

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะ พึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

วีรพล กิตติพิบูลย์*, นิธิรัตน์ บุญตานนท์**

รับบทความ: 14 มิถุนายน 2563

รับบทความที่แก้ไข: 10 กรกฎาคม 2563

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 15 กรกฎาคม 2563

บทคัดย่อ

แนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” เป็นแนวคิดที่กรมอนามัยใช้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถคงสุขภาพได้ยาวนานยิ่งขึ้น และป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จึงพัฒนารูปแบบการคัดกรองและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดดังกล่าวด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 23 คน ระยะที่ 2 เป็นการปฏิบัติการใช้รูปแบบที่ถูกพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 86 คน และระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลการพัฒนา ผลการวิจัยพบว่า การคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย การคัดกรอง 14 รายการ ผลการคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 57.0) มีการเดินและการทรงตัวปกติ (ร้อยละ 67.4) มีการมองเห็นปกติ (ร้อยละ 68.6) การประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้านอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 94.2) ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 68.6) การทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วย Mini-Mental State Examination-Thai Version (MMSE-Thai 2002) ปกติ (ร้อยละ 97.7) ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 93.0) ความดันโลหิตปกติ (ร้อยละ 77.9) และภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 79.1) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบความเข้มข้นเลือด น้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 77.9, 52.3 และ 60.5 ตามลำดับ) แต่พบว่าส่วนใหญ่มีความผิดปกติจากการทดสอบสมรรถภาพสมองระยะต้นด้วย Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA) (ร้อยละ 59.3) ดัชนีมวลกาย (ร้อยละ 68.6) รอบเอว (ร้อยละ 82.6) และสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 94.2) ซึ่งมีผลต่อการ “ไม่ลืม” และ “กินข้าวอร่อย” ตามแนวคิดข้างต้น ส่วนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ทัศนศึกษาและฝึกทักษะปฏิบัติ ระยะเวลารวม 12 ชั่วโมง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างมากต่อกิจกรรม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อการลดความผิดปกติจากผลการคัดกรองสุขภาพของตนเอง และต้องการนำความรู้ และทักษะต่างๆ ไปเผยแพร่ต่อให้กับคนอื่นๆ

คำสำคัญ : การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ; การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ; การป้องกันภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

*ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์) สูง, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

**นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding author: วีรพล กิตติพิบูลย์ Email: Vekitti@hotmail.com

The Development of Elderly Health Screening and Elderly Health Promotion Program for Preventive Long-Term Care, based on the Concept: “*Do not fall, do not forget, do not depress and good eats*”

Verapol Kittipibul^{*}, Nithirat Boontanon^{**}

Received: June 14, 2020

Revised: July 10, 2020

Accepted: July 15, 2020

Abstract

The concept of "Do not fall, do not forget, do not depress and good eats" is a concept that the Department of Health used for public health promotion for elderly, which results in the elderly being able to maintain good health longer and preventing from entering long term care. Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima therefore developed a set of elderly health screenings and elderly health promotion programs based on that concept with 3-phase action research. Phase 1 was the development of program with the samples being 23 health personnel. Phase 2 was the implementation of the developed program with 86 elderly as the samples. Phase 3 was the program evaluation. The results showed that elderly health screenings were consists of 14 items. Most of the elderly passed the screening tests in muscular strength (57.0%), Timed Up and Go Test (67.4%), visual acuity test (68.6%), assessment of the home environments (94.2%), Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) (68.6%), preliminary dementia testing with Mini-Mental State Examination-Thai Version (MMSE-Thai 2002) (97.7%), Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) (93.0%), blood pressure (77.9%), and nutritional screening (79.1%). Blood tests showed that hematocrit (77.9%), blood sugar (52.3%) and lipids (60.5%) were in the normal ranges. However, it was found that most of the elderly had abnormalities from mild cognitive screening tests with Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA) (59.3%), body mass index (68.6%), waist circumference (82.6%) and oral hygiene (94.2%), which affected “Do not forget” and “ Good eats” of the above concept. Regarding elderly health promotion activities, the program was consisted of theory and practice for a total of 12

^{*}Director (Physician), Higher Level, Regional Health Promotion Center 9 Nakhon Ratchasima

^{**}Medical Physician, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 9 Nakhon Ratchasima

Corresponding author: Verapol Kittipibul Email: Vekitti@hotmail.com

hours. It was found that most elderly were very satisfied with the activity, were able to adjust their behaviors according to their abnormal results from the screenings and would like to distribute the program to others.

