

ผลของการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ :เขตสุขภาพที่ 7

สดุดี ภูห่องไสย*, กัญญา จันทร์พล*

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และการถ่ายทอดความรู้จากหน่วยบริการสู่ชุมชนและครอบครัว

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลของพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ :เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ 616 คน จากชมรมผู้สูงอายุ 16 แห่ง ใน 4 จังหวัด การดำเนินการใช้แผนส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Plan) ร่วมกับหลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ” เป็นเวลา 6 เดือน ประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินการ โดยใช้สถิติ Paired t-test และ McNemar's Chi-square

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 69.56 ± 5.69 ปี อายุน้อยสุด 60 ปี และมากที่สุด 88 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.5 หลังดำเนินการ อัตราการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ ลดลงจากร้อยละ 8.8 เป็นร้อยละ 5.7 ($P=0.02$) และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มทดสอบวัดด้วย Timed Up and Go test ลดลงจาก 12.11 ± 7.48 วินาที เป็น 10.64 ± 6.91 วินาที ($P<0.001$) คะแนนสภาพสมองวัดด้วย Abbreviated Mental Test (AMT) เพิ่มขึ้นจาก 8.55 ± 1.27 เป็น 8.71 ± 1.27 คะแนน ($P=0.004$)

สรุป: การบูรณาการแผนส่งเสริมสุขภาพร่วมกับกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุช่วยลดความเสี่ยงการหกล้ม และเพิ่มสมรรถภาพทั้งด้านร่างกายและการทำงานของสมอง การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืนและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, แผนการส่งเสริมสุขภาพ, โรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ

*ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author: Sadudee Phuhongsai Email: sadudee339@gmail.com

Received 05/09/2025

Revised 28/09/2025

Accepted 30/09/2025

The Effect of the Elderly Health Promotion Model in the Elderly Clubs: Health Area Region 7

Sadudee Phuhongsai, Kanya Janpol**

ABSTRACT

Background: Health promotion among older adults is vital for enhancing self-care capacity and transferring knowledge from health institutions to communities and families.

Objective: To evaluate the effects of a health promotion model using individualized wellness plans among elderly club members in Health Region 7, Thailand.

Material and Methods: A quasi-experimental design approach was employed. A total of 616 older adults were recruited from 16 elderly clubs across four provinces. The intervention consisted of the program “smart walk, smart brain, smart emotion, and smart eat course,” combined with wellness plans, implemented for six months. Health outcomes were assessed before and after the intervention using a paired t-test and McNemar’s Chi-square test.

Results: Participants had a mean age of 69.56 ± 5.69 years (range 60–88), and 75.5% were female. After the intervention, the six-month prevalence of falls decreased significantly from 8.8% to 5.7% ($P = 0.02$). Fall risk, measured by the Timed Up and Go test, improved from 12.11 ± 7.48 seconds to 10.64 ± 6.91 seconds ($P < 0.001$). Cognitive function, assessed by the Abbreviated Mental Test (AMT), increased from 8.55 ± 1.27 to 8.71 ± 1.27 points ($P = 0.004$).

Conclusion: Integrating wellness plans into elderly club programs effectively reduces the risk of falls and enhances both physical and cognitive outcomes. Community participation is crucial for promoting sustainable health and enhancing the quality of life among older adults.

Keywords: Health Promotion, Elderly, Wellness Plan, Elderly club

* Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ด้วยประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากจำนวน 199 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.96 ในปี 1950 เป็น 1,109 ล้านคน ในปี 2022 หรือ คิดเป็นร้อยละ 13.90 ของประชากรทั้งหมด¹ ในขณะที่ประเทศไทย จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2557 มีผู้สูงอายุร้อยละ 14.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ในปี 2567² ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดสังคมคือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนและสังคมได้มีแนวโน้มลดลง ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเห็นได้ชัด โดยปี 2537 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 เป็นร้อยละ 20.0 ในปี 2567 และคาดการณ์ว่าอีกไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ที่ 1 ใน 3 ของคนไทยจะมีอายุเกิน 60 ปี และผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีสัดส่วนมากถึงเกือบร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด³

จากการสำรวจ พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2560, 2564, 2567 ได้แก่ สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 7.3, 8.0, 7.9 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 2.3, 2.9, 3.3 สูบบุหรี่และดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 1.2, 1.5, 1.6 การสำรวจ

