



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนบ้านหนองปรทุม ตำบลลุมพลี อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Participatory Action Research for Promoting Health of Older Adults

in Ban Nong Prathum Community, Lumphli Subdistrict, Phra Nakhon Si Ayutthaya District,
Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

เนตรนภา สาสังข์

Natnapa Sasang

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

The Faculty of Science and Technology, Rajabhat University Phra Nakhon Si Ayutthaya

Corresponding Author: Natnapa_ple@hotmail.com

Received: August 20, 2024 Revised: June 16, 2025 Accepted: June 18, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research PAR) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองปรทุม ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยผู้สูงอายุจากชมรมส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองปรทุม ร่วมกับผู้นำชมรม คณะกรรมการผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวนทั้งสิ้น 119 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเมษายน 2567 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พร้อมวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองปรทุมสามารถพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ ผ่านการดำเนินงาน 4 ระยะ ได้แก่ การวางแผน ดำเนินการ กำกับติดตาม และประเมินผล 2) สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน มีข้อจำกัดด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแต่มีความเข้มแข็งด้านจิตใจและสังคมสูง จึงนำไปสู่ 3) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลจิตใจและสังคม และการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน ผลการเปรียบเทียบคะแนน ADL ก่อนและหลังการฟื้นฟูพบว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่มมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง ($p < 0.001$) สะท้อนประสิทธิผลของกระบวนการฟื้นฟู โดยขั้นตอนต่อไปคือ ติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุภายในระยะเวลา 1 ปี เพื่อประเมินผลกระทบและความยั่งยืน โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและขยายผลการดำเนินงานในชุมชนอื่น ๆ ได้ในอนาคต

คำสำคัญ: รูปแบบ, ผู้สูงอายุ, กระบวนการมีส่วนร่วม

Abstract

The Participatory Action Research (PAR) aimed to develop a health promotion model for the elderly in the Nong Prathum community. Participants included 119 elderly members from the Nong Prathum Health Promotion Club, along with community leaders, elderly committee members, village heads, health staff, and local administrative officials. Data were collected from December 2023 to April 2024. Quantitative data were collected through a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics using the paired t-test. Qualitative data were collected through in-depth interviews and focus group discussions and were analyzed using content analysis. The study found that 1) the community participation process in Ban Nong Prathum could systematically develop a model for promoting the health of the elderly through four phases: planning, implementation, monitoring, and evaluation; 2) the health situation of the elderly in the community had limitations in nutrition and exercise, but showed high mental and social strength, leading to 3) the development of a health promotion model in four areas: nutrition, exercise, mental and social care, and dementia prevention, which received concrete and sustainable cooperation from community network partners. A comparison of ADL scores before and after rehabilitation showed that all elderly groups had a statistically significant increase in ADL scores, especially the bedridden group ($p < 0.001$), reflecting the effectiveness of the rehabilitation process. The next step is to follow up on the outcomes of the health promotion model and the health status of the elderly within one year to assess its impact and sustainability. Continuous collection of both quantitative and qualitative data will be conducted to improve and expand the implementation to other communities in the future.

Keywords: Model, Elderly, Participatory process

บทนำ

การพัฒนาประเทศไทยนับตั้งแต่มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ส่งผลให้ประเทศมีการพัฒนาในทุกมิติ ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม แต่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประเทศไทย ต้องมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น คือ การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรไทย จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนวัยเด็กและวัยทำงานลดลง แต่วัยผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึง 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งประเทศ⁽¹⁾ การเพิ่มของประชากรสูงอายุยังสะท้อนการเพิ่มขึ้นของภาระทางคลัง จากจำนวนประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสภาพชีวิตความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน ทั้งนี้การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ

ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาภาวะสมองเสื่อม 7.7 แสนคน จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ที่ยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง “การพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุม โรค พัฒนาทักษะกาย ใจ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกายจิตใจและสังคม บังคับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะต้องมีความสามารถที่จะบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม⁽²⁾ ซึ่งการเพิ่มความสามารถของคนในการดูแลสุขภาพตนเองต้องอาศัยความช่วยเหลือระหว่างคนในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็ม

รูปแบบ ส่งผลให้ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนเพิ่มสูงขึ้น โดยจำนวนผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีทั้งสิ้น 150,497 คนคิดเป็นร้อยละ 68.3 ของประชากรทั้งหมด ในหมู่บ้านหนองประทุม ตำบลลุมพลี อำเภอพระนครศรีอยุธยา มีผู้สูงอายุจำนวน 249 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 23.3 ของประชากรทั้งหมด โดยในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุติดสังคม 227 คน ติดบ้าน 20 คน และติดเตียง 2 คน สะท้อนถึงสถานะสุขภาพที่หลากหลายซึ่งต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจง แม้ว่าจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน⁽³⁾ ในหมู่บ้านเพื่อช่วยดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ด้วยอัตราส่วนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คนต้องดูแลผู้สูงอายุถึง 25 คน อาจทำให้การดูแลไม่ทั่วถึงและขาดประสิทธิภาพเพียงพอ