Keywords : Elderly health screening; Elderly health promotion; Preventive long term care

บทนำ

ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.8 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 15 ในปี 2557 และในปี พ.ศ.2563 สัดส่วนผู้สูงอายุของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 16.73 หรือคิดเป็นจำนวนมากกว่า 11 ล้านคน โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย 5 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา เชียงใหม่ ขอนแก่น และอุบลราชธานีตามลำดับ⁽¹⁾ โดยเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะพบความเสื่อมของร่างกายในระบบต่างๆ ทั้งผิวหนัง ขน ผม เล็บ สายตา การได้ยิน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก การทำงานของระบบย่อยอาหาร ระบบปัสสาวะ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนความเสื่อมของระบบประสาท⁽²⁾ ซึ่งก่อให้เกิดโรคในผู้สูงอายุตามมา โดยในปี 2557 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพด้วยโรคความดันโลหิตสูงกว่าร้อยละ 53.2 รองลงมาเป็นปัญหาอ้วนลงพุง ร้อยละ 49.4 โรคอ้วน ร้อยละ 35.4 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 22.5 และปัญหาสุขภาพอื่นๆ อาทิ ไช้มันในเลือดสูง เบาหวาน ซึมเศร้า เกาต์ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมอง⁽³⁾

แนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” เป็นแนวคิดที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ใช้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับประชาชน ซึ่งประกอบไปด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การประเมินภาวะหกล้ม การออกกำลังกายป้องกันภาวะหกล้ม การคัดกรองสุขภาพสายตา การฝึกสมอง การประเมินภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และการส่งเสริมให้กินอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการ⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุด้วยแนวคิดดังกล่าวแล้วพบว่า ในแต่ละพื้นที่ควรมีการวิจัยเพื่อค้นหาและพัฒนาประเด็นการสื่อสารให้สอดคล้องกับบริบทของที่ตั้ง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพตามบริบทของผู้สูงอายุในสถานะนั้นๆ⁽⁵⁾

เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ โดยจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้สูงอายุเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทยกว่า 4 แสนคน ส่วนชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์มีผู้สูงอายุจังหวัดละประมาณ 2 แสนคน รวมทั้งเขตสุขภาพที่ 9 มีผู้สูงอายุกว่า 1.1 ล้านคน⁽¹⁾ ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มวัยที่มีความสำคัญในระบบสาธารณสุขของพื้นที่ นอกจากนั้นในปีงบประมาณ 2561 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living-ADL) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 9 อยู่ในกลุ่มติดสังคมร้อยละ 97.57 รองลงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.96 และติดเตียงร้อยละ 0.47 ทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.56 ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.66 เสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 5.00 ความผิดปกติของสมอง ร้อยละ 2.66 และซึมเศร้า ร้อยละ 0.66⁽⁶⁾ ประกอบกับมีการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่งผลต่อการมีความสุขของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง⁽⁷⁾ จึงจำเป็นอย่างไร้ที่เขตสุขภาพที่ 9 ต้องพัฒนารูปแบบการคัดกรอง และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

สวัสดิการรักษายาบาลของรัฐหรือเอกชนอย่างใดอย่างหนึ่ง 4) ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่มีภาวะฉุกเฉินหรือโรคที่แพร่กระจายทางอากาศ อาทิ โรคหัวใจ โรคเมะเร็งระยะสุดท้าย วัณโรค และ 5) สามารถเข้าร่วมการคัดกรองสุขภาพได้จนครบทุกขั้นตอน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 10 ชุด ชุดละ 8 – 10 คน เพื่อให้สามารถดำเนินการคัดกรองสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์ และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามวัตถุประสงค์ (Purposive sampling) จำนวน 69 คน แบ่งเป็น 6 ชุด แต่ละชุดทำกิจกรรมครั้งละ 12 ชั่วโมง และ ระยะที่ 3 การสังเกต และประเมินผลการพัฒนา ใช้แบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบบันทึกพฤติกรรม และรายงานผลการดำเนินกิจกรรม เพื่อประเมินสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ผลการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ส่วนการสังเกต การปรับปรุงแก้ไข และดูแลรักษารูปแบบกิจกรรม ใช้วิธีเชิงพรรณนาด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ อันตราย หรืออาการที่เกิดขึ้นจากการวิจัย รวมถึงประโยชน์จากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟังอย่างละเอียดก่อนเริ่มกระบวนการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ และมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ โดยข้อมูลส่วนบุคคลจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาและออกแบบรูปแบบการคัดกรองและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ : จากการวิจัยระยะที่ 1 พบว่ารูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัว การใช้จ่ายประจำตัว 2) การคัดกรองภาวะหกล้ม ประกอบด้วย การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 9 มัด การทดสอบการเดินและการทรงตัว (Timed Up and Go Test-TUGT)⁽¹⁰⁾ การทดสอบการมองเห็นด้วย Snellen chart การประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai Falls Risk Assessment Test-Thai-FRAT)⁽¹¹⁾ 3) การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (Mini Mental State Examination-MMSE-Thai 2002)⁽¹²⁾ และการทดสอบสมรรถภาพสมองระยะต้น หรือพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment-MoCA test)⁽¹³⁾ 4) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatrics Depression Scale-TGDS)⁽¹⁴⁾ และ 5) การคัดกรองภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การวัดดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต การคัดกรองภาวะโภชนาการด้วย Mini Nutritional Assessment Short form (MNA[®]-SF)⁽¹⁵⁾ การตรวจและประเมินพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและฟัน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6 รายการ ได้แก่ ความเข้มข้นเลือด (Hematocrit) น้ำตาลในเลือด คลอเลสเทอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันชนิด High-density lipoproteins (HDL) และไขมันชนิด Low-density lipoproteins (LDL) รวมทั้งสิ้น 14 รายการ ใช้เวลารวม 120 นาที โดยจัดทำคู่มือการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประกอบการทำกิจกรรม ดังรายละเอียดในแผนภาพที่ 1

**รูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิด
“ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา**

ข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อ-สกุล..... HN..... อายุ.....ปี
เพศ ชาย หญิง สถานภาพสมรส..... ผู้ดูแลหลัก.....
โรคประจำตัว..... การใช้จ่ายประจำตัว.....

