

การพัฒนาแบบแผนการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)
ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

Developing a Management Model for Frailty in Older Adults via a Community - Driven
Sub - district Health Board in Cham Phak Phaeo Sub-district, Saraburi Province

ชัยมงคล คัมภีรานนท์ ^{1*} สุพัตรา ตันท์เอกคุณ ¹ และชลิดา ชวนประสิทธิ์ ¹

Chaimongkol Kampiranont ^{1*}, Suphattra Tanekkhun ¹, and Chalida Chuanprasit ¹

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี 18110

¹ Kaeng Khoi District Public Health Office, Saraburi Province. 18110

* Corresponding Author: ชัยมงคล คัมภีรานนท์ E-mail: chaimongkol2510@gmail.com

Received : 1 November 2025

Revised : 20 December 2025

Accepted : 6 January 2026

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปัญหาภาวะถดถอย Frailty จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องจัดการอย่างเป็นระบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทและสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 2) พัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอย “ชำผักแพวโมเดล” และ 3) ประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การดำเนินงานใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) 3 ระยะ ได้แก่ ศึกษาบริบทพื้นที่ พัฒนารูปแบบผ่านวงจร PAR (วางแผน – ปฏิบัติ – สังเกต – สะท้อนผล) และประเมินผล โดยใช้แบบคัดกรอง แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – กันยายน 2568 ในพื้นที่ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผลการคัดกรองผู้สูงอายุ 439 คน พบกลุ่มเสี่ยงภาวะถดถอย 312 คน (ร้อยละ 71.1) และพบผู้ที่มีภาวะถดถอยที่ต้องดูแล 66 คน รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ การพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ การบูรณาการบริการ การพัฒนาศักยภาพทีม การจัดการข้อมูล การสร้างการมีส่วนร่วม และการเสริมคุณค่า การประเมินความเหมาะสมจากภาคีเครือข่าย 103 คน พบว่ามีความเหมาะสมระดับมากทุกด้าน ($\bar{X}$ = 3.91 – 4.10) ส่วนประสิทธิผลหลังทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าผู้สูงอายุ 54 คน (ร้อยละ 81.8) มีภาวะถดถอยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) ในทุกด้าน สรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการชะลอภาวะถดถอย เสริมศักยภาพกลไก พชต. และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างยั่งยืน จึงควรบรรจุรูปแบบนี้ในแผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: ภาวะถดถอย การดูแลผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

Abstract

Thailand has become a fully aged society, and frailty has emerged as a critical public health issue that requires systematic management. This participatory action research aimed to 1) explore the context and situation of frailty among older adults following the Integrated Care for Older People (ICOPE) framework, 2) develop the "Cham Phak Phaeo Model", and 3) evaluate the appropriateness and effectiveness of the developed model. This research

employed a Participatory Action Research (PAR) approach consisting of three phases: contextual study, model development through the PAR cycle (planning–action–observation–reflection), and evaluation. Data were collected using ICOPE screening tools, questionnaires, and focus group discussions between October 2024 and September 2025 in Cham Phak Phaeo Subdistrict, Kaeng Khoi District, Saraburi Province. Screening of 439 older adults revealed that 312 (71.1%) were at risk of frailty, and 66 individuals were identified as frail and in need of care. The developed management model consisted of six key strategies: service support system development, service integration, team capacity building, data management, participation enhancement, and value promotion. Evaluation by 103 network partners indicated a high level of appropriateness in all aspects ($\bar{X} = 3.91 - 4.10$). Regarding effectiveness after 6 months of implementation, 54 older adults (81.8%) demonstrated statistically significant health improvements in all aspects (p -value < 0.01). The developed model effectively delayed frailty progression and strengthened the sub-district health board mechanism. It is recommended for integration into local development plans for sustainability.

Keywords: Frailty, Elderly care, Participatory Action Research, ICOPE, Sub-district Health Board

บทนำ

ภาวะถดถอย (Frailty) เป็นกลุ่มอาการทางชีวภาพที่เกิดจากการเสื่อมถอยของระบบสรีรวิทยาหลายระบบพร้อมกัน ส่งผลให้ความสามารถในการรักษาสมดุลภายในร่างกายและการตอบสนองต่อความเครียดลดลง ซึ่งนำไปสู่การลดลงของแรงสำรองทางสรีรวิทยา (Physiological Reserve) และเพิ่มความเปราะบางต่อเหตุการณ์กระทบทางสุขภาพในผู้สูงอายุ [1] แบบจำลองที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายคือ เกณฑ์การประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ (Fried Frailty Phenotype) ซึ่งกำหนดเกณฑ์ 5 ประการ ได้แก่ น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ ความรู้สึกเหนื่อยล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความเร็วในการเดินลดลง และมีกิจกรรมทางกายน้อย หากพบมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เกณฑ์ถือว่ามีความเปราะบาง [2] ส่วนแบบจำลองของ Rockwood และ Mitnitski [3] ใช้การคำนวณดัชนีถดถอย (Frailty Index) จากจำนวนข้อบกพร่องที่สะสมในร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะถดถอยประกอบด้วย การเสื่อมของกล้ามเนื้อและกระดูก (Sarcopenia) โรคเรื้อรัง การขาดกิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม รวมทั้งปัจจัยทางสังคม เช่น การอยู่คนเดียว รายได้ต่ำหรือการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว [4, 5] ผลกระทบจากภาวะนี้มีทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีอัตราเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่เปราะบาง [6] ในระดับครอบครัว ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่าย และภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ส่วนในระดับระบบบริการ ภาวะนี้เพิ่มภาระการใช้ทรัพยากรด้านการรักษาและการดูแลระยะยาว [7]

ประเทศไทยโดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 18.6 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ภายในปี 2572 [8] โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับภาวะทางสุขภาพใหม่ๆ โดยเฉพาะภาวะถดถอย (Frailty) ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุมี “ความเปราะบาง” ทางสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม และมีแนวโน้มสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ง่ายเมื่อเจ็บป่วย หรือเกิดเหตุการณ์กดดันทางกาย [1, 2]

ข้อมูลจากการศึกษาของ พยอม ถิ่นนวล และคณะ [7] พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุไทย 1,806 คน พบอัตราความชุกของภาวะถดถอย ร้อยละ 13.9 (95% CI = 9.9 - 18.8) ส่วน เอกภพ หมอกพรหม และคณะ [9] พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุไทย 8,195 คน พบอัตราความชุกของภาวะถดถอยอยู่ที่ ร้อยละ 16.6 สำหรับอัตราการเสียชีวิตใน

ภาวะก่อนประสาบคือ ร้อยละ 1.8 (95% CI = 1.50 - 2.07) ภาวะประสาบเล็กน้อยอยู่ที่ร้อยละ 2.8 (95% CI = 2.33 - 3.35) และภาวะประสาบรุนแรงอยู่ที่ร้อยละ 6.3 (95% CI = 4.60 - 8.73) ในจังหวัดสระบุรี มีผู้สูงอายุจำนวน 130,532 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 ของประชากรทั้งหมด 637,333 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่อำเภอแก่งคอย มีประชากรรวม 90,753 คน โดยร้อยละ 20.9 เป็นผู้สูงอายุ [10] ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ดังกล่าวกำลังเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับอำเภอ” อย่างแท้จริง องค์การอนามัยโลก [11] ได้เสนอแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE) เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการคัดกรอง ประเมิน และจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะถดถอยในระดับชุมชน โดยเฉพาะใน 6 มิติหลัก ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว (Mobility) 2) โภชนาการ (Nutrition) 3) การมองเห็น (Vision) 4) การได้ยิน (Hearing) 5) สุขภาพจิตและการรู้คิด (Cognition and Mood) และ 6) สุขภาพช่องปาก (Oral Health)