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและลดภาระของระบบสาธารณสุข⁽⁴⁾ อีกทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและรู้สึกมีคุณค่า⁽⁵⁾ การพัฒนาเครือข่ายผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมช่วยให้พวกเขาดูแลตนเองและชุมชนได้ดีขึ้น⁽⁶⁾ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพพบว่า การให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ออกแบบกิจกรรมเองจะช่วยให้แรงจูงใจ บทสรุปเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในโครงการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำให้เกิดความยั่งยืนและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความต้องการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ภายใต้การสนับสนุนจากองค์กรในชุมชนและการมีส่วนร่วมของครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุโดยพึ่งพาบุคลากรสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุในระยะยาว การประสานเครือข่ายขององค์กรที่เกี่ยวข้องและการทำงานร่วมกันในรูปแบบองค์กรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ยั่งยืนนี้ไม่เพียงช่วยลดภาระต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข แต่ยังเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในชุมชน พร้อมทั้งสามารถเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาโยบายสาธารณะในระดับชาติที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. ศึกษากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองประทุม ตำบลลุมพลี อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. ศึกษาปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองประทุม ตำบลลุมพลี อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองประทุม

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR⁽⁷⁾) ดำเนินการในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพตำบลลุมพลี ชุมชนบ้านหนองประทุม ตำบลลุมพลี อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีกลุ่มผู้เข้าร่วม ได้แก่ ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองประทุม ผู้นำชมรมและคณะกรรมการผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มผู้เข้าร่วมถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกผู้ที่มีบทบาทสำคัญและความเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 119 คน

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บด้วยแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน คือ paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้พัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา โดยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนการนำไปใช้จริง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

1. แบบคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีจำนวน 10 ข้อ โดยมีการแปลผลของคะแนนดังนี้⁽⁸⁾

คะแนน ADL 0 - 4 แปลผล กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา

คะแนน ADL 5 - 11 แปลผล กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ต้องมีผู้ช่วยบางเวลา อาจมีข้อจำกัดไม่สามารถออกจากบ้านหรือด้านร่างกายหรือจิตใจ

คะแนน ADL 12 - 20 แปลผล ผู้สูงอายุติดสังคม ไม่พึ่งพิง ช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถออกจากบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้

2. แบบสัมภาษณ์

(1) แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ เป็นคำถามตอบใช่/ไม่ใช่

(2) แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ แบบกึ่งโครงสร้าง เน้นการสนทนากลุ่มและการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประเด็นคำถามครอบคลุม 1) สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน 2) ปัจจัยคุกคามสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 3) ปัญหาความปลอดภัย เช่น การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุในชุมชน ซึ่งคำถามออกแบบจากการลงพื้นที่สำรวจข้อมูลและพูดคุยกับชุมชนและศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. การสนทนากลุ่ม ดำเนินการร่วมกับผู้สูงอายุ คณะกรรมการชมรมสุขภาพ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางหรือกิจกรรมในการดูแลสุขภาพ

การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้ระหว่างการจัดกิจกรรมในชุมชน ตรวจสอบพฤติกรรม การตอบสนองและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชน

แบบสำรวจความคิดเห็น ใช้เก็บข้อมูล ความพึงพอใจ ความต้องการรูปแบบ การประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพ

แบบบันทึกภาคสนาม บันทึกข้อมูลจากการลงพื้นที่ คือ การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ได้รับการประเมินความเหมาะสมโดยจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา วิเคราะห์ค่าความตรงตามของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.83 - 1 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ 5 ตำบลลุมพินี อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90, 0.92 ตามลำดับ ข้อมูลเชิงคุณภาพในส่วน of แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม พัฒนาเครื่องมือโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงโดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา เครื่องมือทั้งหมดถูกออกแบบเพื่อสะท้อนข้อมูลที่ครอบคลุมและเหมาะสมต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการลงพื้นที่สำรวจและพูดคุยกับชุมชน เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากข้อมูลที่ได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่โครงการวิจัย 109/2566 ผ่านการอนุมัติวันที่ 27 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้แบ่งผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1. กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพชุมชน 2. สถานการณ์หรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน 3. รูปแบบส่งเสริมสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพชุมชน ดำเนินการ 4 ระยะ สรุปได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผนและพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพชุมชน (Planning and Health Promotion Policy Development) มีกลไกสำคัญที่เป็นหัวใจในการดำเนินการ คือ การสนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างสร้างสรรค์ มีขั้นตอนในการดำเนินการตามลำดับเป็น 6 ขั้นตอนย่อย คือ การเตรียมชุมชน การวิเคราะห์สภาวะชุมชน การกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพชุมชน การสร้างแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำและการวางแผนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ โดยการเก็บข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การประชุมกลุ่ม เครื่องมือใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจสภาพแวดล้อมวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสกัดข้อมูลจากสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลที่เก็บจากแบบสอบถาม เช่น การใช้สถิติพื้นฐานเพื่อสรุปข้อมูลในลักษณะเชิงปริมาณ การสะท้อนคิด

