น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัมในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ได้ตั้งใจ	2,956	11.16
- มีความอยากอาหารลดลง	4,587	17.32
4. ด้านการมองเห็น	16,722	63.14
5. ด้านการได้ยิน	6,306	23.81
6. ด้านความเครียดใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	3,851	14.54
7. ด้านการกลืนปัสสาวะ	3,762	14.20
8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น	3,117	11.77
9. ด้านช่องปาก/การขบเคี้ยว		
- มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร	12,034	45.44
- มีอาการเจ็บปวดในช่องปาก	3,455	13.05

### 4. ขนาดปัญหาภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาภาวะถดถอยทางกาย

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะถดถอยทางกาย จะพบว่า มีปัญหาภาวะถดถอยทางกาย ในด้านใดด้านหนึ่งอย่างน้อยที่สุด จำนวน 1 ปัญหา และมากที่สุด จำนวน 9 ปัญหา โดยผู้สูงอายุ

มีปัญหาภาวะถดถอยทางกาย จำนวน 1 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 38.19 รองลงมาพบปัญหาภาวะถดถอยทางกาย จำนวน 2 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 21.92 และพบปัญหาภาวะถดถอยทางกาย จำนวน 3 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 15.65 ทางกาย รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละจำนวนปัญหาภาวะถดถอยทางกายร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ข้อมูลจำนวนภาวะถดถอยทางกายร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม(n=26,484)	จำนวน	(ร้อยละ)
- จำนวน 1 ปัญหา	10,113	38.19
- จำนวน 2 ปัญหา	5,806	21.92
- จำนวน 3 ปัญหา	4,146	15.65
- จำนวน 4 ปัญหา	2,645	9.99
- จำนวน 5 ปัญหา	1,602	6.05
- จำนวน 6 ปัญหา	992	3.75
- จำนวน 7 ปัญหา	568	2.14
- จำนวน 8 ปัญหา	322	1.22
- จำนวน 9 ปัญหา	290	1.29

**5. ความตระหนักของชุมชนต่อภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจังหวัดสระบุรี**

ผลการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และแกนนำชุมชนด้านสุขภาพที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) และตัวแทนของผู้สูงอายุต่อความสำคัญของปัญหาภาวะถดถอยทางกาย

ของผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี พบว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้น้ำหนักคะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ดังนี้ ลำดับที่ 1 ปัญหาภาวะถดถอยด้านการเคลื่อนไหว (14 คะแนน) ลำดับที่ 2 ภาวะถดถอยด้านความคิดความจำ (13 คะแนน) ลำดับที่ 3 ประกอบด้วย 2 เรื่องที่มีคะแนนเท่ากัน คือ 1) ปัญหาด้านการขาดสารอาหารและการกลืนปัสสาวะ (12 คะแนน) และ 2) ปัญหาภาวะถดถอยด้านการมองเห็น (11 คะแนน) รายละเอียดดังตารางที่ 4

#### ตารางที่ 4 แสดงการให้น้ำหนักคะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาความถดถอยทางกายในผู้สูงอายุติดสังคม

ปัญหาความถดถอย	ขนาดปัญหา	ความรุนแรง	การยอมรับ	ความยากง่าย	รวมคะแนน	ลำดับความสำคัญ
1. ด้านการเคลื่อนไหว	4	4	3	3	14	1
2. ด้านความคิดความจำ	4	3	3	3	13	2
3. ด้านการขาดสารอาหาร	3	3	3	3	12	3
4. ด้านการกลั้นปัสสาวะ	3	3	3	3	12	3
5. ด้านการมองเห็น	4	2	2	3	11	4
6. ด้านความเครียด	2	2	2	4	10	5
7. ด้านการได้ยิน	2	2	2	3	9	6
8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	2	2	2	3	9	6
9. ด้านช่องปาก	1	2	1	3	7	7

#### 6. แนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะถดถอยทางกาย

ผลการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และแกนนำชุมชนด้านสุขภาพที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) และตัวแทนของผู้สูงอายุต่อความสำคัญของปัญหาภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี พบว่า