ไม่ล้ม 1. การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (10 นาที)

กล้ามเนื้อ	ชาย		หญิง	
	Grade	แปลผล	Grade	แปลผล
1 Gastrosoleus				
2 Tibialis anterior				
3 Quadriceps				
4 Iliopsoas				
5 Rectus abdominis				
6 Gluteus medius				
7 Back extensor gr.				
8 Gluteus maximus				
9 Hamstring				

2. การทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) (5 นาที)
 < 10 วินาที (ปกติ) 11-20 วินาที (เสี่ยงปานกลาง) > 20 วินาที (เสี่ยงสูง)

3. การประเมินการมองเห็น (VA) (10 นาที)
 ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

4. การประเมินพลังตกหลังของผู้สูงอายุ (Thai-FRAT) (5 นาที)
 0-3 คะแนน (ปกติ) 4-11 คะแนน (เสี่ยงต่อการล้มตกหลัง)

- เพศ ชาย หญิง
- การมองเห็น แยกว่า 6/12 ดีกว่า 6/12
- การทรงตัว ยืนต่อท่าได้ < 10 วินาที ยืนต่อท่าได้ > 10 วินาที
- ประวัติหกล้ม ไม่เคยล้ม เคยล้ม
- ลักษณะบ้าน ไม่ใช่ ขึ้น-ลงบันไดบ้านยกพื้นสูง > 2 เมตร
- การใช้ยา ไม่มีการใช้ยา ใช้ยาชนิดอื่น ใช้ยาควบคุมโรค ใช้ยาขับปัสสาวะ ใช้ยา > 4 ชนิดขึ้นไป

5. การประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน (10 นาที)
 1-7 (เสี่ยงน้อย) 8-13 (เสี่ยงปานกลาง) 14-20 (เสี่ยงมาก)

Environmental screening		ใช่(0)	ไม่ใช่(1)
พื้นบ้าน	พื้นเรียบ ไม่ขรุขระ ไม่มีพื้นค้ำระดับ		
บันได	มีแสงสว่างเพียงพอ ขอบบันไดมองเห็นได้ชัดเจน ไม่มีพรมปูพื้น หรือรองเท้า หรือสิ่งกีดขวาง		
ห้องน้ำ	อยู่ในตัวบ้าน มีที่นั่งอาบน้ำ หรือเก้าอี้ตัวยึดติดกับผนัง มีส้วมแบบนั่งราบ และมีราวจับใกล้โถนั่ง ไม่มีธรณีประตูห้องน้ำ พื้นไม่ลื่น		
ห้องนอน	มีแสงสว่างเพียงพอ ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง ห้องนอนมีเตียงนอน มีราวจับ พลุหัวเวลาลุกขึ้น ไม่มีสิ่งของ สายไฟ หรือวัสดุที่เด้งจากทางเดิน		
ห้องครัว	โต๊ะประกอบอาหารสูงจากพื้นใช้แรงได้สะดวก อุปกรณ์สามารถหยิบจับได้สะดวกมีกั้นๆ เงาะๆ การจัดวางสิ่งของอย่างเป็นระเบียบ ไม่เกะกะ รับประทานอาหารบนโต๊ะรับประทานอาหาร มีแสงสว่างเพียงพอ		
นอกบ้าน	บริเวณภายนอกบ้านไม่มีหลุม/บ่อ/พื้นค้ำระดับ รวมคะแนน		

รวมคะแนน ใช้ขาควบคุมคนโลดที ใช้ขาจับปัสสาวะ ใช้ยา > 4 ชนิดขึ้นไป

ไม่ลืม 6. การประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) (20 นาที)
 ปกติ Cognitive impairment

7. การทดสอบสมรรถภาพสมองระยะต้น (MoCA test) (15 นาที)
 ปกติ (>25) ผิดปกติ (<25)

ไม่ซึมเศร้า 8. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) (15 นาที)
 0-4 (ปกติ) 5-10 (เริ่มซึมเศร้า) 11-15 (โรคซึมเศร้า)

