

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน
The Effectiveness of a Health Promotion Program on Daily Living Activities among Elderly with Homebound Condition

นิรัชรา ลิลละฮ์กุล^{1*}, เจษฎากอร์ โนอินทร์², สัญญา ยีอราน³, สัตตมาส ลรรพรัตน์¹
 และ นวลพรรณ ทองคุปต์¹

Niratchara Lillahkul^{1*}, Jetsadakorn Noin², Sanya Yueran³, Sattamat Lappharat¹
 and Nualpan Thongkoop¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา^{1*}, มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก²
 และ เทศบาลนครยะลา³

Sirindhorn College of Public Health, Yala^{1*}, Pibulsongkran Pajabhat University, Phisanulok²,
 Yala City Municipality³

(Received: June 26, 2021; Revised: August 18, 2021; Accepted: September 20, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังจัดโปรแกรม และวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน จำนวน 30 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลองและ หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน และ 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า

คะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที 1 เดือน และระยะติดตาม 2 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าคะแนนการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

ดังนั้น โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น จึงควรสนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และสามารถประกอบกิจวัตร และช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม, การสร้างเสริมสุขภาพ, ภาวะติดบ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: lahnirajra@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-9619262)

Abstract

This one-group pre-post-test quasi-experimental with repeated measurements research aimed to study the effectiveness of a health promotion program on the ability to carry out daily tasks among 30 older adults with homebound conditions in a Muslim cultural context. Data were collected using the ability to carry out daily tasks or activities of daily living (ADL) assessment form before the experiment, and after receiving the program for a one-month, and then a 2-month period of time. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and repeated measures ANOVA.

The research results revealed that average score of ADL among elderly Thai Muslims with homebound condition before joining the program, immediately after joining the program, one month, and then two months later, were significantly different ($p < 0.05$) with an increased in mean scores.

Per findings, the health promotion program was effective to improve ADL. Therefore, the program should be implemented to promote homebound elderly to have good health, and are able to do routine tasks and better self-help.

Keywords: Elderly, Daily Activities, Health Promotion, Homebound Conditions, Muslim Cultural Context

บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันที่พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 15 ในปี 2557 และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2564 และ 2574 เป็นร้อยละ 20 และ 28 ตามลำดับ (National Statistical Office, 2018) การเพิ่มของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ที่สำคัญ เช่น ด้านภาคแรงงานจะมีสัดส่วนลดลง ส่งผลกระทบต่อการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจ (The Department of Elderly Affairs, 2019) ด้านการดูแล ผู้สูงอายุเหล่านี้จะกลายเป็นภาระที่เพิ่ม เนื่องจากพบว่าพบว่ามีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว แต่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง นอกจากนั้นยัง พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาศัยอยู่ตัวคนเดียวตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ส่งผลทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวไร้คุณค่า ว่าหาว่า ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ มีสุขภาพที่ดีทั้งในด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และเกิดภาระที่น้อยลง สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันภาวะทุพพลภาพ (Prevent Disability) และการส่งเสริมความเป็นอิสระ (Enhance Independence) (World Health Organization, 2017)

จากรายงานของผู้สูงอายุของประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564 พบว่า ประเทศไทย มีผู้สูงอายุจำนวน 11,627,160 ราย จากจำนวนประชากรทั้งหมด 66,186,727 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด โดยจังหวัดที่มีประชากรมากที่สุด 5 อันดับได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา เชียงใหม่ ขอนแก่น และอุบลราชธานี คิดเป็นร้อยละ 19.80, 17.98, 19.60, 18.16 และ 15.48 ต่อประชากรในจังหวัดนั้น ตามลำดับ (The Department of Elderly Affairs, 2019) สำหรับจังหวัดยะลาพบว่า ปี 2564 มีประชากรทั้งสิ้น 451,277 ราย และเป็นประชากรสูงอายุจำนวน 55,557 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.31 โดยในจำนวนผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถแบ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคม 50,533 ราย, ผู้สูงอายุติดบ้าน 901 ราย และ ผู้สูงอายุติดเตียง 287 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.9, 1.62 และ 0.52 ตามลำดับ (Ministry of Yala Public Health, 2021) ซึ่งผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มจะมีลักษณะ คือ กลุ่มติดสังคมสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือมีโรคเรื้อรังแต่สามารถ