ระยะที่ 2 การดำเนินการ (Action Period) การนำศักยภาพและการสร้างสัมพันธภาพของเครือข่ายในชุมชนองค์กรต่างๆ ในพื้นที่เป็นผู้ร่วมดำเนินการ และดำเนินการตามแผนที่ได้กำหนดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการเก็บข้อมูลใช้เครื่องมือ การสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม การสำรวจ และการสังเกตเพื่อประเมินผลการดำเนินงานและความร่วมมือในชุมชน ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้สถิติเพื่อสรุปผล และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ การจัดหมวดหมู่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินงาน และการประเมินผลกระทบจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรในพื้นที่

ระยะที่ 3 การกำกับติดตามกระบวนการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ (Monitoring) ใช้การสะท้อนคิดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นกลุ่มที่ดำเนินการวางแผนและพัฒนานโยบายการส่งเสริมสุขภาพชุมชน และนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ระยะนี้

มีขั้นตอนในการดำเนินการตามลำดับเป็น 4 ขั้นตอนย่อย คือ การประเมินผลการดำเนินการเบื้องต้น การถอดบทเรียนความสำเร็จ อุปสรรคในการดำเนินการเป็นระยะการคืนข้อมูลให้กับชุมชนและการปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมจากการมีส่วนร่วมในการพิจารณาของผู้เกี่ยวข้อง การเก็บข้อมูลทำโดย การสัมภาษณ์เชิงลึกการประชุมกลุ่ม การสำรวจ และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการทั้งผู้ดำเนินการวางแผนและพัฒนานโยบาย การสะท้อนความสำเร็จ อุปสรรค และความคืบหน้าของการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้สถิติเพื่อหาค่าเฉลี่ยและการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการ และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยการถอดบทเรียน การจัดหมวดหมู่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม เพื่อสะท้อนการปรับปรุงและปรับกระบวนการพัฒนาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ระยะที่ 4 การประเมินผล (Evaluation) สรุปรายงานโครงการทั้งหมด และจัดทำรายงานสรุปประเมินผลเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการที่กำหนด ครอบคลุมการรายงาน สรุปการนำกระบวนการมีส่วนร่วมไปสู่การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจจากผู้เข้าร่วม การสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นเชิงลึกเกี่ยวกับผลกระทบและประสิทธิภาพของโครงการ การสังเกตการณ์เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อสรุปข้อมูลจากแบบสอบถามและการสำรวจความพึงพอใจ และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหาจากสัมภาษณ์และการสังเกตการณ์เพื่อหาความสำเร็จ ปัญหาที่พบและแนวทางในการปรับปรุงต่อไป

จากการคืนข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽⁹⁾ ได้ข้อมูลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มวัย สถานการณ์หรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และสรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

2. สถานการณ์หรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มก่อนและหลังการได้รับการฟื้นฟู พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมมีคะแนนเฉลี่ย ADL ก่อนการฟื้นฟูเท่ากับ 18.63 (S.D. = 1.50) และหลังการฟื้นฟูเพิ่มขึ้นเป็น 19.55 (S.D. = 1.10) ค่าทางสถิติ $t = -2.45, p = 0.017$ แสดงว่าการฟื้นฟูมีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน มีคะแนนเฉลี่ย ADL ก่อนการฟื้นฟู

เท่ากับ 9.43 (S.D. = 1.60) และหลังการฟื้นฟูเพิ่มขึ้นเป็น 12.21 (S.D. = 1.90) ค่าทางสถิติ $t = -3.96, p = 0.001$ แสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง มีคะแนนเฉลี่ย ADL ก่อนการฟื้นฟูเท่ากับ 3.00 (S.D. = 1.00) และหลังการฟื้นฟูเพิ่มขึ้นเป็น 5.67 (S.D. = 1.15) ค่าทางสถิติ $t = -6.20, p = 0.000$ แสดงว่าการฟื้นฟูมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงมาก ($p < 0.001$) จากตารางที่ 1 พบว่าหลังการฟื้นฟูผู้สูงอายุในทุกช่วงวัยมีคะแนน ADL หลังการฟื้นฟูสูงกว่าก่อนการฟื้นฟู โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง ซึ่งมีผลต่างเฉลี่ยมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) แยกตามกลุ่มก่อน และหลังการฟื้นฟู (n = 119)