	ใช่	ไม่ใช่
1. โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่		
2. คุณลืกกิจกรรมหรือความสนใจในสิ่งต่างๆหรือไม่		
3. คุณรู้สึกว่าคุณวิตกกังวลกว่าปกติหรือไม่		
4. คุณรู้สึกเบื่อ อยู่บ่อยครั้งหรือไม่		
5. คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่มัหรือไม่		
6. คุณกลัวว่าจะไร้เรี่ยวแรง จะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่		
7. คุณรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่มัหรือไม่		
8. คุณรู้สึกหมดหนทางอยู่บ่อยครั้งหรือไม่		
9. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าออกไปทำอะไรทำนอกบ้านหรือไม่		
10. คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหาความจำมากกว่าใครๆหรือไม่		
11. คุณคิดว่าการทำงานที่มีชีวิตอยู่มาได้จนถึงทุกวันนี้มันช่างแสนวิเศษเหลือหรือไม่		
12. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่นี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน		
13. คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่		
14. คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่คุณกำลังเผชิญอยู่หรือไม่		
15. คุณคิดว่าคนอื่นฯ ดีกว่าคุณหรือไม่		

กินข้าวอร่อย 9. ดัชนีมวลกาย (BMI) (2 นาที) น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
 ปกติ ผอม น้ำหนักเกิน อ้วน

10. รอยเฒ่า (1 นาที)ซม. ปกติ เกิน

11. ความดันโลหิต (2 นาที)มม.ปรอท ปกติ สูง

12. เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ (10 นาที)

- Hct % ปกติ ผิดปกติ
- FBS mg/dL ปกติ ผิดปกติ
- Cholesterolmg/dL ปกติ ผิดปกติ
- Triglyceridemg/dL ปกติ ผิดปกติ
- HDL-Cmg/dL ปกติ ผิดปกติ
- LDL-Cmg/dL ปกติ ผิดปกติ

13. ประเมินภาวะโภชนาการ (MNA[®]-SF) (5 นาที)
 12-14 คะแนน (ปกติ)
 8-11 คะแนน (เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร)
 0-7 คะแนน (ขาดสารอาหาร)

14. การตรวจและประเมินสุขภาพช่องปาก (10 นาที)

14.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก

14.2 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก

- การแปรงฟัน ท่านแปรงฟันเวลาใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ไม่ได้แปรงฟัน แปรงฟันตอนเช้า
 - แปรงฟันตอนกลางวัน แปรงฟันตอนเย็นหรือก่อนนอน
- การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน ไม่ใช่ ใช่
- การทำความสะอาดซอกฟันทุกวัน ไม่ทำ ทำโดยใช่
- สูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ
- การเคี้ยวหมาก ไม่เคี้ยว เคี้ยว

Periodontal Screening Recordings

SEXTANT SCORE	MONTH	DAY	YEAR

• การตรวจเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก
 ปกติ ผิดปกติ

• การเคี้ยวอาหาร
 ปกติ ผิดปกติ

แผนภาพที่ 1 รูปแบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

ผลการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งภาคทฤษฎี และฝึกทักษะปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ แบ่งเป็น 1) ไม่ล้ม มีกิจกรรมปัจจัยเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ การดูแลตนเองเมื่อเกิดการหกล้ม และ 10 ท่าออกกำลังกายป้องกันหกล้ม 2) ไม่ล้ม มีกิจกรรม 10 อาการเตือนสมองเสื่อม และเทคนิคการบริหารสมอง 3) ไม่ซึมเศร้า มีกิจกรรมสุนทรียสนทนา ความจำสั้นยาว ดนตรีสร้างสรรค์ และรักษาระบบชาติและสิ่งแวดล้อม และ 4) กินข้าวอร่อย มีกิจกรรมด้านโภชนาการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย พลังงานและสารอาหารใน 1 วัน อาหารหลัก 5 หมู่ ธงโภชนาการ อาหารแลกเปลี่ยน การจัดอาหารที่เหมาะสม ฝึกปฏิบัติการจัดอาหารเฉพาะบุคคล และด้านสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การประเมินสุขภาพช่องปาก และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งกิจกรรม 12 ชั่วโมง แบ่งเป็นวันที่ 1 จำนวน 4 ชั่วโมง และวันที่ 2 จำนวน 8 ชั่วโมง

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การปฏิบัติการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ : จากการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการคัดกรองสุขภาพเป็นเพศชายร้อยละ 31.4 และเพศหญิงร้อยละ 68.6 มีอายุระหว่าง 60 – 87 ปี อายุเฉลี่ย 68.8 ± 6.1 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 57.0 รองลงมาเป็นหม้ายหรือหย่าร้าง ร้อยละ 29.0 และโสดร้อยละ 14.0 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรีร้อยละ 36.1 รองลงมาเป็นประถมศึกษา มัธยมศึกษา และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 33.7, 18.6 และ 11.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานใดๆ ร้อยละ 45.3 เป็นข้าราชการบำนาญร้อยละ 43.0 และยังคงประกอบอาชีพอยู่ทั้งเป็นลูกจ้างของรัฐ เกษตรกร ธุรกิจส่วนตัว และค้าขาย รวมร้อยละ 11.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 52.3 รองลงมาเป็นคู่สมรส ร้อยละ 26.7 และไม่มีผู้ดูแลอีกร้อยละ 21.0

ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประเด็นไม่ล้ม พบว่า ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 57.0 และผิดปกติหรืออ่อนแรงร้อยละ 43.0 โดยพบว่ากล้ามเนื้อหน้าท้อง (Rectus abdominis muscle) มีความผิดปกติมากที่สุด รองลงมาเป็นกล้ามเนื้อช่วยเอ่นหลัง (Back extensor muscle) และกล้ามเนื้อสะโพกมัดใหญ่ (Gluteus maximus muscle) ตามลำดับ ส่วนการทดสอบการเดิน และการทรงตัว (TUGT) การทดสอบการมองเห็นด้วย Snellen chart (VA) การประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 67.4, 68.6, 94.2 และ 68.6 ตามลำดับ **ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประเด็นไม่ล้ม** พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นด้วย MMSE-Thai 2002 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 97.7 แต่เมื่อทดสอบสมรรถภาพสมองระยะต้น หรือพุทธิปัญญาด้วย MoCA test พบว่ามีภาวะบกพร่องระยะต้นถึงร้อยละ 59.3 **การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประเด็นไม่ซึมเศร้า** ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 93.0 **ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประเด็นกินข้าวอร่อย** ประกอบด้วย การวัดดัชนีมวลกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 25.0 \text{ Kg/m}^2$) ร้อยละ 40.7 รองลงมาไม่มีภาวะปกติ ($BMI 18.5 - 22.9 \text{ Kg/m}^2$) น้ำหนักเกิน ($BMI 23.0 - 24.9 \text{ Kg/m}^2$) และผอม ($BMI \leq 18.4 \text{ Kg/m}^2$) ร้อยละ 31.4, 26.7 และ 1.2 ตามลำดับ และยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเส้น

รอบเอวเกินร้อยละ 82.6 แต่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความดันโลหิต การคัดกรองภาวะโภชนาการด้วย MNA®-SF ความเข้มข้นเลือด น้ำตาลในเลือด คลอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันชนิด HDL และไขมันชนิด LDL อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 77.9, 79.1, 77.9, 52.3, 60.5, 84.9, 82.6 และ 69.8 ตามลำดับ ส่วนผลการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันพบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนฟันคงเหลือตั้งแต่ 0 – 32 ซี่ เฉลี่ย 19.7 ± 9.1 ซี่ และมีฟันคู่สบคงเหลือ 0 – 10 คู่ เฉลี่ย 3.8 ± 2.8 คู่ มีปัญหาฟันผุและยังไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ 0 – 10 ซี่ เฉลี่ย 1.7 ± 2.2 ซี่ มีฟันที่ได้รับการอุดแล้วตั้งแต่ 0 – 18 ซี่ เฉลี่ย 4.7 ± 4.8 ซี่ และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน (DMFT) ตั้งแต่ 0 – 32 ซี่ เฉลี่ย 17.1 ± 8.4 ซี่ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านปากแห้งหรือ น้ำลาย น้อยร้อยละ 8.1 และปัญหาการกลืนลำบากร้อยละ 5.8 โดยมีผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการอุด หินปูนร้อยละ 70.9 เกลารากฟันร้อยละ 68.6 อุดฟันร้อยละ 60.5 ถอนฟันร้อยละ 31.4 ทำฟันเทียมร้อยละ 29.1 และรักษารากฟันร้อยละ 11.6 โดยพบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5.8 ที่มีสุขภาพช่องปากและฟันอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่ต้องรับการรักษาใดๆ เพิ่มเติม ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ผลการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างมากต่อกิจกรรมที่ได้รับคะแนนเฉลี่ย 9.8 ± 0.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยพบว่าผู้สูงอายุมีสมาธิ สนใจกับการทำกิจกรรม และมีส่วนร่วมกับการทำกิจกรรมร่วมกันมากที่สุดเมื่อจัดกลุ่มประมาณ 7 – 8 คน นอกจากนั้นพบว่า ผู้สูงอายุจะมีความเหนื่อยล้ามากเป็นพิเศษเมื่อทำกิจกรรม 10 ท่าออกกำลังกาย ป้องกันหกล้ม จนต้องหยุดพักทำกิจกรรมเป็นระยะ และใช้เวลาในการทำกิจกรรมมากกว่ากิจกรรมอื่นๆ ส่วนกิจกรรมประเภททฤษฎี อาทิ ปัจจัยเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ 10 อาการเตือนสมองเสื่อม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย พลังงานและสารอาหารใน 1 วัน อาหารหลัก 5 หมู่ ธงโภชนาการ อาหารแลกเปลี่ยน เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีสมาธิในการฟัง แต่ยังไม่สามารถจดจำรายละเอียดของเนื้อหาได้เท่าที่ควร แต่พบว่าการจัดกิจกรรมประเภทฝึกทักษะ อาทิ การดูแลตนเองเมื่อเกิดการหกล้ม เทคนิคการบริหารสมอง สุนทรียสนทนา รักษาธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การจัดอาหารที่เหมาะสม ฝึกปฏิบัติการจัดอาหารเฉพาะบุคคล การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถมีสมาธิกับกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และจดจำรายละเอียดการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี และพบว่าผู้สูงอายุมีข้อเสนอแนะต่อกิจกรรมในประเด็นการจัดทำเอกสารหรือสื่อต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุนำไปเรียนรู้หรือฝึกปฏิบัติด้วยตนเองต่อที่บ้าน และเผยแพร่ต่อให้กับเพื่อนในชุมชนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