ควบคุมได้ กลุ่มติดบ้าน คือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ส่วนติดเตียง คือ กลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและผู้อื่น (Department of Health Service Support, 2017)

จากการทบทวนโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในวัฒนธรรมของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่ามีโปรแกรมที่หลากหลาย และเป็นโปรแกรมที่เป็นบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่วนใหญ่จะดำเนินการในผู้สูงอายุที่ติดสังคม โดยจะมีกิจกรรมหรือกระบวนการของการดำเนินโปรแกรม เช่น การให้ความรู้การปฏิบัติในการออกกำลังกาย การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Phoawchit & Tiamtan, 2016) การผสมผสานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันกับการแพทย์แผนไทย (Sajjathram & Others, 2016) การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่าย หรือ ชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน เช่นด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการใช้ยาและการรักษา (Praman & Phattharakun, 2016) การส่งเสริมด้านอาชีพ การสร้างระบบการติดต่อประสานงาน (Songpak, Sinsupan & Isarankun Na Ayudhya, 2019) การมีส่วนร่วมของโรงเรียนผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัว โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสร้างเสริมด้านการจัดการความเครียด การเข้าวัด ฟังเทศน์ สนทนาธรรมะ และการเข้าร่วมกิจกรรมศาสนา (Kamnak & Phanloetphanit, 2016; Waichompu, Kraonual, Boontu & Maeng, 2020) เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่วนใหญ่จะคล้ายกัน เป็นโปรแกรมที่มีกิจกรรมสอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ แต่ไม่สอดคล้องกับวิถีของชาวไทยมุสลิมเท่าที่ควร ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนโปรแกรมของแต่ละพื้นที่ และจัดทำโปรแกรมสำหรับชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยมุสลิมที่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีเอกลักษณ์และมีความโดดเด่นแตกต่างจากจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศไทย ทั้งด้านภาษา ศาสนา วัฒนธรรมและการดำเนินชีวิต เป็นอยู่ วิถีชีวิต สังคม ประเพณีและวัฒนธรรมต่าง ๆ ตามหลักศาสนาอิสลาม มีความยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนา ดำเนินชีวิตภายใต้หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ (Yeerae, 2010) และผู้วิจัยเลือกกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่ติดบ้าน เนื่องจาก เป็นกลุ่มที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หากได้รับการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอาจส่งผลทำให้พัฒนาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมได้ และเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชาวไทยมุสลิม สามารถปฏิบัติได้ส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนต่อไป ในขณะที่เดียวกันโปรแกรมนี้จัดเป็นโปรแกรมที่เฉพาะรายกรณีในผู้สูงอายุแต่ละราย เนื่องจากความสามารถและข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละรายแตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องการศึกษาโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