แนวคิด ICOPE ขององค์การอนามัยโลก สอดคล้องกับแนวทางของประเทศไทยที่ผลักดันระบบ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ (Integrated Long - term Care System)” ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข [12] โดยการนำ ICOPE มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับตำบลช่วยให้สามารถคัดกรองภาวะถดถอยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และวางแผนดูแลรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะใน 4 มิติหลัก ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว (Mobility) 2) โภชนาการ (Nutrition) 3) ความคิดความจำ (Cognition and mood) และ 4) สุขภาพช่องปาก (Oral health) แนวคิด ICOPE เน้น “การป้องกันและชะลอความเสื่อม” แทนการรักษาเฉพาะโรค และให้ความสำคัญกับ “การดูแลแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง” (Person - Centered Care) โดยให้ทีมสุขภาพทำงานร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน [13]

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เป็นกลไกสำคัญตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 [14] ที่มีหน้าที่บูรณาการหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และภาคประชาชน ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก และผู้พิการ กลไก พชต. สามารถใช้แนวทาง ICOPE เป็นเครื่องมือในการคัดกรองและจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุระดับชุมชน โดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหมอคนที่ 1 ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข (หมอคนที่ 2) และทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดระบบดูแลต่อเนื่อง “สามหมอรู้จักคุณ” ซึ่งสามารถป้องกันชะลอ และฟื้นฟูภาวะถดถอยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง “หมอคนที่ 3” ซึ่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในระบบการดูแลปฐมภูมิ (3 หมอ) [13]

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยอย่างชัดเจน แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะจังหวัดสระบุรี ยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลหรือมีภาวะถดถอยรุนแรงเข้าถึงบริการสุขภาพได้ยาก แม้มีระบบดูแลระยะยาว (Long - Term Care: LTC) แต่บุคลากรผู้ดูแลและผู้จัดการการดูแลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางยังไม่เพียงพอ [15] ขณะเดียวกัน กลไกการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนยังไม่เข้มแข็ง ส่งผลให้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ไม่ต่อเนื่องและขาดเอกภาพ [16] จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ถือเป็นภาพสะท้อนของความท้าทายในระดับท้องถิ่นที่สอดคล้องกับแนวโน้มระดับชาติ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.9 ซึ่งใกล้เคียงกับภาพรวมของประเทศที่ร้อยละ 20.7 สภาพการณ์ดังกล่าวทำให้พื้นที่นี้มีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยในระดับชุมชน [10, 17] โดยผู้วิจัยได้นำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE) ขององค์การอนามัยโลกมาเป็นกรอบแนวคิดหลัก แนวทางนี้เน้นการดูแลแบบมีบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อรักษาสมรรถนะภายในบุคคล (Intrinsic Capacity) และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน [11] ICOPE จึงเป็นเป้าหมายสูงสุดด้านสุขภาพที่รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุนี้มุ่งหวังจะบรรลุผล [13]

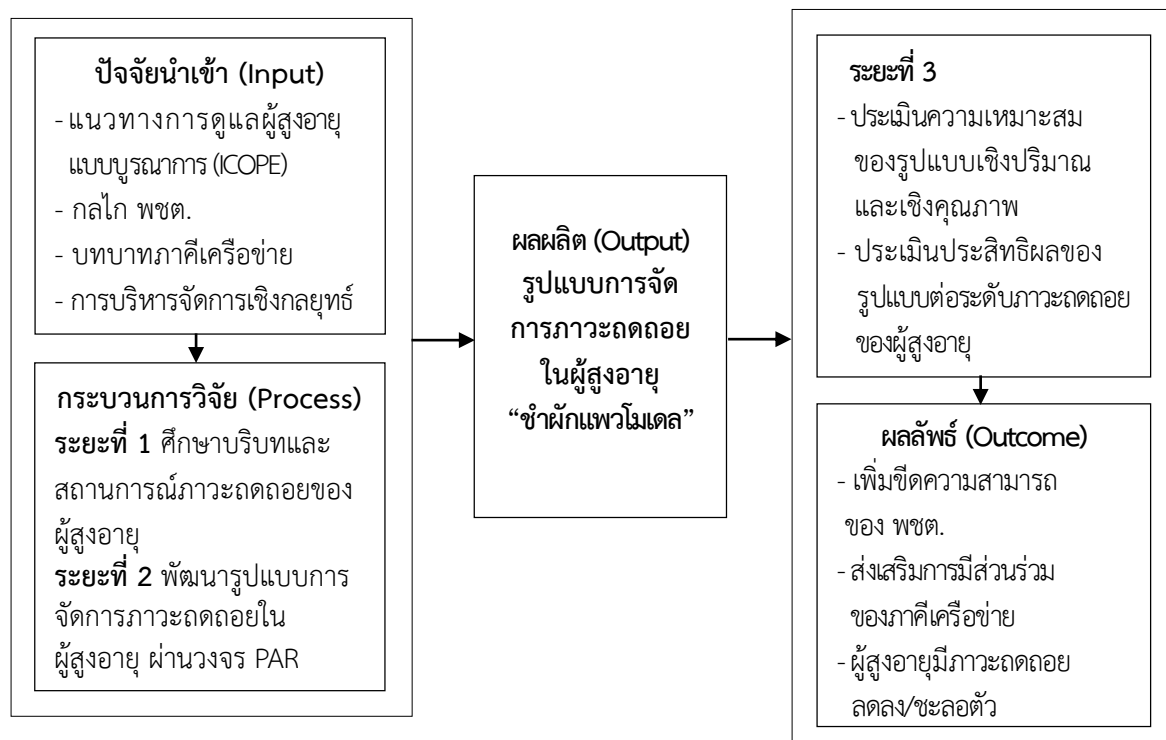
ดังนั้น การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไก พชต. ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี” จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างเชิงวิชาการและปฏิบัติ โดยมุ่งพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยในชุมชนไทยอย่างยั่งยืนเพื่อให้กลไก พชต. สามารถขับเคลื่อนการบูรณาการภาคีเครือข่ายได้อย่างเป็นระบบ และเป็นต้นแบบในการพัฒนาแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุในตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรีตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการขององค์การอนามัยโลก (Integrated Care for Older People: ICOPE)
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
- 3) เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลต่อระดับภาวะถดถอยของผู้สูงอายุของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้บูรณาการสองแนวคิดหลักเข้าด้วยกัน โดยใช้แนวทาง ICOPE เป็นกรอบการทำงานเชิงคลินิกที่กำหนดว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยอย่างมีประสิทธิภาพและครบวงจรควรประกอบด้วยอะไรบ้าง ขณะเดียวกันก็ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ ในการระดมพลังและบูรณาการการมีส่วนร่วมจากทุกภาคีเครือข่าย เกิดกระบวนการพัฒนาที่สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลตามแนวทาง ICOPE สามารถเกิดขึ้นได้จริงอย่างเป็นระบบและยั่งยืนในบริบทชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงความสัมพันธ์เชิงระบบ โดยมี ปัจจัยนำเข้า (Input) คือ แนวคิด ICOPE กลไก พชต. และทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย ปัจจัยเหล่านี้จะถูกนำเข้าสู่ กระบวนการวิจัย (Process) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบผ่านวงจร PAR (Plan – Act – Observe – Reflect) และ ระยะที่ 3 การประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ (Output) คือ “รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยฯ ชำผักแพวโมเดล” ซึ่งคาดหวังว่าจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (Outcome) สามประการ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุมีภาวะถดถอยลดลงหรือชะลอตัว 2) เพิ่มขีดความสามารถของ พชต. และ 3) เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งดำเนินการในระยะเวลา รวม 12 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะที่ต่อเนื่องกัน คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ (ตุลาคม - ธันวาคม 2567) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหัวใจของการวิจัย ผ่านวงจร PAR ที่เน้นการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงผ่านวงจรการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล (มกราคม - มิถุนายน 2568) และ ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ (กรกฎาคม - กันยายน 2568) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ทั้ง 3 ระยะ