ตารางที่ 1 ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

รายการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ	ปกติ (ร้อยละ)	ผิดปกติ หรือมีความเสี่ยง (ร้อยละ)
ไม่ล้ม		
การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	49 (57.0)	37 (43.0)
การทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT)	58 (67.4)	28 (32.6)
การทดสอบการมองเห็นด้วย Snellen chart (VA)	59 (68.6)	27 (31.4)
การประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน	81 (94.2)	5 (5.8)
การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT)	59 (68.6)	27 (31.4)

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

รายการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ	ปกติ (ร้อยละ)	ผิดปกติ หรือมี ความเสี่ยง (ร้อยละ)
ไม่ลืม		
การทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)	84 (97.7)	2 (2.3)
การทดสอบสมรรถภาพสมองระยะต้น (MoCA test)	35 (40.7)	51 (59.3)
ไม่ซึมเศร้า		
การประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS)	80 (93.0)	6 (7.0)
กินข้าวอร่อย		
เส้นรอบเอว	15 (17.4)	71 (82.6)
ความดันโลหิต	67 (77.9)	19 (22.1)
การคัดกรองภาวะโภชนาการ (MNA [®] -SF)	68 (79.1)	18 (20.9)
ความเข้มข้นเลือด (Hematocrit)	67 (77.9)	19 (22.1)
น้ำตาลในเลือด	45 (52.3)	41 (47.7)
คลอเรสเตอรอล	52 (60.5)	34 (39.5)
ไตรกลีเซอไรด์	73 (84.9)	13 (15.1)
ไขมันชนิด HDL	71 (82.6)	15 (17.4)
ไขมันชนิด LDL	60 (69.8)	26 (30.2)
การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน	5 (5.8)	81 (94.2)

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การสังเกต และประเมินผลการพัฒนา

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ : 1) ด้านบริบท พบว่า เนื้อหาภายในรูปแบบการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ และรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” วิสัยทัศน์ พันธกิจของกรมอนามัย และภารกิจของศูนย์อนามัย ในการส่งเสริมสุขภาพและเป็นต้นแบบบริการส่งเสริมสุขภาพให้กับภาคีเครือข่าย 2) ด้านปัจจัย พบว่ามีความพร้อมด้านบุคลากร และครุภัณฑ์ในการจัดกิจกรรม แต่ยังคงขาดงบประมาณในการจ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมในสิทธิการรักษาพยาบาลที่เป็นสวัสดิการของรัฐ 3) ด้านกระบวนการ พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบได้เป็นอย่างดี กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการคัดกรองสุขภาพฯ ในระดับดีและดีมาก ร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจต่อการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพฯ ในระดับดีและดีมาก ร้อยละ 94.20 โดยพบว่าระยะเวลายังไม่เพียงพอสำหรับเนื้อหาความรู้และการฝึกทักษะที่รูปแบบต้องการสื่อสารให้กับผู้สูงอายุ 4) ด้านผลผลิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวตามแนวทางในการป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงได้ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่พบความผิดปกติจากการคัดกรองสุขภาพฯ มีความตระหนักในการปฏิบัติตัวเป็นอย่างดี ส่วนในประเด็นความยั่งยืนของกิจกรรม จำเป็นต้องมีการประยุกต์รูปแบบให้มีความกระชับ ใช้เวลาสั้น และบูรณาการเข้ากับงานประจำ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสม่ำเสมอ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง

ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพื่อเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและค่าใช้จ่ายในการดำเนินการต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ประกอบกิจกรรม 14 รายการ โดยการทดสอบการเดินและการทรงตัว (TUGT) การทดสอบการมองเห็นด้วย Snellen chart การทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) การวัดดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต เส้นรอบเอว การคัดกรองภาวะโภชนาการด้วย MNA[®]-SF การตรวจและประเมินพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและฟัน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ น้ำตาลในเลือด คลอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันชนิด HDL และไขมันชนิด LDL สอดคล้องกับแนวทางการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุของกรมการแพทย์⁽¹⁶⁾ และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁷⁾ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) สอดคล้องกับข้อเสนอการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ⁽¹⁴⁾ ซึ่งพัฒนา Geriatrics Depression Scale ให้เป็นภาษาไทย โดยมีความไวที่ร้อยละ 92 และความจำเพาะที่ร้อยละ 89 ส่วนการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 9 มัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Cebolla, Rodacki และ Bento⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุที่หกล้มและไม่เคยหกล้มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Pfortmueller, Lindner และ Exadaktylos⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าการจัดการความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมภายในบ้านช่วยลดการหกล้มในผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความไวร้อยละ 86.1 – 91.7 และความจำเพาะร้อยละ 83.3 – 86.1⁽¹¹⁾ ซึ่งเหมาะสมต่อการใช้งานเป็นอย่างดี ตลอดจนการทดสอบสมรรถภาพสมองระยะต้นด้วย MoCA สามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของความจำตั้งแต่ระยะแรกได้ และสามารถส่งเสริมศักยภาพสมองให้กลับมาทำงานได้ดีขึ้น⁽²⁰⁾