กลุ่มผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)				
			ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ส่วนเบี่ยงเบน ของผลต่าง (S.D.D)	t	p-value (2-tailed)
กลุ่มติดสังคม	102	85.71					
ก่อนการฟื้นฟู			18.63	1.50	0.65	-2.45	0.017*
หลังการฟื้นฟู			19.55	1.10			
กลุ่มติดบ้าน	14	11.76					
ก่อนการฟื้นฟู			9.43	1.60	0.75	-3.96	0.001*
หลังการฟื้นฟู			12.21	1.90			
กลุ่มติดเตียง	3	2.25					
ก่อนการฟื้นฟู			3.00	1.00	1.10	-6.20	0.000*
หลังการฟื้นฟู			5.67	1.15			

หมายเหตุ: ($p < 0.05$), ($p < 0.01$) แสดงนัยสำคัญทางสถิติ

สถานการณ์หรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน แสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า มีเพียง ร้อยละ 48.74 ที่เลือกบริโภคอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ ขณะที่ร้อยละ 31.09 ของผู้สูงอายุทำกิจกรรมออกกำลังกายได้สม่ำเสมอที่สุด

สำหรับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพอนามัย มีการปฏิบัติที่ดีถึงร้อยละ 62.18 ส่วนการเตรียมความพร้อมด้านสังคมและจิตใจทำได้สูงถึงร้อยละ 74.79 ซึ่งบ่งชี้ถึงการมีสังคมและจิตใจที่แข็งแรงในสังคมผู้สูงอายุ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานการณ์หรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยแบ่งเป็น 12 ข้อย่อยดังนี้ (n = 119)

ลำดับ	สถานการณ์หรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ปฏิบัติได้		ปฏิบัติไม่ได้	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ 1) รับประทานอาหารที่สะอาดครบทุกมื้อ 2) รับประทานอาหารที่สะอาด และครบตามหลักอาหาร 5 หมู่ 3) รับประทานอาหารที่สะอาด ครบ และได้สัดส่วนตามหลักอาหาร 5 หมู่ และรู้จักรับประทานอาหารที่เหมาะสมในยามเจ็บป่วย	58	48.74	61	51.26
2	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมกับวัย 1) ต้องการกำหนดให้ตนเองได้ออกกำลังกาย 2) ได้ออกกำลังกายบ้างในรอบระยะเวลา 1 เดือน 3) ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองได้ 1 ครั้ง/สัปดาห์	37	31.09	82	68.91
3	การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพอนามัย 1) การดูแลสุขภาพโดยการตรวจสุขภาพประจำปี 2) การหาความรู้เรื่องการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในบ้าน การหาความรู้เรื่องดูแลสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในวัยตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	74	62.18	45	37.82
4	การเตรียมความพร้อมด้านสังคมและจิตใจ 1) การฝึกจิตและอารมณ์ของตน 2) การเรียนรู้และปรับตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิต การช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3) สัมพันธภาพภายในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง	89	74.79	30	25.21

ปัญหาสิ่งคุกคามทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน ด้านสิ่งคุกคามทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.71 ระบุว่าชุมชนมีแหล่งน้ำที่สะอาด ปลอดภัยและเพียงพอ มีการจัดการขยะมูลฝอยอย่างเหมาะสมที่ไม่ทำให้เกิดเชื้อโรค ไม่มีโรงงานอุตสาหกรรมหรือโรงงานที่อาจมีการปล่อยมลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพชุมชน มีจำนวนผู้สูงอายุที่ระบุว่า

ไม่เหมาะสมเพียง ร้อยละ 14.29 ด้านปัญหาความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตในชุมชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.15 ระบุว่าชุมชนไม่มีความปลอดภัย มีการเกิดเหตุขโมยบ่อยๆ มีปัญหาเรื่องการเสพยาเสพติด และพื้นที่ผิวนนและการจราจรในชุมชนไม่มีความปลอดภัย มีเพียงร้อยละ 21.85 ที่ระบุว่าเหมาะสม ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงปัญหาหรือสิ่งคุกคามทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยแบ่งเป็น 6 ข้อย่อย (n = 119)