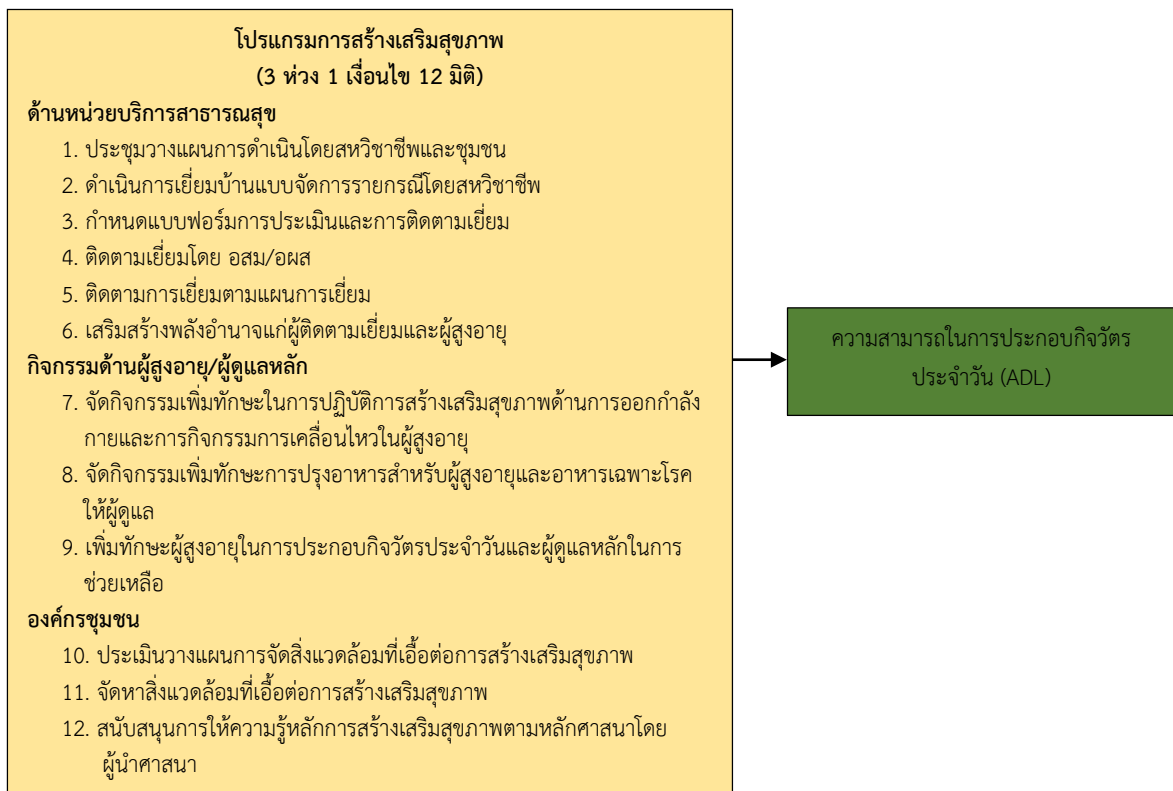
เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน ก่อนการเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ และหลังเข้าโปรแกรม 1 เดือน และ 2 เดือน

สมมุติฐานวิจัย

คะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน หลังการทดลอง 1 เดือน สูงกว่า ก่อนการทดลอง และ 2 เดือน สูงกว่า ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง 1 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย 3 ช่วง 1 เดือน (12 มิติ) หมายถึงโปรแกรมที่เกิดจากความห่วงใยจาก 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 คือทีมสุขภาพซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุข กลุ่มที่ 2 คือผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก กลุ่มที่ 3 คือ องค์กรชุมชน โดยมี 12 กิจกรรม โดยทุกกิจกรรมมีเดือน 12 คือ บูรณาการกับหลักการทางศาสนาอิสลาม คือ หลักปฏิบัติและหลักศรัทธา โปรแกรมนี้เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมและทำเวทีประชาคมในชุมชน พัฒนาแนวคิดการจัดการผู้ป่วยเป็นรายกรณีสู่การสร้างเสริมสุขภาพแบบรายกรณี เพื่อให้สามารถจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ลักษณะการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแบบสหวิชาชีพ โดยทุกกิจกรรมบูรณาการกับหลักการของศาสนาอิสลาม ซึ่งประกอบด้วยหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ระยะนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังจัดโปรแกรมแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures)

พื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงในการศึกษาวิจัย คือ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่ได้รับการประเมิน ADL อยู่ในระดับ 5-11 คะแนน
2. พูด และสื่อสารทางภาษาพูดได้ ทั้งภาษาไทย หรือภาษามลายูท้องถิ่น หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง
3. สามารถเข้าร่วมในการทดลองอย่างต่อเนื่อง
4. มีผู้ดูแลหลักอยู่ร่วมดูแลและช่วยเหลือในการทดลองอย่างต่อเนื่อง

5. อยู่ในพื้นที่วิจัยและสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มทดลอง (Exclusion criteria)

1. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการทดลอง
2. ป่วยด้วยโรคประจำตัวที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถร่วมการทดลองได้
3. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
4. ถอนตัวออกจากกรวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านอยู่ในเขต อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ที่ผ่านการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และมีระดับคะแนน อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน จำนวน 30 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) .5 (Cohen, 1977) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) .05 และค่า Power of test .8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็น 30 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติ (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่มที่รับผิดชอบ กลุ่มที่ 1 หน่วยบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประชุมวางแผนของทีมสหวิชาชีพ และชุมชน 2) ดำเนินการเยี่ยมบ้านแบบจัดการรายกรณีโดยสหวิชาชีพ 3) กำหนดแบบฟอร์มการประเมิน และการติดตามเยี่ยม 4) การติดตามเยี่ยมโดย อสม และ อพส 5) ติดตามการเยี่ยมตามแผนการเยี่ยม 6) เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ติดตามเยี่ยมและผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย 3 กิจกรรม 1) จัดกิจกรรมเพิ่มทักษะในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการกิจกรรมการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ 2) การสาธิตการปรุงอาหารและการจัดเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุและอาหารเฉพาะโรค 3) จัดกิจกรรมเพิ่มทักษะการปรุงอาหารสำหรับผู้สูงอายุและอาหารเฉพาะโรคให้ผู้ดูแล กลุ่มที่ 3 องค์กรชุมชน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม 1) ประเมินวางแผนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 2) จัดหาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 3) สนับสนุนการให้ความรู้หลักการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักศาสนา โดยผู้นำศาสนา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย เพศ และอายุ 2) แบบวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ซึ่งผู้วิจัยใช้ของกรมอนามัย (Department of Medical Services, 2014) มีจำนวน 10 ข้อ 20 คะแนน ประกอบด้วย 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) 2 คะแนน 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมง ที่ผ่านมา (Grooming) 1 คะแนน 3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) 3 คะแนน 4) ใช้ห้องน้ำ (Toilet use) 2 คะแนน 5) การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือบ้าน (Mobility) 3 คะแนน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) 2 คะแนน 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) 2 คะแนน 8) การอาบน้ำ (Bathing) 1 คะแนน 9) การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) 2 คะแนน 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) 2 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวม คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน นักกายภาพบำบัด และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย นำมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.67 –1.00 สำหรับแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 จากงานวิจัยของ Suwan, Sae-Sia & Songwattana (2017)

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอราษีไศลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.2 ดำเนินการประชุม/วางแผนกับผู้เยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักกายภาพ นักโภชนากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำองค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1.3 ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำรายชื่อผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน มาจัดเรียงและทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากให้ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการแก่ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมจัดโปรแกรมการดำเนินงานตามโปรแกรม การเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลและการประเมินผลแก่กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยประเมินผลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนเริ่มจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

หน่วยบริการสาธารณสุข

2.1 ประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินการ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมวิจัย ตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 ดำเนินการเยี่ยมบ้าน โดยใช้หลักการเยี่ยมบ้านแบบรายกรณี 1 ครั้ง/ราย โดยทีมสหวิชาชีพ โดยจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามรายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ลักษณะกิจกรรมการออกกำลังกาย หรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว ระยะเวลา จำนวนครั้ง โดยนักกายภาพบำบัด และบูรณาการกับการกล่าวซิกนอลลอย์ในขณะที่มีกิจกรรม ด้านการรับประทานอาหาร ประเภทอาหารที่แนะนำให้รับประทาน พร้อมทั้งให้ความรู้และวิธีการปรุงอาหารจัดเมนูอาหารใน 1 สัปดาห์ที่สอดคล้องกับวิถีการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ดูแล ซึ่งเป็นอาหารที่ฮาลาลโดยนักโภชนากร ด้านการจัดการอารมณ์ ประกอบด้วย การละหมาดในกรณีที่มีข้อจำกัด เช่น การนอนละหมาดโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้นำศาสนา

2.3 จัดทำแบบฟอร์มหลังการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการสร้างเสริมสร้างสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกายตามการกำหนดของนักกายภาพ การรับประทานอาหาร และการจัดการอารมณ์ การละหมาด การอ่านซิกนอลลอย์