- 1) ตัวผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และต้องสังเกตและตรวจสอบสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง และจัดสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนให้ถูกสุขลักษณะในส่วนของครอบครัวและชุมชนเป็นต้น
- 2) ครอบครัวต้องให้ความสำคัญ การเรียนรู้ และสร้างความเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ช่วยในการสังเกตเพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของผู้สูงอายุ

ให้กำลังใจปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน และบริเวณบ้านให้เหมาะสม ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ และการแลกเปลี่ยนนวัตกรรมสุขภาพของครอบครัว

3) ชุมชนหรือสังคม ต้องมีการสนับสนุนทรัพยากรทั้งด้านบุคคลโดยส่งเสริมพัฒนาให้มีผู้ช่วยดูแล (Care Giver) ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุและติดตามประเมินผล ส่งเสริมให้มีกิจกรรมการรวมกลุ่มกิจกรรมของผู้สูงอายุ และสนับสนุนด้านสวัสดิการทางสังคมและปัจจัยความจำเป็นพื้นฐานให้กับผู้สูงอายุ

4) สถานบริการสุขภาพ มีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมทั้งด้านคุณภาพบริการ และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรับบริการด้านสุขภาพโดยให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางด้านการบริการสุขภาพ ทั้งด้านการคัดกรอง การดูแลรักษา การส่งต่อ การติดตามฟื้นฟู และการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อความต้องการด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

## 7. ความพร้อมของหน่วยบริการ ชุมชน และครอบครัวในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1) ผลการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และแกนนำชุมชนด้านสุขภาพที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) และตัวแทนของผู้สูงอายุต่อความสำคัญของปัญหาภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี พบว่า

2) ความพร้อมของหน่วยบริการ มีความพร้อมด้านบุคลากรที่มีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ มีแพทย์เฉพาะทาง มีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ภาครัฐและท้องถิ่นให้การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีโครงสร้างการบริหารงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในขณะเดียวกันหน่วยบริการมีอุปสรรคและจุดอ่อนที่ต้องการพัฒนาและสนับสนุนด้านอัตรากำลังคน การบริหารด้านภาระงานให้เหมาะสมกับกำลังคน

ความพร้อมของครอบครัวและชุมชน มีจุดเด่นในด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยเข้ามามีบทบาทในระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนในรูปแบบเครือข่าย เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา ท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนทรัพยากร และมีแหล่งเรียนรู้และศูนย์ฝึกอาชีพในชุมชน ด้านจุดอ่อนหรืออุปสรรค พบว่า ผู้สูงอายุขาดความรู้เรื่องสุขภาพ และขาดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในด้านการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสิ่งแวดล้อมในครอบครัวไม่เหมาะสม

## อภิปรายผล

ภาวะถดถอยทางกายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรี พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน และเมื่อเจ็บป่วยมีคนดูแล และมีที่อยู่อาศัยมั่นคงแข็งแรงหรือไม่มั่นคง แต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ และมีรายได้เพียงพอในการ

ดำเนินชีวิตประจำวัน และผลการประเมินภาวะถดถอยทางกาย พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งไม่พบภาวะถดถอยทางร่างกาย ซึ่งมีลักษณะข้อมูลและคุณลักษณะประชากรคล้ายคลึงกันกับข้อมูลคุณลักษณะประชากรในการศึกษาของปฐมพร ธรรมธวัช<sup>(20)</sup> และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของจิราพร ทองดี ตีตาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์<sup>(21)</sup> จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและโดยคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ อีกทั้งการศึกษาของกาญจนา ปัญญาธร<sup>(22)</sup> แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี คือ การมีสุขภาพดี มีครอบครัวดีมีเงินใช้จ่ายเพียงพอ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ระดับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุด้านครอบครัวที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมและสังคมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรัฐกร ญัฐรังสีและคณะ<sup>(23)</sup> สรุปว่าผู้สูงอายุมีความสุขมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย กรณีเจ็บป่วยเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลและรู้สึกพึงพอใจในชีวิต อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัจจ์ แสงประจักษ์สกุล<sup>(24)</sup> ที่สรุปว่ารายได้ของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อวุฒิวยระดับสูงของผู้สูงอายุไทย ซึ่งสอดคล้องกันเกี่ยวกับปัจจัยด้านการมีสุขภาพดี ความเพียงพอของรายได้ การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง และการมีผู้ดูแลเป็นปัจจัยบ่งชี้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเห็นได้ว่าในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรีมีองค์ประกอบของปัจจัย