ลำดับ	หัวข้อ	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	สิ่งคุกคามทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน 1) มีแหล่งน้ำในการอุปโภค บริโภคมีความสะอาดปลอดภัยและเพียงพอ 2) มีการจัดการขยะมูลฝอยอย่างเหมาะสมที่ไม่ทำให้เกิดเชื้อโรคในชุมชน 3) ไม่มีโรงงานอุตสาหกรรมหรือโรงงานที่อาจมีการปล่อยมลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพชุมชน	102	85.71	17	14.29
2	ปัญหาความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตในชุมชน 1) ชุมชนไม่ปลอดภัยมีการเกิดเหตุขโมยบ่อย ๆ 2) มีปัญหาเรื่องการเสพยาเสพติดในชุมชน 3) พื้นที่ถนนและการจราจรในชุมชนไม่มีความปลอดภัย	26	21.85	93	78.15

จากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และได้ค้นข้อมูลเพื่อหาข้อสรุป จึงได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองประทุม ดังนี้

3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากกระบวนการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 กิจกรรมตามรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

แนวทางในการส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ	
1. ให้ความรู้และสร้างความตระหนัก	1) ให้ข้อมูลเรื่องโภชนาการ: ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสารอาหารที่สำคัญ เช่น โปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 2) จัดการอบรมหรือสัมมนาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ
2. ปรับเมนูอาหารให้เหมาะสม	1) เมนูหลากหลาย: จัดเมนูที่หลากหลายและมีสารอาหารครบถ้วน 2) ลดโซเดียมและน้ำตาล: ลดปริมาณโซเดียมและน้ำตาลในอาหารเพื่อลดความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพิ่มไฟเบอร์: เพิ่มผักผลไม้ และธัญพืชที่มีไฟเบอร์สูง เพื่อช่วยในการขับถ่ายและลดความเสี่ยงของโรคหัวใจ
3. ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย	อาหารย่อยง่าย: เลือกอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ซุป หรืออาหารที่ปรุงนิ่ม ควรปรับความหนืดของอาหารให้เหมาะสม
4. สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน	การรับประทานอาหารร่วมกัน: ส่งเสริมการรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน
5. การให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ	นักโภชนาการ: ให้ผู้สูงอายุได้รับคำปรึกษาจากนักโภชนาการเพื่อปรับปรุงการรับประทานอาหาร

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (ต่อ)

แนวทางในการส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 6. การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน | 1) การสนับสนุนจากครอบครัว: สนับสนุนและช่วยเหลือในการเตรียมอาหารเพื่อสุขภาพ
2) กิจกรรมชุมชน: จัดกิจกรรมหรือโปรแกรมในชุมชนที่เน้นการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น การทำอาหารร่วมกัน หรือการจัดตลาดนัดสินค้าเกษตร |
|-----------------------------------|--|

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

แนวทางในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

- | | |
|--|--|
| 1. การให้ความรู้และข้อมูล | 1) จัดกิจกรรมอบรมเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ |
| 2. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย | 1) จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน
2) จัดหาสถานที่ออกกำลังกายที่ปลอดภัยและสะดวกสบาย |
| 3. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน | 1) ส่งเสริมการเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกายเพื่อสร้างความสัมพันธ์
2) สนับสนุนการออกกำลังกายร่วมกับครอบครัว |
| 4. การสร้างแรงจูงใจ | 1) จัดกิจกรรมประกวดหรือการแข่งขัน
2) มอบรางวัลหรือการยกย่องสำหรับผู้ที่มีความพยายามในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง |
| 5. การปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามความสามารถและความสนใจ | 1) ปรับระดับความเข้มข้นของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล
2) เลือกกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและเพลิดเพลิน
<u>โดยรูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่สามารถนำไปใช้ได้แก่</u>
1. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็ว การปั่นจักรยาน, ว่ายน้ำ, การเดินรำเบา ๆ
2. การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ เช่น การยกน้ำหนักเบา, การใช้ยางยืด
3. การออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่น เช่น การยืดกล้ามเนื้อ, โยคะ, ไทเก็ก, การออกกำลังกายเพื่อการทรงตัว: การเดินสลับซ้ายขวา, การฝึกท่าทางต่าง ๆ ที่ช่วยเสริมสร้างการทรงตัว |

กิจกรรมที่ 3 การดูแลตนเองด้านจิตใจและสังคม

แนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านจิตใจและสังคมในผู้สูงอายุ

- | | |
|---------------------|--|
| 1. การดูแลด้านจิตใจ | 1) การจัดการความเครียด การฝึกสมาธิและการผ่อนคลาย การฝึกโยคะ การนั่งสมาธิ หรือ การหายใจลึก ๆ สามารถช่วยลดความเครียดและเพิ่มความผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่ชอบ การทำกิจกรรมที่สร้างความสุข เช่น การอ่านหนังสือ การวาดรูป หรือการทำสวน |
|---------------------|--|

กิจกรรมที่ 3 การดูแลตนเองด้านจิตใจและสังคม (ต่อ)

แนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านจิตใจและสังคมในผู้สูงอายุ