ภาวะสุขภาพ ปี 2567 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 37.9) มีการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการกินผัก/ผลไม้และการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำของผู้สูงอายุ คือ ร้อยละ 87.4 และ 89.2 ตามลำดับ นอกจากนั้น ผลการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่หมายถึง ผู้ที่ออกกำลังกาย รับประทานผักและผลไม้สด และดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ นอกจากนั้นจะต้องไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 26.2 หรือ ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยผู้สูงอายุหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 29.9 และ 21.0 ตามลำดับ)²

เขตสุขภาพที่ 7 มีประชากร จำนวน 4,934,997 คน คิดเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 21.63 มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 47.81 น้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 20.73⁴ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 55.62 พบความเสี่ยงด้านสุขภาพ 3 ลำดับแรกได้แก่ สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 22.77 การมองเห็น ร้อยละ 19.9 และการเคลื่อนไหว ร้อยละ 15.45⁵

ความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดจากพันธุกรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ

รวมถึงบริบททางสังคม เช่น เพื่อนบ้านและชุมชน สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยตั้งแต่เด็กหรือแม้แต่ช่วงที่เป็นทารกขณะกำลังเจริญเติบโตในครรภ์ สามารถส่งผลต่อสุขภาพโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือทำให้เกิดแรงจูงใจที่ส่งผลต่อโอกาส การตัดสินใจ และพฤติกรรมสุขภาพ การรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่สมดุล การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการงดสูบบุหรี่ ล้วนมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและจิตใจ และชะลอการฟุ้งพาดูแลจากผู้อื่น¹ ดังนั้น หากผู้สูงอายุได้รับการแทรกแซงด้วยกิจกรรมสำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ลดความจำเป็นในการพึ่งพาบุคคลอื่น ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น ตัวบุคคลจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง เช่น วางแผนออกกำลังกายทุกวัน เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนออกกำลังกาย⁶ การที่บุคคลมีแผนส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สามารถให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เกิดความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นนโยบายขององค์การอนามัยโลก เห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมที่

เหมาะสมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วม และความปลอดภัยของประชากรสูงอายุ¹ โดยบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันทั้งของรัฐ ชุมชน และบุคคลรวมทั้งหน่วยงานภาคเอกชน และหน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไร⁷

ทั้งนี้ประเทศไทย ได้มีการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561 - 2580) ให้มีความสำคัญกับการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชนท้องถิ่นมาร่วมขับเคลื่อน เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ของกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าประสงค์ให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง เร่งการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพประชาชน ได้มีแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุขึ้น โดยแผนระยะที่ 2 (พ.ศ.2545-2565) สร้างยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และการดูแลตนเอง เบื้องต้น การส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ รวมทั้งรัฐบาลที่กำหนดให้ สังคมผู้สูงอายุเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2564⁸ ดังนั้น หลายภาคส่วนจึงได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การ

ใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยแผนการ
ส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล การใช้หลักสูตร
การเรียนรู้การสอนด้านสุขภาพร่วมกัน^{9,10,11,12}
เกิดรูปแบบการขับเคลื่อนการสร้างเสริม
สุขภาพแบบบูรณาการ โดยชุมชนมีส่วนร่วม¹³
ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ
รวมทั้งความรอบรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ
เพิ่มขึ้น^{14,15,16} จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยเล็งเห็นถึง
ความสำคัญของโปรแกรมการส่งเสริม
สุขภาพที่เป็นกิจกรรมผสมผสาน การให้
ความรู้ ร่วมกับการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ ที่มีการบูรณาการงานร่วมกัน
ระหว่างการดำเนินงานโดยชมรมผู้สูงอายุ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ จึงได้
ทำการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนา
โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7

วัตถุประสงค์ของการศึกษา(Objective)

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรม
ผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7 ที่มีต่อภาวะ
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา (Methods)

วิธีการและวัสดุที่ใช้ในการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยแบบกึ่ง

ทดลอง (Quasi Experimental Research)

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

(1)รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.1 แผนส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Plan) เป็นเครื่องมือเพื่อเป็นแนวปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้านและในชุมชนของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองที่บ้าน

1.2 หลักสูตรไม่ลื้ม ไม่ลืม ไม่
ซีมีเศร่า กินข้าวแซบ ที่ใช้ส่งเสริม
ความรู้ในชมรมผู้สูงอายุ เนื้อหา
ประกอบด้วย