ระยะการวิจัย	วัตถุประสงค์หลัก	กิจกรรม/กระบวนการหลัก (P-A-O-R)	ผู้มีส่วนร่วมหลัก
ระยะที่ 1 ศึกษาบริบท	1. ศึกษาบริบทและสถานการณ์ภาวะถดถอย (วัตถุประสงค์ข้อ 1)	วางแผนการเก็บข้อมูล, วิเคราะห์เอกสาร, คัดกรองผู้สูงอายุ 439 คน ด้วย ICOPE 4 ด้าน เพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะถดถอย ด้วย ICOPE	ทีมวิจัย พชต. อสม. บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (หมอ 1 หมอ 2)
ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการฯ (วัตถุประสงค์ข้อ 2)	2. พัฒนารูปแบบการจัดการฯ (วัตถุประสงค์ข้อ 2)	(P) : ประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันโดยใช้ SWOT/TOWS Analysis ยกร่าง "ชำผักแพวโมเดล" (A) : นำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติการจริงในพื้นที่ จัดบริการ พัฒนาทีมสร้างระบบข้อมูล (O): สังเกตการณ์ ติดตามการดำเนินงาน รวบรวมปัญหาในเวที พชต. (R) : ประชุมสะท้อนผล สรุปบทเรียน ปรับปรุงรูปแบบฯ โดยดำเนินการ 3 วงรอบ ในระยะเวลา 6 เดือน	ภาคีเครือข่าย 103 คน (พชต. อนุกรรมการ LTC ผู้นำชุมชน ทีมปฏิบัติงาน รพ.สต. อสม. นักบริหาร (Caregiver: CG) จิตอาสา)
ระยะที่ 3 ประเมินผล	3. ประเมินความเหมาะสมตามบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต (CIPP) และประสิทธิผล (วัตถุประสงค์ข้อ 3)	1. ประเมินความเหมาะสม (CIPP) - เชิงปริมาณ: สอบถามภาคีเครือข่าย - เชิงคุณภาพ: สันทนากลุ่ม 2. ประเมินประสิทธิผล (ภาวะถดถอย) - เชิงปริมาณ ประเมิน ICOPE ก่อน - หลัง ในผู้สูงอายุ	- ภาคีเครือข่าย 103 คน - ตัวแทนกลุ่ม 12 คน - ผู้สูงอายุ 66 คน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย 13 อำเภอ และอำเภอแก่งคอย เป็นหนึ่งในนั้นซึ่งแบ่งการปกครองออกเป็น 14 ตำบล การวิจัยดำเนินการในพื้นที่ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี โดยเหตุผลที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เนื่องจากเป็นพื้นที่ชนบทที่มีลักษณะทางประชากรผู้สูงอายุสอดคล้องกับภาพรวมของประเทศ จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบช่องว่างในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอย และที่สำคัญคือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีความพร้อมและแสดงเจตจำนงที่จะเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วม การเลือกพื้นที่ตำบลชำผักแพวจึงเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มบุคคลที่เป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งตามระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ตามแนวทาง WHO : ICOPE ด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก

1) การศึกษาบริบทพื้นที่ และการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยที่ผ่านมา โดยประชากรที่ศึกษาเป็นทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ด้านการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ

2) สสำรวจภาวะถดถอยผู้สูงอายุ ตามแนวทาง WHO: ICOPE ด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก และความคิดความจำ โดยประชากรที่ศึกษา คือประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชำผักแพว จำนวน 554 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เข้าร่วมหลักในวงจร PAR คือ คณะกรรมการ พชต. ภาคีเครือข่าย และทีมผู้วิจัย โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ซึ่งเป็นผู้ร่วมวางแผน ปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผล ทั้งหมดรวมทั้งสิ้น จำนวน 103 คน ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย ผู้นำชุมชน จำนวน 38 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ (เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. นักบริบาล (CG) ทีมจิตอาสา) จำนวน 65 คน โดยดำเนินการวิจัย ผ่านวงจร PAR ตามขั้นตอน ดังนี้

1) การวางแผน (Plan) คณะกรรมการ พชต. และภาคีเครือข่าย เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลบริบทที่ได้จากระยะที่ 1 ร่วมกันทำ SWOT/TOWS Analysis และร่วมกันออกแบบ "ชำผักแพวโมเดล" ผลลัพธ์คือแผนยุทธศาสตร์ที่ทุกฝ่ายยอมรับและเป็นเจ้าของร่วมกัน

2) การปฏิบัติการ (Act) ภาคีเครือข่ายทั้งหมด (พชต. คณะอนุกรรมการ LTC เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. CG ทีมจิตอาสา) นำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่

3) การสังเกตผล (Observe) ผู้วิจัยและทีมงานติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด และที่สำคัญคือภาคีเครือข่ายได้นำเสนอความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคด้วยตนเองในเวทีประชุม พชต. และเวทีประชุมระดับอำเภอเป็นประจำ ซึ่งเป็นการสร้างความรับผิดชอบร่วมกันและทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างการปฏิบัติ

4) การสะท้อนผล (Reflect) ทีมงานทั้งหมดได้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน ทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด เป็นการสรุปบทเรียน ฉลองความสำเร็จร่วมกัน และวางแผนเพื่อความยั่งยืน

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลต่อระดับภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นต่อระดับภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ประกอบด้วย

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ

1) การประเมินผลรูปแบบเชิงปริมาณ (Quantitative research) คือกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและขับเคลื่อนรูปแบบประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และภาคีเครือข่ายโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) รวมทั้งสิ้น จำนวน 103 คน

2) การประเมินผลรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative research) คือตัวแทนกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและขับเคลื่อนจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายผู้นำชุมชน กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่สมัครใจเข้าร่วมการประเมินผลกลุ่มๆละ 4 คน รวม 12 คน ผ่านการสนทนากลุ่ม

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองเชิงลึกกว่ามีภาวะถดถอย ในระยะที่ 1 ตามแนวทาง WHO: ICOPE ด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก และ/หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 66 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ใช้แบบประเมินภาวะทางสังคม และแบบคัดกรองภาวะถดถอยในผู้สูงอายุตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO: ICOPE) ซึ่งประเมิน 4 ด้านหลัก ได้แก่การเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก

ระยะที่ 2 ใช้แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบบันทึกการสังเกตการณ์ เพื่อรวบรวมข้อมูลระหว่างกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ ในวงจร PAR

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม [18] และใช้แบบคัดกรอง ICOPE เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะถดถอยของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

การประเมินความเหมาะสมเชิงคุณภาพ ใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเชิงลึก

การประเมินประสิทธิผล ใช้แบบคัดกรองภาวะถดถอยในผู้สูงอายุตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO: ICOPE) โดยบุคลากรสาธารณสุข (หมอ 2) ซึ่งประเมิน 4 ด้านหลัก ได้แก่การเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก โดยนำผลการประเมินก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบไปวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านการเคลื่อนไหว (Mobility) ประเมินจากความสามารถในการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้และการลุกเดิน โดยใช้การทดสอบการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ต่อเนื่อง 5 ครั้ง และการทดสอบลุกเดินไป - กลับระยะทาง 3 เมตร ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด คะแนนสะท้อนระดับสมรรถนะการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนเต็ม 3 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่ดีขึ้น

2) ด้านโภชนาการ (Nutrition) จำนวน 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

2.1 ภาวะขาดสารอาหาร ประเมินด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment - Short Form: MNA - SF) ด้วยคำถาม 6 ข้อ ในเรื่องพฤติกรรมรับประทาน อาหาร น้ำหนักตัว การเคลื่อนไหว ความเครียด ภาวะทางจิตใจ และดัชนีมวลกาย โดยมีคะแนนเต็ม 14 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่ดีขึ้น

2.2 ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Modified Mini Sarcopenia Risk Assessment: MSRA) จำนวนคำถาม 5 ข้อ ในเรื่องอายุ การเข้ารักษา โดยการนอนโรงพยาบาล การเดินได้มากกว่า 1 กิโลเมตร การรับประทานอาหาร 3 มื้อ และ น้ำหนักลดลงในช่วง 1 ปี โดยมีคะแนนเต็ม 34 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่ดีขึ้น

2.3 ด้านภาวะเปราะบาง ประเมินด้วยแบบประเมินภาวะเปราะบาง (Fatigue, Resistance, Ambulation, Inactivity/Exhaustion, Loss of Weight: FRAIL) ด้วยคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ความอ่อนเพลีย ความสามารถในการขึ้นบันได การเดิน โรคร่วม และการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว โดยมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่มากขึ้น

3) **ด้านความคิดความจำ (Cognition and mood)** ประเมินจากการซักถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อาการหลงลืม และการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หรือบุคลิกภาพ โดยมีคะแนนเต็ม 3 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่ดีขึ้น

4) **ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health)** ประเมินจากการคัดกรองสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 ข้อ ครอบคลุมจำนวนฟันคู่สบ ฟันปลอม ฟันผุหรือฟันโยก แผลในช่องปาก อาการปากแห้ง และอาการกลืนลำบาก คะแนนรวมใช้สะท้อนความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนเต็ม 6 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่มากขึ้น

นิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definitions)

ภาวะถดถอย (Frailty) หมายถึง ภาวะของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชำผักแพว ที่ได้รับการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม. หรือ หมอ 1) และได้รับการประเมินเชิงลึกยืนยันโดยบุคลากรสาธารณสุข (หมอ 2) ว่ามีความบกพร่องของสมรรถนะร่างกายหรือความคิดความจำ ตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการขององค์การอนามัยโลก (ICOPE) 4 ด้านหลัก ได้แก่ การเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถดถอยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องติดตามเชิงลึกและดำเนินการเชิงนโยบายใช้ในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ จำนวน 66 คน

การหาคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบ

1) **ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)** แบบประเมินภาวะทางสังคม แบบสอบถามและแนวคำถาม การสนทนากลุ่ม ได้รับการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต การวางแผนยุทธศาสตร์ และการมีส่วนร่วมภาคประชาชน เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

2) **ความเชื่อมั่น (Reliability)** แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความเหมาะสมผลของรูปแบบฯ ได้ถูกนำไปทดลองใช้ (Try - Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ ตำบลบ้านธาตุ อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงในทุกด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (0.88) ด้านปัจจัยนำเข้า (0.85) ด้านกระบวนการ (0.88) และด้านผลลัพธ์ (0.81)

4. การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568 โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาบริบทพื้นที่ การพัฒนารูปแบบ และการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นดังนี้

ระยะที่ 1 รวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์เอกสารและข้อมูลทุติยภูมิจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ร่วมกับการคัดกรองผู้สูงอายุตามแนวทาง ICOPE ครอบคลุมด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 รวบรวมข้อมูลระหว่างการพัฒนาแบบผ่านวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยใช้ข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุม

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และการบันทึกการสังเกต เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 3 รวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบ การประเมินความเหมาะสมดำเนินการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามตามกรอบการประเมินแบบ CIPP และการสนทนากลุ่มกับภาคีเครือข่าย ขณะที่การประเมินประสิทธิผลใช้การเปรียบเทียบผลการคัดกรองภาวะถดถอยตามแนวทาง ICOPE ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา 6 เดือน

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามและแบบคัดกรอง ICOPE วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่อสรุปลักษณะประชากรและการกระจายของภาวะถดถอย และการทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อเปรียบเทียบภาวะถดถอยก่อนและหลังแทรกแซง

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม บันทึกภาคสนาม และเอกสารต่างๆ ถูกลำนำวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ (Thematic Synthesis) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะต่อปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เป็นการสร้างความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยผ่านการสามเส้าของข้อมูล (Methodological Triangulation) ซึ่งเป็นการยืนยันข้อค้นพบจากการบูรณาการข้อมูลที่มาจากมุมมองแตกต่างกันสามด้าน แทนการอาศัยข้อมูลจากแหล่งเดียว คือ 1. ความเหมาะสมของรูปแบบ (แบบสอบถามเชิงปริมาณจากผู้ปฏิบัติงาน 103 คน) 2. ประสิทธิภาพของรูปแบบจากผลลัพธ์ทางคลินิก (ข้อมูลภาวะถดถอยก่อน - หลังของผู้สูงอายุ 66 คน) และ 3. ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (เรื่องเล่าเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม) ซึ่งการบูรณาการข้อมูลจากหลายมิตินี้ทำให้ได้ข้อสรุปที่รอบด้านและน่าเชื่อถือสูง

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ

บริบทด้านรูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่าน การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุในการดูแลตามการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ผ่านแอปพลิเคชัน SMART อสม. ซึ่งเป็นรูปแบบที่เข้ามาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 [19] ทำให้เมื่อคัดกรองสุขภาพ ผู้สูงอายุในประเด็นอื่น ๆ เช่น การคัดกรองโรคสมองเสื่อม พัลตตกหล่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น หากพบผลการคัดกรองที่ผิดปกติ จะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพโดยทั่วไปตามลำดับ

ผลการคัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ ตามแนวทาง ICOPE ในระยะเริ่มต้นได้ให้ภาพสถานการณ์ปัญหาที่ชัดเจน การเก็บข้อมูลภาวะถดถอยผู้สูงอายุจากแบบสัมภาษณ์ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม. หรือ หมอ 1) ผู้สูงอายุ 554 คน สามารถเก็บข้อมูลได้ 494 คน (ร้อยละ 89.2) และไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ 60 คน (ร้อยละ 10.8) ส่วนของข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ที่เก็บได้ 494 คน แบ่งเป็นแบบคัดกรองมาประเมินได้ 439 คน (ร้อยละ 88.9) และไม่สามารถนำมาประเมินได้ 55 คน (ร้อยละ 11.1)

จากการคัดกรองผู้สูงอายุ 439 คน พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีความเสี่ยงต่อภาวะถดถอยสูงถึง 312 คน (ร้อยละ 71.1) โดยปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดคือด้านสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 47.8) และด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 43.9) ซึ่งเป็นปัญหาพื้นฐานที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง

เมื่อบุคลากรสาธารณสุข (หมอ 2) ทำการประเมินเชิงลึกในกลุ่มเสี่ยง 312 คน พบว่ามีผู้สูงอายุ จำนวน 66 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถดถอยและจำเป็นต้องได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลอย่างเร่งด่วน สิ่งที่น่าสนใจคือความซับซ้อนของปัญหา โดยพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะถดถอย (ร้อยละ 48.5) มีปัญหาพร้อมกันตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป ข้อมูลนี้ไม่เพียงแต่ยืนยันถึงความซับซ้อนของภาวะถดถอยในชุมชน แต่ยังชี้ให้เห็นถึง

ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สามารถจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติได้พร้อมกัน ซึ่งระบบบริการแบบเดิมไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเพียงพอ

ระยะที่ 2 รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ “ข้าผักแพวโมเดล” ที่พัฒนาขึ้น

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้นำไปสู่การสร้างสรรค์ “รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ตำบลข้าผักแพว” ซึ่งเป็นผลผลิตที่เกิดจากการระดมสมองและวางแผนร่วมกันของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลักที่เชื่อมโยงและเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ดังนี้

1) การพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ (Developing Service Support System) เป็นการวางรากฐานเชิงโครงสร้างและทรัพยากร โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่รับผิดชอบชัดเจน การใช้ประโยชน์จากโรงเรียนผู้สูงอายุ และการพัฒนาศูนย์ร่วมสุขเพื่อเป็นศูนย์กลางในการฟื้นฟูสภาพและให้ยืมอุปกรณ์ที่จำเป็น การจ้างอาสาสมัครท้องถิ่นและการจัดบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุที่ฐานะยากจนไม่มีคนดูแล

2) การบูรณาการระบบบริการ (Integrated Service Systems) เป็นการสร้างระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ โดยครอบคลุมตั้งแต่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม 5 มิติ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามแนวทาง ICOPE ที่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ไปจนถึงเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานกองทุนดูแลระยะยาว (LTC) โดยจัดตั้งเป็นศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

3) การพัฒนาศักยภาพทีม (Team Potential Development) เป็นการลงทุนใน “คน” ซึ่งเป็นหัวใจของระบบ โดยมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และจัดอบรมพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้แก่ทีมสหวิชาชีพ อสม. และ นักบริบาล (CG) อย่างสม่ำเสมอ

4) การพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล (Data Management System) เป็นการสร้างกลไกการทำงานที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล โดยมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุตามแนวทาง ICOPE ที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ (Health Data Center: HDC) เพื่อให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เป็นการสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยการจัดเวทีประชาคมเพื่อให้ประชาชนได้สะท้อนปัญหาและร่วมวางแผน และสนับสนุนให้เกิดการจัดทำโครงการดูแลผู้สูงอายุที่ริเริ่มโดยชุมชนเอง

6) การเสริมสร้างคุณค่าและกำลังใจ (Strengthening Appreciation) เป็นกลไกทางสังคมจิตวิทยาที่สำคัญในการขับเคลื่อนการทำงาน โดยมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การนำเสนอผลงานเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และการยกย่องเชิดชูเกียรติผู้ปฏิบัติงานในเวทีต่าง ๆ

โดยสามารถสรุปองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลข้าผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี รูปแบบการจัดการ ภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ “ข้าผักแพวโมเดล” ดังแสดงในตารางที่ 2

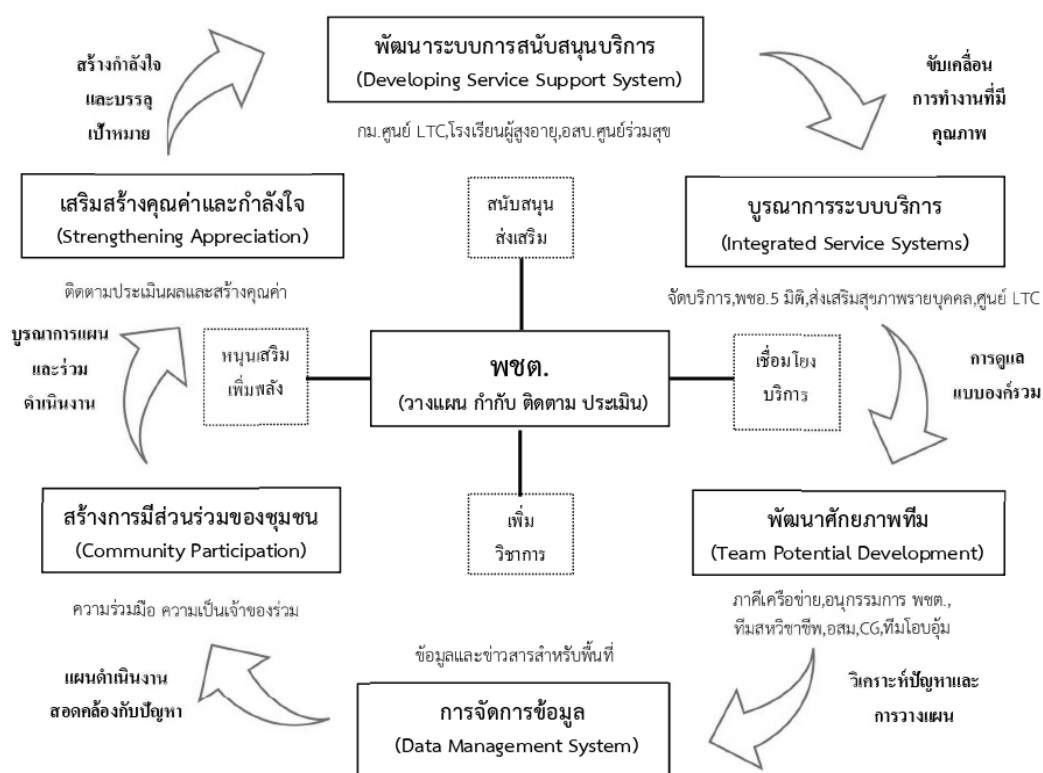
ตารางที่ 2 องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ “ข้าผักแพวโมเดล”

ยุทธศาสตร์ (Strategy)	กิจกรรมหลัก (Core Activities)	กลไกการดำเนินงาน (Mechanisms)	ผู้รับผิดชอบหลัก (Key Man)	ผลผลิตจากกระบวนการ (Process Output)
1. พัฒนาระบบสนับสนุนบริการ	1.แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ 2.พัฒนาการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ	1.ผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายเข้าเป็นสมาชิกโรงเรียน ผู้สูงอายุ (มีรถรับ - ส่ง)	1.อบต.ข้าผักแพว 2.ชมรมผู้สูงอายุ	1.โครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน 2.กลไกสนับสนุนทรัพยากรและบริการฟื้นฟู