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วยกิจกรรมภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ สอดคล้องกับการใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์บนพื้นฐานของกิจกรรมที่ประชาชนได้ร่วมทำ เพื่อส่งเสริมการนำไปปฏิบัติจริงของรูปแบบทางสาธารณสุข⁽²¹⁾ โดยรูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมปัจจัยเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ การดูแลตนเองเมื่อเกิดการหกล้ม และ 10 ท่าออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ ที่พบว่าทำให้ผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อทรงตัวที่แข็งแรง ทั้งกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว สะโพก และกล้ามเนื้อขา และการจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและในชุมชน ช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุได้ทราบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อหกล้ม จะทำให้ลดความรุนแรงของการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องหลังการหกล้ม แต่อย่างไรก็ตามการส่งเสริมให้คนในบ้านหรือชุมชนทราบวิธีปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อพบผู้สูงอายุหกล้มยังควรได้รับการพัฒนาต่อไป เพื่อให้เพิ่มความปลอดภัยกับผู้สูงอายุเมื่อประสบอุบัติเหตุ รวมทั้งจากผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงในส่วนกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Rectus abdominis muscle) และกล้ามเนื้อช่วยแอ่นหลัง (Back extensor muscle) ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวที่มีความสำคัญในการทรงตัว ดังนั้นการทำกิจกรรมจึงต้องเน้นหนักในท่า

เหยียงแขนบิดลำตัว นอนหงาย ยกแขนยกขา และยกเข้าบิดตัว ตามคำแนะนำของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย

กิจกรรมประเดินไม่ล้ม ประกอบด้วย 10 อาการเตือนสมองเสื่อม และเทคนิคการบริหารสมอง สอดคล้องกับคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขในการทำให้ผู้สูงอายุสามารถรู้สถานะสุขภาพตนเอง และปฏิบัติตัวด้วยวิธีการต่างๆ ในการกระตุ้นสมองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมได้ นอกจากนี้การทดสอบสมรรถภาพสมองระยะต้นด้วย MoCA test พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องระยะต้นถึงร้อยละ 59.3 จึงจำเป็นต้องเน้นกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุ แต่ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการทำกิจกรรมในระยะยาว ประมาณ 3 – 6 เดือน เพื่อส่งเสริมศักยภาพสมองของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง⁽²⁰⁾

กิจกรรมประเดินไม่ซึมเศร้า ทั้งสุนทรียสนทนา ดนตรีสร้างสรรค์ และรักษัธรรมาชาติและสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะซึมเศร้า⁽²²⁾ ซึ่งควรมีกิจกรรมในรูปแบบการให้คำปรึกษา กิจกรรมกลุ่ม ดนตรีบำบัด การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การดูแลด้านความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความคิดเชิงบวก มีอารมณ์ และจิตใจในทางที่ดี จนสามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้

และกิจกรรมประเดินกินข้าวอร่อย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมด้านโภชนาการ และสุขภาพช่องปากและฟัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(23,24) ที่พบว่าการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันที่ดีจนสามารถเคี้ยวอาหาร ยิ้ม หัวเราะ และพูดคุยกับผู้อื่นได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทางโภชนาการที่เหมาะสม ตลอดจนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดีขึ้นด้วย นอกจากนี้จากผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน ร้อยละ 72.1 เส้นรอบเอวเกินร้อยละ 82.6 ทำให้ต้องมีการเน้นหนักกิจกรรมเกี่ยวกับพลังงานและสารอาหารที่เหมาะสม ภายใน 1 วัน รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานโปรตีนอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ และการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันที่พบผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5.8 ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมถึงการพบว่าผู้สูงอายุมีฟันคงเหลือเฉลี่ยเพียง 19.7 ซี่ และฟันคู่สบเฉลี่ย 3.8 คู่ ซึ่งน้อยกว่ามาตรฐานจำนวนฟันที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี 20 ซี่ และ 4 คู่สบ⁽²⁵⁾ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันในผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันทั้งภาคทฤษฎีเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อชะลอการสูญเสียฟัน และทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้จนมีภาวะโภชนาการ และคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้การส่งเสริมให้ประชาชนก่อนวัยสูงอายุปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก นับเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ประชาชนเหล่านั้นมีจำนวนฟันที่เพียงพอต่อการคงคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสูงวัยต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นภายในศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มที่มีที่อยู่อาศัยใกล้เคียงกับศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ประกอบกับการมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ และความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง จึงมีการปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรอบของการทำกิจกรรมไม่เท่ากัน แต่ยังใช้การสุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ตามระเบียบวิธีวิจัยอย่างเคร่งครัด และยังไม่มีติดตามประสิทธิผล และผลลัพธ์ระยะยาวของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินประสิทธิผลดังกล่าวในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำวิจัยไปใช้