ไม่ล้ม: ปัญหาการพลัดตกหกล้มใน
ผู้สูงอายุ สถานการณ์การพลัดตกหกล้มใน
ผู้สูงอายุ สาเหตุการพลัดตกหกล้ม การ
ป้องกันการพลัดตกหกล้ม การเลือกรองเท้า
แบบไหนไม่เสี่ยงการหกล้ม การป้องกัน
อุบัติเหตุและจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
และท่าออกกำลังกายป้องกันการหกล้ม

ไมล์ม: เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม: 10 อาการเตือนของภาวะสมองเสื่อม สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม บริหารสมองสร้างพลังความจำ การดูแลสมองเพื่อป้องกันสมองเสื่อม วิธีเพิ่มความจำให้สมอง

10 อาหารบำรุงสมองของผู้สูงอายุ การเล่นเกมฝึกสมอง ออกกำลังกายสมอง ชะลอสมองเสื่อมเทคนิคการบริหารสมอง 5 วิธี สร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมเพื่อกระตุ้นความทรงจำของผู้สูงอายุ และการนอนหลับถูกวิธี ป้องกันสมองเสื่อม

ไม่ซึมเศร้า: ความหมายของภาวะซึมเศร้า สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในผู้สูงอายุ การทำอารมณ์และจิตใจให้เป็นสุข 5 วิธีสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

กินข้าวแซบ: สุขภาพฟันดี ชีวีมีสุข และการกินอาหารถูกหลักโภชนาการ อายุยืนยาว สุขภาพแข็งแรง

(2) เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่มาทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า (ก่อน-หลัง) และใช้ข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาของจิตติขญา

ฉลาดล้ำ, สุทธิพร มูลศาสตร์, วรณรัตน์ ลาวัณ วัง เรื่องการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ คลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการใช้โปรแกรมเท่ากับ 3.10 ± 0.76 ครั้ง และหลังการใช้โปรแกรมมีค่าเพิ่มขึ้นเป็น 3.65 ± 0.65 ครั้ง¹⁶ ดังนั้นคำนวณค่า n ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_\beta)^2 \times (\sigma^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้โค้ง

มาตรฐาน เมื่อ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ คือ 1.96

Z_β = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน

เมื่อกำหนด ระดับอำนาจในการทดสอบ 90% คือ 1.282

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของประชากร แทนค่าด้วย SD ได้มาจากการศึกษาของจิตติขญา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ¹⁷ พบค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความจำ เท่ากับ 0.48

$\mu_1 - \mu_2$ = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความจำก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ อ้างอิงจากการศึกษาของจิตติขญา ฉลาดล้ำ, สุทธิพร มูลศาสตร์, วรณรัตน์ ลาวัณ¹⁶ เรื่อง พบแตกต่างกันอยู่ที่ 0.5 คะแนน (หากใช้ค่านี้นับจำนวนขนาดตัวอย่างได้ประมาณ 10 คน) แต่การศึกษานี้ผู้วิจัย

กำหนดว่าหากมีความแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 10 ของค่าเฉลี่ยเริ่มต้นจะถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ $= 0.1 \times 1.8 = 0.18$ ครั้ง

$$n = \frac{(1.96 + 1.282)^2 0.76^2}{(0.55)^2}$$

$n = 21$ ราย + Missing data 9

ราย = 30 ราย

ดังนั้นในการศึกษานี้จะใช้ขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยชมรมละ 30 คน โดยในการเก็บข้อมูลจะเลือกชมรมผู้สูงอายุแบบเฉพาะเจาะจง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดละ 4 แห่ง แห่งละ 4 ชมรม รวม 16 แห่ง ซึ่งบางชมรมผู้สูงอายุมีสมาชิกมากกว่า 30 คน ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 616 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว

2.ประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และความดันโลหิต

3.ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

3.1 แบบคัดกรองความเสี่ยงหกล้ม ด้วย Timed Up and Go Test (TUGT) ตามคู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข ของกรมการ

แพทย์¹⁸ ใช้ค่าตัดแบ่งเวลาการเดินมากกว่า 12 วินาที หมายถึงผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

3.2 แบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT)