ดังกล่าวในเชิงบวก ซึ่งสามารถสรุปได้ภายใต้ปัจจัยสนับสนุนว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรีมีลักษณะเชิงบวก แต่อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ ยังขาดข้อมูลสนับสนุนที่สำคัญส่วนหนึ่งคือ ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ของจังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่อาจมีผลต่อความถูกต้องหรือข้อเท็จจริงของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรีได้ ดังที่มาสริน ศุกลักษ์ และกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์<sup>(25)</sup> ได้กล่าวไว้ว่าองค์ประกอบด้านสุขภาพของแนวคิดสภาวะพลัมพลิงของผู้สูงอายุจำเป็นต้องพิจารณาต่อการประเมินสุขภาพของตนเอง ความพิการ และข้อจำกัดของร่างกาย จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าในการวินิจฉัยภาวะถดถอยทางกายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัด อาจต้องมีการนำข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพเป็นองค์ประกอบในการอธิบายภาวะถดถอยทางกายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ภาวะถดถอยด้านการมองเห็น พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรี ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะถดถอย ด้านการมองเห็น ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของพิมพ์พิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง<sup>(26)</sup> ที่พบว่าร้อยละ 53.5 ของผู้สูงอายุไทยยังคงมองเห็นได้อย่างชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นตาหรือเลนส์ อย่างไรก็ตามในการประเมินภาวะถดถอย ด้านการมองเห็นเป็นการประเมินตนเองของผู้สูงอายุจากข้อคำถามว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ในชีวิตประจำวัน เช่น

การมองเห็นระยะไกล หรือการอ่านหนังสือ ซึ่งเป็นการคัดกรองแบบง่ายโดยยังไม่มี การตรวจ ยืนยันด้วยเครื่องวัดสายตา จึงทำให้ไม่สามารถระบุ ได้ว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นมีความ ผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นอย่างไร อีกทั้งหากมี การตรวจการมองเห็นด้วยเครื่องตรวจวัดสายตา มาตรฐานก็อาจพบว่ามีจำนวนผู้มีปัญหาหรือ ภาวะ ถดถอยด้านการมองเห็นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ก็เป็นได้ เนื่องจากความเสื่อมของสายตาหรือการ มองเห็นมีสาเหตุ มาจากผลของการเปลี่ยนแปลง ทางสรีรวิทยาที่เป็นไปตามธรรมชาติโดยเมื่อ อายุมากขึ้นก็จะมีผลให้ระบบประสาทตา กล้ามเนื้อตา และแก้วตาจะเปลี่ยนแปลงเสื่อม สมรรถภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นว่า ภาวะ ถดถอยด้านการมองเห็นเป็นปัญหาที่พบลำดับต้นๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะถดถอยทางกาย ดังนั้นประเด็นความถดถอยด้าน การมองเห็นจึงเป็น ประเด็นสุขภาพหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญในเชิงของ การป้องกัน

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของ จังหวัดสระบุรี พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ก้านศรี ชุตินา มาลัย ศศิวิมล บุรณะเรข และอภินันท์ บุชบก<sup>(27)</sup> ในขณะเดียวกัน กลับขัดแย้งกับการศึกษาของนริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ<sup>(28)</sup> ที่กล่าวไว้ว่าการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางเสื่อม ส่งผล ให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุเกิดภาวะ ซึมเศร้าได้ง่ายจากปัญหาด้านร่างกายเพราะความเสื่อม ทำให้มีความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของ

ผู้สูงอายุ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง และ อยู่ในภาวะพึ่งพาลูกหลาน จึงทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้า ได้ง่าย ซึ่งความแตกต่างกันของผลการศึกษาอาจ เนื่องมาจากในภาพรวมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ของจังหวัดสระบุรีไม่มี ภาวะถดถอยทางกายจึงเป็น ไปได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรีจึง ไม่รู้สึกกังวล หดหู่ ท้อถอย จึงไม่ส่งผล ให้เกิดภาวะ ซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการวิจัย ครั้งนี้คือเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสำรวจ ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าใน ด้านจิตวิทยา<sup>(29)</sup> ภาวะซึมเศร้าเป็นกลไกทางจิตใจ ที่ผันแปรไป ตามสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านอื่นๆ อีกทั้งธรรมชาติของผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดภาวะซึม เศร้าได้ง่าย ดังนั้นในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรีจึงเป็น ประเด็นที่น่าสนใจในการติดตามเฝ้าระวังและมีการ ประเมินคัดกรองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เห็นแนวโน้ม ที่แท้จริง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

แนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะถดถอย ทางกาย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ในการดำเนินงาน ด้านการส่งเสริม ป้องกันผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่มีภาวะถดถอยทางกายในผู้สูงอายุจำเป็นต้อง ให้ความสำคัญส่วนต้องมีบทบาทและมีส่วนร่วม โดย 3 ภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญในเชิงการ เฝ้าระวังและส่งเสริม คือ ตัวผู้สูงอายุที่ต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ต้องเรียนรู้ทำความเข้าใจกับธรรมชาติผู้สูงอายุ และ สนับสนุนเป็นกำลังใจ ในส่วนของชุมชนต้องพัฒนา จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบเครือข่าย และ

ส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชน ในขณะที่หน่วยงานด้านสุขภาพเองต้องเตรียมความพร้อมของระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุที่เพียงพอ และครอบคลุมเชื่อมโยงทุกมิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของจักรกฤษณ์ วัชรภาณุ วราภรณ์ บุญเชียง อักษรา ทองประชุม กฤตธีรา เพียรรักษการ และผุสดี มงคล<sup>(30)</sup> ที่ระบุว่า การสอดประสานและทำงานด้านผู้สูงอายุร่วมกันระหว่าง 3 ภาคีหลัก คือ เทศบาลตำบลเชิงดอย ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชิงดอย และประชาชนในพื้นที่ตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ก่อให้เกิดโครงการและกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และรองรับการเป็นสังคมสูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรมที่แสดงถึงแสดงให้เห็นถึงความพร้อมของชุมชนสู่การเป็นสังคมสูงอายุ สามารถสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ยังสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาของกัญญาณัฐ ฝาคำ<sup>(31)</sup> ที่สรุปว่าอิทธิพลของนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย ประกอบด้วย การสนับสนุนให้มีชมรมผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้มแข็ง การสร้างเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาบุคลากรของท้องถิ่น ให้ความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของพัชรภรณ์ พัฒนะ<sup>(32)</sup> จากผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียน

ผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี ระบุว่า ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการพักอาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อเจ็บป่วย และความรู้ข่าวสาร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเช่นกัน นอกจากนั้นสมุสาสิทธิ์ เอี่ยมสมัยรัตน์ เหมือนสิทธิ์ และจรรยาตรี ทองมาก<sup>(33)</sup> ยืนยันว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ทุกภาคส่วนต้องมีบทบาทร่วมกันโดยพิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่าปัญหาภาวะถดถอยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมของจังหวัดสระบุรี คือ ภาวะถดถอยด้านการมองเห็น ด้านช่องปาก ด้านการเคลื่อนไหว และด้านความคิด ความจำ ดังนั้น เลขาธิการกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรนำเสนอข้อมูลปัญหาดังกล่าวเข้าสู่เวทีการประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณาในการวางแผนการดำเนินงานในเชิงระบบทั้งด้านนโยบาย ด้านทรัพยากร ด้านบุคลากร ด้านพื้นที่ดำเนินการในแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของพื้นที่แต่ละอำเภอ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอ ที่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยทางกายในด้านต่างๆ ควรนำผู้สูงอายุที่พบปัญหา ภาวะถดถอยแต่ละด้านเข้าสู่ระบบการคัดกรองเชิงลึก ด้วยเครื่องมือที่มีอำนาจจำแนกเฉพาะเพื่อตรวจสอบ ยืนยัน และวินิจฉัยที่ถูกต้อง และสามารถนำผู้สูงอายุที่พบปัญหาเข้าสู่ระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่รวดเร็ว อันจะช่วย ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคที่เพิ่มมากขึ้น