1. บุคลากรผู้คัดกรองและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรมีความรู้ความชำนาญในการใช้เครื่องมือต่างๆ เป็นอย่างดี เพื่อให้มีความแม่นยำในการคัดกรองและทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการจัดกิจกรรม
2. รูปแบบของกิจกรรมมีความสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในเขตเมือง และชุมชนกึ่งเมือง ดังนั้น หากนำไปใช้ทำกิจกรรมในชุมชน หรือชุมชนชนบท อาจต้องมีการประยุกต์แบบคัดกรองหรือกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทมากยิ่งขึ้น
3. หากการคัดกรองพบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุประเด็นใดมากเป็นพิเศษ อาจทำการนัดหมายผู้สูงอายุที่พบปัญหาเดียวกันเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกัน เพื่อให้สามารถเน้นวิธีแก้ปัญหาให้กับผู้สูงอายุได้อย่างตรงประเด็น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว เพื่อการป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบกิจกรรมให้เข้าถึงกลุ่มผู้ใกล้ชิด อาทิ บุคคลในครอบครัว คนในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เพื่อเป็นปัจจัยทางสังคมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน
3. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟันในประชาชนช่วงวัยก่อนสูงอายุ จะทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ดียิ่งขึ้น และทำให้ผู้สูงอายุมีฟันคงเหลือเพียงพอต่อการดำรงชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ท. [เข้าถึงเมื่อ 2563 พฤษภาคม 19]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>
2. Bernstein M, Luggen AS. Nutrition for the Older Adults. Massachusetts: Johns & Bartlett; 2010.
3. โครงการสุขภาพคนไทย. สุขภาพคนไทย 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับประชาชน “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. กานดาวลี มาลีวงษ์, วนิดา คุรงค์ฤทธิชัย, ยงยศ หัตถพรสวรรค์, ศรีสุดา สว่างสาลี, วนิดา มงคลสินธุ์, ภูซงค์ เสนานุช, และคณะ. ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”: กรณีศึกษาเขตดอนเมือง. วารสารกิจการุณย์ 2561;25(2):119-36.
6. กระทรวงสาธารณสุข. การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2563 พฤษภาคม 19]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>
7. กันยารัตน์ อุบลวรรณ, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, วิยะการ แสงหัวช้าง, กุณิสรา ขุนพิณิจ. ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2561;48(2):244-55.

8. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer. 3rd edition. Boston: Pearson; 1988.
9. นิกิร ดุสิตสิน, ยุพา อ่อนท้วม. หลักการและแนวทางสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2546;17(2):99-110.
10. พุทธิพงษ์ พลคำอ๊ก, วินัฐ ดวงแสนจันทร์, อรุณรัตน์ ศรีทะวงษ์, ใหม่ทิพย์ สิทธิตัน. การศึกษาค่าตัดแบ่งที่เหมาะสมของการทดสอบการทรงตัวแบบเคลื่อนที่ในการทำนายความเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุในชุมชน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2561;33(4):334-38.
11. Thiamwong L, Thamarpirat J, Maneesriwongul W, Jitapunkul S. Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. J Med Assoc Thai 2008;91(12):1823-31.
12. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
13. Nasreddine Z. MoCA Test [Internet]. 2011 [Retrieved 2018 October 10]. Available from: https://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf
14. ณหทัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เสียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, คะเนิงนิจ ไชยลังการณ, วิรัตน์ นีวัฒนนันท์, และคณะ. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ: สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
15. Christner S, Ritt M, Volkert D, Wirth R, Sieber CC, Gaßmann KG. Evaluation of the nutrition status of older hospitalised geriatric patients: a comparative analysis of a mini nutritional assessment (MNA) version and the nutrition risk screening (NRS 2002). J Hum Nutr Diet 2016:1-10.
16. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
17. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
18. Cebolla EC, Rodacki ALF, Bento PCB. Balance, gait, functionality and strength: comparison between elderly fallers and non-fallers. Braz J Phys Ther 2015;19(2):146-51.
19. Pfortmueller CA, Lindner G, Exadaktylos AK. Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention, a systematic review. Minerva Med 2014;105:275-81.
20. ศศิณี อภิชนกิจ, อาภาพรรณ นเรนทร์พิทักษ์, อุไรลักษณ์ หมัดคง, ปิลันธนา อเวรา, ภัคณัฐ ผลประเสริฐ, อริศรา พิชัยภูษิต. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระยะแรกของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562;27(2): 138-49.

21. Glanz K, Bishop DB. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annu Rev Publ Health* 2010;31:399-418.
22. สาวิตรี สิงหาด. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี* 2559;18(3):15-24.
23. นิธิรัตน์ บุญตานนท์, คีนาท แชนอก, นารีรัตน์ สุรพัฒน์ชาติ. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9* 2562;13(30):1-14.
24. บุญเอื้อ ยงวานิชกร, ปิยะดา ประเสริฐสม. ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 2554;16(1):57-73.
25. Somsak K, Kaewplung O. The effects of the number of natural teeth and posterior occluding pairs on the oral health-related quality of life in elderly dental patients. *Gerontology* 2016;33(1)52-60.