2.4 เยี่ยมติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามที่กำหนด โดยเยี่ยมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งจัดบันทึก กระตุ้น/ติดตาม เสริมพลังแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล โดย อสมและ ผอศ

2.5 ประเมินผลการปฏิบัติตามโปรแกรม พร้อมทั้งช่วยเหลือ สนับสนุน กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ

2.6 เสริมพลังอำนาจแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล โดยการให้กำลังใจ ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร โดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้นำศาสนา

ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก

2.7 สอนทักษะแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายกรณี ในการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับสภาพกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยนักกายภาพบำบัด

2.8 เพิ่มทักษะการปรุงอาหารสำหรับผู้สูงอายุและอาหารเฉพาะโรค แก่ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างโดยนักโภชนาการ

2.9 เพิ่มทักษะเป็นรายกรณีแก่กลุ่มตัวอย่างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ

องค์กรชุมชน

2.10 ร่วมประเมินสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพกับองค์การบริหารส่วนตำบล วางแผนการช่วยในการจัดสิ่งแวดล้อมแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายกรณี

2.11 ดำเนินการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง และการสนับสนุนความช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนตำบลและสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2.12 ให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และ อสม/ผสอ ประกอบด้วย ความสำคัญของการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวตามหลักการศาสนา ประโยชน์และผลบุญของการดูแลช่วยเหลือตามหลักการศาสนา แก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลหลัก ทีมสุขภาพ โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้นำศาสนาที่เป็นที่ศรัทธาของชุมชน

3. ขั้นหลังการทดลอง

3.1 ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หลังจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านครบ 2 เดือน โดยวัดหลังจัดโปรแกรมเดือนที่ 1 และหลังจัดโปรแกรมเดือนที่ 2 จำนวน 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ในผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านในกลุ่มทดลอง และวัดซ้ำ ด้วยสถิติ Repeated Measurement One – Way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ทั้งนี้ก่อนที่ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังกล่าวผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงเป็นโค้งปกติโดยใช้การทดสอบด้วย Q-Q Plot of Mean พบว่า ข้อมูลอยู่ในแนวเส้นตรง ดังนั้นจึงมีการสรุปว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

2.2. ทดสอบความแปรปรวนของข้อมูลแต่ละครั้งมีลักษณะเป็น Compound Symmetry หรือไม่ โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity พบว่าความแปรปรวนของข้อมูลแต่ละครั้งเป็น Compound Symmetry ($p\text{-value} < .001$) ผู้วิจัยจึงเลือกอ่านผลด้วยวิธี Sphericity Assumed

จริยธรรมวิจัย

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 0124/61 รับรอง 19 กรกฎาคม 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านจำแนกตามข้อมูลส่วนตัว (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	50.00
หญิง	15	50.00
อายุ (ปี)		
60 – 69 ปี	7	23.33
70 – 79 ปี	7	23.33
80 – 89 ปี	12	40.00
90 ปี ขึ้นไป	4	13.33

M=79.60 ปี, SD=9.09 ปี, Min=60 ปี, Max=92 ปี

จากตาราง 1 ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 50 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 80 – 89 ปีคิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาช่วงอายุ 60- 69 ปี และ 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.33 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที (1 เดือน) และระยะติดตามผล (2 เดือน)

ตาราง 2 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันของ ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure One-Way ANOVA) (n = 30)

การเปรียบเทียบรายคู่	การประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)					
	ก่อนลงโปรแกรม		หลังลงโปรแกรม		Difference	P-value
	M	SD	M	SD		
ครั้งที่ 1 (ก่อน) – ครั้งที่ 2 (หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที)	9.40	1.98	11.06	2.33	-1.67	< 0.001
ครั้งที่ 2 – ครั้งที่ 3 (หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 2 เดือน)	11.06	2.33	14.26	2.50	-4.83	< 0.001
ครั้งที่ 1 – ครั้งที่ 3	9.40	1.98	14.26	2.50	-0.168	< 0.001

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง 1 กลุ่มวัดซ้ำ โดยใช้สถิติ Repeated Measurement One – Way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน (ADL) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที (1 เดือน) และระยะ