3. จากข้อเสนอแนะของครอบครัว ผู้สูงอายุ และชุมชน ในประเด็นด้านการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้สูงอายุ และครอบครัวผู้สูงอายุให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้สูงอายุ และความรู้ในการดูแลสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับตัวผู้สูงอายุเอง และครอบครัวของผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนควรนำประเด็นข้อเสนอแนะดังกล่าวมาพิจารณาดำเนินงานให้สอดคล้องกับ ความต้องการดังกล่าว เช่น หน่วยงานสาธารณสุขจะต้องพัฒนากิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ หน่วยงานด้านการศึกษาอาจมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้สูงอายุ และ การดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษา หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนให้มีโรงเรียนเตรียมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเป็นต้น

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำประเด็นที่ชุมชนและหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องการ มีเกิดการสนับสนุนเพื่อลดจุดอ่อนและแก้ไขอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันภาวะถดถอยทางกายของผู้สูงอายุ และด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ไปพิจารณาให้การสนับสนุนโดยเฉพาะในด้านความเพียงพอ ของกำลังคนในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการสุขภาพ และในระดับชุมชน

5. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลนำเข้า (Input Information) เพื่อเป็นองค์ประกอบในกระบวนการวิจัย ด้วยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อสร้างรูปแบบหรือแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบ Active Ageing

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 4 ที่เป็นที่ปรึกษาให้แนวคิดและข้อเสนอแนะในการพัฒนางานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะผู้บริหาร นายแพทย์กฤษณ์ สกกุลแพทย์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี นายแพทย์รุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) และนายปรีชา พิงเจริญ อดีตนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ที่ชี้แนะและสนับสนุนให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยได้อย่างสะดวก และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาสาสมัครการวิจัยทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอนุเคราะห์ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ เสร็จสิ้นสมบูรณ์

## แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เปรมวดี สาริชีวิน และยอดชาย สุวรรณวงษ์. การศึกษาสถานการณ์สุขภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันภาวะถดถอยทางกายในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จังหวัดสระบุรี, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563; 5(2): หน้า 129-151.

## Suggested Citation for this Article

Sarisheewin P., Suwannawong Y. A Study of health situation and readiness preparation to prevent a deconditioning in social bound elderly people in Saraburi Province. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2020; 5(2 ): page 129-151.

## เอกสารอ้างอิง

1. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. **บทสรุปสำหรับผู้บริหาร สูงวัยในศตวรรษที่ 21: การเฉลิมฉลองและความท้าทาย [อินเทอร์เน็ต].** 2563 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Thai%20summary\\_Ageing%20in%20the%2021st%20Century\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Thai%20summary_Ageing%20in%20the%2021st%20Century_0.pdf)
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต].** 2560 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://thaitgri.org/?p=38427>
3. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. **สังคมวิทยาภาวะผู้สูงอายุ: ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
4. กระทรวงสาธารณสุข. **แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต].** 2563 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://bie.moph.go.th/>
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) [อินเทอร์เน็ต].** 2562 [สืบค้นเมื่อ 23 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.stopcorruption.moph.go.th>
6. กรมสุขภาพจิต. **พม.จ่อขงผู้สูงอายุเป็น “วาระแห่งชาติ” เผยตัวเลขคนแก่ติดบ้าน 2 ล้านคน เสี่ยงซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต].** 2561 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28216>
7. ปราโมทย์ ประสาทกุล. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2559.** กรุงเทพฯ: บริษัท พรินท์เอร์รี่ จำกัด 999, 2559.
8. วิชัย เอกพลากร. **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557.
9. WHO. ACTIVE AGEING: A POLICY FRAMEWORK. **Geneva: World Health Organization, 2002.**
10. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงแห่งมนุษย์คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 - 2564).** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพวานิสย์, 2553.
11. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 2).** กรุงเทพมหานคร: บริษัททอมรินทร์พรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2562.