3.3 แบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ซึ่งแบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT) เป็นแบบประเมินมีข้อความ 10 ข้อ ถ้าตอบคำถามได้น้อยกว่า 7 ข้อ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) มีข้อความ 2 ข้อถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งแบบทดสอบ 3.2 และ 3.3 เป็นแบบสอบถามมาตรฐาน ซึ่งคำถามในแบบสอบถามมาจากแบบบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย¹⁹

3.4 แบบประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ มีข้อความ 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตรฐาน โดยใช้ข้อความจากแบบบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อการ

ส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย²⁰ ถ้า
ตอบครบตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 8
ข้อ หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม
สุขภาพที่พึงประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพ
เครื่องมือ ตรวจสอบความถูกต้อง
เหมาะสมของภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ
3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่น ด้วย
การหาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์
อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's
coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น
.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูล/วรรณกรรม
แนวคิด ที่เกี่ยวกับการส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุและการมี
ส่วนร่วมของชุมชน
2. เลือกชมรมผู้สูงอายุแบบ
เฉพาะเจาะจง ในพื้นที่เขตสุขภาพ
ที่ 7 ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น
มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จังหวัด
ละ 4 ชมรม รวม 16 แห่ง
3. เก็บข้อมูล สถานการณ์ภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม
สูงอายุ
4. ให้ข้อมูลย้อนกลับ สถานการณ์ภาวะ
สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุแก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ แกน
นำการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ครูใหญ่/
ผู้บริหารชมรมหรือแกนนำผู้สูงอายุ
จากชมรมผู้สูงอายุ

5. จัดอบรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
และแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เรื่องการ
ใช้แผนส่งเสริมสุขภาพ (Wellness
Plan) ร่วมกับการใช้หลักสูตร ไม่ล้ม
ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ
6. ผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุ ร่วมกับ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วางแผนการ
ใช้แผนส่งเสริมสุขภาพ (Wellness
Plan) เพื่อ ให้ ก ลุ่ม ตั ว อ ย่ า ง
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้วย
ตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
เป็นผู้ให้คำแนะนำ ร่วมกับการใช้
หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กิน
ข้าวแชบ เป็นแผนการสอนในวันที่
กลุ่มตัวอย่างมาชมรมผู้สูงอายุ
ดำเนินการ 6 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง
ครั้งละ 3 ชั่วโมง

เดือนที่ 1 แจ้งผลการประเมิน
ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม
สุขภาพ และวางแผนการใช้แผน
ส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Plan)

เดือนที่ 2 - 5 ใช้หลักสูตร ไม่ล้ม
ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ เป็น
แผนการสอนในวันที่กลุ่มตัวอย่างมา
ชมรมผู้สูงอายุ และแลกเปลี่ยน

เรียนรู้การใช้แผนส่งเสริมสุขภาพ
(Wellness Plan)

เดือนที่ 6 ประเมินภาวะ
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติตัว
ในการใช้แผนส่งเสริมสุขภาพ
(Wellness Plan)

7. ประเมินผลของการใช้รูปแบบการ
ส่งเสริมสุขภาพ ที่ประกอบด้วยแผน
ส่งเสริมสุขภาพภาพรายบุคคล
(Wellness Plan) ร่วมกับการใช้
หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลื้ม ไม่ซึมเศร้า กิน
ข้าวแซบ โดยเปรียบเทียบภาวะ
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ก่อน-หลัง การทดลอง
8. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและ
หลังดำเนินการ ตรวจสอบ
ข้อมูลและบันทึกผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้อง
ครบถ้วน และลงรหัส บันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและวิเคราะห์ ด้วยสถิติ
เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด และใช้
สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)
เปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณระหว่างก่อน
และหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ
เช่น น้ำหนัก รอบเอว ภาวะสุขภาพ การพลัด

ตกหักล้ม คะแนนสภาพสมอง (AMT) ด้วย
สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบตัวแปร
คุณภาพ เช่น ร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพที่
พึงประสงค์ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการ
ส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สถิติวิเคราะห์
McNema's Chi-square กำหนดระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม การ
วิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย
จริยธรรมเลขที่ 021 ลงวันที่ 14 มกราคม
2564

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 616 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
465 (ร้อยละ 75.5) อายุเฉลี่ย 69.56 ± 5.69 ปี
อายุน้อยสุด 60 ปี และมากที่สุด 88 ปี
สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 64.6 การศึกษา
ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.7 อาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 70.5 มีโรคประจำตัว ร้อย
ละ 49.2 ส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อย
ละ 34.9