ติดตามผล (2 เดือน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ดังตาราง 2 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะติดบ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรม (3 ครั้ง) พบว่า มีความแตกต่างจำนวน 3 คู่ ได้แก่ ครั้งที่ 1 (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กับ ครั้งที่ 2 (หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน), ครั้งที่ 2 (หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน) กับ ครั้งที่ 3 (หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 เดือน) และ ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3 (หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ สรุปว่า คะแนนเฉลี่ยของการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะติดบ้านสูงขึ้น 9.40, 11.06 และ 14.26 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือคือ แบบวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) 1 เดือน และ 2 เดือน หลังจัดโปรแกรมให้แก่ ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน จำนวน 30 คน สรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพโดยทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < 0.05$)

ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านที่เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น อภิปรายได้ เมื่อผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน มีทักษะที่เพิ่มขึ้นในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการหน่วยบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพได้จัดโปรแกรมที่มีการประชุมวางแผน การเยี่ยมบ้านพร้อมการติดตามและการเสริมพลังอำนาจ โดยทีมสหวิชาชีพ และมีผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งผลให้ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดีขึ้น เนื่องจาก ทักษะความสามารถในตนเอง เป็นตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการสร้างวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ และการรู้ประโยชน์ส่งผลทำให้พฤติกรรมทางโภชนาการของผู้สูงอายุดีขึ้น (Jamileh Amirzadeh Iranagh, Hejar Abdul Rahman, & Seyedeh Ameneh Motalebi, 2016) และยังพบว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการแนะนำในการดูแลสุขภาพโดยผ่านผู้นำศาสนาซึ่งถือเป็นการสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่บูรณาการกับวิถีทางศาสนา ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และความสัมพันธ์ที่ดีภายในชุมชน เป็นปัจจัยความสำเร็จของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Panyaruno, Wijitwatcharak, Amsuk & Charoenjai, 2020)

นอกจากนั้นยังพบว่า การที่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ประเมินติดตามอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านมีกำลังใจ รับรู้ถึงความห่วงใย รู้สึกมีคุณค่าในขณะเดียวกัน เปรียบเสมือนการกระตุ้นให้ปฏิบัติและมีผู้กำกับกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมดีขึ้น เกิดความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นตลอดจนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Padmala, 2019) ดังนั้นการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยทีมสุขภาพที่มีคุณภาพ จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านมีคะแนนของการมีการเคลื่อนไหวภายในบ้านเพิ่มขึ้น อภิปรายได้ว่า จากโปรแกรมที่จัดให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน มีกิจกรรมการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางกาย อย่างต่อเนื่อง วันละ 15-30 นาที และมีการบูรณาการโดยขณะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวมีการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซิกรุลลอฮ์) ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อและร่างกายมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้มีพลังที่จะสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ช่วยทำให้การทรงตัวดีขึ้น มีความกระฉับกระเฉงว่องไวมากขึ้น กระดูกแข็งแรงขึ้น ประโยชน์ต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสมดุลการเคลื่อนไหวและกิจกรรม

ในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการออกกำลังกายนั้นเฉพาะเจาะจงกับผลลัพธ์นั้น (Loampan & Rachnavy, 2019) ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ส่งผลต่อสมรรถภาพทางกายและความคาดหวังความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัวของร่างกายส่วนบน และความอ่อนตัวของร่างกายส่วนล่างสูงขึ้น (การประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Areeruk, Rojpaisarnkit, & Wongprasit, 2015)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ทีมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล ควรนำแนวคิดการจัดการดูแลรายกรณี และการประเมินติดตามเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ลดภาระการดูแลระยะยาวขององค์กรภาครัฐและชุมชน เนื่องจากแนวโน้มสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น การส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ลดผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงได้

2. ทีมสุขภาพ ควรจัดอบรมญาติผู้ดูแล การจัดสวัสดิการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเช่น วัสดุอุปกรณ์ การจัดอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จัดอบรมสาธิตอาหาร การออกกำลังกาย ที่สอดคล้องกับหลักการศาสนา และกำหนดในแผนงานอย่างต่อเนื่อง