ยุทธศาสตร์ (Strategy)	กิจกรรมหลัก (Core Activities)	กลไกการดำเนินงาน (Mechanisms)	ผู้รับผิดชอบหลัก (Key Man)	ผลผลิตจากกระบวนการ (Process Output)
2. บูรณาการ ระบบบริการ	3. ตั้งศูนย์ร่วมสุขฟื้นฟู สภาพและการให้ยืมกาย อุปกรณ์	2. ศูนย์ร่วมสุขฯ ให้บริการกายภาพ และให้ยืมอุปกรณ์ (มีรถรับ-ส่ง)		
	4. จ้างอาสาสมัคร ท้องถิ่น	3. จ้างอาสาสมัคร ท้องถิ่นติดตามฟื้นฟู		
3. พัฒนา ศักยภาพทีม	5. จัดบริการรถรับ-ส่ง ผู้ป่วยรับบริการ	สมรรถภาพผู้สูงอายุ		
	1. แต่งตั้งคณะกรรมการ บูรณาการระบบบริการ	1. พัฒนาคุณภาพ ชีวิตใน 5 มิติ (ด้าน สุขภาพ ด้านที่อยู่ อาศัย ด้านอาชีพ และรายได้ ด้าน การศึกษา และด้าน สังคม) รายบุคคล	1. พชต.ข้าฝักแพว 2. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 3. กม LTC 4. รพ.สต.ข้าฝัก แพว 5. รพ.แก่งคอย 6. อสม. 7. นักบริบาล ผู้สูงอายุ 8. อาสาสมัครบริบาล 9. ทีมโอปอัม (จิตอาสา)	1. แผนการพัฒนา คุณภาพชีวิต 2. ระบบบริการที่ รียต่อและ เชื่อมโยง 3. แผนการดูแลที่ เน้นผู้สูงอายุเป็น ศูนย์กลาง
4. พัฒนาระบบ การจัดการ ข้อมูล	2. การคุณภาพชีวิตแบบ องค์รวม 5 มิติ	2. ระบบ"หมอ 1-2-3" ดำเนินงานตาม โปรแกรมส่งเสริม สุขภาพรายบุคคล		
	3. จัดทำแผนการดูแล รายบุคคล (Care Plan) ตามแนวทาง ICOPE			
5. สร้างการมี ส่วนร่วมของ ชุมชน	4. จัดตั้งศูนย์พัฒนาและ ฟื้นฟูคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุและบุคคลที่มี ภาวะพึ่งพิง			
	1. จัดทำบันทึกข้อตกลง ความร่วมมือ (MOU)	1. จัดพิธีบันทึก ข้อตกลงความ ร่วมมือ (MOU)		
6. สร้างการมี ส่วนร่วมของ ชุมชน	2. จัดอบรมพัฒนาทักษะ ICOPE และการดูแล ผู้สูงอายุ	2. อบรมพัฒนาทักษะ ICOPE และการดูแล ผู้สูงอายุ		
	3. จัดระบบพี่เลี้ยงให้ คำปรึกษา			
7. สร้างการมี ส่วนร่วมของ ชุมชน	1. จัดตั้งศูนย์ข้อมูล ICOPE เชื่อมโยงข้อมูล HDC	1. เผยแพร่ข้อมูล ผู้สูงอายุ (ICOPE) คืนข้อมูลสู่ชุมชน	1. รพ.สต.ข้าฝัก แพว 2. รพ.แก่ง คอย 3. อสม.	1. ทีมงานมีความรู้ ความสามารถและ ความมั่นใจ 2. บทบาทหน้าที่ และความ รับผิดชอบที่ชัดเจน
	2. วิเคราะห์และคืนข้อมูลสู่ ชุมชน			
8. สร้างการมี ส่วนร่วมของ ชุมชน	1. จัดเวทีประชาคมเพื่อ ระดมความคิดเห็น	1. จัดเวทีประชาคม ทำรูปแบบการจัดการฯ	1. พชต.ข้าฝักแพว 2. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	1. แผนงานที่ สอดคล้องกับ ความต้องการจริง
	2. ร่วมกันจัดทำแผนงาน และโครงการ	2. บรรจุแผนพัฒนา หมู่บ้าน/ตำบล		2. ความรู้สึกเป็น เจ้าของของคนใน ชุมชน
9. สร้างการมี ส่วนร่วมของ ชุมชน	3. สนับสนุนโครงการที่ ริเริ่มโดยชุมชน	3. ระดมทุนตั้งกองทุน พชต. 1 กองทุน		

ยุทธศาสตร์ (Strategy)	กิจกรรมหลัก (Core Activities)	กลไกการดำเนินงาน (Mechanisms)	ผู้รับผิดชอบหลัก (Key Man)	ผลผลิตจากกระบวนการ (Process Output)
6. เสริมสร้าง คุณค่าและ กำลังใจ	1.ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ในพื้นที่ 2.นำเสนอผลงานในเวที ต่าง ๆ 3.ยกย่องเชิดชูเกียรติ ผู้ปฏิบัติงาน	1.จัดเวทีประชุม พชต.ทุกเดือน 2.นำเสนอผลงานใน ที่ประชุมคณะกรรมการ บริหารอำเภอ (กบอ.) 3.จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระดับอำเภอ	1.พชต.ข้าฝักแพว	1.ทีมงานที่มีขวัญ และกำลังใจ 2.วัฒนธรรมองค์กร ที่เน้นการชื่นชม และให้คุณค่า

ยุทธศาสตร์ทั้งหกนี้ไม่ได้เป็นเพียงรายการของกิจกรรมที่ต้องทำ แต่ทำงานประสานกันเป็น "ระบบ" ที่มีชีวิตและขับเคลื่อนซึ่งกันและกัน โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผล ตัวอย่างเช่น การจัดการข้อมูล (ยุทธศาสตร์ที่ 4) จะให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่การบูรณาการบริการ (ยุทธศาสตร์ที่ 2) ในขณะที่การพัฒนาศักยภาพทีม (ยุทธศาสตร์ที่ 3) ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรที่ดำเนินงานมีความสามารถ และการเสริมสร้างคุณค่า (ยุทธศาสตร์ที่ 6) ทำหน้าที่เป็นวงจรป้อนกลับเชิงบวกที่สร้างแรงจูงใจให้ทั้งระบบทำงานต่อไปได้อย่างยั่งยืน การทำความเข้าใจความเชื่อมโยงเชิงระบบนี้เป็นกุญแจสำคัญในการทำความเข้าใจความสำเร็จของรูปแบบฯ และศักยภาพในการนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ตำบลข้าฝักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี “ข้าฝักแพวโมเดล”

ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อระดับภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จากมุมมองของภาคีเครือข่ายผู้ร่วมขับเคลื่อนจำนวน 103 คน โดยใช้กรอบการประเมิน CIPP Model พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในระดับ “มาก” ในทุกมิติ ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงปริมาณที่ยืนยันว่ารูปแบบนี้สามารถเพิ่มขีดความสามารถของกลไก พชต. และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายได้อย่างเหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ตามกรอบ CIPP Model (n=103)

ปัจจัยการประเมิน (CIPP Domain)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความเหมาะสม
ด้านบริบท (Context)	4.06	0.67	มาก
ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	3.99	0.65	มาก
ด้านกระบวนการ (Process)	3.91	0.70	มาก
ด้านผลลัพธ์ (Product)	4.10	0.60	มาก

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ต่อระดับคะแนนภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ

เพื่อประเมินประสิทธิผลของ รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ “ข้าผักแพวโมเดล” ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะถดถอยในผู้สูงกลุ่มเป้าหมายจำนวน 66 คน ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะถดถอยรายด้านของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการภาวะถดถอย โดยใช้ Wilcoxon Sign Rank Test (n=66)