ผลการประเมิน ภาวะสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การพลัดตกห
ล้ม สมรรถภาพสมอง ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า และ
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ก่อนและหลัง
ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ด้วยแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับการใช้

0.001) และมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (TUGT ≥ 12 วินาที) ลดลงจากร้อยละ 29.4 เหลือร้อยละ 21.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) คะแนนสมรรถภาพสมอง: Abbreviated Mental Test (AMT) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย AMT เพิ่มขึ้นจาก 8.55 ± 1.27 เป็น 8.71 ± 1.27 คะแนน ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า p -value $= 0.004$ ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ก่อนทดลอง ร้อยละ 1.9 และหลังทดลองลดลงเหลือร้อยละ 1.1 ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.2 เป็นร้อยละ 25.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value < 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การพลัดตกหกล้ม สมรรถภาพสมอง ภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=616)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value
น้ำหนัก (กก.) Mean±SD	56.99 ± 9.51	56.63 ± 9.23	<0.001*
รอบเอว (ซม.) Mean±SD	82.40± 9.86	81.66 ± 9.69	<0.001*
ความดันโลหิต			
- Systolic Blood Pressure (มม. ปรอท) Mean±SD	124.95± 11.47	121.95± 10.54	<0.001*
- Diastolic Blood Pressure (มม. ปรอท) Mean±SD	73.39±8.40	72.61± 7.37	0.019*
- ความดันโลหิตสูง เกิน ($\geq 140/90$ มม.ปรอท) (คน)(%)	96 (15.58%)	41 (6.66%)	<0.001*
มีการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน n(%)	54 (8.77%)	35 (5.68%)	0.020*
การทดสอบ Timed Up and Go Test (TUGT)			
- Timed Up and Go Test (TUGT) (วินาที) Mean±SD	12.11±7.48	10.64 ±6.91	<0.001*
- เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (TUGT ≥ 12 วินาที) (จำนวนคน)(%)	181 (29.38%)	135 (21.92%)	<0.001*
สมรรถภาพสมองจากการประเมิน Abbreviated Mental Test (AMT)			
- คะแนนสมรรถภาพสมองจากการประเมิน AMT (คะแนน) Mean±SD	8.55±1.27	8.71±1.27	0.004*
- เสี่ยงสมองเสื่อม (AMT < 7 คะแนน)(จำนวนคน) (%)	90 (14.61%)	64 (10.39%)	0.004*
เสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q) (จำนวนคน)(%)	12 (1.95%)	7 (1.14%)	0.302
มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (พฤติกรรมพึงประสงค์ครบ 8 ข้อ) (จำนวนคน)(%)	118 (19.16%)	157 (25.49%)	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

วิจารณ์ (Discussions)

ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แผนส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการใช้หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลื้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ จัดการเรียนรู้การสอนในชมรมผู้สูงอายุ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรม

สุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า น้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต อัตราการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มประเมินจากค่าเฉลี่ยเวลา TUGT ลดลง และคะแนนสภาพสมอง: Abbreviated Mental Test (AMT) และจำนวนผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้เกิดจากการบูรณาการกับชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน (sustainable health promotion) ในการเพิ่มศักยภาพให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันออกแบบและปฏิบัติการการมีส่วนร่วมนี้ไม่เพียงเพิ่มประสิทธิภาพของโครงการ แต่ยังสร้างความรู้สึกรับรู้เป็นเจ้าของและต่อยอดสู่ความยั่งยืนในระยะยาว^{1,13,14} เช่นเดียวกับปฐิธิชญา ฉลาดล้ำ สุทธิพร มุลศาสตร์ วรณรัตน์ ลาวัณ¹⁶พบว่า รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การให้ความรู้โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างชมรมมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเสริมอย่างต่อเนื่องในวันประชุมประจำเดือนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹⁶ รวมทั้งชมรมผู้สูงอายุ มีการใช้หนังสือ “คู่มือจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว”²¹ และคู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับประชาชน “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”²² เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมให้ความรู้สมาชิกที่มาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับปียมณท์ พฤษชาติและสดุดี ภูห่องไสย¹⁰ ศึกษาการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ การใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดีและหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ

พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ปัญหาปวดหัวเข่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพสมอง (AMT) เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.021$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และการนอนหลับได้ 7 - 8 ชั่วโมงต่อคืนเป็นประจำเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุวิมล เรืองแสงและคณะ¹¹ ศึกษาผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วมพบว่า ความดันโลหิตในกลุ่มที่เกินเกณฑ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบ 8 ข้อ เพิ่มขึ้น การศึกษาของเดอนิศา ศรีเสมอและวรรณภา อินตะราชา⁹ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลอง และการติดตามผลมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ดังที่ Pender ได้อธิบายว่าแรงจูงใจของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีประโยชน์ของบุคคล มาจากสติปัญญาที่ได้รับจากการสัมผัส รับรู้สิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของสดุดี ภูห่องไสยและคณะ¹⁴ พบว่า การใช้แผนการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมาก

การลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าอัตราการหกล้มในช่วง 6 เดือนลดลง และคะแนนการทดสอบความเสี่ยง

การหกล้ม (Timed Up and Go Test) ดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ดังกล่าวมีคู่มือประกอบการสอนที่มีเนื้อหาที่เกี่ยวกับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการหกล้ม การออกกำลังกายที่ส่งเสริมความแข็งแรงของการกล้ามเนื้อ การสร้างความสมดุล การทรงตัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้ม นอกจากนั้นพบว่า บางชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการฟ้อนรำประกอบจังหวะเพลงเป็นประจำ อีกทั้งมีนักกายภาพบำบัด ร่วมเป็นวิทยากรสอนออกกำลังกายในบางสัปดาห์ด้วย แสดงให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม สามารถลดความเสี่ยงการหกล้มได้สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงระบบทบทวนที่ระบุว่า การออกกำลังกายแบบหลากหลาย (multicomponent exercise) เช่น การฝึกการทรงตัว การเสริมสร้างกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน^{11,23,24} นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุยังช่วยสร้างแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ¹⁶ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ WHO ที่ชี้ว่าการส่งเสริมสุขภาพที่มี การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว²⁵

การส่งเสริมสมรรถภาพทางสมองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาพบว่า คะแนนการทดสอบสภาพสมอง(AMT)ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโครงการ สะท้อนว่าการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อย่างต่อเนื่อง บรรณาการหลายกิจกรรม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสามารถช่วยคงสมรรถภาพทางสมองได้ สอดคล้องกับรายงานของ Lancet Commission²⁶ ที่ระบุว่าปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นปัจจัยป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญ การศึกษาของ Ngandu และคณะ²⁷ พบว่าการแทรกแซงแบบบูรณาการหลายด้าน (multidomain lifestyle intervention) เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การฝึกสมอง และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคเรื้อรัง สามารถชะลอการเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยมณฑิ พฤษชาติและสคูตี ภูห่องไสย¹⁰ สุวิมล เรืองแสงและคณะ¹¹ พบว่าการ ใช้นวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คะแนนสภาพสมอง (AMT) ดีขึ้น และไม่พบความเสี่ยงสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่าง

ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า จากผลการศึกษา พบว่า ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ก่อนทดลอง ร้อยละ 1.9 และหลังทดลองลดลงเหลือร้อยละ 1.1 ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ เช่นเดียวกับที่ปิยมณฑิ พฤษชาติและสคูตี ภูห่องไสย¹⁰ พบว่าภาวะเสี่ยงซึมเศร้าไม่พบความแตกต่างกันหลังจัดกิจกรรมแทรกแซงในชมรมผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการดำเนินการเพียง 6 เดือนยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะของโรค แต่มีหลายการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชมรมการสร้างเครือข่ายทางสังคม การมีกิจกรรมทางกาย หรือ

การใช้แผนส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Plan) สามารถช่วยลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้^{11,28,29}

ข้อจำกัดของการศึกษาคือ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ใช้ระยะเวลาการดำเนินการ 6 เดือน ซึ่งอาจสั้นเกินไปในการประเมินผลระยะยาว เช่น ความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพหรือผลต่อคุณภาพชีวิต อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (75.5%) ผลลัพธ์ที่ได้จึงอาจไม่สามารถอธิบายหรือนำไปปรับใช้กับผู้สูงอายุเพศชายที่มีพฤติกรรมสุขภาพและบริบททางสังคมที่แตกต่างกันได้อย่างสมบูรณ์ และผลลัพธ์ต่อสุขภาพจิตยังไม่ชัดเจน แม้จะมีแนวโน้มที่ดี แต่ไม่พบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของความเสี่ยงโรคซึมเศร้า จึงเป็นช่องว่างที่ต้องศึกษาว่า รูปแบบกิจกรรมนี้สามารถปรับปรุงเพื่อส่งผลกระทบต่อจิตใจให้ดีขึ้นหรือไม่ เช่น การเพิ่มกิจกรรมเชิงคุณภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต รวมทั้ง ขาดการวิเคราะห์ต้นทุน - ความคุ้มค่า (Cost-effectiveness analysis) ถึงแม้การศึกษาจะให้ผลลัพธ์ที่ดี แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าเมื่อเทียบกับการแทรกแซงอื่น ๆ หรือการดูแลตามปกติ รูปแบบนี้มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ต่อการลงทุนระดับนโยบายหรือไม่