- | | |
|---------------------|--|
| 2. การดูแลด้านสังคม | <p>2) การเสริมสร้างสุขภาพจิต การคิดบวก การพัฒนาทัศนคติเชิงบวกและการมองโลกในแง่ดี การกระตุ้นสมอง การเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ เช่น การเล่นเกมดนตรี การเรียนรู้ภาษาใหม่ หรือการทำงานศิลปะ การเล่นเกมฝึกสมอง การเล่นเกมปริศนา คำศัพท์หรือการเล่นหมากรุก</p> <p>1) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การรักษาความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน การสื่อสารและการพบปะกับครอบครัวและเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น การเข้าร่วมกลุ่มสนทนา การทำงานอาสาสมัคร หรือการร่วมกิจกรรมสันถนาการ</p> <p>2) การมีส่วนร่วมในชุมชน การเข้าร่วมกลุ่มผู้สูงอายุ: การเข้าร่วมกลุ่มที่มีผู้สูงอายุเป็นสมาชิกเพื่อสร้างความสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเป็นอาสาสมัคร การทำงานอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นและชุมชน</p> <p>3) การส่งเสริมความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่า การมีบทบาทในครอบครัว การมีส่วนร่วมในการดูแลหลานหรือการช่วยเหลืองานบ้าน การทำงานที่เป็นประโยชน์หรือกิจกรรมที่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นหรือสร้างประโยชน์ให้กับชุมชน</p> |
|---------------------|--|

กิจกรรมที่ 4 การบูรณาการในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

แนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

- | | |
|--|--|
| 1. การบูรณาการในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม | <p>1) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยการเดินเร็วเป็นเวลา 30 นาทีต่อวัน ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังสมอง การเดินรำ การเดินรำไม่เพียงแต่ช่วยเรื่องร่างกาย แต่ยังช่วยกระตุ้นสมอง ด้วยการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ การยกน้ำหนักเบา การฝึกด้วยน้ำหนักเบา ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกความยืดหยุ่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย ช่วยให้กล้ามเนื้อและข้อต่อทำงานได้ดีขึ้น</p> <p>2) การฝึกสมอง กิจกรรมที่กระตุ้นการคิด การเล่นเกมปริศนา หรือเกมการ์ดที่ต้องใช้การวางแผนและความจำ การอ่านหนังสือและเขียนบันทึก การอ่านช่วยกระตุ้นการคิดวิเคราะห์ ส่วนการเขียนบันทึกช่วยเสริมสร้างความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ การเรียนรู้ภาษาใหม่ หรือการฝึกใช้ภาษาเดิมที่ไม่ได้ใช้บ่อย การฝึกเล่นเครื่องดนตรีช่วยกระตุ้นสมองหลายส่วนให้ทำงานร่วมกัน</p> <p>1) การดูแลสุขภาพจิต การฝึกสมาธิและการผ่อนคลาย การนั่งสมาธิและการหายใจลึก ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความผ่อนคลาย การทำโยคะหรือไทเก็กช่วยผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ พร้อมกับเพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย การทำกิจกรรมที่สร้างความสุข การทำสวน การดูแลพืชและดอกไม้ช่วยสร้างความสุขและความผ่อนคลาย การวาดรูปและทำงานศิลปะ ช่วยกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และลดความเครียด</p> |
|--|--|

จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพข้างต้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนควรมีบทบาทในการให้การดูแลสุขภาพและจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนกิจกรรมชุมชน เช่น การสร้างกลุ่มออกกำลังกายและการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีบทบาทในการจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน การทำงานร่วมกันของหน่วยงานเหล่านี้จะทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ เป็นการดำเนินการที่มีแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหาเป็นกลไกในการดำเนินการ มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้ การวิจัยนี้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีความจำเพาะกับบริบทของพื้นที่ และนำเสนอแนวทางในการส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของหลายท่าน เช่น ให้ความรู้และสร้างความตระหนักการให้ข้อมูลเรื่องโภชนาการและการจัดการอบรม/สัมมนาช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยวิธีการนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Matsuyama et al.⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การให้ความรู้ด้านโภชนาการสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุ การปรับเมนูอาหารให้เหมาะสม การจัดเมนูอาหารที่หลากหลาย ลดโซเดียมและน้ำตาล เพิ่มไฟเบอร์ช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Drewnowski et al.⁽¹¹⁾ ที่แนะนำการปรับเมนูอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การเลือกอาหารที่ง่ายและปรับความหนืดของอาหารช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการกลืนสามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น งานวิจัยของ Cichero et al.⁽¹²⁾ ยังเน้นความสำคัญของการปรับอาหารเพื่อความปลอดภัยและสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ การสร้าง