ตัวแปร	การวัด	Median	S.E.	Z	p-value (2-tailed)	การแปลผล ภาวะถดถอย
ด้านการเคลื่อนไหว	ก่อน	0.00	0.08	-4.400 ^b	<0.001	ดีขึ้น
	หลัง	1.00	0.11			
ด้านโภชนาการ						
ภาวะขาดสารอาหาร	ก่อน	8.00	0.15	-4.618 ^b	<0.001	ดีขึ้น
	หลัง	11.00	0.13			
ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย	ก่อน	14.00	0.79	-2.606 ^b	0.009	ดีขึ้น
	หลัง	19.00	0.95			
ภาวะเปราะบาง	ก่อน	3.00	0.08	-3.626 ^c	<0.001	ดีขึ้น
	หลัง	2.00	0.08			
ด้านความคิดความจำ	ก่อน	2.00	0.12	-2.887 ^b	0.004	ดีขึ้น
	หลัง	2.00	0.13			
ด้านสุขภาพช่องปาก	ก่อน	2.00	0.21	-5.062 ^c	<0.001	ดีขึ้น
	หลัง	0.00	0.13			

b. Based on Positive Ranks

c. Based on Negative Ranks

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะถดถอยของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองใช้ “ข้าผักแพวโมเดล” เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า คะแนนการประเมินในทุกด้านมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) อย่างไรก็ตาม การแปลผลคะแนนในแต่ละด้านจำเป็นต้องพิจารณาทิศทางของคะแนนตามลักษณะของเครื่องมือที่ใช้โดยด้านการเคลื่อนไหว (Mobility) ด้านโภชนาการ ได้แก่ คะแนน MNA-SF และ MSRA รวมถึงด้านความคิดความจำ (Cognition and mood) เป็นเครื่องมือที่ คะแนนที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงสมรรถนะที่ดีขึ้นและระดับภาวะถดถอยที่ลดลง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงการฟื้นฟูสมรรถนะและการชะลอภาวะถดถอยของผู้สูงอายุในมิติดังกล่าว

ขณะที่ด้านภาวะเปราะบาง (FRAIL scale) และด้านสุขภาพช่องปาก (Oral health) เป็นเครื่องมือที่คะแนนที่ลดลงสะท้อนถึงความเสี่ยงและระดับภาวะถดถอยที่ลดลง ผลการประเมินพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนการทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงการลดลงของภาวะเปราะบางและปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า ผลการทดสอบทางสถิติยืนยันอย่างชัดเจนว่า “รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยฯ ข้าผักแพวโมเดล” ที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงและชะลอภาวะถดถอยของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพถูกรวบรวมผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นตัวแทนจาก 3 กลุ่มหลัก รวม 12 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้บริหาร/กำหนดนโยบาย (พชต. ผู้นำชุมชน) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (รพ.สต. อสม. CG) และกลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) เพื่อสกัดมุมมองเชิงลึกต่อกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เสียงสะท้อนเหล่านี้ได้เผยให้เห็นกลไกเบื้องหลังความสำเร็จที่มีมิติลึกซึ้งกว่าตัวเลขทางคลินิก

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ท่านหนึ่งสะท้อนว่า “สถานะและบทบาทของ อสม. และผู้ดูแล ถูกยกระดับขึ้น” พวกเขาไม่ได้ถูกมองว่าเป็นเพียงจิตอาสา แต่กลายเป็น “ทีมสุขภาพด่านหน้า” ที่มีความรู้และความสามารถ ซึ่งสร้างความภาคภูมิใจและแรงจูงใจอย่างมหาศาล ในขณะเดียวกัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกล่าวว่ารูปแบบนี้ช่วย “ลดความซ้ำซ้อนในการทำงานของแต่ละหน่วยงาน” และผู้นำชุมชนยืนยันว่า พชต. ได้กลายเป็น “เวทีกลาง” สำหรับการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริง ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้นเป็นแบบองค์รวม ผู้ดูแลเล่าว่าผู้สูงอายุ “กล้าที่จะลุกเดินและช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น” และผู้สูงอายุเองก็กล่าวว่า “ไม่เหงาเหมือนเมื่อก่อน” เสียงสะท้อนเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จของรูปแบบฯ ไม่ได้เกิดจากกิจกรรมทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการที่รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) สามารถสร้างทุนทางสังคม ความไว้วางใจ และความรู้สึกมีประสิทธิภาพร่วมกันในชุมชน (Collective Efficacy)

อภิปราย

ประเด็นสำคัญที่สุดที่ค้นพบจากการวิจัยนี้ คือประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอย “ข้าผักแพวโมเดล” ที่สามารถลดระดับและชะลอภาวะถดถอยของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย 66 คน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ในทุกด้านที่ทำการประเมิน (ตารางที่ 4) ข้อค้นพบเชิงประจักษ์นี้ไม่เพียงแต่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย แต่ยังเป็นที่ยืนยันว่ากรอบการทำงานระดับสากลอย่าง ICOPE (Integrated Care for Older People) ขององค์การอนามัยโลก [11] เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนไทย สามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดผลได้จริง ผลลัพธ์นี้สนับสนุนแนวทางของ ประเสริฐ อัสสันตชัย [13] ที่ชี้ว่า ICOPE เป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดย “รูปแบบข้าผักแพวโมเดล” ได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการที่เป็นรูปธรรม (How - To) ในการนำแนวคิดดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติที่ได้ผลสำเร็จ

ในขณะที่งานวิจัยในอดีต เช่น การศึกษาของ Thinuan et al. [7] และ Morkphrom et al. [9] ได้แสดงให้เห็นถึงความชุก (Prevalence) และปัจจัยทำนายภาวะถดถอยในบริบทประเทศไทย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการชี้ให้เห็นขนาดของปัญหา การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ได้ก้าวไปอีกขั้น โดยการนำเสนอ “รูปแบบการแทรกแซง” (Intervention Model) ที่ผ่านการทดสอบและพิสูจน์แล้วว่าสามารถ “แก้ไข” หรือ “จัดการ” ปัญหาในระดับชุมชนได้จริง

ความสำเร็จนี้เกิดขึ้นได้โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานของ สุมิตราวิชา และคณะ [20] ที่ใช้กระบวนการ PAR ในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ได้ขยายผลเพิ่มเติมโดยการเชื่อมโยงเครือข่าย PAR นั้นเข้ากับกลไก พชต. อย่างเป็นทางการ และที่สำคัญคือการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก (ภาวะถดถอย) ที่ชัดเจน การใช้กลไก พชต. เป็นแกนกลาง ยังตอกย้ำบทบาทของกลไกระดับพื้นที่ในการบูรณาการทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ดังที่ จักราวุฒิ วงษ์ภักดี และคณะ [21] ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ พชอ. ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากลไก พชต. พชอ. นี้ เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงในการขับเคลื่อนวาระสุขภาพที่ซับซ้อนในระดับชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่ม สามารถสังเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของ “รูปแบบซ้ำผักแพว” ได้ 4 ประการหลัก ดังนี้

1) การใช้กลไก พชต. เป็นเวทีกลางในการบูรณาการ ความสำเร็จไม่ได้เกิดจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เกิดจากการที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทำหน้าที่เป็น “ศูนย์กลาง” ในการประสานพลังและทรัพยากรจากทุกภาคส่วนได้อย่างแท้จริง

2) กระบวนการมีส่วนร่วมที่สร้างความเป็นเจ้าของ การใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา (SWOT) จนถึงการออกแบบรูปแบบ ทำให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับ ตั้งแต่ผู้กำหนดนโยบายไปจนถึงผู้ปฏิบัติงานด้านหน้าอย่าง อสม. รู้สึกเป็น “เจ้าของรูปแบบ” ร่วมกัน ความรู้สึกนี้ได้แปรเปลี่ยนบทบาทของพวกเขาจาก “ผู้ปฏิบัติตามคำสั่ง” ไปสู่ “ผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง” ซึ่งเป็นพลังที่สำคัญที่สุดที่ทำให้รูปแบบถูกนำไปปฏิบัติจริงอย่างเต็มศักยภาพ

3) การทำงานบนฐานข้อมูลและเครื่องมือที่เป็นระบบ การนำกรอบแนวทาง ICOPE และระบบส่งต่อ “หมอ 1-2-3” มาใช้อย่างเป็นรูปธรรม ได้สร้างมาตรฐานและความชัดเจนในการทำงาน สิ่งนี้ไม่เพียงแต่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีเป้าหมายและตรงจุด แต่ยังช่วย “ยกระดับสถานะและบทบาทของ อสม.” ให้กลายเป็น “ทีมสุขภาพด่านหน้า”