ข้อยุติ (Conclusions)

การพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แผนส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ จัดการเรียนการสอนในชมรมผู้สูงอายุ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนและความคุ้มค่า (cost-effectiveness) ของการใช้แผนสุขภาพรายบุคคลและการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายและการจัดสรรงบประมาณ

2. ควรมีการขยายผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แผนส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ จัดการเรียนการสอนในโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น เพื่อยืนยันความเหมาะสมและศักยภาพในการขยายผลของรูปแบบนี้ในบริบทที่หลากหลาย

3. ควรมีการวิจัยที่ติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น การลดการหกล้ม สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า

4. ควรเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แผนส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการจัดการ

เรียนการสอนด้านสุขภาพ กับวิธีการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ เช่น โปรแกรมออกกำลังกายเฉพาะด้าน โภชนาการ หรือกิจกรรมทางสังคม เพื่อหาวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในแต่ละบริบท

5.ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น ความต้องการ และอุปสรรคของผู้สูงอายุ ครอบครัว และแกนนำชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการใช้แผนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่

สถานะองค์ความรู้ (Body of Knowledge)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แผนส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ จัดกระบวนการเรียนการสอนผ่านชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้กระบวนการแทรกแซงที่หลากหลาย ทำให้สถานะสุขภาพผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่การสำรวจและการตอบแบบสัมภาษณ์ในการวิจัย นายแพทย์ชาติ เมธาธราธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น รวมทั้งเจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ศูนย์อนามัย 7

ขอนแก่น ที่สนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2024 [cited 2025 May 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Health and Social Statistics Group, Social Statistics Division. The 2024 Survey of the Older Persons in Thailand. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society; 2024. [cited 2025 May 23]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/iM?set_lang=en
3. Pramote P, Phusit P. Situation of the Thai older person 2022. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited; 2023. [cited 2025 May 23]. Available from: <https://thaitgri.org/?p=40218>

4. Department of Health. **DOH Dashboard** [Internet]. 202 5 [cited 2025 May 23]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/bmi60f?year=2025>
5. Bureau of Elderly Health, Department of Health. **Aging data profile** [Internet]. 2025 [cited 2025 May 23]. Available from: <https://sites.google.com/view/agingdatapofile>
6. Edelman CL, Kudzma EC, editors. **Health promotion throughout the life span**. 9th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2018.
7. Pronk N, Kleinman DV, Goekler SF, Ochiai E, Blakey C, Brewer KH. Promoting health and well-being in Healthy People 2030. **Public Health Rep.** [serial online]. 2021 [cited 2025 May 23]. Available from: <https://doi.org/10.1097/PHH.00000000001254>
8. Department of Health. **Guidelines for driving the action plan for elderly health promotion**. Bangkok: Amarin Printing; 2019. cited 2025 May 23]. Available from: <https://shorturl.asia/S2FRu> [in Thai]
9. Srisamer D, Intaracha W. The effectiveness of using the health pattern on the health behavior of the elderly, Ubon Ratchathani Province. **Health R10 J** [serial online]. 2021 Jan-Jun [cited 2025 Jul 18];9(1):87–100. Available from: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal/article/view/1624>
10. Phugsachat P, Phuhongsai S. Evaluation of the aging health promotion innovation in elderly school in Roi Et Province. **J Res Health Inno Dev** [serial online]. 2024 May-Aug [cited 2025 Jul 18];5(2):74–83. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/270990>
11. Sangrueng S. Results of using the curriculum Don't fall, don't forget, don't get depressed, eat delicious food. with personalized wellness plan