บรรยากาศที่ดีและส่งเสริมการรับประทานอาหารร่วมกันช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการรับประทานอาหาร การศึกษาของ Wansink et al.⁽¹³⁾ พบว่าการสร้างบรรยากาศที่ดีสามารถเพิ่มความพึงพอใจและการรับประทานอาหารได้ดีขึ้น การให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ การให้คำปรึกษาจากนักโภชนาการช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและคำแนะนำที่เหมาะสม กิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองปรือซึ่งผลจากการดำเนินกิจกรรมพบว่ามีความสำเร็จในบางด้านและไม่สำเร็จในบางด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Schutzer et al.⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การให้ความรู้และข้อมูลสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเริ่มต้นและคงการออกกำลังกายได้ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในชุมชนและการจัดหาสถานที่ออกกำลังกายที่ปลอดภัยและสะดวกสบายช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการออกกำลังกายมากขึ้น งานวิจัยของ King et al.⁽¹⁵⁾ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการมีสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการออกกำลังกายสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมการเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกายเพื่อสร้างความสัมพันธ์และการสนับสนุนการออกกำลังกายร่วมกับครอบครัว ช่วยสร้างแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการออกกำลังกาย งานวิจัยของ Wilcox et al.⁽¹⁶⁾ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มระดับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การสร้างแรงจูงใจ การจัดกิจกรรมประกวดหรือการแข่งขันและการมอบรางวัลหรือการยกย่องสำหรับผู้ที่มีความพยายามในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ช่วยสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย งานวิจัยของ Deci et al.⁽¹⁷⁾ เน้นถึงความสำคัญของการสร้างแรงจูงใจภายในในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความมุ่งมั่นในการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามความสามารถและความสนใจ การปรับระดับความเข้มข้นของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและการเลือกกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและเพลิดเพลินช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องและสนุกสนาน งานวิจัยของ Nelson et al.⁽¹⁸⁾ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายที่ปรับให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจ สามารถเพิ่ม

การมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายได้ การส่งเสริมการดูแลตนเองด้านจิตใจและสังคมในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดี โดยมีการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายซึ่งสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Carlson et al.⁽¹⁹⁾ พบว่าการฝึกสมาธิสามารถลดความเครียดและเพิ่มความ เป็นอยู่ที่ดีในผู้สูงอายุได้ การทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น การอ่านหนังสือ การวาดรูป หรือการทำสวน ช่วยเพิ่มความสุขและลดความเครียด งานวิจัยของ Pressman et al.⁽²⁰⁾ แสดงให้เห็นว่าการทำกิจกรรมที่ชอบสามารถเพิ่มความสุขและสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ การเสริมสร้างสุขภาพจิต การคิดบวกและการพัฒนาทัศนคติเชิงบวกช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น งานวิจัยของ Cohen⁽²¹⁾ แสดงให้เห็นว่าการมีความสัมพันธ์ที่ดีสามารถเพิ่มสุขภาพจิตและลดความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุได้ การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มสนทนา การทำงานอาสาสมัคร หรือการร่วมกิจกรรมสันทนาการช่วยเพิ่มความสุขและความรู้สึกมีคุณค่า งานวิจัยของ Brown et al.⁽²²⁾ พบว่าการเป็นอาสาสมัครสามารถเพิ่มความสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า การมีบทบาทในครอบครัว เช่น การมีส่วนร่วมในการดูแลหลานหรือการช่วยเหลืองานบ้านช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าและความสุข งานวิจัยของ Fokkema et al.⁽²³⁾ แสดงให้เห็นว่าการมีบทบาทในครอบครัวสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าและสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ การทำงานที่เป็นประโยชน์ช่วยเพิ่มความสุขและความรู้สึกมีคุณค่า การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการบูรณาการหลายด้านเข้าด้วยกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีอยู่ ดังนี้ การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การเดินเร็วเป็นเวลา 30 นาทีต่อวันช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังสมอง งานวิจัยของ Erickson et al.⁽²⁴⁾ พบว่าการเดินเร็วสามารถเพิ่มขนาดของฮิปโปแคมปัสซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจำในผู้สูงอายุ การเดินเร็วไม่เพียงแต่ช่วยเรื่องร่างกายแต่ยังช่วยกระตุ้นสมองด้วย งานวิจัยของ Stine-Morrow et al.⁽²⁵⁾ พบว่าการอ่านและเขียนบันทึกช่วยเพิ่มการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ

การเรียนรู้สิ่งใหม่ การเรียนรู้ภาษาใหม่หรือการฝึกใช้ภาษาเดิมที่ไม่ได้ใช้บ่อย ช่วยกระตุ้นสมองและเพิ่มความสามารถในการคิดวิเคราะห์ งานวิจัยของ Hanna-Pladdy et al.⁽²⁶⁾ พบว่าการฝึกเล่นเครื่องดนตรีสามารถปรับปรุงการทำงานของสมองและความจำในผู้สูงอายุได้