4) ผลลัพธ์ที่จับต้องได้และการสร้างขวัญกำลังใจ การที่ทีมงานได้เห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในตัวผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็น “รอยยิ้มและแววตาที่มีชีวิตชีวา” หรือการที่ผู้สูงอายุ “กล้าที่จะลุกเดินและช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น” ถือเป็นรางวัลและแรงผลักดันที่ทรงพลังที่สุด ประกอบกับยุทธศาสตร์การเสริมสร้างคุณค่าและการให้กำลังใจผ่านเวทีเชิดชูเกียรติต่างๆ ได้สร้างวงจรของพลังบวก (Virtuous Cycle) ที่ทำให้ทีมงานรู้สึกภาคภูมิใจและมีพลังที่จะขับเคลื่อนงานต่อไปอย่างยั่งยืน

สรุป

การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงกัน และได้พิสูจน์ให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวในการปรับปรุงหรือชะลอภาวะถดถอยของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ความสำเร็จของรูปแบบนี้มีรากฐานมาจากการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ซึ่งช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ และส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือที่เข้มแข็งและยั่งยืน โดยมีกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรบรรจุรูปแบบการจัดการภาวะถดถอย “ข้าฝักแพวโมเดล” เข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นอย่างเป็นทางการ และจัดสรรงบประมาณประจำปีเพื่อรองรับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเปลี่ยนสถานะจาก “โครงการวิจัย” ไปสู่ “บริการสาธารณะที่ยั่งยืน” ของตำบล
- 2) สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรรับรองรูปแบบนี้ให้เป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) และจัดตั้งกลไกสนับสนุนทางวิชาการเพื่อเป็นพี่เลี้ยงและส่งเสริมการขยายผลไปยังตำบลอื่นๆ ที่มีความพร้อม
- 3) สำหรับหน่วยงานระดับชาติ (กระทรวงสาธารณสุข/กระทรวงมหาดไทย) ควรผลักดันนโยบายงบประมาณแบบบูรณาการที่เอื้อให้ อปท. สามารถบริหารจัดการงบประมาณจากหลายแหล่ง (สปสช. กองทุน LTC งบ อปท.) ร่วมกันได้อย่างคล่องตัว และทบทวนนโยบายการสนับสนุน อสม. ให้สอดคล้องกับภาระงานที่ซับซ้อนขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

- 1) สำหรับคณะกรรมการ พชต. ในพื้นที่อื่น ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับกระบวนการวางแผนและวิเคราะห์บริบทร่วมกับภาคีเครือข่ายในระยะเริ่มต้น เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันก่อนลงมือปฏิบัติ และต้องให้ความสำคัญกับกิจกรรมเสริมสร้างคุณค่าและกำลังใจเพื่อรักษาพลังของทีมงานอาสาสมัคร
- 2) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรปรับบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขจากการเป็น “ผู้ให้บริการหลัก” มาเป็น “ผู้อำนวยความสะดวกและพี่เลี้ยงทางวิชาการ” ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และผู้ดูแลในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

- 1) ควรมีการวิจัยประเมินผลระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามความยั่งยืนของรูปแบบฯ และผลกระทบต่อภาวะถดถอยในระยะ 3 - 5 ปี
- 2) ควรมีการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Study) โดยนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ชุมชนเมือง เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ในวงกว้าง
- 3) ควรมีการวิจัยประเมินความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ (Cost-Effectiveness Analysis) เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับผู้กำหนดนโยบายในการตัดสินใจขยายผลในระดับประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร นายวัชรพล ในอรุณ และนายประสิทธิ์ มีแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้ง นายกองคึกการบริหารส่วนตำบลข้าฝักแพว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลทุกท่าน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่ให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยอย่างยิ่ง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่โครงการ EC 213/2567 วันที่รับรอง 7 ตุลาคม 2567 วันที่หมดอายุ 7 ตุลาคม 2568

การอ้างอิง

ชัยมงคล คัมภีรานนท์, สุพัตรา ตันท์เอกคุณ, และชลิตา ชวนประสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 143 - 60.

Kampiranont C, Tanekkhun S, and Chuanprasit C. Developing a Management Model for Frailty in Older Adults via a Community - Driven Sub - district Health Board in Cham Phak Phaeo Sub - district, Saraburi Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 143 - 60.

เอกสารอ้างอิง

- [1] Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, and et al. Research agenda for frailty in older adults: Toward a better understanding of physiology and etiology. Journal of the American Geriatrics Society. 2006; 54(6): 991-1001.
- [2] Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, and et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology: Series A. 2001; 56(3): M146 - 56.
- [3] Rockwood K, and Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. The Journals of Gerontology: Series A. 2007; 62(7): 722-7.
- [4] Xue QL. The frailty syndrome: Definition and natural history. Clinics in Geriatric Medicine. 2011; 27(1): 1-15.
- [5] Sukkriang N, and Punsawad C. Comparison of geriatric assessment tools for frailty among community elderly. Heliyon. 2020; 6(9): e04797.
- [6] Chen B, Wang M, He Q, Wang Y, Lai X, Chen H, and et al. Impact of frailty, mild cognitive impairment and cognitive frailty on adverse health outcomes among community - dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Medicine. 2022; 9: Article 1009794.
- [7] Thinuan P, Sivoj P, Lerttrakarnnon P, and Lorga T. Prevalence and potential predictors of frailty among community - dwelling older persons in Northern Thailand: A cross - sectional study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17(11): 4077.
- [8] สำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ. สรุปสถิติข้อมูลที่สำคัญ พ.ศ.2566: ผลสำรวจ/สำมะโนของสำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2567 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/ebook/2023/20231005150338_12860.pdf.
- [9] Morkphrom E, Srinonprasert V, Sura-amonrattana U, Siriussawakul A, Sainimnuan S, Preedachitkun R, and et al. Severity of frailty using modified Thai frailty index, social factors, and prediction of mortality among community-dwelling older adults in a middle-income country. Frontiers in Medicine. 2022; 9: Article 1060990.
- [10] กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>.
- [11] World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Accessed 18 November 2024 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>.

- [12] กรมอนามัย. ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) แบบบูรณาการ. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc>.
- [13] ประเสริฐ อัสสันตชัย. คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ, เรือนแก้วการพิมพ์. 2567.
- [14] สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง. 2561.
- [15] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC). สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://ltcnew.nhso.go.th>.
- [16] จังหวัดสระบุรี. นโยบายและแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต: คุณภาพชีวิตดี “คนสระบุรีไม่ทอดทิ้งกัน”. สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://saraburi.prd.go.th/th/content/category/detail/id/60/id/296915>.
- [17] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553–2583. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-408.pdf>.
- [18] Stufflebeam DL. Strategies for institutionalizing evaluation: revisited. Evaluation for the 21st Century: A Handbook. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1997. p. 261 - 5.
- [19] กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดย อสม. ผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2567 จาก https://osm.hss.moph.go.th/uploads/OIT/O11_3.pdf.
- [20] สุมิตรา วิษา, ณัฏพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, และณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้อยท่า อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสุขภาพ. 2561; 22(43-44): 70 – 85.
- [21] จักราวุฒิ วงษ์ภักดี, คงฤทธิ วันจรรยา, และปรียะพร นาชัยเวียง. การพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการ อุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2568; 18(1): 49 – 58.