12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2562). **ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี : 2562 (เฉพาะงบดำเนินงาน) สระบุรี [อินเทอร์เน็ต]**. 2562 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: [http://164.115.23.235:8080/sms2020/report/v\\_cipp\\_11110.php?projmoph\\_id=01&prov=19&zone=04](http://164.115.23.235:8080/sms2020/report/v_cipp_11110.php?projmoph_id=01&prov=19&zone=04)
13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก, 2558.
14. Borson, S. S., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. **The Mini-Cog: A cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly**. International Journal of Geriatric Psychiatry 2000; 15 (11): 1021-1027.
15. ชูติมา ชลายนเดชะ. **คัดกรองการล้มด้วย Timed Up and Go Test (TUG)**. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2557; 26(1): 1-16.
16. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระดับจังหวัด (พิมพ์ครั้งที่ 4)**. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2552.
17. ประเสริฐ อัสสันตชัย. **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.
18. เก็จกนก เอื้อวงศ์. **การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ**. วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ. 2562; 12(1): 17-30.
19. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 7)**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540.
20. ปฐมพร ธรรมธวัช. **ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเทศบาลนครนครศรีธรรมราชจังหวัดนครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต]**. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2555.
21. จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ ร่องเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์. **ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้**. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 22(3): 88-99
22. กาญจนา ปัญญาธร. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี**. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 22(3): 24-36.
23. จิรังกูร ณ์รัฐรังสี, สุนิตา ไชยมี, สุวนันท์ จังจิตร, สุภาวีนี สุภะพิณี และสุปรียา โพธิ์อุดม. **ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสุขของผู้สูงอายุ ชุมชนทุ่งขุนน้อย อุดรธานี**. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences 256; 2(1): 50-60.

24. สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. **วุฒิวิยของผู้สูงอายุไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต]**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
25. มาสริน ศุกลปักษ์ และกรัณทรีรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. **องค์ประกอบด้านสุขภาพตามแนวคิดสภาวะพลัดหลังของผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]**. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2560.
26. พิมพ์สุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง. **การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. วารสาร สมาคมนักวิจัย 2559; 21(2): 94-109.
27. จารุวรรณ ก้านศรี, ชุตติมา มาลัย, ศศิวิมล บุรณะเรข, และอภินันท์ บุซบก. **การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดชัยนาท**. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2562;35(3): 24-33.
28. นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. **คุณภาพชีวิต : การศึกษาในผู้สูงอายุไทย**. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(3): 64-70.
29. Beck, A.T. Depression: **Clinical, experimental, and theoretical aspects**. New York: Hoeber medical division1,1976.
30. จักรกฤษณ์ วัชรราชภูร์, วราภรณ์ บุญเชียง, อักษรา ทองประชุม, กฤตธีรา เพียรรักษการ, และผุสดี มงคล. **ความพร้อมของชุมชนในการเข้าสู่สังคมสูงวัยตำบลเชิงดอย อำเภอตอยสะแก จังหวัดเชียงใหม่**. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562, 28(1), 120-131.
31. กัญญาณัฐ ไพค์. **การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย**, วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี 256, 7(2), 19-26.
32. พัชราภรณ์ พัฒนะ. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข**; 2561.
33. สุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์, และจรรยาศรี ทองมาก. **รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุก่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี**. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556, 22(3), 77-87.