- cooperative in elderly 9 risk groups. **EMH** [serial online]. 2023 Oct-Dec [cited 2025 Jul 18];8(4):233–4. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/268952>
12. Kittipibul V, Boontanon N. The development of elderly health screening and elderly health promotion program for preventive long-term care, based on the concept “Do not fall, do not forget, do not depress and good eats”. **Regional Health Promotion Center 9 J.** 2020;14(34):158–71.
13. Katanyutanon A. Synthesizing the integrated model for promoting elderly health by wellness plan application in Chonburi Province. **J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center.** 2024;41(1):70–81.
14. Phuhongsai S, Janpol K, Faikaow A, Chanahan P. Result of developing desired health literacy of the elderly in elderly clubs: Health Area Region 7. **J Nurs Health Sci, Nakhon Phanom Univ.** 2023;1(2):52-62
15. Maleevong K, Durongritichai V, Buajalearn H, Sawangsalee S, Jantapol B, Hattapornsakwan Y, Mongkolsinh V. Elderly Health Promotion System Development through a Health Literacy Process in Elderly Clubs of the Bangkok Metropolitan. **J Pub Health Nurse** [serial online]. 2020 Aug. 31 [cited 2025 Mar 1];34(2):84-101. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/245791>
16. Chalardlon H, Moolsart S, Lawang W. The development of a health promotion activity model for elderly in the Ban Pong Elderly Klungpunya Club, Ratchaburi Province. **Nurs J Ministry Public Health** [serial online]. 2017 May–Aug [cited 2025 May 23]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/issue/view/6900>

17. Tasuwanin T, Tappakit K. Effects of falling prevention program for elderly. **J Nurs Ther Care** [serial online]. 2017 Jul-Sep [cited 2025 Jul 18]. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/101819> [in Thai]
18. Committee for Developing Screening and Assessment Tools for the Health of the Elderly, Ministry of Public Health. **Manual for screening and assessing the health of the elderly [PDF]**. Thailand: Ministry of Public Health; 2021. [in Thai]
19. Department of Health, Bureau of Elderly Health. **Elderly Health Record Book**. 7th ed. Bangkok: Kaewchaojom Printing Center, Suan Sunandha Rajabhat University; 2016. [in Thai]
20. Department of Health, Bureau of Elderly Health. **Elderly Health Record Book**. 9th ed. Bangkok: GD Production Co., Ltd.; 2021. [in Thai]
21. Health Promotion for the Elderly Development Cluster, Health Promotion Center Region 7 , Khon Kaen. **Manual for developing individual wellness plans: "Sufficient wellness, slowing ageing, long healthy life"**. Khon Kaen: Pen Printing Co., Ltd.; 2021. [in Thai]
22. Banpuwan W. **Health promotion and dementia prevention manual for Publish Health officer. (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan)**. Bangkok: Samcharoen Panich Co., Ltd.; 2017. [cited 2025 May 23]. Available from: <https://share.google/hCzsr8XGfcAktwrR> [in Thai]
23. Sherrington C, Fairhall N, Kwok W, Wallbank G, Tiedemann A, Michaleff ZA, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. **Cochrane Database Syst Rev**. 2019 Jan 31;1(1):CD012424. doi: 10.1002/14651858.CD012424.pub2.
24. Hopewell S, Adedire O, Copsey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, et al. Multifactorial and multiple component

- interventions for preventing falls in older people living in the community. **Cochrane Database Syst Rev.** 2018 Jul 23;7(7):CD012221. doi: 10.1002/14651858.CD012221.pub2.
25. World Health Organization. **Step safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course.** Geneva: WHO; 2021. [cited 2025 May 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>
26. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. **Lancet.** 2020 Aug; 396(10248):413–446. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
27. Rosenberg A, Mangialasche F, Ngandu T, Solomon A, Kivipelto. Multidomain Interventions to Prevent Cognitive Impairment, Alzheimer's Disease, and Dementia: From FINGER to World-Wide FINGERS. **J Prev Alzheimers Dis.** 2019 Oct 10;7(1):29–36. doi: 10.14283/jpad.2019.41
28. Takács J., Nyakas C. The role of. Social factors in the successful ageing – Systematic review. **Development in Health Sciences.** 2021 Mar ;4(1). doi: 10.1556/2066.2021.00044
29. Olanrewaju O, Kelly S, Cowan A, Brayne C, Lafortune L. Physical activity in community dwelling older people: A systematic review of reviews of interventions and context. **PLoS One.** 2016 Dec 20;11(12):e0168614. doi: 10.1371/journal.pone.0168614.