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4 กิจกรรมที่ได้ จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และเน้นการพัฒนาพื้นที่ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงต่อไป

2. สามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองประทุม ตำบลลุมพดี อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมเป็นต้นแบบไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพื้นที่อื่น หรือในช่วงวัยอื่น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

ควรทำการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับประสิทธิผลที่เกิดขึ้น จากการนำต้นแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองประทุม ตำบลลุมพดี อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ไปใช้ และค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำต้นแบบในการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมไปใช้ และควรศึกษาทั้งตำบล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนภายใต้เงินสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนของหน่วยจัดการระดับจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดย ผศ.ดร. พัฒนาพรหมณี หัวหน้าหน่วยจัดการระดับจังหวัด ทำงานร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) สร้างเสริมสุขภาพขนาดเล็ก ประจำปี 2566 ประเด็น “สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” ผู้วิจัยขอขอบคุณประชาชนหมู่บ้านหนองประทุม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลุมพดี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลลุมพดี องค์การบริหารส่วนตำบลลุมพดี คณาจารย์ดำเนินกิจกรรม สสส. ประจำปี 2566 ที่ช่วยสนับสนุนให้การวิจัยในครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Provincial Administration. Elderly population statistics [Internet]. Bangkok: Department of Provincial Administration; 2022 [cited 2023 Sep 2]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/StatMIS/#/ReportStat/1> (in Thai)
2. Department of Older Persons. Situation of the Thai older persons 2020 [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2020 [cited 2023 Oct 1]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1635826412-975_0.pdf (in Thai)
3. Ministry of Public Health (TH). Health Data Center (HDC) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; [cited 2023 Oct 24]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/> (in Thai)
4. Smith J, Brown K, Taylor M. Community health promotion for older adults: The impact of participation. *Health Aging J*. 2015;22(3):145-60.
5. Nilayawech S. Development of an elderly network for community-based healthcare. *Thai Public Health J*. 2019;27(1):112-25. (in Thai)
6. Jones L, Williams R, Carter D. Participatory action research in senior fitness programs: Enhancing engagement and outcomes. *J Active Aging*. 2018;30(2):55-72.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. Melbourne: Deakin University Press; 1988.
8. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
9. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1987.
10. Matsuyama R, Kawamura Y, Aoyama M, Hayashi K, Nakamura T, Kato H. Nutritional knowledge and dietary behavior among older adults: a review. *J Aging Health*; 2020.
11. Drewnowski A, Speirs CE, Miller CJ. The role of diet quality in achieving nutrient adequacy in older adults. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2016;35(2):97-116.
12. Cichero JAY, Lam P, Brodsky GG, Steele K, Hanson J, Parke SJ. Adjusting food textures: the importance of understanding dysphagia. *Dysphagia*. 2013;28(2):156-68.
13. Wansink B, van Ittersum K, Pennings JME. The influence of ambience on food intake and satisfaction in elderly nutrition programs. *Appetite*. 2007;49(1):139-45.
14. Schutzer KA, Graves BS. Barriers and motivations to exercise in older adults. *Prev Med* 2004;39(5):1056-61.
15. King AC, Rejeski WJ, Buchner DM. Physical activity interventions targeting older adults. *Am J Prev Med*. 2000;19(2):74-83.
16. Wilcox S, King AC, Brassington RR, Ahn WL. Social support for physical activity in older adults: importance of social interactions with friends and family. *Health Psychol*. 2000;19(5):464-74.
17. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000;55(1):68-78.
18. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge VJ, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39(8):1435-45.
19. Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med*. 2003;65(4):571-81.

20. Pressman SD, Cohen J, Hollis MD, Dubois LH. Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosom Med.* 2009;71(7):725-32.
21. Cohen S. Social relationships and health. *Am Psychol.* 2004;59(8):676-84.
22. Brown SL, Nesse RC, Vinokur AD, Smith DM. Providing social support may be more beneficial than receiving it: results from a prospective study of mortality. *Psychol Sci.* 2003;14(4):320-7.
23. Fokkema T, van Tilburg HW, de Jong-Gierveld HS. The relationship between contact with grandchildren and depressive symptoms in older adults in the Netherlands. *Ageing Soc.* 2008;28(3):325-43.
24. Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Basak A, Szabo A, Chaddock L, et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2011;108(7):3017–22.
25. Stine-Morrow EA, Roenker MR, Morrow CA, Hawkins RM. The effects of an engaged lifestyle on cognitive vitality: a field experiment. *Psychol Aging.* 2008;23(4):778-86.
26. Hanna-Pladdy B, Mackay A. The relation between instrumental musical activity and cognitive aging. *Neuropsychology.* 2011;25(3):378-86.