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม) โดยให้การสนับสนุนทรัพยากร และงบประมาณ อีกทั้ง ให้ชุมชน และผู้นำศาสนาได้เข้าร่วมในการกำหนดแผนงาน งบประมาณ และโครงการ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุสอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครั้งนี้ โดยจัดให้มีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม

2. นำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน นำไปใช้ในบริบทอื่นที่ใกล้เคียงต่อไป

References

- Areeruk, N., Rojpaisarnkit, K., & Wongprasit, N. (2015). The Effects of an Integrated Exercise Program on the Health Conditions, Physical Fitness, and Self-Efficacy Expectations of the Elderly. *The Public Health Journal of Burapha University*, 10(2), 67-76.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Revised ed.). New York: Academic Press.
- Department of Health Service Support. (2017). *Family Volunteer Guideline & Caregivers Group*. Agricultural Co-Operative Federation of Thailand, Ltd. Nonthaburi Province, Thailand.
- Iranagh, A, J., Hejar, A., & Motalebi, A, S. (2016). Erratum: Health Blife Model-Based Intervention to Improve Nutritional Behavior among Elderly Women. *Nutr Res Pract*, 10(4), 352-358.
- Kamnak, R., & Phanloetphanit, S. (2016). *The Model of Health Promoting-Behaviors in Elderly People at Elderly Schools Wat Huafai Tumbol San Klang Amphor Phan Chiang Rai*. Full Research, MahaChulalongkornrajavidyalaya Sangha College of Chiang Rai.

- Loampan, T., & Rachnavy, H. (2019). Muscle Strength and Endurance After Elastic Band Exercise Training in Older Adults. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 25(2), 148-167.
- Ministry of Yala Public Health. (2021). *HDC-Dashboard*. Retrieved July 15, 2021, from <https://www.ylo.moph.go.th/webssj/index.php>.
- Padmala, W. (2019). The Community Empowerment Process on Developing Dependent Older People's Quality of Life in Chiang Muan District, Phayao Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 5(4), 96-111.
- Panyaruno, A., Wijitwatcharak, K., Amsuk, R. & Charoenjai, N. (2020). Ageing Empowerment Guidelines Bu Using The Temple Based Ageing Self - Care in Thailand. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 5(1), 103-121.
- Phoawchit, P., & Tiamtan, P. (2016). A Development of Health Promotion Activities Model for Aging in Nakhon Sawan Province. *Suthiparithat Journal*, 30(94), 12-127.
- Praman, P., & Phattharakun, W. (2016). A Patient Participation Model for Promoting Healthy Behaviors of Diabetic Elderly Patients in the Community Medical Center. *Phranakorn Si Ayutthaya Province, Academic Journal Thailand National Sports*, 7(2), 91-106.
- Sajjathram, N. (2016). Health Care Model for Quality of Life among the Elderly. *Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University*, 1(1), 43-54.
- Songpak, K, Sinsupan, N., Isarankura Na Ayudhya. (2019). Development of a Health Promotion Model for the Elderly via Chaisor Village Community Participation in Chaisor Sub district, Chumphae District, KhonKaen Province. *Journal of Humanities & Social Sciences*, 17(2), 159-178.
- Suwan, D., Sae-Sia, W.,& Songwattana, P. (2017). Activities of Daily Living in Patients with Multiple Traumatic Injuries. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 9(2), 14-25.
- The Department of Elderly Affairs. (2019). *Perspectives on "Aging Society" and Its Impact on the Economy and Society*. Retrieved July 15, 2021, from <https://www.dop.go.th/th/know/15/798>.
- Waichompu, N., Kraonual, S., Boontu, R., & Maeng, D. (2020). Model of Health Promotion Activities in a School for the Elderly Using 3 Dimensions (Diet, Exercise, and Emotion). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(2), 1-12.
- World Health Organization. (2017). *Aging USA*. Retrieved November 10, 2016, from <http://www.who.int/topics/ageing/en/>.
- Yeerae, N. (2010). *Promoting Islamic Exercise In Pattani Housewives Group*. Master of Science Health System Research and Development. Prince of Songkla University. (in Thai)